

BAB I

PENDAHULUAN

A. Permasalahan

Menurut Murni, Green, Djauzi, dan Setiyanto (2016) HIV atau *Human Immuno Deficiency Virus* adalah virus yang melemahkan kekebalan atau pelindung tubuh manusia. Virus ini apabila tidak ditangani secara serius akan menyebabkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* atau yang dikenal dengan AIDS. AIDS muncul setelah virus HIV menyerang sistem kekebalan tubuh manusia selama lima hingga sepuluh tahun lebih (Murni dkk., 2016). Lemahnya kekebalan tubuh menyebabkan beberapa penyakit bisa lebih berat daripada biasanya.

Penularan HIV/AIDS biasanya melalui hubungan seks tanpa pengaman (kondom) yang memungkinkan darah, air mani atau cairan vagina dari orang yang terinfeksi HIV masuk ke aliran darah orang yang belum terinfeksi, pengguna jarum suntik secara bergantian, menerima transfusi darah dari orang yang terinfeksi, dan dari ibu hamil penderita HIV kepada bayi (Murni dkk., 2016). Adanya infeksi HIV/AIDS umumnya diketahui lewat proses tes VCT (*Voluntary Counseling and Test*). Biasanya VCT dilakukan jika individu merasa melakukan perilaku berisiko penularan HIV/AIDS. Individu yang tertular HIV+ umumnya tidak menyadari karena mereka tampak sehat.

Wabah HIV/AIDS sendiri adalah epidemi yang menyita perhatian dunia dalam beberapa tahun terakhir ini. Berawal dari penyebarannya tahun 1987, hingga saat ini penyakit ini telah memakan begitu banyak korban jiwa, baik itu dewasa maupun anak-anak. Berdasarkan laporan statistika dari Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2016) kasus HIV-AIDS yang dilaporkan hingga 31 Maret 2016 sebanyak 32,711 kasus HIV dan 7,864 kasus AIDS. Sejak pertama kali ditemukan pada tahun 1987 hingga Maret 2016, jumlah kasus yang dilaporkan yaitu HIV sebanyak 191,073 dan AIDS sebanyak 77,940. Jumlah individu yang terinfeksi HIV tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 20-29 sebanyak 24,628 dan usia 30-39 sebanyak 23,141. Di wilayah Jawa Tengah sendiri hingga 31 Maret 2016, jumlah kasus HIV sebanyak 13,547 dan AIDS sebanyak 5,049. Prevalensi kasus AIDS per 100.000 penduduk di Jawa Tengah yaitu 15,59. Data ini menunjukkan perlunya perhatian yang serius dari berbagai pihak terhadap penanganan pasien HIV/AIDS.

Menurut Gunung, Sumantera, Sawitri dan Wirawan (2003) penyakit HIV/AIDS menimbulkan masalah yang luas pada individu yang terinfeksi antara lain masalah fisik, sosial dan emosional. Masalah fisik terjadi karena penurunan daya tahan tubuh secara progresif yang berakibat pada rentannya pasien pada berbagai

macam penyakit terutama penyakit infeksi seperti *Toxo* yang menyerang otak, virus sitomegalia (*cytomegalovirus/CMV*) yang menyerang mata, Kandidiasis yang menyerang mulut dan saluran napas, Pneumonia dan Tuberkolosis pada paru-paru, Herpes dan Kandiadis vagina yang menyerang alat kelamin, dan Herpes simplek yang menyerang kulit (Gunung dkk., 2003).

Masalah emosional pada pasien HIV/AIDS yaitu rentan mengalami depresi dan cemas (Gunung dkk., 2003). Hal ini lebih banyak terjadi di awal pasien menerima diagnosis. Akan tetapi, ada juga ODHA yang mengalami masalah emosi saat perjalanan proses pengobatan dan terapi kesehatan. Akibatnya banyak dari ODHA yang memutuskan untuk berhenti mengikuti terapi antiretroviral (*antiretroviral therapy/ART*) dan menularkan perilaku berisiko. Selain itu, *self-discrimination* juga menjadi hal yang menyumbang pada masalah emosi.

Masalah sosial yang dihadapi berkaitan dengan stigma dan diskriminasi. Hal ini terjadi karena pemahaman masyarakat awam yang minim tentang penyakit HIV/AIDS. Pemahaman masyarakat bahwa HIV/AIDS adalah penyakit yang mematikan dan mudah menular lewat kontak fisik seperti bersalaman, berpelukan, dan makan bersama. Selain itu, penyakit HIV/AIDS sering dikaitkan dengan perilaku tidak bermoral seperti seks bebas, narkoba dan *homoseksual*. Oleh karena itu, ODHA sering dikucilkan dalam pergaulan di masyarakat.

Berbagai masalah yang dihadapi sering berdampak pada rendahnya kualitas hidup pasien. Menurut WHO kualitas hidup adalah persepsi individual berkaitan dengan posisi kehidupannya dalam konteks budaya, sistem nilai dimana individu hidup yang membentuk tujuan, harapan, standar dan kepedulian dalam hidup (Frain, Berven, Chan, & Tschopp, 2008). Pada perjalanannya, kualitas hidup pada pasien ODHA mengalami peningkatan semenjak ditemukannya obat antiretroviral (ARV). Melalui ARV, secara fisik pertumbuhan virus dapat ditekan. Menurut Djoerban (2015) ada harapan hidup yang terus membaik melalui terapi ARV, kualitas hidup merupakan tolok ukur medis yang penting dari penyakit ini. Kualitas hidup merupakan istilah yang digunakan untuk menunjukkan kondisi pasien yang sejahtera (*well being*) yang termasuk di dalamnya ada kebahagiaan dan kepuasan hidup secara menyeluruh (Djoerban, 2015). Semenjak obat ARV ditemukan angka kematian pasien dapat ditekan dan kualitas kehidupan ODHA menjadi lebih baik (Gunung dkk., 2003; Kemenkes RI, 2013; Djoerban, 2015).

Kualitas hidup pada pasien ODHA sendiri dipengaruhi oleh berbagai faktor. Penelitian Oliveira, Moura, Araujo, dan Andrade (2015) pada 146 ODHA di Brazil menemukan bahwa faktor-faktor seperti jenis kelamin laki-laki, tingkat pendidikan rendah, pasien dengan asimtomatik, tingkat kemandirian rendah dan lingkungan yang kurang mendukung memiliki skor terburuk. Pasien yang memiliki gaji,

memiliki pendapatan per kapita, memeluk agama, sudah lama terdiagnosa, setia mengikuti tritmen, positif berhubungan dengan kualitas hidup (Oliviera dkk., 2015). Pasien homoseksual yang mendapatkan stigma, prasangka, memiliki simtom psikososial, memiliki infeksi oportunistik adalah faktor-faktor yang memprediksi kualitas hidup yang buruk (Oliviera dkk., 2015).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Paussos dan Souza (2015) terhadap 625 partisipan di Brazil menemukan bahwa kualitas hidup yang rendah pada pasien wanita usia < 47 tahun, tingkat pendidikan rendah, kelas sosial ekonomi rendah, dan tidak memiliki pekerjaan. Selain itu, pasien yang memiliki gejala kecemasan, depresi, dan penyalahgunaan obat. tidak mengikuti terapi ARV, *lipodystro*, dan CD4+ kurang dari 350 juga memiliki skor kualitas hidup yang rendah (Paussos & Souza, 2015).

Rendahnya kualitas hidup pada ODHA juga dipengaruhi oleh stigma yang diterima, baik dari diri sendiri maupun oleh lingkungan sosial. Menurut hasil wawancara pada tanggal 06 maret 2017 dengan P salah satu pendamping ODHA di kota Semarang pada ODHA yang melakukan perilaku seks bebas dan mengonsumsi narkoba, biasanya muncul perasaan bersalah, malu dan menyesal. Stigma yang dirasakan oleh individu yang tertular lewat hubungan seksual biasanya lebih berat. Hal ini terkait dengan penilaian moral dalam masyarakat Indonesia. Selain itu, ada perasaan bersalah pada orang lain dalam

hal ini terkait dengan orang-orang terdekatnya. Individu berada dalam dilema dan ketakutan akan menularkan virus pada orang-orang terdekatnya. Dilema dalam kasus ini terkait dengan perilaku seksual pada ODHA yang sudah berumah tangga. Ada ketakutan menularkan pada pasangan maupun pada calon bayi. Meskipun penggunaan kondom tetap dilakukan akan tetapi hal tersebut tidak dapat menepis rasa takut dalam diri ODHA.

P juga mengatakan bahwa di sisi lain ODHA juga berhadapan dengan tekanan dari lingkungan yang belum sepenuhnya dapat menerima ODHA di masyarakat. Ada perasaan takut, marah dan kesal karena stigma yang diterima. Lebih lanjut, P mengatakan bahwa perasaan-perasaan negatif yang muncul karena berbagai masalah yang ditemui sering membuat ODHA *down* dalam menjalani terapi medis. Hal ini juga terkait dengan hilangnya motivasi atau harapan untuk terus hidup. Perasaan marah, takut dan kesal baik pada diri, orang lain, lingkungan dan situasi mengarahkan ODHA pada sikap tidak memaafkan. Sementara menurut Andrew dan Novick (1995) individu dengan HIV/AIDS memiliki isu-isu yang berkaitan dengan spiritualitas. Keterkaitan spiritualitas dan penyakit yang dialami yaitu individu yang memiliki keyakinan negatif tentang diri akan cenderung tidak mengikuti terapi medis. Keprihatinan akan kematian dan penderitaan yaitu individu khawatir akan keterpisahan dengan orang-orang yang dicintainya. Kerinduan untuk memaafkan dimana individu

dengan penyakit berat akan mengevaluasi hidupnya tentang semua yang sudah dan belum dilakukan. ODHA memiliki kerinduan untuk mengampuni diri, diampuni orang lain dan Tuhan. Rekonsiliasi dengan diri, orang lain, situasi (pemaafan) adalah isu yang berkaitan dengan membangun spiritualitas yang baru yang mendukung individu dalam menjalani hidupnya (Andrew dan Novick, 1995).

Menurut Temoshok dan Chandra (2000), pemaafan menolong ODHA untuk setia mengikuti perawatan kesehatan yang direkomendasikan, sedangkan perilaku tidak memaafkan membuat individu meneruskan penularan perilaku berisiko, menyalahgunakan obat, dan tidak setia mengikuti perawatan kesehatan. Penelitian Martin, Vosvick, dan Riggs (2012) pada 288 perempuan dewasa yang mengidap HIV di Dallas menemukan bahwa intervensi pemaafan diri mengarah pada hasil kesehatan yang positif pada sebagian besar individu. Pemaafan merupakan dimensi spiritual yang berperan penting dalam peningkatan kualitas hidup dan kesehatan mental bagi ODHA (Temoshok & Chandra, 2000).

Selain pemaafan yang memberikan sumbangan pada peningkatan kualitas hidup ada juga harapan akan masa depan yang menolong individu untuk setia mengikuti terapi medis yang dianjurkan. Menurut P, hidup sebagai ODHA dengan ketergantungan pada obat seumur hidup dan ancaman infeksi oportunistik yang sering membuat pasien kehilangan motivasi dan harapan akan masa depan. Hal ini

biasanya diperparah dengan informasi tentang ODHA yang meninggal. Kebutuhan akan harapan adalah isu yang berperan sebagai motivator untuk membuat individu tetap menjalankan terapi medis dalam tahun-tahun hidupnya agar tetap bertahan hidup dengan HIV. Harapan adalah suatu sikap individu untuk mendayagunakan segala kemampuan dalam mencapai tujuan yang diinginkan yang dianggap baik dan menyenangkan. Bernays, Rhodes dan Barnett (2007) mengatakan bahwa harapan adalah pandangan baru yang penting untuk meneliti tentang pencegahan dan pengobatan HIV. Harapan pada ODHA yang dimaksud di sini adalah harapan akan masa depan. Alasan yang dikemukakan Bernays dkk., (2007) adalah perlu diakui bahwa tanpa harapan perilaku sulit untuk diubah dan pengobatan jangka panjang sulit dicapai.

Lebih lanjut Bernays dkk., (2007) menekankan bahwa perlu dikembangkan pencegahan terhadap pengobatan yang mengeluarkan biaya banyak tetapi gagal karena ketiadaan harapan. Dibutuhkan visi jangka panjang dalam mengembangkan dan meneliti intervensi yang memungkinkan lingkungan dapat membentuk dan mempertahankan harapan melalui pencegahan dan ketaatan dalam pengobatan HIV (Bernays dkk., 2007). Terkait dengan isu harapan, P menuturkan bahwa, ketiadaan harapan membuat ODHA tidak setia dalam terapi medis. Harapan yang dimaksud disini adalah harapan hidup, dimana individu berhenti untuk melakukan usaha-usaha untuk membuat

kondisi kesehatannya lebih baik dan bertahan hidup dengan penyakitnya.

Berdasarkan beberapa penelitian sebelumnya, belum ada penelitian yang mengkaji hubungan antara pemaafan dan harapan dengan kualitas hidup pada ODHA di Indonesia. Asesmen terhadap kualitas hidup, membantu pemahaman tentang bagaimana kehidupan orang-orang yang terinfeksi HIV/AIDS. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan terkait dengan kualitas hidup ODHA dan cara-cara untuk meningkatkannya.

Di sisi lain, secara psikologis perlu dikembangkan intervensi yang bertujuan meminimalisir kegagalan terapi obat karena faktor psikologis. Berdasarkan uraian-uraian di atas, timbul pertanyaan yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini yakni “Apakah ada hubungan antara pemaafan dan harapan dengan kualitas hidup pada ODHA?”

B. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pemaafan dan harapan dengan kualitas hidup pada ODHA.

C. Manfaat Penelitian

Berdasarkan penelitian yang akan dilakukan, maka diharapkan hasil yang didapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat memberikan sumbangan bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya bidang psikologi kesehatan yang berkaitan dengan pemaafan, harapan dan kualitas hidup pada ODHA.

2. Manfaat Praktis

Penelitian ini dapat menjadi sumber informasi dan referensi bagi ODHA, orang yang hidup dengan ODHA (OHIDA), pendampingan ODHA dan praktisi psikologi untuk melakukan usaha-usaha dalam peningkatan kualitas hidup pada ODHA.

