

PERBEDAAN KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS YANG MENDAPAT TERAPI ANTIRETROVIRAL BERDASARKAN LAMA TERAPINYA DI YAYASAN KANTI

Dhea Hana Ismi N, Nadrizal, Ave Olivia Rahman

Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi

Correspondence author e-mail: dheahananabilah@gmail.com

ABSTRACT

HIV AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) is a disease that cannot be cured, but with ARV drugs it can reduce morbidity and mortality and the length of ARV therapy is one of the determining factors for the success of therapy and changes in the quality of life of PLWHA (People Living With HIV AIDS) Whether or not there is a difference in the quality of life of people with HIV / AIDS based on the duration of therapy is not known in Jambi. The aim of this study was to determine differences in the quality of life of people with HIV / AIDS based on duration of therapy ARV. This study used a cross sectional analytical method. There were a total of 83 respondents in the study where all respondents were people with HIV / AIDS who are under the auspices of the Kanti Sehati Sehati Jambi Foundation and the data is retrieved using google form. Quality of life was measured by the WHOQOL-BREF questionnaire. This study used the Mann Whitney test to determine differences in the quality of life of PLWHA based on the duration of therapy. Statistically it was found that there were significant differences in the quality of life of people with HIV / AIDS based on the duration of therapy.

Keyword: HIV/AIDS, Quality of Life, Antiretroviral (ARV), WHOQOLHIV-BREF

ABSTRAK

Penyakit HIV AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrom) merupakan penyakit yang tidak bisa disembuhkan, namun dengan obat ARV dapat diturunkan morbiditas dan mortalitasnya dan lamanya terapi ARV menjadi salah satu faktor penentu keberhasilan terapi dan perubahan kualitas hidup ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS). Ada atau tidaknya perbedaan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS berdasarkan lama terapinya belum diketahui di Jambi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS berdasarkan lama terapinya. Penelitian ini menggunakan metode analistik cross sectional. Terdapat total 83 responden pada penelitian dimana seluruh responden merupakan orang dengan HIV/AIDS yang berada dibawah naungan Yayasan Kanti Sehati Sehati Jambi dan data diambil dengan menggunakan google form. Kualitas hidup diukur dengan kuesioner WHOQOL-BREF. Penelitian ini menggunakan uji Mann Whitney untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup ODHA berdasarkan lama terapinya. Secara statistik ditemukan adanya perbedaan yang bermakna pada kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS berdasarkan lam terapinya.

Kata kunci: HIV/AIDS, Kualitas Hidup, Antiretroviral (ARV), WHOQOLHIV-BREF

PENDAHULUAN

Penyakit AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrom) adalah kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) yang termasuk famili retroviridae.¹ HIV merupakan patogen yang menyerang sistem imun manusia, terutama sel yang memiliki penanda CD4+ di permukaannya seperti makrofag dan limfosit T.² Kasus AIDS pertama kali dilaporkan di dunia pada tahun 1981 pada seorang pria di Amerika Serikat. Istilah pasien AIDS tidak dianjurkan, dan istilah ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) lebih dianjurkan agar pasien dapat diperlakukan dengan manusiawi, sebagai subjek dan tidak dianggap sebagai objek, sebagai pasien.¹

Menurut WHO, pada tahun 2018 terdapat 37,9 juta ODHA di dunia dan di Asia Tenggara telah ditemukan 3,8 juta kasus HIV/AIDS.³ Di Indonesia sendiri pada tahun 2017 dilaporkan kasus HIV sebanyak 48.300 dan AIDS 9.280 dengan daerah Jawa timur merupakan daerah dengan jumlah HIV terbanyak, dan Jawa Tengah merupakan daerah dengan kasus AIDS terbanyak.⁴ Sedangkan di Provinsi Jambi pada tahun 2018 dilaporkan kasus HIV sebanyak 125 orang dan AIDS 94 orang. Kota Jambi merupakan daerah yang paling banyak ditemukan kasus, yaitu 72 orang untuk HIV dan 62 orang untuk AIDS.⁵

Masalah fisik yang terjadi pada ODHA akibat penurunan daya tahan tubuh progresif yang mengakibatkan tubuhnya rentan

terhadap berbagai penyakit terutama penyakit infeksi. Selain masalah kesehatan, banyak pasien HIV yang melawan berbagai masalah sosial seperti stigma masyarakat dan diskriminasi. Kondisi fisik yang buruk, ancaman kematian, serta adanya tekanan sosial menyebabkan penurunan kualitas hidup.⁶ Beberapa tahun terakhir menunjukkan bahwa pengobatan dengan kombinasi beberapa obat ARV (Anti Retro Viral) yang merupakan obat anti HIV dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas dini akibat infeksi HIV.¹ Terapi antiretroviral (ARV) telah terbukti mampu mengubah prognosis infeksi HIV ke arah yang lebih baik. Waktu memulai terapi ARV menjadi salah satu faktor penentu keberhasilan terapi. Diagnosis yang terlambat dan memulai terapi ARV saat pasien sudah memiliki beberapa penyakit akibat imunodefisiensi menjadi halangan dalam upaya untuk menurunkan angka mortalitas akibat HIV/AIDS.⁷

Gill & Einstein (1994) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan, dalam hubungannya dengan sistem budaya dan nilai setempat dan berhubungan dengan cita-cita, pengharapan, dan pandangannya, yang merupakan pengukuran multiaspek, tidak terbatas hanya pada efek fisik maupun psikologis pengobatan.⁸ Kualitas hidup terdiri dari 4 bidang, yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.⁹ Kualitas hidup penting untuk identifikasi kondisi pasien dalam menjalani kehidupan. Pasien dengan CD4 < 200 sel/ μ L di awal diagnosis memiliki

kemungkinan lebih kecil untuk mempunyai kualitas hidup lebih baik pada domain psikolog. Pasien yang telah menjalani terapi ARV selama tiga bulan atau lebih memiliki kualitas hidup yang 10,27 kali lebih baik.¹⁰ Berdasarkan uraian diatas, peneliti ingin membantu para penderita HIV/AIDS agar dapat lebih memperhatikan kualitas hidupnya dengan memberikan gambaran mengenai kualitas hidup Orang Dengan HIV/AIDS yang mendapat terapi ARV berdasarkan lama terapinya dan faktor lain. Salah satu tempat di Provinsi Jambi yang menjadi wadah untuk komunitas khusus pasien HIV AIDS sehingga pasien dapat menjalani pengobatan dan mendapat bimbingan serta pendamping yang tepat adalah Yayasan Kanti Sehati Sejati. Yayasan ini sendiri telah menyimpan data seluruh ODHA di Provinsi Jambi. Sampai akhir tahun 2020 ini terdapat sekitar 1410 ODHA yang terdata di Yayasan tersebut. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Perbedaan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS Yang Mendapat terapi Antiretroviral Berdasarkan Lama Terapi Di Yayasan Kanti Sehati Sejati".

METODE

Jenis penelitian yang akan digunakan pada penelitian ini adalah jenis Analitik Observasional dengan rancangan cross sectional. Penelitian analitik observasional dengan rancangan penelitian cross sectional digunakan untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS yang mendapat terapi antiretroviral berdasarkan

lama terapinya di Yayasan Kanti Sehati Sejati Jambi.

Penelitian ini dilakukan di Yayasan Kanti Sehati Sejati dengan penyebaran kuesioner secara online melalui situs google form. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Juli-November 2020. Populasi penelitian ini adalah orang dengan HIV/AIDS di seluruh Kota Jambi.

Untuk cara pengambilan sampel peneliti menggunakan teknik totaling sampling. Pada teknik ini,peneliti akan mengambil sampel dengan mengambil seluruh data sampel yang didapatkan dari para responden yang telah mengisi google form yang telah diberikan. Besar sampel pada penelitian ini sebanyak 83 responden.

Penelitian ini menggunakan data primer yaitu kuesioner WHOQOL-BREF. Penelitian ini menggunakan data primer yang dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner yang berisi pertanyaan dengan jawaban menggunakan skala 1 – 5. Dimana responden tinggal memilih jawaban yang sudah disediakan oleh peneliti. Pada kuesioner ini mengandung 6 domain yang nantinya akan menentukan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS berdasarkan dimensi hidupnya. Setelah responden mengisi kuesioner,hasil jawaban akan dikumpulkan di google form. Data yang didapatkan dieskpor dan diolah di SPSS.

Menurut Abebe et al,nilai rata rata yang didapat dari tiap domain dapat dijadikan sebagai cut-off point sebagai pembagi antara kualitas hidup yang baik dan buruk. Dikatakan

kualitas hidupnya baik apabila skor berada diatas nilai rata-rata. Sedangkan dikatakan kualitas hidupnya buruk apabila skor berada dibawah sama dengan nilai rata-rata.¹¹

Analisis data yang digunakan yaitu analisis bivariat dengan menggunakan uji Mann-Whitney untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS berdasarkan lama terapinya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden ditampilkan pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Responden di Yayasan Kanti Sehati Sejati

Karakteristik		n=83	%
Usia, tahun	17-25	15	18,1
	26-50	68	81,9
Jenis kelamin	Perempuan	29	34,9
	Laki-laki	54	65,1
Pendidikan	Tidak tamat SD	3	3,6
	Tamat SD	2	2,4
	Tamat SMP	10	12
	Tamat SMA	59	71,1
	Tamat D3/S1/S2	9	10,8
Status menikah	Tidak menikah	38	45,8
	Menikah	41	49,4
	Bercerai	4	4,8
Jarak rumah ke layanan kesehatan	≤10 km	68	81,9
	>10 km	15	18,1
Komorbid	Tidak ada	71	85,5
	Ada	12	14,5
Regimen Obat	Lini 1	83	100
	Lini 2	0	0
Lama Terapi ARV	≤2 tahun	40	48,2
	>2 tahun	43	51,8

Penelitian diikuti oleh 83 orang responden. Berdasarkan umurnya,peneliti membagi menjadi dua kategori yaitu rentang umur 17-25 tahun dan 26-50 tahun. Pada data ini diperoleh 15 orang (18,1%) ODHA dengan usia rentangan 17-25 tahun, dan terdapat 68 orang (81,9%) ODHA dengan usia rentangan 26-50 tahun.Berdasarkan data yang didapat,diketahui bahwa tidak ada responden yang berumur > 50 tahun.

Berdasarkan jenis kelaminnya,data dikategorikan menjadi perempuan dan laki laki. Dari data yang diperoleh,didapatkan hasil bahwa terdapat 29 orang (34,9%) ODHA yang berjenis kelamin perempuan,dan terdapat 54 orang (65,1%) ODHA yang berjenis kelamin laki-laki.

Pendidikan terakhir yang ditempuh oleh responden dikelompokkan menjadi 5 kelompok,yaitu kelompok yang tidak tamat SD,tamat SD,tamat SMP,tamat SMA, dan kelompok yang tamat D3/S1/S2. Berdasarkan data yang diperoleh, didapatkan hasil bahwa terdapat 3 orang (3,6%) ODHA yang tidak tamat SD, 2 orang (2,4%) ODHA yang tamat SD, 10 orang (12%) ODHA yang tamat SMP, 59 orang (71,1%) ODHA yang tamat SMA, dan 9 orang (10,8%) ODHA yang tamat D3/S1/S2.

Status pernikahan dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi 3 kelompok,yaitu kelompok tidak menikah,menikah,dan bercerai. Berdasarkan data yang diperoleh, didapatkan hasil bahwa terdapat 38 orang (45,8%) ODHA yang berstatus tidak menikah, 41 orang (49,%) ODHA yang berstatus

menikah, dan 4 orang (4,8%) ODHA yang berstatus telah bercerai.

Jarak rumah dengan layanan kesehatan dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi 2, yaitu yang berjarak ≤ 10 km dan > 10 km. Layanan kesehatan yang dimaksud adalah layanan kesehatan untuk pasien untuk mendapatkan perawatan obat dan memeriksakan kondisi kesehatannya. Berdasarkan data yang diperoleh, didapatkan hasil bahwa terdapat 68 orang (81,9%) ODHA yang jarak rumah dengan layanan kesehatannya ≤ 10 km, dan 15 orang (18,1%) ODHA yang jarak rumah dengan layanan kesehatannya > 10 km.

Status kualitas hidup juga dipengaruhi oleh ada atau tidaknya komorbid atau penyakit penyerta yang diderita responden selain HIV/AIDS itu sendiri. Oleh karena itu responden juga dikelompokkan berdasarkan ada atau tidaknya komorbid yang dideritanya. Berdasarkan data yang diperoleh, didapatkan hasil bahwa terdapat 71 orang (85,5%) ODHA yang tidak memiliki komorbid, dan 12 orang (14,5%) ODHA memiliki komorbid. Beberapa responden yang telah menjawab kuesioner, mengatakan bahwa penyakit lain yang dideritanya antara lain seperti TBC, hepatitis C, kista miom, hipertensi dan kolestrol. Sedangkan beberapa responden lain yang menjawab ada komorbid, tidak menyebutkan penyakit apa yang dideritanya selain HIV/AIDS.

Regimen obat yang digunakan responden dalam hal ini dapat dikelompokkan menjadi 2, yaitu regimen obat lini 1 dan lini 2.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa seluruh responden menggunakan regimen obat lini 1 dengan persentase 100%.

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat karakteristik responden berdasarkan lama terapi ARV nya. Pada penelitian ini lama terapi ARV dikelompokkan menjadi 2, yaitu kelompok yang terapi konsumsi ARV ≤ 2 tahun dan > 2 tahun. Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa pada kelompok ODHA yang telah konsumsi ARV ≤ 2 tahun terdiri dari 40 orang (48,2%) dan pada kelompok ODHA yang telah konsumsi ARV > 2 tahun terdiri dari 43 orang (51,8%).

Tabel 2. Distribusi Kualitas Hidup Responden di Yayasan Kanti Sehati Sejati

Domain kualitas hidup	Mean	SD	Min-max	Derajat kualitas hidup	
				Buruk n(%)	Baik n(%)
1	13,6	2,49	8-20	46(55,4)	37(44,6)
2	14,06	3,86	4-20	48(57,8)	35(42,2)
3	13,48	2,86	9-20	42(50,6)	41(49,4)
4	14,20	3,30	6-20	49(59,0)	34(41,0)
5	13,25	2,96	7-20	46(55,4)	37(44,6)
6	13,36	3,50	8-20	50(60)	33(39,8)

Domain 1= kesehatan fisik; Domain 2= kesehatan psikologi; Domain 3= tingkat kemandirian; Domain 4= kesejahteraan sosial; Domain 5= kesejahteraan lingkungan; Domain 6= spiritual

Untuk perhitungan skor kuesioner ini dapat dilakukan dengan skor tiap pertanyaan dijumlahkan. Pada pertanyaan yang negatif, skor yang didapat harus dikurangi dengan angka 6. Hasil skor tiap domain yang didapat dari alat ukur WHOQOL-BREF (raw

score) harus ditransformasikan. Transformasi dilakukan dengan membagi mean tiap domain dan dikali 4.

Tabel 2 menampilkan hasil kuesioner, dari 83 responden yang telah mengisi kuesioner, didapatkan hasil bahwa pada domain 1 yaitu domain kesehatan fisik ($13,6 \pm 2,49$) terdapat 46 orang (55,4%) ODHA yang memiliki kesehatan fisik buruk, dan 37 orang (44,6%) ODHA dengan kesehatan fisik baik. Pada domain 2 yaitu kesehatan psikologis ($14,06 \pm 3,86$) terdapat 48 orang (57,8%) ODHA yang memiliki kesehatan psikologis buruk, dan 35 orang (42,2%) ODHA dengan kesehatan psikologis baik. Pada domain 3 yaitu domain tingkat kemandirian ($13,84 \pm 2,86$) terdapat 42 orang (50,6%) ODHA dengan tingkat kemandirian buruk, dan 41 orang (49,4%) ODHA dengan tingkat kemandirian baik. Pada domain 4 yaitu domain kesejahteraan sosial ($14,2 \pm 3,3$) terdapat 49 orang (59%) ODHA yang memiliki kesejahteraan sosial buruk, dan 34 orang (41%) ODHA dengan kesejahteraan sosial yang baik. Pada domain 5 yaitu kesejahteraan lingkungan ($13,25 \pm 2,96$) terdapat 50 orang (60,2%) ODHA yang memiliki kesejahteraan lingkungan buruk, dan 33 orang (39,8%) ODHA dengan kesejahteraan lingkungan baik. Dan pada domain 6 yaitu domain kesehatan spiritual ($13,36 \pm 3,5$) terdapat 50 orang (60,2%) ODHA yang memiliki tingkat spiritual buruk, dan 33 orang (39,8%) ODHA dengan tingkat spiritual baik.

Tabel 3. Kualitas Hidup Responden Berdasarkan Lama Terapi

Karakteristik	Kualitas hidup keseluruhan	
	Buruk n(%)	Baik n(%)
Lama Terapi ARV		
≤2 tahun	29(72,5)	11(27,5)
>2 tahun	14(32,6)	29(67,4)

Pada tabel 3 dapat dilihat mengenai kualitas hidup keseluruhan dengan lama terapinya. Pada ODHA dengan lama terapi yang ≤ 2 tahun ($77,17 \pm 11,97$) terdapat 29 orang (72,5%) memiliki kualitas hidup yang buruk, dan terdapat 11 orang (27,5%) memiliki kualitas hidup yang tinggi. Sedangkan pada ODHA yang telah menjalani terapi ARV > 2 tahun ($88,61 \pm 12,21$) terdapat 14 orang (32,6%) memiliki kualitas hidup yang buruk, dan 29 orang (67,4%) memiliki kualitas hidup yang baik.

Tabel 4. Perbedaan Rerata Kualitas Hidup Responden Berdasarkan Lama Terapi Konsumsi ARV

Domain	Lama Konsumsi ARV				Nilai p
	≤2 tahun		>2 tahun		
	Mean	SD	Mean	SD	
1	12,67	2,18	14,46	2,47	0,003
2	13,10	2,92	14,95	2,52	0,002
3	12,90	1,72	14,72	2,22	0,003
4	12,97	2,85	15,34	3,30	0,005
5	12,97	2,71	14,76	2,96	0,010
6	12,55	2,63	14,11	4,04	0,008
total	77,17	11,97	88,61	12,21	<0,001

Domain 1= kesehatan fisik; Domain 2= kesehatan psikologi; Domain 3= tingkat kemandirian; Domain 4=

kesejahteraan sosial; Domain 5= kesejahteraan lingkungan; Domain 6= spiritual. Uji beda dengan Mann Whitney.

Terdapat peningkatan kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS yang konsumsi ARV ≤ 2 tahun dan >2 tahun (Tabel 4). Skor yang didapatkan pada domain 1 ($12,67 \pm 2,18$ vs $14,46 \pm 2,47$), pada domain 2 ($13,1 \pm 2,92$ vs $14,95 \pm 2,52$), pada domain 3 ($12,9 \pm 1,72$ vs $14,72 \pm 2,22$), pada domain 4 ($12,97 \pm 2,85$ vs $15,34 \pm 3,3$), pada domain 5 ($12,97 \pm 2,71$ vs $14,76 \pm 2,96$), dan domain 6 ($12,55 \pm 2,63$ vs $14,11 \pm 4,04$), dan kualitas hidup secara keseluruhan adalah ($77,17 \pm 11,97$ vs $88,61 \pm 12,21$).

Nilai kemaknaan statistik perbedaan kualitas hidup ditampilkan pada tabel 4. Hasil penelitian menunjukkan perbedaan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS yang konsumsi ARV ≤ 2 tahun dan > 2 tahun yang dilihat dari p value $\leq 0,05$. Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup ODHA berdasarkan lama konsumsinya pada seluruh domain.

Berdasarkan penelitian ini, dapat dilihat pada tabel 1 didapatkan bahwa sebagian besar responden memiliki usia pada rentangan 26-50 tahun dengan persentase 81,9%. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Daramatasia et al. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa infeksi HIV lebih banyak terjadi pada usia produktif. Hal ini terkait dengan perilaku berisiko yang memang lebih tinggi terjadi pada usia produktif yang disebabkan karena pada usia produktif memungkinkan lebih banyak melakukan

perilaku seks tidak aman yang berisiko terhadap penularan HIV.¹² Hasil survei UNAIDS (2009) menunjukkan kelompok umur produktif merupakan penderita HIV terbesar di dunia.¹³ Kasus infeksi HIV di Indonesia dilaporkan paling tinggi pada kelompok umur 25-49 tahun.¹⁴

Pada karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, didapatkan hasil bahwa yang terinfeksi HIV adalah laki-laki yaitu sebanyak 65,1%. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Disa et al.¹⁵ Hasil ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Daramatasia et al.¹² Namun hal ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Wenny et al yang menyatakan bahwa yang paling banyak terinfeksi adalah perempuan dengan persentase 76,4%.¹⁶ Secara umum data jumlah kasus HIV-AIDS yang dilaporkan cenderung lebih banyak terjadi di kalangan laki-laki daripada perempuan. Data menunjukkan bahwa proporsi kasus AIDS pada laki-laki mencapai 78% dan perempuan sekitar 21% hal ini menunjukkan bahwa pengguna jarum suntik mayoritas adalah laki-laki juga pelangggan seks komersial secara umum kebanyakan laki-laki.¹⁷

Pendidikan merupakan salah satu karakteristik responden yang diteliti. Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa responden paling banyak pendidikan terakhirnya adalah SMA. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Wira et al yang menyatakan bahwa mayoritas orang yang terinfeksi HIV adalah orang dengan

pendidikan terakhir SMA.¹² Ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mardia et al yang mana menunjukkan bahwa orang yang terinfeksi HIV paling banyak memiliki pendidikan terakhir SMA dengan persentase.¹⁰ Namun hal ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Wenny et al yang mana menunjukkan pendidikan terakhir ODHA yang paling banyak adalah tamatan SD.¹⁶ Hasil Survey IBBS pada penasun di Pokhara Valley pada tahun 2009 menunjukkan bahwa penasun yang tidak bisa baca-tulis beresiko 20 kali terinfeksi HIV dibandingkan penasun yang bisa baca-tulis.¹⁸ Tingkat pendidikan mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi terbaru yang diterimanya. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin luas wawasan berfikirnya, dan semakin mudah dalam menerima informasi. Pada dasarnya semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap pengetahuan tentang perilaku penggunaan kondom dalam upaya pencegahan HIV.¹⁹

Pada karakteristik responden juga terdapat status pernikahan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar ODHA memiliki status pernikahan menikah yaitu dengan persentase 49,4%. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Daramatasia et al yang menunjukkan bahwa ODHA paling banyak memiliki status pernikahan menikah.¹³ Hasil ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Disa et al yang mengatakan bahwa

ODHA paling banyak terinfeksi adalah status pernikahan yang belum menikah/janda/duda.¹⁵

Pada jarak rumah dengan layanan kesehatan menunjukkan bahwa sebagian besar ODHA memiliki jarak rumah dengan layanan kesehatan yang < 10 km. Menurut Mardia et al, Jarak dan waktu yang lama berpeluang sebagai faktor prediktor terhadap lost to follow up pengobatan ARV.¹⁰ Menurut Zahrah et al, jarak tempuh ke pelayanan kesehatan menjadi kesulitan lain yang dirasakan partisipan karena harus setiap minggu untuk datang ke pelayanan kesehatan untuk mengambil obat ARV, ODHA merasa berat dengan jarak rumah sakit dan rumah yang jauh serta tidak adanya transportasi.¹⁹ Menurut Konstantina et al bahwa pasien HIV/AIDS yang sulit akses ke layanan kesehatan memperoleh ARV memiliki risiko 3,79 kali untuk tidak patuh terapi ARV dibandingkan yang mudah mengakses layanan kesehatan memperoleh ARV sehingga akan berpengaruh terhadap kualitas hidupnya.²⁰

Pada karakteristik komorbid pada orang yang terinfeksi HIV, sebagian besar ODHA memiliki tidak komorbid dengan persentase 85,5%. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Doris et al dan Banagi et al yang menyatakan bahwa jumlah ODHA yang tidak memiliki komorbid lebih besar jumlahnya dibandingkan yang memiliki komorbid.^{21,22}

Pada tabel 1 dapat dilihat bahwa ODHA paling banyak yang telah terapi ARV >

2 tahun. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Thatit et al, yang mana hasil lama terapi > 2 tahun lebih banyak dibandingkan yang ≤ 2 tahun.²³ Penelitian yang dilakukan oleh Ari et al juga didapatkan hasil yang sama yaitu lama terapi > 2 tahun merupakan jumlah ODHA yang paling banyak dibandingkan ≤ 2 tahun.²⁴ Hasil penelitian yang dilakukan oleh Handayani et al didapatkan hasil yang bertolak belakang, yaitu pada lama terapi yang ≤ 2 tahun memiliki jumlah ODHA lebih banyak dibandingkan yang lama terapi > 2 tahun.²⁵ Penelitian yang dilakukan oleh Erny et al juga mengungkapkan bahwa pada ODHA yang ditelitinya itu lebih banyak yang telah menjalani terapi ARV > 2 tahun.⁸

Terdapat penelitian Igumbor et al menunjukkan hubungan yang signifikan antara penggunaan ARV dengan peningkatan indikator kualitas hidup.²⁶ Penelitian Pitt J et al menunjukkan peningkatan kualitas hidup setelah tindak lanjut inisiasi ARV selama 7 bulan.²⁷ Lalu penelitian Wouters et al juga menunjukkan peningkatan kualitas hidup setelah tindak lanjut inisiasi ARV selama 24 bulan.²⁸ Penelitian Mweete et al menunjukkan bahwa ARV efektif dalam meningkatkan kualitas hidup.²⁹

Pada tabel 2 diketahui mengenai distribusi kualitas hidup perdomain. Pada domain 1 sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang buruk. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Handayani et al yang mana pada domain fisik sebagian besar memiliki kualitas hidup yang buruk.²⁵

Rasa sakit fisik seperti kelelahan, keterbatasan pergerakan tubuh, rasa nyeri, kekurangan energi cukup mengganggu ODHA dalam beraktivitas sehari-hari. Penelitian yang dilakukan oleh Hardiansyah et al juga menunjukkan hasil yang sejalan, yaitu sebagian besar domain fisik pada ODHA memiliki kualitas hidup yang buruk karena pada dasarnya ODHA mampu melakukan kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan perawatan dan pengobatan secara fisik seperti berolahraga, tidur yang cukup, serta keteraturan mengonsumsi obat.³⁰

Pada domain 2 sebagian besar ODHA memiliki kualitas hidup yang buruk. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hardiansyah et al yang menyatakan bahwa ODHA lebih banyak memiliki kualitas hidup yang buruk pada domain psikologis.³⁰ Penelitian yang dilakukan oleh Elyana menunjukkan hal yang bertolak belakang dimana pada domain psikologi sebagian besar ODHA memiliki kualitas hidup yang baik.³¹ Penyebab rendahnya kualitas hidup pada domain psikologis ini dapat disebabkan oleh karena ODHA sering merasakan feeling blue (kesepia, putus asa, cemas dan depresi). Berbagai masalah psikologis ini akan mempengaruhi kemampuan ODHA untuk berpartisipasi secara penuh dalam pengobatan dan perawatan dirinya, sehingga akan berdampak terhadap kualitas hidupnya.²⁹

Pada domain 3 menunjukkan sebagian besar ODHA memiliki kualitas hidup yang buruk. Hasil penelitian ini sesuai dengan

penelitian yang dilakukan oleh Handayani et al yang juga mengatakan bahwa kualitas hidup pada domain tingkat kemandirian pada ODHA sebagian besar adalah buruk.²⁵ Namun penelitian yang dilakukan oleh Wenny et al didapatkan hasil yang sebaliknya yaitu kualitas hidup pada domain kemandirian sebagian besar memiliki kualitas hidup yang baik.¹⁷ Menurut Herdiansyah et al ODHA yang mengalami hal tersebut adalah ODHA yang sudah merasa minder untuk bergaul dengan orang lain, dia merasa kehilangan kemampuan untuk bergaul setelah menderita HIV dan selalu menutup diri hal ini disebabkan karena takut di kucilkan oleh orang-orang yang mengetahui status HIV yang dideritanya.³⁰ Selain itu, dapat juga disebabkan oleh karena ODHA yang masih belum bisa menerima bahwa dirinya terinfeksi HIV dan juga belum terbiasa untuk konsumsi obat ARV sebelum aktifitas, yang mana akan mempengaruhi kualitas hidupnya juga.³²

Pada domain 4 menunjukkan sebagian besar ODHA memiliki kualitas hidup yang kurang baik. Hasil ini bertolak belakang oleh penelitian yang dilakukan oleh Wijang et al yang mengatakan bahwa pada domain 4 kualitas hidup ODHA sebagian besar berada pada tingkatan baik.²² Pada penelitian yang dilakukan oleh Handayani et al juga menghasilkan hasil yang berbeda yaitu pada ODHA di domain 4 didapatkan hasil kualitas hidup yang baik.²⁵ Menurut Erny et al sumber stressor pada ODHA adalah jika orang lain mengetahui statusnya maka ODHA akan merasa malu dan dikucilkan oleh orang lain.

Rasa malu tersebut akan membatasi ODHA dalam berinteraksi dengan orang lain. Rasa malu yang dirasakan ODHA akan mempengaruhi dalam hubungan sosial dengan orang lain sehingga ODHA memilih untuk membatasi interaksi dengan orang lain.⁸ Penelitian yang dilakukan oleh Mardia et al dikatakan bahwa ODHA yang mendapatkan dukungan sosial memiliki kemungkinan 4,243 kali lebih besar untuk mempunyai kualitas hidup yang lebih baik.¹⁰ Penelitian yang dilakukan oleh Herdiansyah et al mengatakan bahwa ODHA yang pada kategori baik merasa di terima karena masih ada orang yang mau bergaul dengan responden meskipun telah mengetahui status HIV-nya, masih ada yang peduli, bahkan masih ada orang yang memberikan dukungan terhadapnya. Penyebab ODHA memiliki kualitas hidup yang buruk pada domain sosial dapat disebabkan oleh karena mereka merasa dikucilkan dari teman bahkan keluarga sendiri yang mengetahui status HIV nya. Masalah ini merupakan masalah sosial utama yang menyebabkan dirinya merasa terisolasi dari keluarga dan masyarakat.³⁰

Pada domain 5 didapatkan hasil bahwa sebagian besar ODHA memiliki kualitas hidup yang buruk. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hardiansyah et al yang menyatakan bahwa kualitas hidup ODHA pada domain lingkungan adalah sebagian besar buruk.³⁰ Penelitian yang dilakukan oleh Wijang et al memberikan hasil yang bertolak belakang, yaitu kualitas hidup ODHA pada domain 5 paling banyak

berada pada kategori tinggi.²² Hasil ini juga bertolak belakang oleh penelitian yang dilakukan oleh Wira et al, yang mana pada domain 5 didapatkan hasil paling banyak pada kategori baik.¹² Sikap masyarakat yang hanya mengetahui bahwa HIV/AIDS itu merupakan sebatas penyakit menular dan penderitanya berbahaya, dan masyarakat juga belum memahami secara benar faktor penyebaran dan cara penanggulangannya. Hal seperti ini yang akan menyebabkan timbulnya sikap over protective terhadap ODHA, seperti tidak mau bergaul dengan ODHA sehingga dapat menyebabkan ODHA merasa tidak aman berada di lingkungan tempat tinggalnya.³⁰ Menurut Erny et al dikatakan bahwa stressor lingkungan berefek terhadap pasien baik positif maupun negatif. Pasien memberikan efek terhadap lingkungan, demikian juga lingkungan dapat memberikan efek terhadap pasien. Berdasarkan alasan tersebut maka sebagian dari responden memilih untuk tidak mengungkapkan identitasnya sebagai penderita HIV/AIDS. Selain itu juga menurut Erny et al, ODHA yang berstatus menikah memiliki kondisi yang lebih baik pada domain lingkungan dibandingkan dengan pasien yang tidak menikah (sendiri, janda dan berpisah).⁸ Menurut Wenny dkk, Tidak adanya tekanan dari lingkungan yang dirasakan akan membuat ODHA merasa aman dan cenderung patuh untuk menjalankan pengobatan.¹⁶

Pada domain 6 didapatkan hasil bahwa sebagian besar ODHA memiliki kualitas hidup yang kurang baik atau berada pada kategori

rendah. Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Handayani et al yang mana dikatakan bahwa pada domain spiritual didapatkan hasil sebagian besar ODHA memiliki kualitas hidup pada domain buruk atau pada kategori rendah.²⁵ Penelitian yang dilakukan oleh Wenny et al mengatakan hal yang bertolak belakang, dimana pada domain 6 didapatkan hasil bahwa paling banyak ODHA berada pada kategori yang baik. Spiritualitas merupakan faktor penting untuk perasaan kesejahteraan. Spiritualitas dianggap sebagai jembatan antara keputusan dengan kebermaknaan hidup sehingga erat kaitannya dengan kesejahteraan psikologis.¹⁶ Hal ini disebabkan oleh karena ODHA merasa khawatir akan masa depan mereka terutama kematian.³² Spiritual merupakan faktor penting untuk perasaan kesejahteraan. Spiritualitas dapat dianggap sebagai jembatan antara keputusan dengan kebermaknaan hidup sehingga erat kaitannya dengan kesejahteraan psikologis. Terbukti bahwa pada domain psikologis pada penelitian ini memiliki kualitas hidup yang juga buruk.¹⁸

Pada tabel 4 didapatkan peningkatan pada semua domain. Pada uji perbedaan juga didapatkan perbedaan di semua domain. Pengenalan ARV pada awal diagnosis dapat meningkatkan kesehatan psikologis dan menurunkan angka morbiditas.³³ Namun penelitian yang dilakukan di Vietnam oleh Tran et al, dikatakan bahwa pada tahun pertama penggunaan ARV dapat menurunkan kualitas hidup ODHA. Menurut Tran et al ini

dapat terjadi karena efek samping yang terjadi pada diri ODHA yang diamati di negara Vietnam dan beberapa negara lainnya. Selain itu, ditemukan juga bukti bahwa terdapat peningkatan kualitas hidup pada ODHA yang telah menjalani selama > 2 tahun.³⁴

Menurut Brenda et al, perbedaan regimen ARV yang diberikan dan pelayanan kesehatan dapat menjadi faktor penting dalam penentuan kualitas hidup ODHA.³³ Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Oguntibeju et al, dikatakan bahwa selain regimen ARV status ekonomi dan pendidikan juga merupakan salah satu faktor penting untuk menentukan kualitas hidup yang diinginkan oleh ODHA. Pada penelitian yang dilakukan secara cross sectional oleh Oguntibeju didapatkan hasil bahwa pada bulan ke 4 terapi ARV terdapat perbedaan yang signifikan pada domain psikologis, dan pada bulan ke 12 terjadi perubahan yang signifikan pada domain fisik. Pada tahun ke 4 terapi ARV, sepertiga perempuan di Afrika Selatan yang terinfeksi HIV dapat hamil. Ini membuktikan bahwa ARV dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA, termasuk wanita yang terinfeksi HIV yang ingin memiliki anak karena ARV dapat mengurangi risiko penularan HIV secara vertikal.³⁵ Menurut Igumbor et al bahwa ODHA yang telah terapi ARV selama 12 bulan lebih, tubuhnya dapat menekan virus HIV sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Menurut Igumbor, domain yang terlihat perubahannya secara signifikan setelah terapi > 12 bulan adalah domain psikologi.²⁸

Pada penelitian yang dilakukan oleh Oguntibeju et al di Afrika Selatan, dikatakan bahwa terdapat peningkatan pada domain fisik dan emosional yang diamati selama 12 bulan. Pada penelitian Oguntibeju et al dikatakan bahwa beberapa ODHA mengalami efek samping ARV, namun efek samping ini masih dapat diatasi dengan baik. Menurut Oguntibeju et al, pada kasus pasien infeksi HIV yang memiliki kepatuhan minum obat 100% akan memiliki peningkatan kualitas hidup yang tinggi juga. Sedangkan dengan kepatuhan 80-90% akan memiliki kualitas hidup yang sedang, dan yang kepatuhan < 80% akan memiliki kualitas hidup yang buruk.³⁵ Tidak adanya perbedaan pada domain 5, menurut Yvonne et al dapat disebabkan oleh karena penderita masih merasa malu dan dihindari oleh lingkungan sekitar baik dari teman-teman maupun keluarga terdekat. Stigma sosial masyarakat yang tinggi dan dukungan sosial dari kerabat yang menurun dapat juga menjadi sebab tidak adanya perbedaan kualitas hidup pada ODHA yang telah menjalani terapi ARV. Selain itu responden juga dapat merasa kurang puas dalam hubungan seksualnya dikarenakan penderita atau pasangannya harus menggunakan kondom dalam menjalani hubungan seksualnya atau justru membatasi aktivitas seksualnya.³⁶

Perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya dapat disebabkan oleh karena data yang terdistribusi tidak merata dan tidak homogen. Selain itu juga dapat disebabkan oleh karena tidak adanya sesi wawancara lebih mendalam

antara peneliti dan responden secara langsung dikarenakan oleh pandemi covid 19.

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, dapat ditarik kesimpulan yaitu Paling banyak didapatkan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) dengan umur 26-50 tahun, berjenis kelamin laki-laki, mempunyai tingkat pendidikan yang rendah, status pernikahan menikah, jarak rumah ≤ 10 km, tidak memiliki komorbid/infeksi oportunistik, telah terapi > 2 tahun dan menggunakan regimen obat lini 1 dan memiliki

kualitas hidup di semua domainnya adalah buruk. Pada ODHA yang telah terapi ≤ 2 tahun memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibanding yang telah menjalani terapi > 2 tahun. Terdapat peningkatan kualitas hidup yang signifikan pada ODHA yang telah menjalani terapi ARV > 2 tahun yang menghasilkan adanya perbedaan yang bermakna pada kualitas hidup di semua domain ODHA yang telah menjalani terapi ARV dengan lama terapinya ≤ 2 tahun dan > 2 tahun.

DAFTAR PUSTAKA

1. Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Stiyohadi B, Syam AF. Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid I. Edisi ke-6. Jakarta: Interna Publishing; 2014.
2. Tanto C, Liwang F, Hanifati S, Pradipta EA. Kapita selekta kedokteran jilid II. Edisi IV. Jakarta: Media Aesculapius; 2014.
3. WHO. Data dan Statistik HIV/AIDS (online). World Health Organization. 2018. Diakses dari URL: <https://www.who.int/hiv/data/en/#> (pada 13 April 2020).
4. Kemenkes RI. Situasi Umum HIV/AIDS dan Tes HIV (online). Kementerian Kesehatan RI. 2018 (diakses pada 13 April 2020). Diunduh dari URL: <https://www.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/InfoDatin-HIV-AIDS-2018.pdf>.
5. Badan Pusat Statistik. Data Kasus HIV/AIDS, IMS, DBD, dan Diare menurut Kabupaten/Kota 2018 (online). 2018. Diunduh dari URL: <https://jambi.bps.go.id/dynamic/2019/10/02/1326/kasus-hiv-aids-ims-dbd-dan-diaremenurut-kabupaten-kota-2018-.html> (diakses pada 14 April 2020).
6. Ramadhan DF, Fitriangga A, Irsan A, Masyarakat DK, Kedokteran PS, Untan FK. Hubungan Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Pasien HIV / AIDS yang Menjalani Rawat Jalan di Care Support Treatment Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Program Studi Kedokteran, FK UNTAN Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang termasuk. *J Cerebellum*. 2018;4(3):1127–37.
7. Syarifah Y. Artikel Penelitian Gambaran Pemberian Regimen Antiretroviral pada Pasien. *J FK Unand*. 2017;9(Supplement 1):147–55.
8. Setiyorini E. Quality of Life People Living with HIV-AIDS (PLWHA) with Antiretroviral therapy in Cendana Clinic Ngudi Waluyo Wlingi Hospital. 2015;2(1):006–14.
9. Unzila SR, Nadiyah SR, Triyono EA. Hubungan Kepatuhan Anti Retroviral Therapy (Art) Satu Bulan Terakhir Dengan Kualitas Hidup Pasien Hiv/Aids Di Rsd Dr. Soetomo Surabaya. *Media Gizi Indones*. 2017;11(1):24.
10. Mardia, Ahmad RA, Riyanto BS. Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS Berdasarkan Kriteria Diagnosis dan Faktor Lain di Surakarta. *Ber Kedokt Masy*. 2017;33(3):147–52.
11. Handayani F, Sari F, Dewi T. Faktor yang memengaruhi kualitas hidup orang dengan HIV / AIDS di Kota Kupang Factors affecting quality of life of people living with HIV / AIDS in. *Ber Kedokt Masy*. 2017;33:509–14.
12. Abebe Weldsilase Y, Likka MH, Wakayo T, Gerbaba M. Health-Related Quality of Life and Associated Factors among Women on Antiretroviral Therapy in Health Facilities of Jimma Town, Southwest Ethiopia. *Adv Public Heal*. 2018;2018:1–12.
13. Nurmawati T, Sari YK, Hidayat AP. Hubungan antara Lama Pengobatan dengan Jumlah CD4 pada Penderita HIV/AIDS yang menjalankan Program Pengobatan Antiretroviral (ARV). 2019;6(2):197–202.

14. Daramatasia W, Soelistyoningsih D. Hubungan Jumlah CD4 dengan Kualitas Hidup. *J Ilm Media Husada*. 2019;8(1):41–52.
15. UNAIDS. Statistik HIV/AIDS update. Geneva UNAIDS. 2009
16. Kemenkes RI. Statistik Status HIV/AIDS di Indonesia. Ditjen PP & PL Kemenkes RI. 2014 (diakses pada 29 November 2020). Diunduh dari URL: <http://spiritia.or.id>
17. Disa Novianti, Ariyanti PD. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV yang Menjalani Rawat Jalan di Care Supportal Treatment (CST) Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Kota Pontianak. *J Medika*. 2015
18. Carsita, Wenny N, Mirah, Asmi K. Kualitas Hidup ODHA Di Kecamatan Bongas. *J Keperawatan Prof*. 2019;7(Nomor 2):1–14
19. Manalu RM, Harahap SY, Sinurat I. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Infeksi Hiv Pada Usia Produktif Di Komite Aids Hkbp Balige. *Indones Trust Heal J*. 2019;2(2):190–8.
20. Pasaribu RS, Andayani LS. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hiv Pada Wps (Wanita Pekerja Seks) Di Klinik Vct (Voluntary Counseling And Testing) Wilayah Kerja Puskesmas Padang Bulan. *Mutiana Ners*. 2019;2(1):168–77.
21. Septimar ZM, Adawiyah SR. Pengalaman Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Pengobatan Antiretroviral (ARV) di Yayasan Bina Muda Gemilang Balaraja Tangerang. *J Ilmu Kesehat Masy*. 2019;8(03):130–5.
22. Pariaribo K, Hadisaputro S, Widjanarko B, Sofro MAU. Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi Antiretroviral (ARV) pada Pasien HIV/AIDS di RSUD Abepura Jayapura. *J Epidemiol Kesehat Komunitas*. 2017;2(1):7.
23. Mwesigire DM, Martin F, Seeley J, Katamba A. Relationship between CD4 count and quality of life over time among HIV patients in Uganda: A cohort study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2015;13(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-015-0332-3>
24. Arjun BY, Unnikrishnan B, Ramapuram JT, Thapar R, Mithra P, Kumar N, et al. Factors Influencing Quality of Life among People Living with HIV in Coastal South India. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2017;16(3):247–53.
25. Hardiansyah, Amiruddin R, Arsyad DS. Kualitas Hidup Orang Dengan HIV dan AIDS di Kota Makassar. *Media Kesehat Masy Indones*. 2014;1–11. .
26. Saputra W. Yogyakarta 2019. Hub Dukungan Emosional Kel Terhadap Kualitas Hidup Penderita Hiv-Aids Di Yayasan Vic Plusyogyakarta. 2019.
27. Hayatiningsih A, Alam A, Sitorus TD. Hubungan Lamanya Terapi ARV dengan Kepatuhan Minum Obat pada Anak HIV di Klinik Teratai. *J Sist Kesehat*. 2017;3(2):80–3.
28. Igumbor J, Stewart A, Holzemer W. Comparison of the health-related quality of life, CD4 count and viral load of AIDS patients and people with HIV who have been on treatment for 12 months in rural South Africa. *Sahara J* (2013). 10:25–31
29. Pitt J, Myer L, Wood R. Quality of life and the impact of drug toxicities in a South African community-based antiretroviral programme. *J Int AIDS Soc* (2009). 12:5
30. Wouters E, Van Loon F, Van Rensburg D, Meulemans H. State of the ART: clinical efficacy and improved quality of life in the public antiretroviral therapy program, Free State province, South Africa. *AIDS Care* (2009). 21:14011411
31. Ethel R, AS W, Sofro M. Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kualitas Hidup Pasien Hiv/Aids Di Rsup Dr. Kariadi Semarang. *J Kedokt Diponegoro*. 2016;5(4):1623–33.
32. Mweete D Nglazi, Sacha J West, Joel A Dave, Naomi S Levitt, and Estelle V Lambert. Quality of life in individuals living with HIV/AIDS attending a public sector antiretroviral service in Cape Town, South Africa. *BMC Public Health* (2014). 14:676
33. Dutra BS, Lédo AP, Lins-Kusterer L, Luz E, Prieto IR, Brites C. Changes health-related quality of life in HIVinfected patients following initiation of antiretroviral therapy: a longitudinal study. *Brazilian J Infect Dis*. 2019;23(4):211–7.
34. Tran BX. Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV/AIDS patients in Vietnam. *PLoS One*. 2012;7(7):1–8.
35. Oguntibeju OO. Quality of life of people living with HIV and AIDS and antiretroviral therapy. *HIV/AIDS - Res Palliat Care*. 2012;4:117–24.
36. Handajani YS, Djoerban Z, Irawan H. Quality of life people living with HIV/AIDS: outpatient in Kramat 128 Hospital Jakarta. *Acta Med Indones*. 2012;44(4):310–6.