

Psikoedukasi Melibatkan Keluarga oleh Apoteker dan Perawat Konselor: Perubahan Dukungan Keluarga, Depresi, dan Kualitas Hidup pada ODHA

Family-Involved Psychoeducation by the Pharmacist and Nurse Counselor: Change in Family Support, Depression, and Quality of Life in People Living with HIV/AIDS

Namira Sapriani Lubis¹, Embun Suci Nasution^{2*}, Emil Salim³

¹Program Studi Magister Ilmu Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Sumatera Utara, Jl. Tri Dharma No. 5 Pintu 4 Kampus USU, Medan 20155, Indonesia

^{2,3}Departemen Farmakologi dan Farmasi Klinis/Komunitas, Fakultas Farmasi, Universitas Sumatera Utara, Medan 20155, Indonesia.
Email: embun@usu.ac.id

Abstrak

Latar Belakang: Gejala depresi banyak ditemukan pada pasien orang dengan HIV/AIDS dan dapat menurunkan dukungan keluarga maupun kualitas hidup. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan mengevaluasi perubahan pada dukungan keluarga, tingkat depresi, serta kualitas hidup setelah intervensi psikoedukasi oleh apoteker dan konselor HIV/AIDS, serta menganalisis perubahan tingkat depresi berkontribusi terhadap dukungan keluarga dan kualitas hidup. **Metode:** Penelitian studi kuasi-eksperimental satu kelompok dengan rancangan *pre-test* dan *post-test* dengan *purposive sampling* dilaksanakan pada Juli-September 2026 di poliklinik HIV UPTD Khusus RSU Haji Medan, Sumatera Utara. Sebanyak 99 pasien ODHA dewasa yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi mengikuti sesi intervensi bulanan selama tiga bulan oleh apoteker dan perawat konselor HIV/AIDS. Instrumen pengukuran terdiri atas *Medical Outcomes Study Social Support Survey* untuk menilai dukungan keluarga, *Beck Depression Inventory-II* untuk menilai tingkat depresi, serta *World Health Organization Quality of Life-HIV Brief* untuk menilai kualitas hidup. Analisis meliputi uji t berpasangan dan korelasi Pearson. **Hasil:** Terjadi kenaikan nilai dukungan keluarga 9,26 (IK 95% 7,60-10,93), penurunan tingkat depresi 4,10 (IK 95% 3,17-5,03), dan kenaikan nilai kualitas hidup 0,42 (IK 95% 0,16-0,69). Penurunan depresi berkaitan dengan perbaikan kualitas hidup (efek tidak langsung 0,34; IK 95% 0,11-0,62) dan berkontribusi 30,2% terhadap kenaikan dukungan keluarga (IK 95% 14,3-49,3%). Ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup ($r=0,468$). **Kesimpulan:** Psikoedukasi oleh apoteker dan konselor HIV/AIDS melibatkan dukungan keluarga dapat menurunkan tingkat depresi dan meningkatkan kualitas hidup responden. Dukungan keluarga berkorelasi dengan kualitas hidup secara signifikan. Studi terkontrol diperlukan untuk memastikan jalur sebab-akibatnya.

Kata kunci: Depresi; Dukungan Keluarga; HIV/AIDS; Kualitas Hidup; Psikoedukasi.

Abstract

Background: Depressive symptoms are frequently observed in patients with HIV/AIDS (PLWHA) and can undermine both family support and quality of life. **Objective:** This study aimed to evaluate changes in family support, depression, and quality of life following psychoeducation delivered by pharmacists and HIV/AIDS counselors, and to analyze the extent to which changes in depression contribute to changes in family support and quality of life among PLWHA. **Methods:** This single-group, quasi-experimental *pre-test* and *post-test* study used *purposive sampling* and was conducted from July to September 2026 at the HIV clinic of RSU Haji Medan (Haji General Hospital) in North Sumatera. A total of 99 adults who met the eligibility criteria attended three monthly sessions of education, counseling, and support, together with a family member, delivered by pharmacists and HIV/AIDS nurse counselors. Outcomes were measured using the *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (family support), the *Beck Depression Inventory-II* (depression), and the *World Health Organization Quality of Life-HIV BREF* (quality of life). Data were analyzed using paired t-tests, Pearson correlation, and an exploratory within-participant mediation analysis with 10,000 bootstrap resamples. **Results:** Family support scores increased by 9.26 points (95% CI 7.60-10.93), depression scores decreased by 4.10 points (95% CI 3.17-5.03), and quality of life scores improved by 0.42 points (95% CI 0.16-0.69). The reduction in depression was associated with improved quality of life (indirect effect 0.34; 95% CI 0.11-0.62) and accounted for 30.2% of the increase in family support (95% CI 14.3%-49.3%); the reverse model fitted the data equally well. At baseline, family support was significantly correlated with quality of life ($r=0.468$). **Conclusion:** Psychoeducation delivered by pharmacists and HIV/AIDS counselors, with family involvement, was accompanied by greater family support, better quality of life, and lower depression among HIV/AIDS patients. Controlled studies are required to establish the causal pathways.

Keywords: Depression; Family Support; HIV Infections; Psychoeducation; Quality of Life.

*Corresponding author: Embun Suci Nasution, Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia.

E-mail : embun@usu.ac.id

Doi : 10.35451/jfm.v9i1.4092

Received : October 22, 2026, Accepted: October 30, 2026, Published: October 30, 2026

Copyright: © 2026 Embun Suci Nasution(s). Creative Commons License This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

1. PENDAHULUAN

Berdasarkan data *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* bahwa pada 2024 sekitar 40,8 juta orang hidup dengan HIV/AIDS; tercatat kira-kira 1,3 juta infeksi HIV baru, sementara kematian akibat penyakit terkait AIDS mencapai sekitar 630.000 jiwa [1]. Jumlah ODHA di Indonesia pada 2025 diperkirakan 564.000 orang. Pada Oktober 2025, cakupan ODHA yang tahu statusnya baru 68%, yang mendapat ARV 67%, dan yang virusnya tersupresi 56%. Sementara itu sasaran nasional untuk tahun 2030 adalah 95% dari semua ODHA mengetahui status HIV-nya; 95% dari yang sudah tahu statusnya mendapatkan ARV; dan 95% dari yang mendapat ARV mencapai supresi virus, yaitu virusnya tertekan sampai tidak terdeteksi atau sangat rendah [2]. UPTD Khusus RSU Haji Medan merupakan salah satu fasilitas rujukan layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan (PDP) HIV; selama tahun 2025 tercatat 1.519 kunjungan rawat jalan yang berasal dari 295 pasien dewasa.

ODHA menanggung beban psikososial jangka panjang yakni obat harus diminum setiap hari seumur hidup, stigma masih kuat, prognosis tidak pasti, dan penerimaan keluarga sering dikhawatirkan [3]. Gejala depresi ditemukan pada 35% pasien menurut sintesis 81 studi [4], bahkan mencapai 69,4% pada penelitian di Malang [5]. Kondisi ini berimbas pada farmakoterapi karena depresi menurunkan kepatuhan terhadap ARV [6]. Studi farmakoepidemiologi pada 400 pasien puskesmas di Makassar juga menunjukkan bahwa depresi merupakan satu-satunya faktor psikososial yang menurunkan kualitas hidup pasien [7].

Keluarga adalah sumber dukungan paling dekat bagi pasien ODHA dalam mengelola stres. Semakin besar dukungan keluarga, maka semakin menurun tingkat depresi yang dialami pasien [8,9] dan semakin baik kualitas hidup pasien ODHA [10, 11]. Kendalanya, masih banyak anggota keluarga belum memahami HIV/AIDS, terapi ARV, dan jenis dukungan yang diperlukan, sementara pasien kerap merahasiakan statusnya karena takut dikucilkan oleh masyarakat [12]. Meta-analisis terhadap 25 studi membuktikan bahwa pelayanan apoteker meningkatkan kepatuhan terhadap ARV [13], akan tetapi penelitian tentang peranan apoteker dalam layanan HIV/AIDS di Indonesia masih terbatas [14].

Psikoedukasi memadukan pemberian informasi terstruktur mengenai penyakit dan obat dengan dukungan emosional agar pasien dan keluarganya dapat memahami kondisi yang dihadapi serta mengelola tekanan psikologis. Berbagai intervensi psikososial terbukti menurunkan tingkat depresi ODHA [15,16], misalnya terapi kognitif perilaku singkat [17], edukasi terstruktur [18], dan buku swabantu yang disertai pendampingan [19]. Konseling oleh apoteker dilaporkan berpengaruh terhadap kepatuhan dan kualitas hidup pasien HIV/AIDS [20], pelatihan keluarga memperbaiki kompetensi pengasuh anak dengan HIV [21], dan asuhan kefarmasian selama tiga bulan meningkatkan luaran terapi pasien penyakit kronis [22, 23]. Namun, sebagian besar studi tentang dukungan keluarga, depresi, dan kualitas hidup ODHA masih berdesain potong lintang, dan penelitian intervensi yang melibatkan keluarga sekaligus mengukur ketiga variabel tersebut masih terbatas.

Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan mengevaluasi perubahan dukungan keluarga, tingkat depresi, dan kualitas hidup setelah dilakukan intervensi psikoedukasi oleh apoteker dan konselor HIV/AIDS dan menganalisis hubungan ketiga variabel tersebut. Hipotesis penelitian adalah: (a) psikoedukasi meningkatkan dukungan keluarga; (b) psikoedukasi menurunkan tingkat depresi; (c) psikoedukasi meningkatkan kualitas hidup; (d) terdapat hubungan negatif antara dukungan keluarga dan tingkat depresi; (e) terdapat hubungan positif antara dukungan keluarga dan kualitas hidup; dan (f) terdapat hubungan negatif antara tingkat depresi dan kualitas hidup ODHA.

2. METODE

2.1 Desain, Lokasi, dan Waktu Penelitian

Desain yang dipakai adalah kuasi-eksperimen dengan satu kelompok yang diukur pada *pre-test* dan *post-test* intervensi. Penelitian dilakukan di layanan Perawatan, Dukungan, dan Pendampingan (PDP) di UPTD Khusus RSU Haji Medan, Sumatera Utara, Indonesia. Kelaikan etik diberikan oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan USU melalui surat No. 1245/KEPK/USU/2026 tertanggal 15 Juni 2026. Izin penelitian dikeluarkan UPTD Khusus RSU Haji Medan pada Juli 2026 dengan No. 378/P/PSDM/RSUHM/VII/2026. Tahapan penelitian meliputi *pre-test*, intervensi psikoedukasi berupa edukasi, konseling, dan pendampingan pasien setiap bulan selama 3 (tiga) bulan dan *post-test*.

2.2 Populasi dan Sampel

Populasi target berjumlah 133 pasien HIV/AIDS dewasa rawat jalan di UPTD Khusus RSUD Haji Medan. Kriteria inklusi yakni pasien HIV/AIDS berusia ≥ 18 tahun ke atas; mendapat ARV minimal tiga bulan; mempunyai satu anggota keluarga yang mengetahui penyakit pasien dan mau mendampingi; dapat membaca, menulis dan berkomunikasi dengan baik; dan bersedia mengikuti semua tahapan penelitian dengan menandatangani *consent of form*. Sementara itu, kriteria eksklusi yakni pasien yang mengalami gangguan kognitif berat; demensia; dalam kondisi klinis berat atau dirawat inap, atau sedang mendapat terapi psikiatri untuk depresi. Berdasarkan rumus Cochran $n=133$; tingkat kepercayaan 95%; *margin error* 5%; proporsi 50%) diperoleh jumlah sampel sebesar 99 orang.

2.3 Bahan dan Alat

Bahan intervensi meliputi Standar Prosedur Operasional (SPO), leaflet tentang dukungan keluarga, pengelolaan depresi dan kualitas hidup; materi HIV/AIDS dan ARV; kartu pengingat minum obat; dan formulir evaluasi. Dukungan keluarga dinilai menggunakan *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS) yang diisi oleh anggota keluarga; terdiri dari 19 pertanyaan dengan skor totalnya berada antara 19 dan 95 [24]. Depresi dinilai dengan *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) berbahasa Indonesia dengan skor totalnya 0-63, di mana kategori depresi minimal dengan total skor 0-13, depresi ringan dengan total skor 14-19, depresi sedang dengan total skor 20-28, dan depresi berat dengan total skor 29-63 [25]. Kualitas hidup pasien diukur menggunakan *World Health Organization Quality of Life-HIV Brief* (WHOQOL-HIV BREF) berbahasa Indonesia di mana berdasarkan pedoman skoring resmi, tujuh butir (nomor 3, 4, 5, 8, 9, 10, dan 31) dibalik nilainya, kemudian rerata butir pada tiap domain dikalikan empat sehingga skor domain berkisar 4-20 [12, 26]. Keenam skor domain, yaitu fisik, psikologis, kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritual, direkam untuk tiap responden, dan reratanya dipakai sebagai indeks ringkas kualitas hidup. MOS-SSS dan WHOQOL-HIV BREF tidak memiliki batas skor resmi untuk menggolongkan hasil menjadi baik atau kurang baik. Oleh karena itu, peneliti menggunakan nilai tengah dari rentang skor masing-masing instrumen. MOS-SSS terdiri atas 19 pertanyaan dengan skor 1-5, sehingga rentang skornya 19-95 dan nilai tengahnya $(19+95)/2 = 57$. Skor domain WHOQOL-HIV BREF berkisar 4-20, sehingga nilai tengahnya $(4+20)/2 = 12$. Skor di atas nilai tengah dikategorikan baik. Kategori ini hanya digunakan untuk menggambarkan data, sedangkan uji statistik tetap menggunakan skor asli.

2.4 Prosedur

Intervensi dijalankan oleh satu apoteker dan satu konselor HIV/AIDS berlatar belakang perawat dari layanan PDP dan dibantu oleh peneliti. Tiap pasien hadir bersama satu anggota keluarga dalam tiga pertemuan yang diadakan per bulan, dimana intervensi dilakukan sekitar 30-45 menit. Intervensi pertama dilakukan pada Juli 2026 meliputi edukasi tentang HIV/AIDS, penjelasan ARV yang disampaikan apoteker, serta pengenalan empat jenis dukungan yang dapat diberikan keluarga. Intervensi kedua dilakukan pada Agustus 2026 meliputi konseling pasien tentang gejala depresi, pikiran negatif, stigma, dan cara menghadapinya; konseling untuk keluarga; serta konseling tentang kepatuhan minum obat dan efek samping ARV. Sementara itu, intervensi ketiga dilakukan pada September 2026 meliputi pendampingan, peninjauan rencana dukungan dan strategi koping, penyelesaian kendala, dan penguatan kepatuhan. Apabila anggota keluarga berhalangan, materi bagian keluarga diberikan lewat telepon oleh apoteker dan perawat konselor HIV/AIDS. Dua minggu sesudah pertemuan pertama dan kedua, peneliti memantau responden dari jarak jauh. *Pre-test* diisi sebelum intervensi pertama diberikan, dan *post-test* diisi setelah intervensi ketiga diterima responden. Semua responden memberikan persetujuan tertulis mengikuti penelitian ini dengan mengisi *informed consent*.

2.5 Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan SPSS versi 22 pada batas kemaknaan $p < 0,05$. Seluruh uji statistik menggunakan data skor, sedangkan kategori hanya dipakai untuk menggambarkan sebaran responden secara deskriptif. Normalitas skor *pre-test*, *post-test*, dan selisih skor (*post-test* dan *pre-test*) diuji dengan uji Kolmogorov-Smirnov dengan koreksi Lilliefors karena jumlah sampel lebih dari 50, dan uji Shapiro-Wilk digunakan sebagai pembanding; data dinyatakan berdistribusi normal apabila $p > 0,05$. Perbedaan skor dukungan keluarga, tingkat depresi, dan kualitas hidup sebelum dan sesudah intervensi diuji dengan *paired sample t-test* (hipotesis a-c). Hasil disajikan sebagai rerata $\pm$ simpangan baku, selisih rerata beserta interval kepercayaan (IK) 95%, nilai t , dan nilai p , dilengkapi ukuran efek *Cohen's d_z* (rerata selisih skor dibagi simpangan baku selisih skor; 0,2 kecil, 0,5 sedang, 0,8 besar). Hubungan antara dukungan keluarga dan tingkat depresi, dukungan keluarga dan kualitas hidup, serta tingkat depresi dan kualitas hidup diuji dengan korelasi Pearson *product moment* pada data *pre-test*, *post-test*, dan

selisih skor (hipotesis d-f). Tanda koefisien menunjukkan arah hubungan (positif = searah; negatif = berlawanan arah), sedangkan kekuatannya dibaca dari nilai mutlak r : 0,00-0,199 sangat lemah, 0,20-0,399 lemah, 0,40-0,599 sedang, 0,60-0,799 kuat, dan 0,80-1,000 sangat kuat. Koefisien determinasi (r^2) dilaporkan untuk menggambarkan besarnya variasi satu variabel yang berkaitan dengan variabel lainnya.

3. HASIL

3.1 Karakteristik Responden

Semua responden sebanyak 99 orang mengikuti tahapan penelitian sampai selesai. Mayoritas responden adalah laki-laki (61,6%), dan kelompok umur terbanyak ialah 26-35 tahun (44,4%). Lebih dari separuh berstatus menikah (55,6%), dan pendidikan terakhir yang paling sering ialah SMA atau sederajat (41,4%). Sebanyak 45,5% responden berpenghasilan di bawah upah minimum kota (UMK), dan status HIV 55,6% responden hanya diketahui oleh sebagian anggota keluarga inti. Regimen TDF+3TC+DTG paling banyak dipakai (68,7%); stadium I merupakan stadium klinis terbanyak (40,4%); dan CD4<200 sel/mm³ ditemukan pada 16,2% responden. Karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik responden (n = 99)

Karakteristik	n	%	Karakteristik	n	%
Usia (tahun)			Tinggal serumah dengan		
17–25	7	7,1	Pasangan	44	44,4
26–35	44	44,4	Orang tua	28	28,3
36–45	36	36,4	Anak	11	11,1
46–55	10	10,1	Saudara	8	8,1
56–65	2	2,0	Sendiri	4	4,0
Jenis kelamin			Lainnya	4	4,0
Laki-laki	61	61,6	Anggota keluarga pendamping		
Perempuan	38	38,4	Pasangan	43	43,4
Status pernikahan			Orang tua	27	27,3
Menikah	55	55,6	Saudara kandung	17	17,2
Belum menikah	30	30,3	Anak	11	11,1
Cerai hidup	10	10,1	Lainnya	1	1,0
Cerai mati	4	4,0	Keluarga yang mengetahui status HIV		
Pendidikan terakhir			Sebagian keluarga inti	55	55,6
Tidak sekolah	4	4,0	Seluruh keluarga inti	44	44,4
Sekolah dasar	8	8,1	Lama terdiagnosis HIV		
Sekolah menengah pertama	22	22,2	<1 tahun	13	13,1
Sekolah menengah atas/sederajat	41	41,4	1-5 tahun	60	60,6
Diploma/sarjana	19	19,2	>5 tahun	26	26,3
Pascasarjana	5	5,1	Lama terapi antiretroviral		
Pekerjaan			<1 tahun	24	24,2
Karyawan swasta	38	38,4	1-5 tahun	51	51,5
Tidak bekerja	26	26,3	>5 tahun	24	24,2
Wiraswasta	21	21,2	Regimen antiretroviral		
Buruh/petani/nelayan	6	6,1	Tenofovir + lamivudin + dolutegravir	68	68,7
Aparatur sipil negara/tentara/polisi	2	2,0	Tenofovir + lamivudin + efavirenz	20	20,2
Lainnya	6	6,1	Zidovudin + lamivudin + nevirapin	9	9,1
Penghasilan per bulan			Lainnya	2	2,0
Di bawah upah minimum kota	45	45,5	Stadium klinis World Health Organization		
Sama dengan/di atas upah minimum kota	28	28,3	Stadium I	40	40,4

Karakteristik	n	%	Karakteristik	n	%
Tidak berpenghasilan	26	26,3	Stadium II	32	32,3
			Stadium III	22	22,2
			Stadium IV	5	5,1
			Jumlah sel CD4 (sel/mm³)		
			<200	16	16,2
			200-349	32	32,3
			350-499	32	32,3
			≥500	19	19,2

Keterangan: rerata usia 36,81±8,01 tahun (19-57); rerata lama terdiagnosis 46,03±42,21 bulan (5-180); rerata lama terapi antiretroviral 40,73±41,84 bulan (3-178); rerata jumlah CD4 367,41±175,03 sel/mm³ (35-821); nilai disajikan sebagai rerata ± simpangan baku (minimum–maksimum); UMK = upah minimum kota.

3.2 Perubahan Dukungan Keluarga, Depresi, dan Kualitas Hidup

Hasil uji Kolmogorov-Smirnov menunjukkan bahwa skor *pre-test* dan *post-test* ketiga variabel berdistribusi normal (seluruh $p=0,200$), didukung oleh uji Shapiro-Wilk ($p = 0,339-0,935$); selisih skor ketiga variabel juga berdistribusi normal menurut uji Shapiro-Wilk (p berturut-turut 0,565; 0,774; dan 0,157), sehingga syarat *paired sample t-test* terpenuhi. Proporsi responden dengan dukungan keluarga baik bertambah dari 48,5% pada *pre-test* menjadi 76,8% pada *post-test*. Proporsi depresi minimal meningkat dari 27,3% menjadi 43,4%, sedangkan depresi berat menyusut dari 15,2% menjadi 2,0%. Proporsi kualitas hidup baik pun bertambah dari 51,5% menjadi 61,6%. Distribusi kategori dukungan keluarga, tingkat depresi, dan kualitas hidup sebelum dan sesudah intervensi dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Distribusi kategori dukungan keluarga, tingkat depresi, dan kualitas hidup sebelum dan sesudah intervensi

Variabel/kategori	Rentang skor	<i>Pre-test</i> n (%)	<i>Post-test</i> n (%)
Dukungan keluarga (MOS-SSS)			
Baik	>57	48 (48,5)	76 (76,8)
Kurang baik	≤57	51 (51,5)	23 (23,2)
Tingkat depresi (BDI-II)			
Minimal	0-13	27 (27,3)	43 (43,4)
Ringan	14-19	26 (26,3)	29 (29,3)
Sedang	20-28	31 (31,3)	25 (25,3)
Berat	29-63	15 (15,2)	2 (2,0)
Kualitas hidup (WHOQOL-HIV BREF)			
Baik	>12	51 (51,5)	61 (61,6)
Kurang baik	≤12	48 (48,5)	38 (38,4)

Keterangan: kategori disajikan secara deskriptif dalam bentuk frekuensi dan persentase; batas kategori MOS-SSS (57) dan WHOQOL-HIV BREF (12) merupakan nilai tengah teoretis karena kedua instrumen belum memiliki titik potong baku; kategori BDI-II sesuai pedoman instrumen.

Secara rerata, skor dukungan keluarga bertambah 9,26 poin, dari 57,40±14,52 menjadi 66,67±13,21, setara kenaikan 16,1% dari skor awal, dengan efek besar (IK 95% 7,60-10,93; $t = 11,047$; $p < 0,001$; $d_z = 1,11$). Skor BDI-II berkurang 4,10 poin, dari 18,94±8,42 menjadi 14,84±7,37, atau 21,7% dari skor awal, juga dengan efek besar (IK 95% 3,17-5,03; $t = -8,738$; $p < 0,001$; $d_z = -0,88$). Kualitas hidup naik 0,42 poin pada skala 4-20, dari 12,16 ± 2,54 menjadi 12,58 ± 2,23, atau 3,5% dari skor awal, dengan efek kecil (IK 95% 0,16-0,69; $t = 3,143$; $p = 0,002$; $d = 0,32$). Ketiga perbedaan tersebut bermakna secara statistik sehingga hipotesis a, b, dan c diterima (Tabel 3).

Tabel 3. Perbedaan skor dukungan keluarga, tingkat depresi, dan kualitas hidup sebelum dan sesudah intervensi

Variabel	<i>Pre-test</i> rerata $\pm$ simpangan baku	<i>Post-test</i> rerata $\pm$ simpangan baku	Selisih rerata (interval kepercayaan 95%)	t	p	d _z
Dukungan keluarga	57,40 $\pm$ 14,52	66,67 $\pm$ 13,21	9,26 (7,60 s.d. 10,93)	11,047	<0,001	1,11
Tingkat depresi	18,94 $\pm$ 8,42	14,84 $\pm$ 7,37	-4,10 (-5,03 s.d. -3,17)	-8,738	<0,001	-0,88
Kualitas hidup	12,16 $\pm$ 2,54	12,58 $\pm$ 2,23	0,42 (0,16 s.d. 0,69)	3,143	0,002	0,32

Keterangan: *paired sample t-test* (data berdistribusi normal); derajat bebas = 98; selisih dan nilai t dihitung sebagai *post-test* dikurangi *pre-test*, sehingga nilai negatif pada tingkat depresi berarti skor depresi turun (membaik); d_z = ukuran efek Cohen untuk data berpasangan; p < 0,05 berarti perbedaan bermakna.

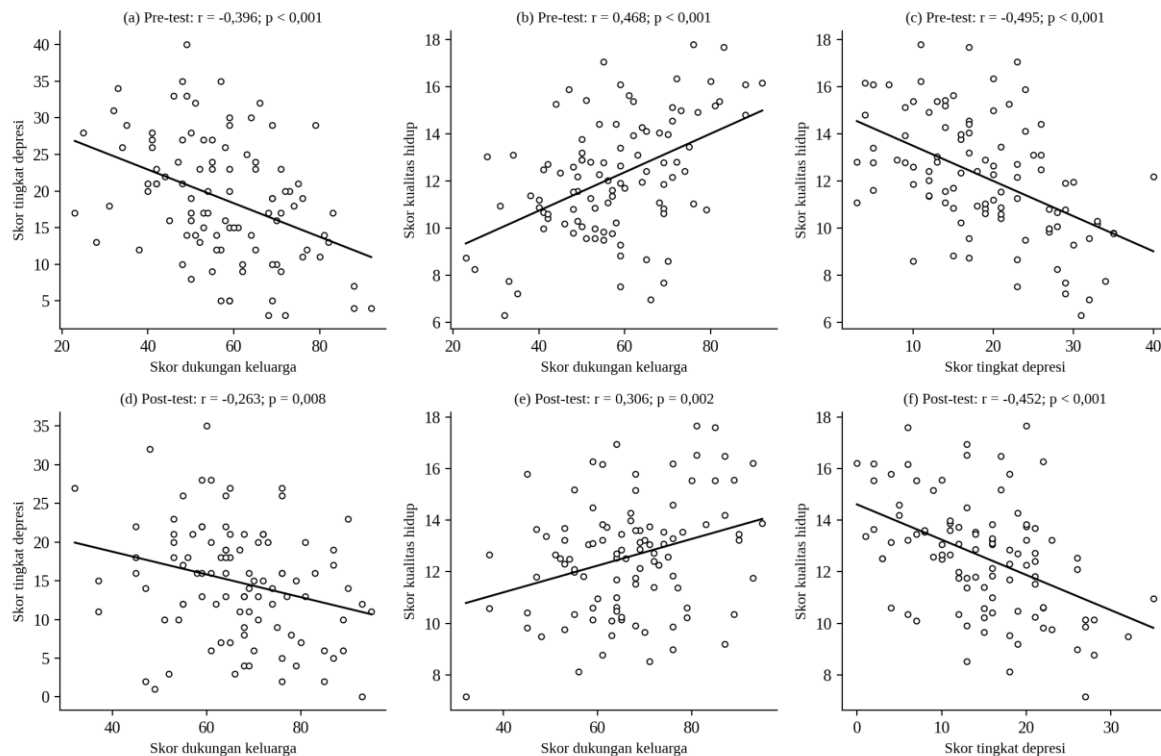
3.3 Hubungan antara Dukungan Keluarga, Depresi, dan Kualitas Hidup

Pada data awal, hubungan dukungan keluarga dengan depresi bersifat negatif dan lemah ($r = -0,396$), artinya makin tinggi dukungan keluarga, makin rendah skor depresi. Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup positif dan sedang ($r = 0,468$), artinya makin tinggi dukungan keluarga, makin tinggi pula kualitas hidup. Hubungan depresi dengan kualitas hidup negatif dan sedang ($r = -0,495$), artinya makin tinggi skor depresi, makin rendah kualitas hidup; depresi menjelaskan sekitar 24,5% variasi kualitas hidup ($r^2 = ,245$). Ketiga hubungan bermakna ($p < 0,001$). Pada data akhir, arah ketiga hubungan tetap sama dan masih bermakna, tetapi kekuatannya menurun (Tabel 4 dan Gambar 1) yakni dukungan keluarga dengan depresi menjadi lemah ($r = -0,263$; $p = 0,008$), dukungan keluarga dengan kualitas hidup menjadi lemah ($r = 0,306$; $p = 0,002$), sedangkan depresi dengan kualitas hidup tetap sedang ($r = -0,452$; $p < 0,001$). Pada selisih skor, makin besar kenaikan dukungan keluarga, makin besar penurunan skor depresi ($r = -0,416$; sedang; $p < 0,001$) dan makin besar kenaikan kualitas hidup ($r = 0,325$; lemah; $p = 0,001$); makin besar penurunan skor depresi, makin besar kenaikan kualitas hidup ($r = -0,295$; lemah; $p = 0,003$). Seluruh hubungan bermakna dan arahnya sesuai hipotesis, sehingga hipotesis d, e, dan f diterima. Korelasi Pearson antara dukungan keluarga, tingkat depresi, dan kualitas hidup dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Korelasi Pearson antara dukungan keluarga, tingkat depresi, dan kualitas hidup

Hubungan	<i>r pre-test</i> (p)	<i>r post-test</i> (p)	<i>r selisih skor</i> (p)	Kekuatan (<i>pre-test</i>)
Dukungan keluarga dengan tingkat depresi	-0,396 (<0,001)	-0,263 (0,008)	-0,416 (< 0,001)	Lemah
Dukungan keluarga dengan kualitas hidup	0,468 (<0,001)	0,306 (0,002)	0,325 (0,001)	Sedang
Tingkat depresi dengan kualitas hidup	-0,495 (< 0,001)	-0,452 (< 0,001)	-0,295 (0,003)	Sedang

Keterangan: uji korelasi Pearson *product moment*; angka di luar kurung = koefisien korelasi (r), angka di dalam kurung = nilai p; tanda negatif berarti hubungan berlawanan arah (skor satu variabel naik, skor variabel lain turun); selisih skor = *post-test* – *pre-test*; kekuatan hubungan menurut nilai mutlak r; p < 0,05 berarti bermakna.



Gambar 1. Diagram tebar antara dukungan keluarga (DK), tingkat depresi (TD), dan kualitas hidup (KH) pada pengukuran awal (a-c) dan pengukuran akhir (d-f).

4. PEMBAHASAN

Peningkatan dukungan keluarga dengan efek besar mendukung hipotesis pertama. Kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan ditentukan oleh pengetahuan dan keterampilannya, dan psikoedukasi pada penelitian ini mencakup keempat bentuk dukungan melalui edukasi HIV/AIDS dan ARV, latihan komunikasi suportif, serta pendampingan. Temuan ini serupa dengan studi pra-pasca intervensi apoteker pada penyakit kronis [22, 23, 28], studi kuasi-eksperimental yang melaporkan meningkatnya upaya mencari dukungan sosial setelah edukasi [18], dan pelatihan keluarga yang memperbaiki kompetensi pengasuh [21]. Sebaliknya, meta-analisis uji klinis acak tentang intervensi perawatan diri yang dipimpin perawat tidak menemukan efek bermakna terhadap dukungan sosial [15]; perbedaan ini dapat berkaitan dengan keterlibatan anggota keluarga pada setiap sesi dalam penelitian ini, selain dengan rancangan tanpa kelompok kontrol. Sebanyak 23,2% responden masih memiliki dukungan keluarga kurang baik setelah intervensi, yang mungkin terkait dengan stigma dan status HIV yang belum diketahui seluruh anggota keluarga [3].

Penurunan skor depresi dengan efek besar mendukung hipotesis kedua dan konsisten dengan meta-analisis intervensi psikososial maupun intervensi oleh tenaga kesehatan [15,16] serta uji klinis acak di Botswana [19]. Penurunan ini diperkuat oleh temuan bahwa kenaikan dukungan keluarga yang lebih besar berhubungan dengan penurunan skor depresi yang lebih besar ($r = -0,416$). Namun, rerata skor post-test masih berada pada kategori depresi ringan dan 56,6% responden masih mengalami depresi ringan hingga berat; hal ini menegaskan pentingnya skrining depresi berkala dan rujukan ke layanan kesehatan jiwa, terlebih karena depresi menurunkan kepatuhan ARV [4, 6, 29].

Hipotesis ketiga didukung karena kualitas hidup naik secara bermakna, namun kenaikannya kecil ($dz=0,32$; selisih 0,42 poin). Sasaran psikoedukasi adalah aspek psikologis dan sosial, bukan kondisi fisik dan ekonomi, sedangkan hampir separuh responden (45,5%) memiliki penghasilan di bawah UMK. Pola ini sesuai dengan kecilnya efek intervensi psikososial terhadap kualitas hidup [16], dengan perbaikan yang hanya tampak pada domain tertentu setelah konseling apoteker [30], dan dengan rendahnya reliabilitas beberapa domain WHOQOL-HIV BREF [26].

Data *pre-test* mendukung hipotesis hubungan. Semakin tinggi dukungan keluarga, maka semakin rendah skor depresi, yang mencerminkan fungsi dukungan sebagai penyangga stres; kekuatan hubungan ini ($r = -0,396$) mendekati temuan pada ODHA pra-lansia di Jakarta ($r = -0,344$) [9]. Semakin tinggi dukungan keluarga, makin tinggi pula kualitas hidup, sejalan dengan penelitian di Jawa Tengah ($r = 0,605$) dan penelitian lain di Indonesia ($r = 0,592$) yang juga menggunakan WHOQOL-HIV [11, 31]. Sementara itu, makin berat depresi, makin rendah kualitas hidup, dan hubungan ini merupakan yang terkuat di antara ketiga pasangan variabel, sesuai dengan temuan di Jakarta dan Makassar [7, 32].

Analisis korelasi selisih skor menunjukkan bahwa perubahan ketiga variabel bergerak bersama, yaitu kenaikan dukungan keluarga beriringan dengan penurunan depresi ($r = -0,416$) dan kenaikan kualitas hidup ($r = 0,325$), sedangkan penurunan depresi beriringan dengan kenaikan kualitas hidup ($r = -0,295$). Pola ini sejalan dengan model persamaan struktural yang menempatkan depresi sebagai jalur penting antara dukungan sosial, penyakit penyerta, dan kualitas hidup ODHA [33], serta dengan peran kesepian sebagai perantara antara dukungan sosial dan kualitas hidup [34]. Meskipun demikian, pada desain dengan dua kali pengukuran, urutan perubahan antarvariabel tidak dapat dipastikan [27], sehingga korelasi tersebut tidak menunjukkan hubungan sebab-akibat.

Beberapa keterbatasan perlu dicatat. Karena tidak ada kelompok kontrol, perubahan skor belum bisa dibedakan dari efek berlalunya waktu, terapi ARV yang terus berjalan, pengisian kuesioner yang sama dua kali, dan kesadaran sedang diteliti. Uji korelasi juga tidak dapat menunjukkan hubungan sebab-akibat. Kualitas hidup dianalisis sebagai rerata keenam domain, dan batas kategorinya belum divalidasi. Di samping itu, perbedaan antara kehadiran keluarga secara tatap muka dan melalui telepon tidak dianalisis, pengamatan hanya tiga bulan, seluruh data berupa laporan diri, dan penelitian hanya dilakukan di satu rumah sakit.

Temuan penelitian ini juga menggarisbawahi pentingnya kolaborasi interprofesional antara apoteker dan perawat konselor dalam tatalaksana ODHA. Hasil menunjukkan bahwa mayoritas pasien (68,7%) menggunakan regimen berbasis dolutegravir (TDF+3TC+DTG). Kehadiran apoteker sangat krusial dalam memberikan edukasi spesifik terkait kepatuhan minum obat dan antisipasi efek samping dari regimen tersebut, sementara perawat konselor berfokus pada aspek koping psikologis dan penerimaan diagnosis. Sinergi kedua profesi ini melengkapi kebutuhan bio-psiko-sosial pasien yang tidak dapat dicapai secara optimal jika hanya dilakukan oleh satu profesi secara terpisah [35].

Selain itu, efek peningkatan kualitas hidup yang tergolong kecil sangat mungkin dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi responden. Tercatat hampir separuh responden (45,5%) memiliki penghasilan di bawah Upah Minimum Kota (UMK). Kesulitan finansial merupakan stresor kronis yang secara persisten menekan kualitas hidup pada domain lingkungan dan kemandirian, yang sulit diintervensi hanya dengan psikoedukasi berdurasi tiga bulan [36]. Fakta bahwa 55,6% keluarga pendamping merupakan anggota keluarga inti yang baru mengetahui status HIV pasien (*disclosure*) juga memainkan peran penting. Fase awal keterbukaan status sering kali memicu guncangan emosional pada keluarga, sehingga proses adaptasi untuk dapat memberikan dukungan yang optimal diprediksi membutuhkan waktu yang lebih panjang dari periode pengamatan studi ini [37].

Dari perspektif praktik kefarmasian klinis, keberhasilan intervensi ini menunjukkan bahwa layanan apoteker di klinik rawat jalan HIV dapat dan harus diperluas melampaui sekadar penyerahan obat (*dispensing*). Integrasi skrining depresi singkat dan pelibatan keluarga pada saat pasien melakukan kunjungan pengambilan ARV bulanan merupakan strategi yang layak diterapkan di fasilitas kesehatan di Indonesia dan terbukti memberikan manfaat psikososial yang nyata, memperkuat rekomendasi perluasan peran apoteker dalam penanganan HIV/AIDS [14].

5. KESIMPULAN

Psikoedukasi oleh apoteker dan konselor HIV/AIDS melibatkan dukungan keluarga dapat menurunkan tingkat depresi dan meningkatkan kualitas hidup ODHA. Dukungan keluarga berkorelasi dengan kualitas hidup secara signifikan. Studi terkontrol diperlukan untuk memastikan jalur sebab-akibatnya.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada pimpinan dan staf UPTD Khusus RSU Haji Medan, terutama apoteker dan konselor HIV/AIDS layanan PDP, serta kepada seluruh pasien dan keluarganya yang telah bersedia berpartisipasi.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] UNAIDS, "Fact sheet 2025: Global HIV statistics," Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, Switzerland, 2025. Accessed: Sep. 25, 2026.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf.
- [2] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, "Percepat identifikasi, perluas pengobatan, dan hapus stigma untuk akhiri HIV pada 2030," Jakarta, Indonesia, 2025. Accessed: Sep. 25, 2026.
<https://kemkes.go.id/id/percepat-identifikasi-perluas-pengobatan-dan-hapus-stigma-untuk-akhiri-hiv-pada-2030>.
- [3] B. Armoon et al., "HIV related stigma associated with social support, alcohol use disorders, depression, anxiety, and suicidal ideation among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis," *Int. J. Ment. Health Syst.*, vol. 16, no. 1, p. 17, 2022, doi: 10.1186/s13033-022-00527-w.
- [4] Y. Yang et al., "Global prevalence of depressive symptoms among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis of the past five years," *AIDS Care*, vol. 36, no. 2, pp. 153–164, 2024, doi: 10.1080/09540121.2023.2285733.
- [5] S. S. I. Wardoyo and R. Rosadi, "Associations between social support, resilience, HIV stigma, and depression among people living with HIV in Malang, Indonesia: a cross-sectional study," *Russ. Open Med. J.*, vol. 12, no. 4, p. e0404, 2023, doi: 10.15275/rusomj.2023.0404.
- [6] J. J. Nutor et al., "Influence of depression and interpersonal support on adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV," *AIDS Res. Ther.*, vol. 20, no. 1, p. 42, 2023, doi: 10.1186/s12981-023-00538-8.
- [7] M. A. Bahar, H. Syarif, N. Zakiah, and N. Fitria, "Depression, medication adherence, and beliefs as determinants of health-related quality of life among people living with HIV: a cross-sectional pharmacoepidemiologic study in Indonesia," *J. Int. Assoc. Provid. AIDS Care*, vol. 25, p. 23259582261452316, 2026, doi: 10.1177/23259582261452316.
- [8] T. T. Thai et al., "The correlation of social support and family support with HIV-related stigma and depression in people living with HIV in Vietnam," *BMC Public Health*, vol. 25, no. 1, p. 1094, 2025, doi: 10.1186/s12889-025-22326-x.
- [9] G. Tanjaya, Surilena, N. Hardi, and E. Suryani, "Correlation between family support and depression among pre-elderly individuals with HIV in Jakarta," *J. Keperawatan Indones.*, vol. 28, no. 2, pp. 84–94, 2025, doi: 10.7454/jki.v28i2.1362.
- [10] M. H. Saputra, T. Mochartini, I. Pertiwi, A. Rusli, and F. Murtiani, "Pengaruh infeksi oportunistik, kepatuhan ARV dan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup ODHA," *Indones. J. Infect. Dis.*, vol. 9, no. 1, pp. 13–22, 2023, doi: 10.32667/ijid.v9i1.173.
- [11] F. S. Permata and J. T. Purnomo, "Hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Jawa Tengah," *Guidena*, vol. 14, no. 3, pp. 680–689, 2024, doi: 10.24127/gdn.v14i3.10034.
- [12] N. K. Fauk, H. A. Gesesew, L. Mwanri, K. Hawke, and P. R. Ward, "Understanding the quality of life of people living with HIV in rural and urban areas in Indonesia," *PLoS One*, vol. 18, no. 7, p. e0280087, 2023, doi: 10.1371/journal.pone.0280087.
- [13] A. Ahmed et al., "Effect of pharmacist care on clinical outcomes among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis," *Res. Social Adm. Pharm.*, vol. 18, no. 6, pp. 2962–2980, 2022, doi: 10.1016/j.sapharm.2021.07.020.
- [14] M. Firmansah, E. Setiawan, B. Presley, J. V. Christanti, and S. Irawati, "Pharmacist involvement to prevent and manage HIV/AIDS in Indonesia: a systematic review," *Keluwih J. Kesehat. Kedokt.*, vol. 5, no. 1, pp. 46–53, 2023, doi: 10.24123/kesdok.V5i1.5815.
- [15] H. Huang, X. Zhang, L. Tu, L. Zhang, and H. Chen, "Effectiveness of nurse-led self-care interventions on quality of life, social support, depression and anxiety among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials," *Int. J. Nurs. Stud.*, vol. 161, p. 104916, 2025, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104916.
- [16] A. R. Miltz et al., "Evidence from high-income countries on the effectiveness of psychosocial interventions to improve mental health, wellbeing and quality of life for adults living with HIV: a systematic review and meta-analysis," *J. Int. AIDS Soc.*, vol. 28, no. 4, p. e26424, 2025, doi: 10.1002/jia2.26424.
- [17] Q. Abbas et al., "Brief cognitive behavior therapy for stigmatization, depression, quality of life, social support and adherence to treatment among patients with HIV/AIDS: a randomized control trial," *BMC Psychiatry*, vol. 23, no. 1, p. 539, 2023, doi: 10.1186/s12888-023-05013-2.
- [18] J. P. de Moura, G. X. de Matos, S. V. M. dos Santos, E. Gir, and R. K. Reis, "A pre-post quasi-experimental study: effect of an educational intervention on the quality of life, and coping strategies of people living with HIV (PLHIV)," *AIDS Care*, vol. 36, no. 2, pp. 188–194, 2024, doi: 10.1080/09540121.2023.2275340.

- [19] B. Vavani et al., "A booklet self-help intervention for people living with HIV and depressive symptoms in Botswana: a randomized controlled trial," *AIDS Behav.*, vol. 29, no. 9, pp. 2855–2868, 2025, doi: 10.1007/s10461-025-04742-7.
- [20] R. Saputra, R. Sumarny, H. Utami R, and N. T. Y. Aryani, "Pengaruh pemberian konseling apoteker pada pasien HIV-AIDS di Poliklinik Rawat Jalan RS Bhayangkara TK I R. Said Sukanto," *Syntax Literate: J. Ilm. Indones.*, vol. 7, no. 1, p. 91, 2022, doi: 10.36418/syntax-literate.v7i1.5570.
- [21] N. H. Purwati et al., "Mobile app-based care management training to improve family caregiver competence in caring for children with HIV in Indonesia: a quasi-experimental study," *J. Prev. Med. Public Health*, vol. 58, no. 5, pp. 516–526, 2025, doi: 10.3961/jpmph.24.789.
- [22] C. S. Damanik, K. Khairunnisa, and W. Wiryanto, "Implementation of pharmaceutical care to improve therapeutic outcomes and quality of life in type 2 diabetes mellitus patients at Batubara Public Health Center," *J. Farmasimed (JFM)*, vol. 8, no. 2, pp. 520–530, 2026, doi: 10.35451/bym4fr96.
- [23] D. Fragilie, A. Dalimunthe, and Khairunnisa, "The effect of pharmacist homecare services on medication adherence, drug-related problems, clinical outcomes, and quality of life of hypertensive patients at Sei Mencirim Public Health Center," *J. Farmasimed (JFM)*, vol. 8, no. 2, pp. 509–519, 2026, doi: 10.35451/d4bc3z22.
- [24] T.-H. Dao-Tran, L.-T. Lam, N. N. Balasooriya, and T. Comans, "The Medical Outcome Study Social Support Survey (MOS-SSS): a psychometric systematic review," *J. Adv. Nurs.*, vol. 79, no. 12, pp. 4521–4541, 2023, doi: 10.1111/jan.15786.
- [25] T. A. Ariani et al., "Psychometric testing of the Indonesian version of Beck Depression Inventory-II among Indonesian floods survivors," *J. Ners*, vol. 18, no. 3, pp. 264–273, 2023, doi: 10.20473/jn.v18i3.47313.
- [26] E. E. Udoh, A. Z. Musa, T. A. Olowolafe, and T. M. Jaiyeola, "Psychometric performance of the WHOQOL-HIV BREF among people living with HIV on antiretroviral therapy in Bauchi State, Nigeria," *PLoS One*, vol. 20, no. 12, p. e0338095, 2025, doi: 10.1371/journal.pone.0338095.
- [27] A. K. Montoya, "Selecting a within- or between-subject design for mediation: validity, causality, and statistical power," *Multivariate Behav. Res.*, vol. 58, no. 3, pp. 616–636, 2023, doi: 10.1080/00273171.2022.2077287.
- [28] H. Nufus, A. Dalimunthe, and W. Wiryanto, "The effect of pharmacist counseling on adherence to antidiabetic medications and glycemic control," *J. Sains Farm. Klin.*, vol. 12, no. 2, pp. 178–185, 2025, doi: 10.25077/jsfk.12.2.178-185.2025.
- [29] G. Tadesse et al., "Depressive symptoms and its determinants among people living with HIV in Africa: systematic review and meta-analysis," *BMC Psychiatry*, vol. 25, no. 1, p. 325, 2025, doi: 10.1186/s12888-025-06766-8.
- [30] N. A. Budiyaniti, C. Wiedyaningsih, and T. M. Andayani, "Pengaruh konseling apoteker terhadap kepatuhan dan kualitas hidup pasien hipertensi Program Rujuk Balik di apotek," *Maj. Farmaseutik*, vol. 18, no. 3, pp. 324–330, 2022, doi: 10.22146/farmaseutik.v18i3.68586.
- [31] A. N. Septanto and P. Purwaningsih, "Factors related to quality of life among people living with HIV in Indonesia: a cross-sectional study," *J. Keperawatan Soedirman*, vol. 19, no. 2, pp. 102–107, 2024, doi: 10.20884/1.jks.2024.19.2.10622.
- [32] B. B. Loviana, A. P. Ayu, Rensa, and A. Cahyadi, "Hubungan hipertensi dan depresi dengan kualitas hidup pralansia dengan HIV," *Damianus J. Med.*, vol. 23, no. 2, pp. 134–144, 2024, doi: 10.25170/djm.v23i2.5064.
- [33] Z. Zhu et al., "Noncommunicable chronic comorbidities, perceived social support, depression, and health-related quality of life among people with HIV: a structural equation modeling study," *BMC Public Health*, vol. 26, no. 1, p. 408, 2026, doi: 10.1186/s12889-025-26043-3.
- [34] Z. Qian et al., "Loneliness as a mediation from social support leading to a decrease of health-related quality of life among PLWHIV," *Front. Public Health*, vol. 10, p. 1067870, 2023, doi: 10.3389/fpubh.2022.1067870.
- [35] A. Tseng, C. A. Hughes, P. Murphy, and R. Harding, "Collaborative care in HIV management: The role of pharmacists and nurses in optimizing patient outcomes," *J. Interprof. Care Health*, vol. 11, no. 3, pp. 204–215, 2023, doi: 10.1080/jich.2023.10452.
- [36] A. R. Kusuma and R. Lisiswanti, "Dampak status ekonomi terhadap kualitas hidup pasien penyakit kronis di Indonesia," *J. Kesehat. Masy. Indones.*, vol. 19, no. 2, pp. 112–120, 2024, doi: 10.26714/jkmi.19.2.2024.112-120.
- [37] S. Varni, M. Thompson, and L. D'Angelo, "Family adaptation and disclosure in new HIV diagnoses: A longitudinal study," *AIDS Behav.*, vol. 30, no. 1, pp. 45–58, 2025, doi: 10.1007/s10461-024-05521-x.