

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus sitopatik dari *family retrovirus* yang terintegrasi dalam material genetik pada sejumlah besar sel, merubah proviral *deoxyribose nucleic acid* (DNA) dan encoding struktur, regulasi dan asesori protein pada sel (Lewis *et al.*, 2014; Dewit & Kumagai, 2013). Penyakit HIV/AIDS saat ini merupakan penyakit yang secara global berdampak pada segala bidang yakni kesehatan, sosial, ekonomi dan kemasyarakatan. Penyebaran infeksi HIV terus berlangsung dan merampas kekayaan setiap negara karena sumber daya produktifnya menderita HIV/AIDS. Penyakit ini dilaporkan pada tahun 1981 di Atlanta, Amerika Serikat dan sampai dengan saat ini sekitar 30 juta orang telah meninggal karena penyakit AIDS dan terdapat sekitar 35,3 juta orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dan 3,3 juta diantaranya adalah anak-anak (WHO, 2016).

Data *United Nations Programme on HIV and AIDS* tahun 2016, Asia dan Pasifik merupakan wilayah dengan jumlah tertinggi kedua setelah Afrika bagian Timur dan Selatan, penderita HIV di wilayah tersebut diperkirakan 5,1 juta dan kematian yang berkaitan dengan AIDS sekitar 180.000 jiwa pada tahun 2015. Tiga negara tertinggi di wilayah Asia dan Pasifik yakni China, India dan Indonesia dengan jumlah sekitar tiga perempat dari jumlah orang yang hidup dengan HIV di wilayah ini (UNAIDS, 2016).

Infeksi HIV/AIDS di Indonesia telah dilaporkan secara resmi sejak tahun 1987 di provinsi Bali dan jumlah penderita cenderung meningkat dan menyebar keseluruh wilayah Indonesia. Laporan kumulatif (1 April 1987–Maret 2015) Ditjen PP dan PL Kementerian Kesehatan RI menyatakan terdapat 167.350 kasus HIV, 66.835 kasus AIDS dan 9.796 meninggal. Penderita HIV tertinggi pada propinsi DKI Jakarta (35.716), Jawa

Timur (21.632) dan Papua (18.147). Penderita AIDS tertinggi pada propinsi Jawa Timur (12.352), Papua (11.841 kasus), DKI Jakarta (8.019) (Kemenkes, 2015).

Penyebaran HIV/AIDS di Indonesia dipengaruhi oleh perilaku seksual yang berisiko dan pengguna narkoba, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) yang disebut penasun (pengguna NAPZA suntik). Bila dilihat dari *case fatality rate* (CFR) yakni jumlah kematian (dalam persen) dibandingkan jumlah kasus dalam suatu penyakit tertentu, *case fatality rate* (CFR) AIDS di Indonesia mengalami penurunan pada tahun 2014. Setelah sebelumnya terjadi peningkatan di tahun 2004 (Kemenkes, 2014).

Data UNICEF Indonesia (2012) dalam waktu tiap 25 menit di Indonesia terdapat 1 kasus baru HIV dan terjadi pada usia di bawah 25 tahun. Papua sebagai daerah nomor tiga penderita HIV dan nomor dua penderita AIDS menunjukkan kondisi yang sangat memprihatinkan penyebarannya. Penyebaran kasus HIV/AIDS dalam populasi umum (*generalized epidemic*) baik di perkotaan dan pedesaan juga terdapat di semua kelompok umur mulai dari bayi hingga 59 tahun (Morin, 2007 dikutip dalam Maimunah, 2012). Hal ini disebabkan Papua memiliki angka kejadian HIV hampir 15 kali lebih tinggi dari rata-rata nasional. Prevalensi kejadian HIV pada penduduk asli Papua lebih tinggi (2,8 %) dari pada penduduk non pribumi (1,5 %). Epidemio HIV/AIDS yang terjadi di Papua dominan karena hubungan seksual yang tidak aman (BPS & Kemenkes 2007). Penyebab yang mendasarinya yakni kemiskinan diantara perbedaan pola pembangunan yang meningkat dengan sangat cepat dan eksploitasi sumber daya alam, ketidakadilan etnis dan bahasa, status pendidikan dan kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS, diskriminasi gender, memulai seks di usia yang sangat muda serta norma-normadanbudaya lainnya yang mempengaruhi meningkatnya kasus baru (UNAIDS, 2016).

Kabupaten Biak Numfor merupakan salah satu kabupaten di Papua, terdiri dari 2 (dua) pulau kecil, yaitu Pulau Biak dan Pulau Numfor serta lebih

dari 42 pulau sangat kecil. Wilayah ini strategis untuk menghubungkan beberapa kabupaten yang termasuk dalam wilayah Saireri (nama wilayah adat, yang terdiri dari 4 kabupaten: Yapen, Waropen, Biak Numfor, Supiori, Nabire bagian pantai). Keadaan ini pun berpengaruh pada layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Biak sebagai rumah sakit rujukan dari wilayah tersebut. Kumulatif kasus HIV/AIDS di kabupaten Biak Numfor tiap tahunnya terus mengalami peningkatan sejak tahun 1996–2016. Pada tahun 2014 tercatat 1.430 kasus, 2015 meningkat menjadi 1.602 kasus dan sampai Maret 2016 tercatat 1.670 kasus. Data dari Dinas kesehatan kumulatif kasus HIV AIDS pada Januari–09 November 2016 yaitu 200 kasus, dengan jabaran HIV: 68 kasus dan AIDS: 132 kasus. Pendampingan untuk terapi ARV yang diterima ODHA melalui layanan *voluntary counselling and testing* (VCT) RSUD, beberapa Puskesmas di wilayah Dinas Kesehatan kabupaten Biak Numfor serta klinik swasta. Kematian yang disebabkan oleh AIDS terdapat 26 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Biak Numfor, 2016). Hasil wawancara tak terstruktur pada petugas VCT RSUD Biak bahwa masalah yang umumnya terjadi pada ODHA di Biak adalah kurangnya kepatuhan pengobatan, infeksi oportunistik dan penerimaan statusnya oleh keluarga dan masyarakat. Pemantauan pengobatan selama ini dengan menggunakan iktisar/ riwayat pengobatan di catatan medis pasien dan edukasi yang diberikan oleh petugas berhubungan dengan cara minum obat.

Badan Perserikatan Bangsa–Bangsa (PBB) yang berkomitmen sejak Juni 2016 mengakhiri epidemi HIV/AIDS pada tahun 2030. Tiga dasar utama sebagai upaya yang dilakukan yakni mengurangi kasus HIV baru kurang dari 500.000 kasus di tahun 2020, mengurangi angka kematian kurang dari 500.000 kasus di tahun 2020 dan menghilangkan stigma dan diskriminasi terhadap HIV/AIDS di tahun 2020 terdiri dari 5 pilar yaitu yaitu: 1) pencegahan kombinasi, dengan pendidikan seksualitas yang komprehensif, pemberdayaan ekonomi dan akses ke kesehatan seksual dan reproduksi layanan bagi perempuan dan laki-laki dewasa muda di daerah dengan prevalensi tinggi; 2) populasi kunci, memastikan bahwa 90% menerima

layanan kesehatan dan pemberdayaan; 3) penguatan program kondom nasional, tersedianya kondom di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Termasuk didalamnya pengadaan, distribusi, pengadaan secara sosial maupun penjualan dari pihak swasta; 4) Sirkumsisi (sunat) secara sukarela pada laki-laki di daerah dengan prevalensi tinggi; 5) PrEP (*pre-exposure prophylaxis*) pada orang – orang dengan risiko tinggi HIV/AIDS (UNAIDS, 2016).

Strategi penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia sebelumnya ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2010–2014. Strategi tersebut dilaksanakan dengan 4 (empat) pilar atau fokus area untuk penanggulangan HIV/AIDS. 4 pilar tersebut terdiri dari: 1) pencegahan, 2) perawatan, dukungan dan pengobatan, 3) program mitigasi dampak, dan 4) program peningkatan lingkungan yang kondusif (KPAN, 2010).

Pemerintah Provinsi Papua menerbitkan Peraturan Daerah (PERDA) Propinsi Papua nomor 8 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS. Hal ini menunjukkan keseriusan pemerintah untuk menanggulangi masalah tersebut. Melalui komisi penanggulangan HIV/AIDS Daerah (KPAD) membantu membuat kebijakan, menggerakkan, melakukan koordinasi dan fasilitasi di bidang pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di tingkat provinsi (Pemerintah Propinsi Papua, 2010). Penanggulangan HIV/AIDS di Papua mengikuti program nasional. Tetapi yang terjadi berdasarkan laporan kumulatif Kementerian Kesehatan sampai dengan Maret 2015 Papua berada pada urutan kedua kasus AIDS dengan 11.841 kasus setelah propinsi Jawa Timur (12.352). Ini menunjukkan bahwa telah terjadi kenaikan kasus HIV/AIDS di Papua dari tahun sebelumnya (10.184 kasus).

ODHA berjuang dengan berbagai masalah sosial seperti stigma, kemiskinan, depresi, penyalahgunaan zat, dan keyakinan budaya. Hal ini dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka tidak hanya dari aspek kesehatan fisik, tetapi juga dari kesehatan mental dan sosial sehingga menyebabkan

banyak masalah yang berpengaruh pada kegiatan dan kepentingan yang berguna pasien (Lakshmi *et al.*, 2013).

Masalah klien HIV/AIDS sangat kompleks dan stigma negatif dari masyarakat membuat klien memerlukan perawatan yang komprehensif tidak hanya dari petugas kesehatan tetapi juga dari keluarga dan anggota masyarakat. Klien HIV/AIDS saat terdiagnosa merasa stress, takut dan menolak akan keadaan sakitnya, tidak berani menceritakan sakitnya baik kepada orang terdekat atau keluarganya dan merasa terasing. Hal ini jelas menimbulkan trauma psikososial dan sangat menurunkan kualitas hidup dari pasien yang mengakibatkan kondisi pasien akan menjadi semakin parah. Dampaknya adalah penderita tersebut dijauhi dan penyebaran penyakitnya makin tidak terkontrol (Katiandagho, 2015). Masalah lainnya yakni kecemasan, depresi dan masalah psikososial lainnya yang mempengaruhi kualitas hidup dan kesejahteraan fisik secara menyeluruh, juga kepatuhan mereka terhadap pengobatan (Kemenkes, 2015).

Kualitas hidup ODHA diteliti oleh Sun Wei *et al.*, (2013) pada 800 sampel ODHA di propinsi Liaoning (China) menunjukkan bahwa kualitas hidup ODHA yang penularannya melalui hubungan seks memiliki kondisi fisik yang lebih buruk dan berdampak kepada hubungan sosialnya. Upaya untuk meningkatkan dukungan sosial yang diperlukan dan meningkatkan kebijakan untuk meningkatkan kualitas hidup dari ODHA (Lakshmi & Sampathkumar, 2013).

ODHA sangat membutuhkan perawatan dan dukungan untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi seperti nyeri, gejala infeksi oportunistik, efek samping obat, proses penuaan dan penyakit penyerta lainnya seperti kanker. Hasil studi yang dilakukan oleh Green dan Horne (2012) menunjukkan bahwa lebih dari 50 % pasien HIV yang datang ke klinik membutuhkan *palliative care*. Jenis dan intensitas *palliative care* yang diperlukan berbeda diantara mereka yang pertama kali terdiagnosa, yang akan menjalani terapi ARV atau pun mereka yang AIDS.

Menurut WHO (2016) kebutuhan akan *palliative care* diperkirakan 40-60% dari semua kematian. Hal tersebut diperlukan pada kondisi klien dengan berbagai masalah kesehatan yang mengancam jiwa. *Palliative care* secara umum dibutuhkan orang dewasa dengan penyakit kronis seperti penyakit kardiovaskular (38,5%), kanker (34%), penyakit paru kronis (10,3%), AIDS (5,7%) dan diabetes (4,6%). Penyakit lainnya yang membutuhkan *palliative care*, termasuk gagal ginjal, penyakit hati kronis, rheumatoid arthritis, penyakit saraf, demensia, anomali kongenital dan TBC yang resisten terhadap obat. Pada kasus anak, kejadian tertinggi pada kelainan kongenital dan genetik, kematian tertinggi pada periode neonatal.

*Palliative care* pada tahun 1960an merupakan perawatan kepada pasien diakhir hidup atau disebut *end of life care*. Perawatan difokuskan kepada pemberian dukungan kepada pasien dan keluarga untuk mengurangi gejala dan dukungan emosional selama fase terminal dari penyakit yang dihadapi seseorang. Saat ini *end of lifecare* merupakan fase dari *palliative care*, perawatan diakhir kehidupan. *Palliative care* dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga pada penyakit yang membatasi kehidupan baik akut, kronik atau terminal (Lewis *et al.*, 2014).

*Palliative care* di Indonesia telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor: 812/Menkes/SK/VII/ 2007, tentang kebijakan perawatan paliatif. Hal ini mengingat meningkatnya jumlah pasien dewasa dan anak pada beberapa penyakit tertentu seperti kanker, PPOK, *cystic fibrosis*, *stroke*, parkinson, gagal jantung, penyakit genetika, penyakit infeksi seperti HIV/AIDS yang memerlukan *palliative care* disamping kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Kemenkes, 2007).

*National clinical programme of palliative care, clinical strategi, and programme division* (NCPCC, 2014) membagi 4 (empat) domain dalam *palliative care*, yaitu: 1) kesejahteraan fisik; 2) kesejahteraan sosial dan pekerjaan; 3) kesejahteraan psikologis; 4) kesejahteraan spiritual. Menurut

Effendy (2014) pelayanan paliatif di Indonesia masih dalam masa pertumbuhan dan terbatas pada beberapa wilayah dan rumah sakit tertentu. *Palliative care* membutuhkan penilaian yang akurat dan komprehensif berhubungan dengan kebutuhan fisik dan emosional, psikologis, sosial dan spiritual. Perencanaan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan pasien dan pelayanan berpusat kepada pasien dan melibatkan keluarga.

Strategi penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia sebelumnya ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2010– 2014. Strategi tersebut dilaksanakan dengan 4 (empat) pilar atau fokus area untuk penanggulangan HIV/AIDS. 4 pilar tersebut terdiri dari: 1) pencegahan, 2) perawatan, dukungan dan pengobatan, 3) program mitigasi dampak, dan 4) program peningkatan lingkungan yang kondusif (KPAN, 2010). Strategi tersebut sejalan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 2007 menerangkan bahwa *Palliative Care* dapat dilakukan melalui rawat inap, rawat jalan, dan kunjungan/rawat rumah. *Palliative care* sangat sesuai dengan pilar penanganan HIV/AIDS yaitu perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP) atau *care, support and treatment* (CST) yang meliputi penguatan dan pengembangan layanan kesehatan, pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik, pengobatan antiretroviral dan dukungan serta pendidikan dan pelatihan bagi ODHA. Program PDP terutama ditujukan untuk menurunkan angka morbiditas dan rawat inap, angka mortalitas karena AIDS, dan meningkatkan kualitas hidup orang terinfeksi HIV (berbagai stadium) (Kemenkes, 2011). Hal ini juga dipertegas dengan Permenkes No.21 tahun 2013 tentang penanggulangan HIV/AIDS, bahwa perawatan paliatif sebagai suatu pendekatan perawatan dan dukungan bagi ODHA.

ODHA membutuhkan perawatan dan pendampingan untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Penelitian oleh Bam dan Naidoo (2014) pada 30 perawat yang bekerja di ruangan perawatan paliatif, hasil penelitian menunjukkan bahwa *palliative care* meningkatkan kualitas hidup melalui

perawatan suportif dan memberikan harapan untuk hidup. *Palliative care* menjadikan perawat menjadi lebih *caring* dan sensitif, penuh kasih dan berdedikasi untuk merawat pasien mereka. Menurut Zamanzadeh, perawat mempunyai peran yang penting dalam perawatan paliatif pasien. Pasien dipandang secara utuh dari aspek medik dan fisik, tetapi juga emosi, psikologis, sosial dan keberadaan dirinya (dikutip dalam Sajjadi, Rassouli & Mojen, 2015).

Perawat sebagai edukator, berperan menolong pasien dan keluarga meningkatkan pengetahuannya melalui informasi yang diberikan sesuai penyakit dan penanganannya (Hutahaean, 2010). Perawat mengembangkan intervensi yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan belajar ODHA yang spesifik, dimana sebagai tim kesehatan interprofessional, akan memberikan pelayanan yang berkualitas (*American Nurses Credentialing Center*, 2014). Edukasi tentang penanganan nyeri pada ODHA dengan terapi ARV di Kenya oleh Lowther *et.al* (2015) pada ODHA yang menerima *palliative care* dan perawatan standar dengan terapi ARV menunjukkan hasil bahwa tidak terdapat perbedaan dalam hal mengurangi nyeri, namun intervensi *palliative care* tersebut berdampak positif bagi ODHA yang menggunakan ARV.

Intervensi edukasi *palliative care* menurut Sajjadi (2015) pendekatan intervensi edukasi *palliative care* yakni pendekatan yang dipusatkan kepada perawatan pasien nyeri dan manajemen gejala penyakit lainnya, dukungan emosional, juga membahas sebagian konsep kematian, berduka dan berkabung. Penelitian yang dilakukan oleh Nagamatsu *et al.*, (2014) menunjukkan hasil perawat sangat berperan terutama dalam memberikan pelatihan dan perawatan untuk pasien dengan kanker. Edukasi yang diberikan oleh perawat kepada pasien saat akhir hidupnya memberikan dampak positif dan mempengaruhi kesadaran, sikap serta mengurangi masalahnya sampai batas tertentu.

Menurut Watson (2005) *Caring* merupakan inti dan fokus dari asuhan keperawatan (dikutip dalam Kasron., Sahran., Ohorella., 2016). Penerapannya

dalam perawatan pasien dengan HIV/AIDS, yakni tidak diskriminatif, melakukan pencegahan untuk melindungi pasien, keluarga dan perawat tersebut. Memberikan edukasi kesehatan dan pengetahuan tentang HIV/AIDS, dukungan dan konseling dan menjaga kerahasiaan. *Caring* juga diterapkan dengan menghormati martabat manusia, dengan tidak membedakan atau diskriminatif, menjaga hubungan perawat-pasien dalam memberikan asuhan keperawatan yang baik kepada ODHA (Maluleke., Manganye., Lebes e., 2012).

Watson yang mengembangkan *Theory of Human Caring*, menyatakan *caring* merupakan esensi dari keperawatan dan terus berkembang dari waktu ke waktu (Nelson & Watson, 2012). *Caring* sebagai faktor dasar yang membedakan antara perawat dan profesi kesehatan lainnya (Azizi *et al*, 2012). Salah satu konsep utama dari Watson yakni 10 *carative factor* (faktor karatif). Konsep tersebut selanjutnya dikembangkan mendekati konsep *caritas*, dari bahasa Latin yang artinya mengasihi, menghargai, memberikan perhatian khusus (dikutip dalam Alligood, 2014). Proses dari faktor karatif sebagai suatu hubungan *caring* yang lebih mendalam dari praktisi keperawatan, pengetahuan tentang *caring* dan cinta kasih yang universal. Beberapa elemen dalam faktor karatif mengajarkan perawat untuk melatih diri melakukan kebaikan, sebelum memberikan perawatan kepada orang lain. Hal ini terkait dengan kemanusiaan dan tindakan profesional serta terdapat hubungan emosional antara pasien dan perawat. Watson pun menyatakan perawat harus memiliki empati dalam hubungannya dengan pasien, sehingga terciptanya hubungan perawatan perawat pasien yang harmonis dan saling menghormati (dikutip dalam Saviato & Leao, 2016).

Perawat dengan pendekatan *caring* dalam memberikan intervensi edukasi *palliative care* diharapkan membantu pengobatan dan perawatan ODHA, sehingga dirinya dapat menjalani kehidupannya dengan lebih berkualitas. Hal tersebut yang mendorong peneliti untuk melakukan

penelitian tentang pengaruh intervensi edukasi *palliative care* terhadap kualitas hidup ODHA di Kabupaten Biak Numfor.

## 1.2 Rumusan Masalah

*Palliative care* merupakan intervensi keperawatan untuk meningkatkan kualitas hidup ODHA ketika menghadapi masalah penyakit yang mengancam jiwa. Intervensi edukasi *palliative care* sebagai bentuk *caring* dari asuhan keperawatan. Perawat sebagai edukator dapat melakukan perannya dalam memberikan intervensi edukasi *palliative care*. Pertanyaan yang dapat dirumuskan pada penelitian ini yaitu: apakah intervensi edukasi *palliative care* berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA di Kabupaten Biak Numfor.

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis dan mensistesis pengaruh intervensi edukasi *palliative care* terhadap kualitas hidup ODHA di Kabupaten Biak Numfor.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk:

1.3.2.1 Menganalisis dan mengeksplorasi gambaran karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama terdiagnosa HIV, status mendapat ART dan dukungan sosial

1.3.2.2 Menganalisis gambaran adanya perubahan kualitas hidup ODHA sebelum dan sesudah dilakukan edukasi *palliative care* pada kelompok intervensi.

1.3.2.3 Menganalisis adanya perbedaan kualitas hidup ODHA pada kelompok intervensi dan kontrol

1.3.2.4 Menganalisis pengaruh usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama terdiagnosa HIV, status mendapat ARV, dukungan sosial dan edukasi *palliative*

*care* terhadap kualitas hidup ODHA pada kelompok intervensi secara parsial dan simultan.

- 1.3.2.5 Menganalisis pengaruh intervensi edukasi *palliative care*, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama terdiagnosa HIV, lama penggunaan ARV, dukungan sosial pada kelompok intervensi terhadap pengetahuan secara parsial dan simultan.
- 1.3.2.6 Menganalisis pengaruh intervensi edukasi *palliative care*, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama terdiagnosa HIV, lama penggunaan ARV, dukungan sosial pada kelompok intervensi terhadap perilaku secara parsial dan simultan.
- 1.3.2.7 Menganalisis pengaruh pengetahuan dan perilaku kelompok intervensi terhadap kualitas hidup ODHA secara parsial dan simultan.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### 1.4.1 Manfaat bagi ODHA

Memberikan pengetahuan kepada ODHA tentang *palliative care* untuk meningkatkan kualitas hidup ODHA dan ODHA memiliki perilaku positif mengatasi masalah yang dihadapi.

##### 1.4.2 Manfaat bagi layanan kesehatan

Menerapkan dan mengembangkan *palliative care* di layanan klinik (RSUD) dan komunitas (Puskesmas) guna meningkatkan kualitas hidup ODHA

##### 1.4.3 Manfaat bagi institusi pendidikan

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa dalam asuhan keperawatan yang dikhususkan pada edukasi *palliative care* bagi ODHA.

### 1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah Keperawatan Medikal Bedah dalam ranah asuhan keperawatan yang dikhususkan pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Intervensi edukasi *palliative care* adalah bentuk dari asuhan keperawatan untuk meningkatkan kualitas hidup dari ODHA. Kualitas hidup ODHA di Biak membutuhkan perhatian karena meningkatnya angka kesakitaan dan kematian karena HIV/AIDS. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh intervensi edukasi *palliative care* terhadap kualitas hidup ODHA di Kabupaten Biak Numfor. Penelitian ini dilaksanakan pada 25 April sampai 08 Juni 2017, menggunakan alat ukur kuesioner dari WHOQOL HIV Bref pada pre dan post intervensi. Kemudian kuesioner tentang pengetahuan dan perilaku pada hari ke 12 dan 24 pada kelompok intervensi. Sasaran dalam penelitian ini adalah ODHA yang sedang dalam pendampingan terapi ARV di RSUD dan 2 Puskesmas di kabupaten Biak Numfor. Desain penelitian ini dengan *quasi eksperimental* dengan rancangan desain *pre–post nonequivalent control group*.