

TESIS

ANALISIS KEBIJAKAN DAN INTERVENSI PROGRAM HIV AIDS TERKAIT FAKTOR PENYEBAB GAGAL PENGobatan ANTIRETROVIRAL PADA ODHA DI PUSKESMAS ASSOLOKOBAL KABUPATEN JAYAWIJAYA

Disusun dan diajukan oleh

**DESI WENDA
K012191090**



**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

HALAMAN PENGANTAR

**ANALISIS KEBIJAKAN DAN INTERVENSI PROGRAM HIV
AIDS TERKAIT FAKTOR PENYEBAB GAGAL
PENGobatan ANTIRETROVIRAL PADA ODHA DI
PUSKESMAS ASSOLOKOBAL
KABUPATEN JAYAWIJAYA**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh:

DESI WENDA

Kepada

**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS KEBIJAKAN DAN INTERVENSI PROGRAM HIV AIDS TERKAIT
FAKTOR PENYEBAB GAGAL PENGOBATAN ANTIRETROVIRAL
PADA ODHA DI PUSKESMAS ASSOLOKOBAL
KABUPATEN JAYAWIJAYA**

Disusun dan diajukan oleh

**DESI WENDA
K012191090**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 4 Agustus 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,


Prof. Dr. Darmawansyah, SE., MS
NIP. 196404241991031002


Prof. Sukri, SKM., M.Kes., M.Sc., Ph.D
NIP. 197205292001121001

Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi S2
Kesehatan Masyarakat


Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed
NIP. 19670617 199903 1 001


Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Desi Wenda
NIM : K012191090
Program studi : Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

Analisis Kebijakan Dan Intervensi Program Hiv Aids Terkait Faktor Penyebab Gagal Pengobatan Antiretroviral Pada Odha di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juli 2021

Yang menyatakan


Desi Wenda

PRAKATA

Puji Tuhan kami panjatkan, atas segala pertolongan-NYA, sehingga peneliti mampu menyelesaikan penyusunan hasil penelitian ini dengan judul “Analisis Kebijakan Program Hiv Aids Terkait Faktor Penyebab Gagal Pengobatan Antiretroviral Pada Odha Di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya Tahun 2020” penyusunan hasil penelitian ini adalah untuk memenuhi salah satu persyaratan kelulusan pada Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Pasca sarjana Universitas Hasanuddin.

Hambatan dan tantangan dihadapi dalam menyelesaikan penulisan tesis ini, namun berkat ketabahan, kesabaran dan dukungan yang begitu besar dari berbagai pihak akhirnya tesis ini dapat terselesaikan. Penghargaan dan terima kasih yang tidak terhingga ku persembahkan teruntuk suami dan anak-anak, Suami, **Metusala Kegoya** dan anak-anak **Yosua, Wili, Konda, Henoch, Ndala** dan seluruh keluarga terima kasih atas pengertian, nasehat yang tiada henti dan pengorbanan tiada akhir sehingga penulis dapat menyelesaikan studi ini dengan baik.

Dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat, penulis juga ingin menyampaikan ucapan teima kasih yang tulus dan sebesarnyabesarnya kepada: Bapak **Prof.Dr.Darmawansyah,SE,M.Si** sebagai ketua komisi pembimbing dan bapak **Prof. Sukri, SKM., M.Kes.,M.Sc.PH.,Ph.D**, sebagai anggota komisi pembimbing atas bantuan dan bimbingannya yang telah diberikan kepada penulis sejak proses awal hingga akhir

penyusunan tesis ini. Demikian pula kepada **Prof.Dr.Stang.M.Kes** , **Prof. Dr. H. Indar, SH., MPH**, dan **Dr. Agus Bintara Birawida,S.Kel,M.Kes** selaku tim penguji yang secara aktif telah memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini, penulis ucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada:

1. Bapak Dr.Aminuddin Syam,SKM, M.Kes,M.Med.Ed selaku dekan FKM Unhas, beserta seluruh Tata Usaha, kemahasiswaan, akademik, dan semua petugas kebersihan FKM Unhas atas kerja sama dan bantuannya selama penulis mengikuti pendidikan di FKM Unhas.
2. Ibu Prof. Dr. Masni, Apt.,MSPH. Selaku ketua Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes selaku ketua jurusan bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Kepada Dosen beserta staf jurusan bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM UNHAS yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga kepada penulis selama masa pendidikan.
5. Para Dosen FKM UNHAS yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga kepada penulis selama masa pendidikan.
6. Bapak Bupati Puncak Wilem Wandik SE,M.Si Dan Ibu Elpina Kogoya Wandik atas segala motivasi dan dukungannya selama proses perkuliahan sampai selesai.

7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya beserta staf yang telah memberikan izin dan bantuan kepada penulis kontribusi untuk melakukan penelitian.
8. Kepada para Responden yang telah menyempatkan waktunya untuk mengisi kuesioner penelitian penulis serta yang telah menyempatkan waktunya untuk diwawancarai oleh penulis.
9. Terima kasih kepada seluruh rekan-rekan mahasiswa S2 Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang telah bersama sama menempuh suka dan duka selama mengikuti pendidikan.
10. Serta semua pihak yang telah membantu penulis selama ini.

Penulis sadar bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan tesis ini. Dan dengan mengharap Karunia-Nya, semoga tesis ini dapat memberikan nilai positif bagi pembangunan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Amin.

Jayawijaya, Juni 2021

DESI WENDA

ABSTRAK

DESI WENDA. *Analisis Kebijakan Dan Intervensi Program Hiv Aids Terkait Faktor Penyebab Gagal Pengobatan Antiretroviral Pada Odha di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya* (dibimbing oleh **Darmawansyah** dan **Sukri**)

HIV atau human immuno deficiency virus sejenis virus yang menyerang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan menurunnya kekebalan tubuh manusia. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis Kebijakan Dan Intervensi Program Hiv Aids Terkait Faktor Penyebab Gagal Pengobatan Antiretroviral Pada Odha di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya.

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Informan pada penelitian ini adalah Pasien Odha yang berjumlah 6 orang dan 1 orang Tokoh Adat .

Hasil penelitian menunjukkan Stigma dan Budaya mempengaruhi faktor penyebab gagal ARV pada ODHA di Puskesmas Assolokobal, tingkat pengetahuan tentang ARV ODHA masih rendah sehingga tidak paham akan pentingnya pengobatan ARV yang berkelanjutan sesuai jadwal, sikap dan persepsi ODHA masih rendah dalam hal pengambilan keputusan untuk ARV Kembali, Dukungan keluarga dan lingkungan pada ODHA cukup baik dimana banyaknya Informan yang merasa diperhatikan dan masih memiliki waktu Bersama keluarga untuk melakukan terapi ARV di Puskesmas Assolokobal, hubungan yang baik dari segi komunikasi antara petugas dan ODHA serta tersedianya fasilitas yang cukup di Puskesmas Assolokobal, Confidentiality ODHA pada ARV sangat di pengaruhi oleh faktor penyebab dari ODHA itu sendiri dan dari luar yang berpengaruh terhadap keputusannya untuk berobat Kembali atau putus dengan kata lain gagal ARV. Disarankan untuk Puskesmas agar adanya pemberian Informasi yang berjenjang dan berkelanjutan dalam Hal terapi ARV kepada ODHA di awal kunjungan serta adanya dukungan dari masyarakat khususnya di sosialisasikan oleh Tokoh masyarakat agar tidak ada perbedaan dan stigma serta adanya dukungan budaya kepada ODHA.

Kata Kunci: HIV, Puskemas, ODHA, Kebijakan, Intervensi



ABSTRACT

DESI WENDA. *Policy Analysis and Interventions for the Hiv Aids Program Related to the Causes of Failed Antiretroviral Treatment in People with HIV at the Assolokobal Health Center, Jayawijaya* (supervised by **Darmawansyah** and **Sukri**)

HIV or human immunodeficiency virus is a type of virus that infects white blood cells which causes a decrease in the human body's immunity. The purpose of this study was to analyze the policy and intervention of the Hiv Aids Program related to the factors causing the failure of antiretroviral treatment in people with HIV at the Assolokobal Health Center, Jayawijaya Regency.

This type of research is a qualitative research with a case study approach. Informants in this study were 6 people with HIV patients and 1 traditional figure.

The results showed that Stigma and Culture influenced the factors causing ARV failure in PLWHA at the Assolokobal Health Center, the level of knowledge about ARV PLWHA was still low so they did not understand the importance of continuous ARV treatment according to schedule, attitudes and perceptions of PLWHA were still low in terms of decision making for ARV Return, Family and environmental support for PLWHA is quite good where many informants feel cared for and still have time with their families to do ARV therapy at the Assolokobal Health Center, good relations in terms of communication between officers and PLWHA and the availability of adequate facilities at the Assolokobal Health Center, Confidentiality of PLWHA on ARV is strongly influenced by the causative factors of PLWHA themselves and from outside that affect their decision to seek treatment again or drop out in other words fail ARV. It is recommended for Puskesmas to provide tiered and sustainable information in terms of ARV therapy to PLWHA at the beginning of the visit as well as support from the community, especially socialized by community leaders so that there are no differences and stigma and cultural support for PLWHA.

Keywords: HIV, Community Health Center, PLWHA, Policy, Intervention



DAFTAR ISI

TESIS	<i>i</i>
HALAMAN PENGAJUAN	<i>ii</i>
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	<i>iv</i>
PRAKATA	<i>v</i>
ABSTRAK.....	<i>viii</i>
DAFTAR ISI	<i>x</i>
DAFTAR TABEL.....	<i>xii</i>
DAFTAR GAMBAR	<i>xiii</i>
DAFTAR LAMPIRAN	<i>xiv</i>
DAFTAR SINGKATAN.....	<i>xv</i>
BAB I PENDAHULUAN	<i>1</i>
A. Latar Belakang Masalah.....	<i>1</i>
B. Rumusan Masalah.....	<i>12</i>
C. Tujuan Penelitian.....	<i>13</i>
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	<i>16</i>
A. Tinjauan Tentang HIV AIDS	<i>16</i>
B. Tinjauan Umum tentang Faktor penyebab Gagalnya terapi Antiretroviral pada ODHA.....	<i>20</i>
D. Tinjauan Tentang Stigma dan Budaya	<i>22</i>
E. Tinjauan Umum tentang Sikap dan Persepsi.....	<i>28</i>
F. Tinjauan Umum tentang Tenaga Kesehatan	<i>32</i>
G. Tinjauan Umum tentang Stakeholder.....	<i>35</i>
H. Tinjauan Tentang Dukungan Keluarga dan Lingkungan pada Odha ..	<i>39</i>
I. Tinjauan Umum tentang Confidentiality	<i>41</i>
J. Kerangka Teori Penelitian	<i>45</i>
K. Kerangka Konsep.....	<i>47</i>
K. Definisi Konseptual.....	<i>48</i>
L. Sintesa Penelitian	<i>49</i>

BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	68
A. Jenis Penelitian	68
B. Lokasi Dan Waktu Penelitian	68
C. Sumber Data Dan Informan	68
D. Teknik Pengumpulan Data	69
E. Teknik Penyajian Data.....	70
F. Metode Dan Analisis Data.....	70
BAB IV HASIL PENELITIAN	72
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	72
B. Hasil Penelitian	76
C. Pembahasan.....	86
D. Keterbatasan Dalam Penelitian	98
BAB V PENUTUP	99
A. Kesimpulan.....	99
B. Saran Dan Rekomendasi	100
DAFTAR ISI	101
Lampiran 1. Pedoman Wawancara	106

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Sintesa Penelitian	49
Tabel 2. Karakteristik Informan	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori.....	46
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian	47
Gambar 3. Letak Geografis Wilayah	73

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Pedoman Wawancara	106
-------------------------------------	-----

DAFTAR SINGKATAN

HIV	: Human Immuno Deficiency Virus
AIDS	: Acquired immuno deficiency syndrome
ARV	: Antiretroviral
ODHA	: Orang dengan HIV AIDS
PERMENKES	: Peraturan Menteri Kesehatan
KEMENKES	: Kementerian Kesehatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

HIV atau human immuno deficiency virus sejenis virus yang menyerang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan menurunnya kekebalan tubuh manusia. AIDS atau Acquired immuno deficiency syndrome adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV, akibat menurunnya kekebalan tubuh maka orang tersebut sangat mudah terkena berbagai penyakit (infeksi oportunistik) yang sering berakibat fatal. (Kemenkes, 2013)

Pengidap HIV memerlukan pengobatan dengan Antiretroviral (ARV) untuk menurunkan jumlah virus HIV di dalam tubuh agar tidak masuk ke dalam stadium AIDS. sedangkan pengidap AIDS memerlukan pengobatan ARV untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasinya. (UNAIDS, 2013)

Kasus baru pengidap HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) di seluruh dunia dengan jumlah kasus baru sebanyak 2,1 juta. Data menunjukkan 7 dari 10 wanita hamil hidup dengan HIV. Pasien yang dilaporkan menerima terapi ARV sebanyak 17 juta. Kasus HIV di Indonesia cenderung mengalami peningkatan, hingga tahun 2015 mencapai 184,929 orang dan kasus AIDS mencapai 68,197 orang.

Jumlah kasus AIDS terbanyak pada laki-laki (54%), faktor risiko hetero seksual (64.5%) dan golongan umur terbanyak pada 20-29 tahun (32%). Angka kematian (CFR) AIDS menurun dari 1.22% pada tahun 2014 menjadi 0.67% pada tahun 2015. (Kemenkes, 2015)

Berdasarkan data dari UNAIDS, terdapat 36,9 juta masyarakat berbagai negara hidup bersama HIV dan AIDS pada 2017. Dari total penderita yang ada, 1,8 juta di antaranya adalah anak-anak berusia di bawah 15 tahun. Selebihnya adalah orang dewasa, sejumlah 35,1 juta penderita. Masih bersumber dari data tersebut, penderita HIV/AIDS lebih banyak diderita oleh kaum wanita, yakni sebanyak 18,2 juta penderita. Sementara laki-laki sebanyak 16,9 juta penderita. Indonesia menjadi salah satu negara yang termasuk dalam Kawasan Asia Pasifik. Kawasan ini menduduki peringkat ketiga sebagai wilayah dengan pengidap HIV/ AIDS terbanyak di seluruh dunia dengan total penderita sebanyak 5,2 juta jiwa. (Ayu, 2018)

Papua merupakan wilayah yang memasuki level menyeluruh (*generalized epidemic*) HIV/AIDS pertama di Indonesia. Kondisi ini berarti penyebaran HIV/AIDS di Papua telah meluas sampai di masyarakat umum dan angka HIV/AIDS di masyarakat umum telah mencapai angka di atas 1%. Kasus HIV/AIDS di Papua ditemukan pertama kali pada tahun 1992 Sejak tahun sejak saat itu kasus HIV/AIDS di berbagai wilayah kabupaten dan kota di seluruh wilayah Papua sangat meningkat. Kasus HIV/AIDS di Papua seperti “gunung

es” hal ini mendeskripsikan bahwa HIV/AIDS dipermukaan begitu tidak nampak, namun di dalamnya sangat pesat penyebarannya (Syafrizal, 2012)

Papua merupakan provinsi dengan jumlah kasus HIV/AIDS tertinggi ketiga di Indonesia di bawah Provinsi Jawa Barat, Jawa Timur, walaupun beberapa tahun sebelumnya sempat menduduki tingkat tertinggi kedua secara nasional. Sedangkan dari angka kumulatif kasus AIDS per 100.000 penduduk secara nasional adalah sebesar 8,92. Provinsi Papua merupakan provinsi dengan rata-rata tertinggi secara nasional yaitu sebanyak 135,44, nasional yaitu sebanyak 135,44, jumlah ini berarti 15 kali angka nasional, sedangkan Provinsi Bali berada di posisi kedua dengan rate sebesar 48.55. Data tersebut merupakan ringkasan data triwulan HIV/AIDS kumulatif pada Maret 2016, yang dipublikasikan oleh Ditjen PPM dan PL Departemen Kesehatan (Depkes, 2016)

Data dari dinas Kesehatan provinsi, penderita AIDS yang meninggal mencapai 1.836 orang. Sedangkan yang menderita AIDS sebanyak 15.871 orang, dan orang dengan HIV sebanyak 9.362 orang. Berdasarkan daerah, wilayah dengan penderita terbanyak ada di Kabupaten Jaya Wijaya, (5.293), Kabupaten Mimika (4.162), Kabupaten Nabire (4.162), Kota Jayapura (3.762), Kabupaten Jayapura (1.813) dan Merauke (1.807). (Papua, 2017)

Provinsi Papua melalui Peraturan Daerah Nomor 8 tahun 2010

tentang pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS di Papua yang didorong pada upaya memutus mata rantai penularan HIV di Provinsi Papua. Untuk mendukung pelaksanaan penanggulangan HIV AIDS dibentuk Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) yang secara khusus membuat kebijakan, menggerakkan, melakukan koordinasi dan fasilitasi pencegahan dan penanggulangan yang dikepalai oleh Kepala daerah dan pelaksanaan teknis diserahkan kepada Dinas Kesehatan yang dianggotai oleh Kepolisian Daerah, Jaringan ODHA, LSM, Dinas Kesejahteraan Sosial dan beberapa Stakeholder lain. (Theresia, 2018)

Beberapa hasil penelitian sebelumnya tentang jumlah dan kasus HIV AIDS di Papua menunjukkan cukup besarnya jumlah penderita baik laki-laki maupun perempuan, salah satu penelitian yang dilakukan oleh Haryono, 2018 menunjukkan bahwa sekitar 36 % dari separuh penduduk di tingkat Provinsi pernah menjalani test dan dinyatakan positive HIV AIDS.

Penelitian lainnya dari Imran Saleh, 2018 menunjukkan jumlah kasus AIDS pada ibu rumah tangga pada periode 5 tahun terakhir dari sebagai berikut: sebanyak 396 kasus, sebanyak 264 kasus, sebanyak 674 kasus, sebanyak 622 kasus dan dari januari – maret sebanyak 94 kasus Dengan data diatas rata-rata di Indonesia bahwa untuk setiap 3 lelaki ada 1 perempuan yang menderita AIDS, dan yang paling lanjut situasinya adalah Papua dimana jumlah penderita antara lelaki dan perempuan hampir sama besar yaitu 1 banding 1.

Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya dalam melaksanakan tugasnya membawahi 26 Puskesmas (13 Puskesmas sudah terdaftar di Kementerian Kesehatan dan 13 Puskesmas belum terdaftar di Kementerian Kesehatan). Secara struktur organisasi, bagian yang membawahi upaya penanggulangan HIV AIDS adalah Bidang Pemberantasan Penyakit Menular dan Sub bidang Penanggulangan TB/HIV. Semua Puskesmas memberikan pelayanan HIV AIDS yang berjumlah 5.293 kasus pada tahun 2017 dengan jumlah kasus tertinggi terjadi di Wilayah Kerja Puskesmas Wamena Kota yang berjumlah 1.682 kasus dan diikuti oleh Puskesmas Hom Hom dan Puskesmas Elekma pada posisi kedua dan ketiga. RSUD Wamena dan Klinik Kalvari sebagai pusat rujukan pasien penderita HIV/ AIDS.(Pariaribo, 2015b)

Masalah HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrom) dapat mengancam seluruh lapisan masyarakat dari berbagai kelas ekonomi, usia maupun jenis kelamin. Situasi yang dihadapi penderita HIV/AIDS sangat kompleks, selain harus menghadapi penyakitnya sendiri, mereka juga menghadapi stigma dan diskriminasi, sehingga mengalami masalah pada fisik, psikis, dan sosial. (Sucerni, 2019)

Salah satu cara untuk mencegah penurunan limfosit CD4 adalah dengan pemberian terapi Anti Retro Viral (ARV). Terapi ARV sangat bermanfaat dalam menurunkan jumlah HIV dalam tubuh. Setelah pemberian obat antiretroviral selama 6 bulan biasanya dapat dicapai

jumlah virus yang tak terdeteksi dan jumlah limfosit CD4 meningkat , Secara umum pemberian terapi ARV diberikan dalam bentuk kombinasi yang harus dikonsumsi seumur hidup. (Manowati, 2017)

ODHA yang menerima terapi ARV rentan mengalami *loss to follow up* karena hal ini memiliki hubungan yang erat dengan ketidakpatuhan ODHA dalam mengonsumsi ARV. ODHA yang *loss to follow up* akan memberikan efek, baik itu efek klinis maupun program terapi ARV. Pada tingkatan klinis, kelanjutan terapi ARV ODHA yang *loss to follow up* tidak akan dapat dievaluasi. ODHA yang berhenti mengikuti terapi akan berisiko kematian yang lebih besar. (Manowati, 2017)

Dari 402 pasien yang *loss to follow up*, sebanyak 66.7% telah meninggal Hal ini disebabkan sistem imun yang awalnya dikendalikan oleh terapi ARV akan menjadi semakin buruk, sehingga ODHA rentan terhadap infeksi oportunistik dan berakibat pada kematian hal ini disebut gagal dalam pengobatan Antiretroviral. Akibatnya jika ODHA memutuskan mengikuti kembali terapi, kemungkinan ODHA akan mengalami kegagalan terapi di lini 1 sehingga harus beralih ke lini 2. Apabila ODHA sudah sampai di lini 2 tetapi kembali terjadi kegagalan terapi, ini berarti ARV sudah tidak mampu mengendalikan replikasi HIV. Dengan kata lain, akan terjadi resistensi obat sehingga ARV tidak lagi dapat berfungsi atau terjadi kegagalan terapi ARV. (Kemenkes, 2017)

Faktor penyebab gagal dalam pengobatan antiretroviral pada

Odha di pengaruhi oleh berbagai macam faktor, seperti karakteristik pasien, tingkat pengetahuan, persepsi pasien, sikap, Stigma dan budaya daerah setempat, keterjangkauan klinik atau puskesmas VCT, dan dukungan keluarga dalam menjalani pengobatan (Pariaribo, 2015b)

Kegagalan berobat pada ODHA merupakan masalah besar yang akan menjadi bagian dari kegagalan untuk mengurangi angka pasien HIV/AIDS termasuk di Papua, beberapa kasus yang terjadi pada gagalnya pengobatan antiretroviral di Papua membuat lonjakan kasus semakin banyak dari waktu ke waktu dengan sistem penularan yang susah untuk terkontrol dan motivasi untuk berobat kembali yang tidak ada lagi, data menunjukkan sebanyak 52,6 % pada tahun 2016 yang lalu yang gagal dalam melakukan pengobatan kembali antiretroviral membuat lonjakan angka kasus di beberapa daerah.(Papua, 2017)

Penyebab lainnya adalah Tentang Kepatuhan Pasien dalam melakukan dan menjalankan proses pengobatan dan terapi. Survey Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2007 menunjukkan bahwa sepertiga dari pasien HIV lupa minum obat dalam tiga hari survei, padahal untuk mencapai supresi virologi diperlukan tingkat kepatuhan terapi antiretroviral yang sangat tinggi. Penelitian oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa untuk mencapai supresi virus yang optimal setidaknya 90 - 95% dari semua dosis tidak boleh terlupakan. (Depkes, 2014)

Hal ini yang akan berdampak besar pada Confidentiality Odha dalam melakukan terapi dan pengobatan Antiretroviral Di Papua, Stigma dan budaya sangatlah berperan dalam proses pengobatan seseorang yang mengidap HIV AIDS, Stigma yang terjadi berupa sikap sinis, rasa takut yang berlebihan terhadap Odha dan Terjadinya penolakan terhadap Odha oleh masyarakat membuat penderita harus hidup dengan menyembunyikan status penyakitnya sehingga stigma mempunyai dampak yang besar untuk kualitas hidup ODHA dan penanggulangan HIV/AIDS.

Munculnya stigma atau diskriminasi masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS terjadi karena mereka beranggapan bahwa anggotanya yang terinfeksi virus tersebut merupakan aib bagi keluarga Diskriminasi menyebabkan mereka yang beresiko mengidap HIV/AIDS enggan atau malu melakukan pemeriksaan kesehatan, sementara mereka yang sudah positif mengidap HIV/AIDS menjadi tidak nyaman dan tidak memiliki keberanian untuk berobat. Diskriminasi dan stigmatisasi akhirnya menyebabkan sulitnya kepatuhan berobat dan mengganggu perbaikan kualitas hidup ODHA jika hal demikian terjadi maka pengobatan antiretroviral dapat dianggap gagal. (Rahakbauw, 2016)

Stigma dan diskriminasi yang dialami oleh ODHA bukanlah suatu keadaan yang statis karena merupakan sebuah proses sosial. Proses sosial terjadi dalam suatu masyarakat yang masih memengang kuat

budaya dan norma agama sehingga selalu menyalahkan orang yang terinfeksi HIV/AIDS sebagai orang yang memiliki perilaku menyimpang. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Rahakbauw, 2016) tentang dukungan keluarga terhadap kelangsungan hidup Odha sebagai Faktor lainnya adalah, dukungan keluarga dan lingkungan tempat tinggal Odha, Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat disini didefinisikan terdiri dari ayah, ibu, anak, bibi, paman, keponakan, kakek, nenek bahkan anak angkat.

Budaya yang ada pada masyarakat di Papua menyangkut Odha sangat kompleks salah satu yang ikut menjadi perhatian adalah adanya Sebagian kecil kepercayaan dan aturan di kelompok tertentu untuk tidak melakukan hubungan seks pada pasangan setelah melahirkan pada waktu yang ditentukan hal ini tentunya bisa berakibat pada kondisi untuk berperilaku seks bebas dan bisa menimbulkan bertambahnya jumlah penderita Odha.

Dalam hal ini Pemerintah bersama lembaga masyarakat membuat aturan tentang lokasi praktek seks bebas, narkoba, penerapan nilai agama dan budaya yang berisiko berjangkitnya penyakit AIDS di Papua. Pemerintah Papua hendaknya mencari alternatif pekerjaan lain bagi para pekerja seks.

Keluarga merupakan lingkungan dimana seseorang mengalami proses sosialisasi dalam pertumbuhan dan perkembangan pribadinya.

Disinilah fungsi keluarga memegang kendali untuk seorang anak dalam menunjukkan eksistensi dan mengaktualisasikan dirinya dalam masyarakat. Fungsi maupun pola kekerabatan yang selalu terbentuk dalam relasi antar anggota keluarga memiliki pengaruh yang sangat kuat bagi anggota-anggotanya, baik secara psikis maupun fisik.

Selain keluarga, lingkungan tempat tinggal adalah komunitas kedua yang dimiliki oleh Odha dalam menjalani aktivitas sehari-hari, adanya dukungan moril dari lingkungan sekitar sangat membantu penyembuhan melalui pengobatan, sebaliknya jika lingkungan memandang negative dan mengucilkan Odha maka dapat berpengaruh dan mungkin mengalami kegagalan dalam menjalankan proses pengobatan dan terapi ARV nya. Manusia sebagai makhluk sosial selalu berinteraksi dengan lingkungan sosialnya, yang selalu memberikan pengaruh dalam menghadapi kondisi yang menekan, individu sering membutuhkan bantuan dan dukungan dari orang-orang di sekitarnya (Hermawati, 2012)

Peningkatan kualitas dan harapan hidup dari penderita HIV/AIDS membutuhkan berbagai upaya dari pemerintah maupun masyarakat terutama keluarga dan lingkungan selain itu, Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan dan instansi terkait, sebagai stakeholder memiliki peranan yang sangat penting sehubungan dengan penyediaan obat-obatan maupun penyediaan layanan

kesehatan ODHA. Demikian juga dalam kebijakan-kebijakan untuk mengalokasikan dana dalam menanggulangi penyebaran virus HIV serta pemberian obat secara cuma-cuma bagi penderita. Disamping itu, masyarakat sebagai unit kontrol sosial, mempunyai pengaruh besar terhadap interaksi sosial ODHA. (Rahakbauw, 2016)

Pengetahuan, Sikap dan Perilaku yang ditunjukkan dan ditampilkan Odha dalam menjalankan pengobatan Antiretroviral ini merupakan bagian dari faktor pendukung berhasil atau gagalnya pemberian terapi dan pengobatan. Penyembuhannya berhasil atau gagal pada ODHA dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan persepsi. Bukan hanya pengetahuan yang kurang, namun pengalaman atau sikap negatif terhadap penularan HIV dianggap sebagai faktor yang dapat mempengaruhi munculnya stigma dan diskriminasi. Pendapat tentang penyakit AIDS merupakan penyakit kutukan akibat perilaku amoral juga sangat mempengaruhi orang bersikap dan berperilaku terhadap ODHA (Shaluhayah, 2016)

Kebijakan Program HIV AIDS bisa berjalan sesuai dengan SOP jika pada pengobatan dan terapi Antiretroviral berjalan dengan baik sebaliknya hal tersebut diatas dapat berjalan tidak sesuai dengan perencanaan dan sasaran -sasaran dalam menurunkan angka HIV AIDS dan pemberian Antiretroviral jika dipengaruhi oleh Faktor-Faktor yang bisa menjadi penyebab gagalnya Pengobatan yakni, Pengetahuan, sikap, persepsi, stigma, budaya, Lingkungan,

stakeholder dan tenaga kesehatan kepada Odha.

Dan Salah satu Puskesmas di Kabupaten Jayawijaya, yang melayani pemberian pengobatan antiretroviral adalah Puskesmas Assolokobal dimana terdapat jumlah pasien ODHA sebanyak 66 orang, yang sudah melakukan ARV sebanyak 33 orang yang sedang ARV sebanyak 18 orang dan yang belum melanjutkan berobat kembali 15 orang pasien.

Dengan melihat angka dan jumlah serta kasus yang terjadi di latar belakang oleh beberapa Faktor penyebab gagalnya terapi ARV pada pasien HIV AIDS di Jayawijaya maka penulis merasa perlu untuk mengurai dan menjelaskan fenomena secara kualitatif dalam bentuk analisis tentang Kebijakan dan Intervensi pada program HIV AIDS terkait factor penyebab gagalnya pengobatan antiretroviral pada ODHA.

Berdasarkan data dan uraian di atas maka penulis tertarik meneliti tentang Analisis tentang Kebijakan dan Intervensi pada program HIV AIDS terkait faktor penyebab gagalnya pengobatan antiretroviral pada ODHA di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan Latar belakang Masalah diatas maka dapat dirumuskan permasalahan pada Penelitian tentang analisis tentang

Kebijakan dan Intervensi pada program HIV AIDS terkait factor penyebab gagalnya pengobatan antiretroviral pada ODHA di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya Adalah :

1. Bagaimana stigma dan budaya berpengaruh pada pengobatan antiretroviral pada Odha di Puskesmas Assolokobal?
2. Bagaimana Pengetahuan berpengaruh pada pengobatan antiretroviral pada Odha di Puskesmas Assolokobal?
3. Bagaimana Sikap dan Persepsi berpengaruh pada pengobatan antiretroviral pada Odha di Puskesmas Assolokobal?
4. Bagaimana Dukungan keluarga dan lingkungan berpengaruh pada pengobatan antiretroviral pada Odha di Puskesmas Assolokobal?
5. Bagaimana Tenaga Kesehatan dan Stakeholder berpengaruh pada pengobatan antiretroviral pada Odha di Puskesmas Assolokobal?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Tujuan Umum penelitian ini adalah untuk analisis tentang Kebijakan dan Intervensi pada program HIV AIDS terkait factor penyebab gagalnya pengobatan antiretroviral pada ODHA di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya.

Tujuan Khusus

1. Untuk Menganalisis stigma dan budaya sebagai penyebab gagal pengobatan antiretroviral pada Odha di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya

2. Untuk Menganalisis pengetahuan sebagai penyebab gagal pengobatan antiretroviral pada Odha di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya
3. Untuk Menganalisis Sikap dan Persepsi sebagai penyebab gagal pengobatan antiretroviral pada Odha di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya
4. Untuk Menganalisis dukungan keluarga dan lingkungan sebagai penyebab gagal pengobatan antiretroviral pada Odha di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya
5. Untuk Menganalisis Tenaga Kesehatan dan Stakeholder sebagai penyebab gagal pengobatan antiretroviral pada Odha di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya.
6. Untuk Menganalisis Penerapan Confidentiality pada penyebab gagal pengobatan antiretroviral pada Odha di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi Puskesmas

Manfaat Penelitian ini untuk Puskesmas dapat analisis tentang Kebijakan dan Intervensi pada program HIV AIDS terkait faktor penyebab gagalnya pengobatan antiretroviral pada ODHA di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya.

2. Manfaat Bagi pemerintah

Manfaat Penelitian ini untuk pemerintah dapat melihat Apakah faktor

penyebab gagal pengobatan Antiretroviral pada ODHA di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Untuk meningkatkan wawasan dan pengetahuan mengenai kebijakan HIV AIDS terkait faktor penyebab gagal pengobatan Antiretroviral pada ODHA di Puskesmas Assolokobal Kabupaten Jayawijaya.

4. Manfaat bagi Perguruan Tinggi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan sumbangsih terhadap kemajuan Pendidikan dan penelitian di Perguruan tinggi

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang HIV AIDS

a. Definisi

HIV (Human Immunodeficiency Virus) adalah retrovirus yang termasuk dalam famili lentivirus. Retrovirus mempunyai kemampuan menggunakan RNA-nya dan DNA pejamu untuk membentuk virus DNA dan dikenali selama periode inkubasi yang panjang. Seperti retrovirus yang lain, HIV menginfeksi tubuh dengan periode inkubasi yang panjang (klinik-laten), dan utamanya menyebabkan munculnya tanda dan gejala AIDS. HIV menyebabkan beberapa kerusakan system imun dan menghancurkannya. Hal tersebut terjadi dengan menggunakan DNA dan CD4+ dan limfosit untuk mereplikasi diri. dalam proses itu, virus tersebut menghancurkan CD4+ dan limfosit. (ChunNur, 2019).

HIV atau *human immunodeficiency virus* sejenis virus yang menyerang/ menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan menurunnya kekebalan tubuh manusia. AIDS atau *Acquired immunodeficiency syndrome* adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnyakekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV, akibat menurunnya kekebalan tubuh maka orang tersebut sangat mudah terkena berbagai penyakit (infeksi oportunistik) yang sering berakibat fatal. (Handayani, 2017).

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) adalah sindrom

dengan gejala infeksi oportunistik atau kanker tertentu akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh infeksi HIV (Human Immunodeficiency Virus) AIDS disebabkan oleh virus yang disebut HIV, virus ini ditemukan oleh Montagnier, seorang ilmuwan Perancis (Institute Pasteur, Paris 1983), yang mengisolasi virus dari seorang penderita dengan gejala limfadenopati, sehingga pada waktu itu dinamakan Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) Kasus HIV di Indonesia cenderung mengalami peningkatan, hingga tahun 2015 mencapai 184,929 orang dan kasus AIDS mencapai 68,197 orang. Jumlah kasus AIDS terbanyak pada laki-laki (54%), faktor risiko heteroseksual (64.5%) dan golongan umur terbanyak pada 20-29 tahun (32%). (UNAIDS, 2013)

Angka kematian (CFR) AIDS menurun dari 1.22% pada tahun 2014 menjadi 0.67% pada tahun 2015. Hingga September 2015, Provinsi DIY menempati urutan ke 8 prevalensi HIV AIDS tertinggi di Indonesia dengan prevalensi 26,5 per 100.000 penduduk. Secara kumulatif jumlah kasus HIV AIDS sebesar 3.146 penderita HIV-AIDS, dengan 2.862 orang masih hidup, 272 telah meninggal dan 12 orang tidak diketahui statusnya. (Kemenkes, 2015)

b. Pembagian stadium

Menurut (Nursalam, 2017), ada empat pembagian stadium, yaitu:

Stadium pertama: HIV Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologis ketika antibodi terhadap virus

tersebut berubah dari negatif menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibodi terhadap HIV menjadi positif disebut window period. Lama window period antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang berlangsung sampai enam bulan

Stadium kedua: Asimtomatik (tanpa gejala) Asimtomatik berarti di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini berlangsung rata-rata selama 5-10 tahun. Cairan tubuh pasien HIV/AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain.

Stadium ketiga Pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (Persistent Generalized Lymphadenopathy), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung lebih dari satu bulan

Stadium keempat: AIDS Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit syaraf, dan penyakit infeksi sekunder.

c. Penularan HIV/AIDS

Hubungan seksual dengan pengidap HIV/AIDS Hubungan seksual secara vaginal, anal, dan oral dengan penderita HIV tanpa perlindungan bisa menularkan HIV. Selama berhubungan seksual berlangsung, air mani, cairan vagina, dan darah dapat mengenai selaput lendir vagina, penis, dubur, atau mulut sehingga HIV yang terdapat dalam cairan tersebut masuk ke aliran darah, Selama berhubungan juga bisa terjadi lesi mikro pada dinding vagina, dubur,

dan mulut yang bisa menjadi jalan HIV untuk masuk ke aliran darah pasangan seksual.(Fatihatunnida, 2019)

Ibu pada bayinya Penularan HIV dari ibu bisa terjadi pada saat kehamilan (in utero). Berdasarkan laporan CDC Amerika, prevalensi penularan HIV dari ibu ke bayi adalah 0,01% sampai 0,7%. Bila ibu baru terinfeksi HIV dan belum ada gejala AIDS, kemungkinan bayi terinfeksi sebanyak 20% sampai 35%, sedangkan kalau gejala AIDS sudah jelas pada ibu kemungkinannya mencapai 50% (PELKESI, 1995). Penularan juga terjadi selama proses persalinan melalui tranfusi fetomaternal atau kontak antara kulit atau membrane mukosa bayi dengan darah atau sekresi maternal saat melahirkan (Lily V, 2004). Semakin lama proses melahirkan, semakin besar resiko penularan.(Manowati, 2017)

Darah dan produk darah yang tercemar HIV/AIDS Sangat cepat menularkan HIV karena virus langsung masuk ke pembuluh darah dan menyebar ke seluruh tubuh Pemakaian alat kesehatan yang tidak steril Alat pemeriksaan kandungan seperti speculum, tenakulum, dan alat-alat lain yang menyentuh darah, cairan vagina atau air mani yang terinfeksi HIV, dan langsung digunakan untuk orang lain yang tidak terinfeksi bisa menularkan HIV, Alat-alat untuk menoreh kulit Alat tajam dan runcing seperti jarum, pisau, silet, menyunat seseorang, membuat tato, memotong rambut, dan sebagainya bisa menularkan

HIV sebab alat tersebut mungkin dipakai tanpa disterilkan terlebih dahulu. Menggunakan jarum suntik secara bergantian. Jarum suntik yang dipakai di fasilitas kesehatan, maupun yang digunakan oleh para pengguna narkoba (Injecting Drug User/IDU) sangat berpotensi menularkan HIV. (Kemenkes, 2017)

Selain jarum suntik, pada para pemakai IDU secara bersama-sama juga menggunakan tempat pencampur, pengaduk, dan gelas pengoplosan obat, sehingga berpotensi tinggi menularkan HIV.

HIV tidak menular melalui peralatan makan, pakaian, handuk, sapu tangan, toilet yang dipakai secara bersama-sama, berpelukan di pipi, berjabat tangan, hidup serumah dengan penderita HIV/AIDS, gigitan nyamuk, dan berhubungan sosial yang lain. Tidak terdapat bukti yang meyakinkan bahwa air liur dapat menularkan infeksi baik melalui ciuman maupun pajanan lain misalnya sewaktu bekerja pada pekerja kesehatan. Selain itu air liur terdapat inhibitor terhadap aktivitas HIV/AIDS. (Kemenkes, 2017)

B. Tinjauan Umum tentang Faktor penyebab Gagalnya terapi Antiretroviral pada ODHA

a. Antiretroviral (ARV)

Pengobatan antiretroviral merupakan bagian dari pengobatan HIV dan AIDS untuk mengurangi risiko penularan HIV, menghambat perburukan infeksi oportunistik, meningkatkan kualitas hidup penderita HIV, dan menurunkan jumlah virus (viral load) dalam darah sampai tidak terdeteksi. (Permenkes, 2014)

Pengobatan antiretroviral diberikan kepada: a. penderita HIV dewasa dan anak usia 5 (lima) tahun ke atas yang telah menunjukkan stadium klinis 3 atau 4 atau jumlah sel Limfosit T CD4 kurang dari atau sama dengan 350 sel/mm³; b. ibu hamil dengan HIV; c. bayi lahir dari ibu dengan HIV; d. penderita HIV bayi atau anak usia kurang dari 5 (lima) tahun; e. penderita HIV dengan tuberkulosis; f. penderita HIV dengan hepatitis B dan hepatitis C; g. penderita HIV pada populasi kunci; h. penderita HIV yang pasangannya negatif; dan/atau i. penderita HIV pada populasi umum yang tinggal di daerah epidemi HIV meluas. Pengobatan antiretroviral diberikan setelah mendapatkan konseling, memiliki orang terdekat sebagai pengingat atau Pemantau Meminum Obat (PMO) dan patuh meminum obat seumur hidup. (Permenkes, 2014)

Pengobatan antiretroviral dapat diberikan secara komprehensif dengan pengobatan infeksi oportunistik dan komorbiditas serta pengobatan penunjang lain yang diperlukan. Pengobatan antiretroviral dimulai di rumah sakit yang sekurang-kurangnya kelas C dan dapat dilanjutkan di puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral. Pada daerah dengan tingkat epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, pengobatan antiretroviral dapat di mulai di puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral. (Permenkes, 2014)

b. Faktor- Faktor penyebab gagalnya terapi Antiretroviral adalah

1. Stigma dan budaya di tempat tinggal ODHA
2. tingkat pengetahuan pasien terhadap kepatuhan terapi
3. Sikap dan persepsi terhadap bagaimana melakukan Terapi secara rutin dan teratur.
4. Dukungan keluarga
5. Pemerintah dan Tenaga kesehatan dalam memantau pasien dalam menjalankan terapi ARV.

D. Tinjauan Tentang Stigma dan Budaya

a. Stigma

Stigma adalah penyimpangan yang mengarah ke dalam situasi dimana orang-orang tidak dapat menyesuaikan diri dengan standar masyarakat normal. Mereka didiskualifikasi dari kehidupan sosial, mereka mengalami stigmatisasi individu. Dikucilkan dari yang lainnya sehingga harus terus berusaha menyesuaikan diri dengan identitas sosial masyarakat di mana mereka tinggal. Mereka sendiri harus menghadapi hinaan setiap harinya yang direfleksikan kembali kepada mereka. (Wati, Cahyo, & Indraswari, 2017)

(Paryati, Raksanagara, Afriandi, & Kunci, 2012) menjelaskan bahwa stigma adalah isyarat yang dianggap suatu gangguan dan dinilai kurang dibandingkan dengan orang-orang normal. Proses stigma dikaitkan dengan pelabelan dimana seseorang kurang dipercaya atau menyimpang karena dianggap aneh oleh orang lain Menurut Chaplin (2004) dalam (Fatihatunnida, 2019) mengemukakan

bahwa stigma merupakan suatu cela atau pada karakter seseorang. Green mengemukakan Orang tersebut, mendapatkan suatu ciri negative karena suatu hal yang terjadi pada dirinya yang dipengaruhi oleh lingkungannya.

Goffman (1963), mendefinisikan stigma sebagai suatu keadaan yang mendiskreditkan seseorang dengan suatu atribut yang signifikan. Stigma sendiri mengarah pada keadaan suatu kelompok sosial yang membuat identitas tersendiri pada seseorang atau kelompok berdasarkan pada sifat fisik, perilaku, atau sosial yang dianggap menyimpang dari norma dalam komunitas atau kelompok tersebut (Paryati et al., 2012).

Stigma adalah atribut yang sangat luas yang dapat membuat individu kehilangan kepercayaan dan dapat menjadi suatu hal yang menakutkan (Goffman dalam Major & O'Brien, 2005). Menurut Kamus Psikologi stigma adalah satu tanda atau ciri pada tubuh (Chaplin, 2009). Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia, stigma didefinisikan sebagai ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya. Stigma dapat juga didefinisikan sebagai suatu fenomena yang dapat memengaruhi diri individu secara keseluruhan (Crocker dkk., Jones dkk., Link & Phelan dalam Major & O'Brien, 2005) dalam (Soharto, 2017)

Dari beberapa definisi dari stigma tersebut, maka peneliti menyimpulkan definisi stigma adalah pikiran dan kepercayaan yang

keliru serta fenomena yang terjadi ketika individu memperoleh labeling, stereotip, dan mengalami diskriminasi sehingga memengaruhi diri individu secara keseluruhan. Menurut Simanjuntak (2005) dalam Hermawati (2011), tahapan proses stigma yang terjadi dimasyarakat ada tiga, yaitu : 1. Proses interpretasi, keadaan dimana seseorang telah melanggar suatu norma sehingga masyarakat menganggap orang tersebut melakukan penyimpang dari norma yang ada.

Pelanggaran norma tersebut akan di anggap masyarakat sebagai awal timbulnya stigma. 2. Proses pendefinisian, proses ini orang telah menyimpang, dimana orang tersebut telah dianggap benar-benar menyimpang dari norma yang ada oleh masyarakat. 3. Perilaku diskriminasi, dari proses kedua timbulah perilaku masyarakat untuk membedakan orang tersebut (diskriminasi). Masyarakat memperlakukan dengan sangat berbeda dan sering muncul perlakuan yang sangat negative. (Soharto, 2017)

b. Budaya

Kebudayaan berasal dari kata sansekerta buddayah, yang merupakan bentuk jamak dari buddhi, yang berarti budi atau akal. Dengan demikian, kebudayaan berarti hal-hal yang bersangkutan dengan akal. Adapun ahli antropologi yang merumuskan definisi tentang kebudayaan secara sistematis dan ilmiah adalah Taylor, yang menulis dalam bukunya: "Primitive Culture", bahwa kebudayaan

adalah keseluruhan yang kompleks, yang di dalamnya terkandung ilmu pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, hukum, adat-istiadat, dan kemampuan lain, serta kebiasaan yang di dapat oleh manusia sebagai anggota masyarakat.

Goodenough (dalam Kalangie, 1994) mengemukakan, bahwa kebudayaan adalah suatu sistem kognitif, yaitu suatu sistem yang terdiri dari pengetahuan, kepercayaan, dan nilai yang berada dalam pikiran anggota-anggota individual masyarakat. Dengan kata lain, kebudayaan berada dalam tatanan kenyataan yang ideasional. Atau, kebudayaan merupakan perlengkapan mental yang oleh anggota-anggota masyarakat dipergunakan dalam proses orientasi, transaksi, pertemuan, perumusan, gagasan, penggolongan, dan penafsiran perilaku sosial nyata dalam masyarakat mereka. Definisi lain dikemukakan oleh Linton dalam buku: "The Cultural Background of Personality", bahwa kebudayaan adalah konfigurasi dari tingkah laku yang dipelajari dari hasil tingkah laku, yang unsur-unsur pembentukannya didukung dan diteruskan oleh anggota masyarakat tertentu, (Budaya dalam perkembangan peradaban, 2002)

Hasil penelitian lain merumuskan, kebudayaan sebagai semua hasil karya, rasa dan cipta masyarakat. Karya masyarakat menghasilkan teknologi dan kebudayaan kebendaan atau kebudayaan jasmaniah (material culture) yang diperlukan oleh manusia untuk menguasai alam sekitarnya agar kekuatan serta

hasilnya dapat diabdikan untuk keperluan masyarakat.

Menurut (Budaya dalam perkembangan peradaban, 2002) mengatakan, bahwa menurut ilmu antropologi kebudayaan adalah keseluruhan sistem gagasan, tindakan dan hasil karya manusia dalam rangka kehidupan masyarakat yang dijadikan milik diri manusia dengan belajar. Dia membagi kebudayaan atas 7 unsur: sistem religi, system organisasi kemasyarakatan, sistem pengetahuan, sistem mata pencaharian hidup, sistem teknologi dan peralatan bahasa dan kesenian. Kesemua unsur budaya tersebut terwujud dalam bentuk sistem budaya/adat-istiadat (kompleks budaya, tema budaya, gagasan), sistem sosial (aktivitas sosial, kompleks sosial, pola sosial, tindakan), dan unsur-unsur kebudayaan fisik (benda kebudayaan).

4. Tinjauan Umum tentang Pengetahuan

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (overt behaviour). Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif (Notoatmodjo, 2012), tercakup dalam 6 tingkatan, yaitu:

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dengan spesifik dari seluruh bahan yang

dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Pengukuran bahwa orang yang bersangkutan tahu yaitu dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya,

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan suatu materi tersebut secara benar. Pengukuran bahwa orang yang bersangkutan telah paham yaitu: dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi yang dimaksud yaitu: penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya.

Analisis diartikan sebagai kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Pengukuran kemampuan analisis yaitu dapat dilihat dari: penggunaan kata kerja, menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

Sintesis diartikan sebagai kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Pengukuran kemampuan menyintesis yaitu dapat dilihat dari cara: menyusun, merencanakan, meringkas, menyesuaikan dan

sebagaiya.

Evaluasi diartikan sebagai dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Pengukuran kemampuan mengevaluasi dapat digunakan kriteria yang sesuai dengan sebab dan akibat

E. Tinjauan Umum tentang Sikap dan Persepsi

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku

Sedangkan menurut Newcomb (1998), salah seorang psikolog sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Menurut Allport (1954) yang dikutip Notoatmodjo (2012) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yaitu : Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek

Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek Kecenderungan untuk bertindak (tend to behave) Dengan kata lain, fungsi sikap merupakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup. Sikap terdiri dari beberapa tingkatan yaitu :

a. Menerima(*receiving*)

Menerima merupakan sikap seseorang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

b. Menanggapi(*responding*)

c. Menanggapi merupakan sikap memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi terlepas dari usaha nya tersebut salah atau benar.

d. Menghargai(*valuing*)

Menghargai merupakan sikap seseorang mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

e. Bertanggung jawab(*responsible*)

Bertanggung jawab merupakan sikap yang paling tinggi tindakannya dan sikap bertanggung jawab yaitu mampu mengambil segala resiko yang terjadi.

Persepsi

Menurut Robbin, persepsi merupakan sebagai proses dimana orang dapat mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensasi yang dirasakan dengan tujuan untuk memberi makna terhadap suatu lingkungan (Notoatmodjo, 2014)

Walaupun proses mulainya rangsangan fisik hingga interpretasi yang begitu cepat, maka untuk mempelajari persepsi

kita dapat membaginya menjadi dua bagian besar yaitu: proses sensasi atau merasakan (*sensation*) yang menyangkut proses sensor dan proses persepsi yang menyangkut interpretasi kita terhadap suatu objek yang kita lihat atau kita dengar atau kita rasakan. (Notoatmodjo, 2014)

Ada banyak faktor yang akan menyebabkan stimulus dapat masuk dalam perhatian kita. Faktor-faktor ini dapat kita bagi menjadi dua kelompok besar yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor internal merupakan faktor yang melekat pada suatu objek, sedangkan faktor eksternal merupakan faktor yang terjadi bila ada stimulus dari orang yang mempresentasikan hal tersebut.

Faktor Eksternal

- a. Kontras adalah cara paling mudah untuk menarik perhatian seseorang yaitu dengan kontras baik pada warna, ukuran, bentuk atau gerakan.

Kontras warna: jika kita mendaki gunung maka kita harus memakai pakaian yang berwarna mencolok seperti warna jingga, supaya memudahkan pencarian bila kita tersesat.

Kontras ukuran: cara ini banyak dilakukan oleh perusahaan iklan, dimana mereka akan membuat papan iklan yang besar untuk menarik perhatian

Kontras bentuk: jika kita berbadan gemuk kemudian kita berkumpul diantara orang yang berbadan kurus maka kita akan cepat menjadi

perhatian.

Kontras gerakan: gerakan akan menarik perhatian kita jika benda-benda lain nyadiah.

- b. Perubahan intensitas: suara yang pelan berubah menjadi keras, atau cahaya yang awalnya redup menjadi terang akan menarik perhatian kita.
- c. Pengulangan: iklan yang sering diulang-ulang akan menarik perhatian kita, walaupun sering sekali membuat kita merasa marah dibuatnya
- d. Sesuatu yang baru: suatu stimulus yang baru akan lebih menarik perhatian kita dari pada sesuatu apa yang sudah kita ketahui
- e. Sesuatu yang menjadi perhatian orang banyak: suatu stimulus yang menarik perhatian orang banyak maka akan menarik perhatian kita

Faktor Internal

Pengalaman atau pengetahuan: pengalaman atau pengetahuan yang dimiliki seseorang merupakan faktor yang sangat berperan dalam menginterpretasikan stimulus yang kita peroleh. Pengalaman masa lalu maka akan mempengaruhi perubahan interpretasi

Harapan: harapan terhadap sesuatu akan mempengaruhi persepsi akan adanya stimulus yang ada.

Kebutuhan: kebutuhan akan mempengaruhi stimulus tersebut dapat masuk dalam rentang perhatian kita dan kebutuhan ini akan menginterpretasikan stimulus secara berbeda.

Motivasi: motivasi akan mempengaruhi persepsi seseorang

Emosi: emosi seseorang akan mempengaruhi persepsi terhadap stimulus yang ada. Emosi takut juga akan mempengaruhi persepsi kita terhadap rasa sakit.

Budaya: seseorang dengan latar belakang budaya yang sama akan menginterpretasikan orang-orang dalam kelompoknya secara berbeda, namun akan mempersepsikan orang-orang diluar kelompoknya sebagai sama saja (Notoatmodjo, 2014).

F. Tinjauan Umum tentang Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan No 36 tahun 2014 merupakan setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk jenis tertentu yang memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan (R. Permenkes, 2018)

Tenaga kesehatan juga memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga mampu mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi.

Tenaga kesehatan memiliki beberapa petugas yang dalam kerjanya saling berkaitan yaitu dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan

ketenagaan medis lainnya (Peraturan Pemerintah No 32 Tahun 1996)

Menurut Potter dan Perry (2007) macam-macam peran tenaga kesehatan dibagi menjadi beberapa, yaitu :

1. Sebagai komunikator Komunikator adalah orang yang memberikan informasi kepada orang yang menerimanya. komunikator merupakan orang ataupun kelompok yang menyampaikan pesan atau stimulus kepada orang atau pihak lain dan diharapkan pihak lain yang menerima pesan (komunikasikan) tersebut memberikan respons terhadap pesan yang diberikan. Proses dari interaksi antara komunikator ke komunikasikan disebut juga dengan komunikasi.

Selama proses komunikasi, tenaga kesehatan secara fisik dan psikologis harus hadir secara utuh, karna tidak cukup hanya dengan mengetahui teknik komunikasi dan isi komunikasi saja tetapi juga sangat penting untuk mengetahui sikap, perhatian, dan penampilan dalam berkomunikasi. Sebagai seorang komunikator, tenaga kesehatan seharusnya memberikan informasi secara jelas kepada pasien. (Muninjaya, 2012)

Pemberian informasi sangat diperlukan karena komunikasi bermanfaat untuk memperbaiki kurangnya pengetahuan dan sikap masyarakat yang salah terhadap kesehatan dan penyakit. Komunikasi dikatakan efektif jika dari tenaga kesehatan mampu memberikan informasi secara jelas kepada pasien, sehingga dalam penanganan anemia selama kehamilan diharapkan tenaga kesehatan bersikap

ramah dan sopan pada setiap kunjungan ibu hamil ,Tenaga kesehatan juga harus mengevaluasi pemahaman ibu tentang informasi yang diberikan, dan juga memberikan pesan kepada ibu hamil apabila terjadi efek samping yang tidak bisa ditanggulangi sendiri segera datang kembali dan komunikasi ke tenaga kesehatan.

2. Sebagai motivator, Motivator adalah orang yang memberikan motivasi kepada orang lain. Sementara motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak agar mencapai suatu tujuan tertentu dan hasil dari dorongan tersebut diwujudkan dalam bentuk perilaku yang dilakukan (Notoatmodjo, 2014).

Menurut motivasi adalah kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu, sedangkan motif adalah kebutuhan, keinginan, dan dorongan untuk melakukan sesuatu. Peran tenaga kesehatan sebagai motivator tidak kalah penting dari peran lainnya. Seorang tenaga kesehatan harus mampu memberikan motivasi, arahan, dan bimbingan dalam meningkatkan kesadaran pihak yang dimotivasi agar tumbuh ke arah pencapaian tujuan yang diinginkan` (Umah & Irawanto, 2019)

Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya sebagai motivator memiliki ciri-ciri yang perlu diketahui, yaitu melakukan pendampingan, menyadarkan, dan mendorong kelompok untuk mengenali masalah yang dihadapi, dan dapat mengembangkan potensinya untuk memecahkan masalah tersebut.

3. Sebagai fasilitator, Fasilitator adalah orang atau badan yang memberikan kemudahan dalam menyediakan fasilitas bagi orang lain yang membutuhkan. Tenaga kesehatan dilengkapi dengan buku pedoman pemberian tablet zat besi dengan tujuan agar mampu melaksanakan pemberian tablet zat besi tepat pada sasaran sebagai upaya dalam menurunkan angka prevalensi anemia **(Rahakbauw, 2016)** Tenaga kesehatan juga harus membantu klien untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal agar sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

4) Sebagai konselor

Konselor adalah orang yang memberikan bantuan kepada orang lain dalam membuat keputusan atau memecahkan suatu masalah melalui pemahaman terhadap fakta-fakta, harapan, kebutuhan dan perasaan-perasaan klien . Proses dari pemberian bantuan tersebut disebut juga konseling.

G. Tinjauan Umum tentang Stakeholder

Secara umum pengertian stakeholders adalah individu, sekelompok manusia, komunitas atau masyarakat baik secara keseluruhan maupun secara parsial yang memiliki hubungan serta kepentingan terhadap perusahaan. Stakeholders ditandai dengan adanya kekuasaan, legitimasi, dan kepentingan terhadap perusahaan. Stakeholders menjadi bagian dalam kehidupan dunia bisnis, perusahaan dan organisasi Terminologi stakeholders sudah sangat populer dan telah digunakan oleh banyak pihak dalam hubungannya dengan berbagai

disiplin ilmu, misalnya manajemen bisnis, ilmu komunikasi, pengelolaan sumber daya alam, sosiologi, hukum dan lain sebagainya.

Lembaga publik juga telah menggunakan secara luas istilah stakeholders ini ke dalam proses-proses pengambilan dan implementasi keputusannya. Secara sederhana stakeholders sering dinyatakan sebagai para pihak, lintas pelaku, atau pihak-pihak yang terkait dengan suatu isu, kepentingan dan atau rencana tertentu. setiap kelompok atau individu yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh pencapaian tujuan perusahaan. (Mahardining, 2019)

Berdasarkan definisi yang dikemukakan oleh Freeman dapat dipahami bahwa stakeholder merupakan kelompok ataupun individu yang dapat mempengaruhi atau sangat berpengaruh terhadap pencapaian tujuan perusahaan, sehingga secara eksplisit disimpulkan bahwa stakeholders dapat mempengaruhi kelangsungan hidup (going concern) perusahaan.

Ruang lingkup Stakeholders

- a. Pemerintah (Governmental), yaitu pemerintah dan peraturan peraturan yang dikeluarkan pemerintah menjadi aspek penting yang harus diperhatikan oleh perusahaan.
- b. Kelompok masyarakat (Community), kelompok masyarakat harus diperhatikan, karena kelompok masyarakat adalah elemen konsumen yang akan mengkonsumsi hasil produksi dari perusahaan
- c. Organisasi Lingkungan (Environmental Organization), dewasa ini

telah menjadi salah satu kekuatan kontrol sosial yang dapat mengawasi aktifitas perusahaan. Orientasi organisasi lingkungan secara umum adalah menghindari eksploitasi yang berlebihan terhadap lingkungan hidup demi kepentingan perusahaan (profit).

- d. Media massa (Mass Media) dalam lingkungan bisnis saat ini memiliki peran yang sangat dominan dalam membentuk opini masyarakat terhadap suatu aktifitas perusahaan. Media menyediakan informasi bagi perusahaan dan dapat pula sebagai alat publikasi dan sosialisasi yang digunakan oleh perusahaan untuk dapat membangun kepercayaan (image) publik tentang aktifitas-aktifitas sosial yang dijalankan perusahaan.

Kategori Stakeholder

1. Stakeholders Internal dan stakeholders eksternal. Stakeholders internal adalah stakeholders yang berada di dalam lingkungan organisasi. Misalnya karyawan, manajer dan pemegang saham (shareholder). Sedangkan stakeholders eksternal adalah stakeholders yang berada di luar lingkungan organisasi, seperti penyalur atau pemasok, konsumen atau pelanggan, masyarakat, pemerintah, pers, kelompok social responsible investor, licensing partner dan lain-lain.
2. Stakeholders primer, sekunder dan marjinal. Tidak semua elemen dalam stakeholders perlu diperhatikan. Perusahaan perlu menyusun skala prioritas. Stakeholders yang paling penting disebut

stakeholders primer, stakeholders yang kurang penting disebut stakeholders sekunder dan yang biasa diabaikan disebut stakeholders marjinal. Urutan prioritas ini berbeda bagi setiap perusahaan meskipun produk atau jasanya sama. Urutan ini juga bisa berubah dari waktu ke waktu.

3. Stakeholders tradisional dan stakeholders masa depan. Karyawan dan konsumen dapat disebut sebagai stakeholders tradisional, karena saat ini sudah berhubungan dengan organisasi. Sedangkan stakeholders masa depan adalah stakeholders pada masa yang akan datang diperkirakan akan memberikan pengaruhnya pada organisasi seperti mahasiswa, peneliti dan konsumen potensial.
4. Proponents, opponents, dan uncommitted. Diantara stakeholders ada kelompok yang memihak organisasi (proponents), menentang organisasi (opponents) dan ada yang tidak peduli atau abai (uncommitted). Organisasi perlu mengenal stakeholders yang berbeda-beda ini agar dapat melihat permasalahan, menyusun rencana dan strategi untuk melakukan tindakan yang proposional.
5. Silent majority dan vokal minority. Dilihat dari aktivitas stakeholders dalam melakukan komplain atau mendukung perusahaan, tentu ada yang menyatakan pertentangan atau dukungannya secara vokal (aktif) namun ada pula yang menyatakan secara silent (pasif).

H. Tinjauan Tentang Dukungan Keluarga dan Lingkungan pada Odha

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang melindungi seseorang dari efek stres yang buruk (Kaplan dan Sadock, 2002). Dukungan keluarga menurut (Mahardining, 2019) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional.

Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikannya. Jadi dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan-dukungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga yang selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Aryastami, Handayani, & Yuniar, 2013)

Keluarga dalam proses pengobatan, memegang peran sangat penting sebab keluarga adalah lingkungan sosial pertama yang ODHA kenali. Keluarga juga dapat menjadi peran penting dalam rencana perawatan ODHA dan memantau ODHA terhadap kepatuhan pemakaian obat ARV, Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit karena keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang paling dekat hubungannya dengan penderita. (Chusna

& Nurhalina, 2020)

Keluarga adalah tempat pertumbuhan dan perkembangan setiap individu. Kebutuhan akan fisik maupun psikologis pada awalnya dapat terpenuhi dari lingkungan keluarga. Seseorang akan menjadikan keluarga sebagai tempat bercerita, tempat mengeluarkan keluhan, dan sebagai tumpuan harapan bila individu tersebut mengalami persoalan-persoalan dalam hidupnya. Keterlibatan keluarga sejak awal dalam pengobatan merupakan langkah yang harus ditempuh guna memberikan dukungan yang akan berdampak positif bagi kelangsungan pengobatan. Dukungan keluarga sangat diperlukan dalam proses perawatan pada orang dengan HIV/AIDS yaitu dengan kepatuhan minum obat ARV. (Chusna & Nurhalina, 2020)

Kepatuhan pasien yaitu sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan. Kepatuhan ialah ketaatan pasien dalam melaksanakan tindakan terapi. Kepatuhan pasien berarti bahwa pasien dan keluarganya harus meluangkan waktu dalam menjalankan pengobatan yang dibutuhkan.

Dukungan emosional seperti kasih sayang, perasaan dimiliki, dan dicintai dapat menguatkan dan menggantikan perasaan-perasaan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan kepatuhan terhadap program-program medis. Ketika seseorang merasa disayangi, dimiliki maka seseorang akan merasa dibutuhkan dan timbul keinginan untuk sembuh dari penyakitnya, sehingga seseorang akan termotivasi untuk

patuh terhadap pengobatan ARV dengan mengikuti anjuran dokter yaitu minum obat sesuai dengan waktu yang dianjurkan, tidak mengganti obat ARV, dan jumlah obat yang diminum sesuai dengan dosis yang ditentukan.

Aspek dukungan instrumental seperti dukungan secara langsung, bantuan maupun pertolongan berupa uang atau materi lainnya sehingga dapat membantu keluarga yang sakit dalam mengobati penyakitnya dengan rutin melakukan pengobatan. Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan kronkrit sehingga penting dalam hal memberikan dukungan pada keluarga yang sakit. (Mahardining, 2019)

I. Tinjauan Umum tentang Confidentiality

Defenisinya dapat di artikan secara singkat sama dengan arti katanya yaitu kerahasiaan. Kerahasiaan dalam hal ini adalah informasi yang kita miliki pada sistem/database kita, adalah hal yang rahasia dan pengguna atau orang yang tidak berkepentingan tidak dapat melihat/mengaksesnya. Atau dengan kata lain, hanya pihak yang berhak dan berwenang saja yang dapat mengakses informasi tersebut.

Untuk itu kebanyakan organisasi umumnya mengklasifikasikan informasi/data untuk mengakomodir tercapainya *confidentiality*. Pada Pasien Odha hal ini berarti bahwa proses terapi Arv bias berjalan efektif jika adanya system confidentiality di gunakan dan diterapkan agar data dan informasi pasien bias benar-benar terjaga kerahasiannya hal ini akan lebih mempermudah pasien Odha dalam melakukan pengobatan

dan terapi arv di Puskesmas.

10. Tinjauan Tentang Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya

Puskesmas merupakan suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas adalah pelayanan menyeluruh yang meliputi pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan juga upaya rehabilitasi (pemulihan kesehatan).

Puskesmas sesuai dengan fungsinya berkewajiban mengupayakan, menyediakan, dan menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Fungsi puskesmas antara lain (PMK RI No.75 Tahun 2014): a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di

wilayah kerjanya. Organisasi puskesmas disusun oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan kategori, upaya kesehatan dan beban kerja puskesmas.

Pada umumnya struktur organisasi puskesmas terdiri dari (PMK No.75 Tahun 2014) : a. Kepala Puskesmas; b. Kepala sub bagian tata usaha; c. Penanggung jawab UKM dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat; d. Penanggung jawab UKP, kefarmasian dan Laboratorium; dan e. Penanggungjawab jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaringfasilitas pelayanan kesehatan. Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat.

Kecamatan sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Misi Puskesmas Ada empat misi Puskesmas yaitu

Menggerakkan pembangunan Kecamatan yang berwawasan kesehatan. Puskesmas akan selalu menggerakkan pembangunan sektor lain agar memperhatikan aspek kesehatan, yaitu agar pembangunan tersebut mendorong lingkungan dan perilaku masyarakat semakin sehat. Mendorong kemandirian masyarakat dan keluarga untuk hidup

sehat. Puskesmas selalu berupaya agar keluarga dan masyarakat makin berdaya di bidang kesehatan, melalui peningkatan pengetahuan dan kemampuan untuk hidup sehat. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau. Puskesmas harus selalu berupaya untuk menjaga agar cakupan dan kualitas layanannya tidak menurun, bahkan kalau bisa ditingkatkan agar semakin besar cakupannya dan semakin bagus kualitas layanannya

Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya. Puskesmas selalu berupaya agar derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat dapat terpelihara bahkan semakin meningkat seiring dengan derap pembangunan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.

Organisasi puskesmas disusun oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan kategori, upaya kesehatan dan beban kerja puskesmas. Pada umumnya struktur organisasi puskesmas terdiri dari (PMK No.75 Tahun 2014 :

- a. Kepala Puskesmas;
- b. Kepala sub bagian tata usaha;
- c. Penanggung jawab UKM dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat;
- d. Penanggung jawab UKP, kefarmasian dan Laboratorium;
dan
- e. Penanggungjawab jaringan pelayanan Puskesmas dan

jejaring fasilitas pelayanan kesehatan

J. Kerangka Teori Penelitian

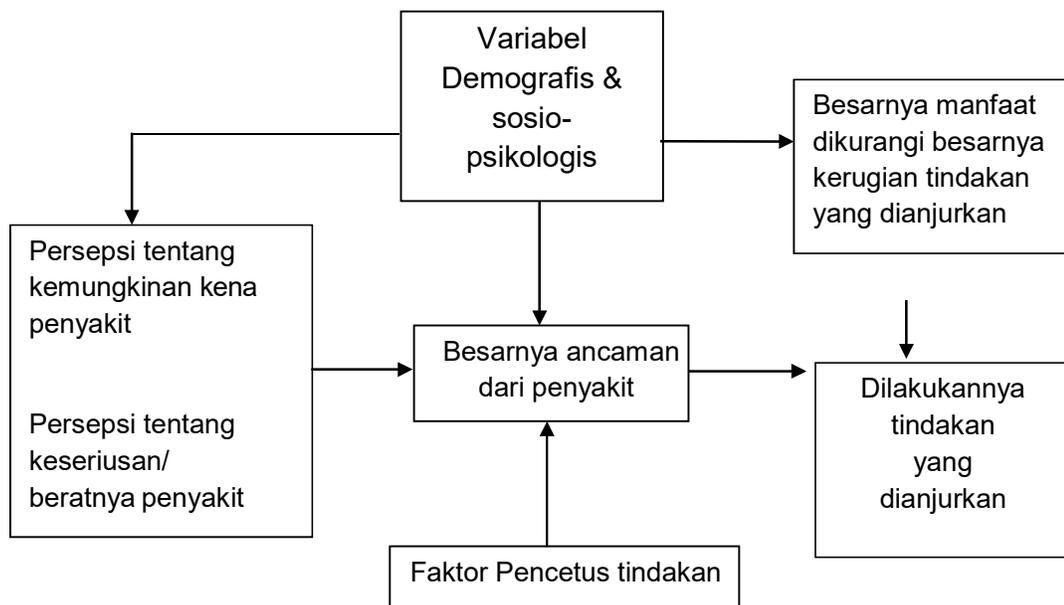
Kerangka teori yang paling banyak digunakan untuk menjelaskan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan adalah model kepercayaan kesehatan atau *Health Beliefs Model* (HBM), yang pertama kali diperkenalkan oleh Rosenstock (1974) . Model ini telah dipelajari dalam konteks berbagai masalah kesehatan, termasuk kanker, penyakit jantung, diabetes, dan yang terbaru adalah HIV.

HBM berasal dari kerangka teori psikologis dan perilaku, dengan hipotesis bahwa perilaku kesehatan terutama tergantung pada keinginan untuk menghindari penyakit dan keyakinan bahwa tindakan tertentu akan mencegah atau meringankan penyakit. Model ini terdiri dari sejumlah dimensi, termasuk (a) kerentanan sakit yang dirasakan, yang merupakan keyakinan bahwa seseorang berisiko terkena penyakit atau, dalam kasus infeksi yang sebelumnya diderita, kepercayaan validitas diagnosis; (b) merasakan keparahan penyakit, yang meliputi perasaan tentang keseriusan tertular penyakit atau tidak mendapat pengobatan; (c) dirasakan manfaat dari pengobatan, yang berkaitan dengan keyakinan dalam efektivitas berbagai tindakan dalam mengurangi ancaman penyakit; dan (d) dirasakan hambatan untuk kepatuhan pengobatan, yang menggambarkan analisis manfaat biaya dimana individu menimbang efektivitas pengobatan terhadap konsekuensi negatif dari kepatuhan,

seperti terganggunya aktivitas sehari-hari dan efek samping yang merugikan.

Selain empat dimensi ini, HBM juga mendalilkan bahwa beragam demografis, psikososial, dan psikologis variabel dapat mempengaruhi persepsi individu dan dengan demikian secara tidak langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.

The Health Belief Model, Stretcher, V., & Rosenstock I.M. (1997).

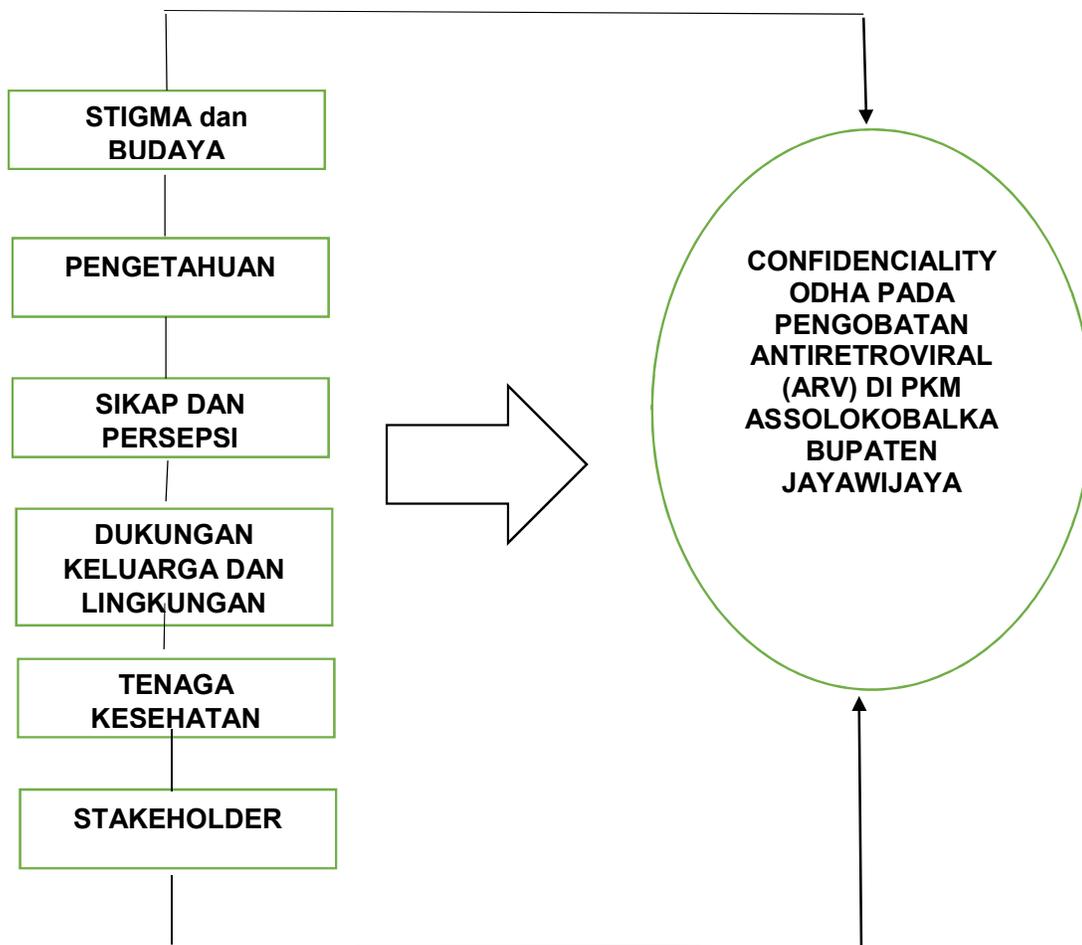


Sumber : Jones and Bartlett Publishers, LLC. CHAPTER 4 (Jones and Bartlett). dalam Rahakbauw 2016

Gambar 1. Kerangka Teori

K. Kerangka Konsep

Kerangka Konsep dalam Penelitian ini adalah



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

K. Definisi Konseptual

1. Kegagalan terapi ARV adalah : Adanya ketidakpatuhan dalam terapi sehingga dianggap gagal dalam pengobatan dan di pengaruhi oleh faktor-faktor lainnya sehingga gagal pada ODHA dalam melakukan terapi ARV
2. Stigma adalah Pemberian Label sosial yang bertujuan untuk memisahkan dan mendeskreditkan seseorang atau sekelompok orang dengan cap atau pandangan buruk dalam hal ini pada Odha
3. Budaya adalah suatu kepercayaan dan nilai yang terbentuk dari fikiran dan tingkah laku seseorang dalam masyarakat
4. Pengetahuan adalah Hasil tahu seseorang yang dimiliki setelah melakukan pengideraan terhadap suatu objek tertentu dalam hal ini terhadap Odha
5. Sikap dan Persepsi adalah reaksi dan tindakan seseorang terhadap suatu objek dalam hal ini kepada mereka yang sedang atau disebut Odha yang dalam pengobatan ARV
6. Dukungan Keluarga dan Lingkungan adalah tindakan yang dilakukan oleh anggota keluarga terhadap ODHA baik secara fisik, materi maupun psikologi untuk mengoptimalkan kepatuhan terapi ARV
7. Tenaga kesehatan adalah mereka yang memiliki tingkat pendidikan spesifikasi kesehatan dan bertugas di Rumah sakit atau Puskesmas dan memberikan pelayanan medis kepada pasien Odha
8. Stakeholder adalah Pemerintah dan pejabat berwenang setempat yang bertanggung jawab dalam hal kebijakan dan program penaggulangan Odha.

L. Sintesa Penelitian
Tabel 1. Sintesa Penelitian

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
1.	(Nurihwani, 2017)	Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Pengobatan Antiretrovial (ARV) pada Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Puskesmas Jungpandang Baru Tahun 2017.	Metode Penelitian Kuantitatif	Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap kepatuhan pengobatan ARV pada ODHA di Puskesmas Jungpandang Baru ($p=0,652$). Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga tidak mempengaruhi tingkat kepatuhan pengobatan ARV, disebabkan ODHA tidak memberi tahu kepada keluarga tentang penyakitnya karena takut dikucilkan dan di telantarkan akibat stigma tentang penderita HIV dan AIDS dianggap telah melanggar norma norma keluarga.
2.	(Pariaribo, 2015a)	Beberapa faktor risiko yang mempengaruhi kepatuhan terapi antiretroviral (arv) pada pasien hiv/aids (studi kasus di rsud abepura, jayapura)	Observasional analitik dengan desain case control yang diperkuat	Hasil : Didapatkan tiga faktor risiko yang terbukti berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV yaitu pekerjaan (bekerja) ($p = 0,005$; $OR = 4,47$; $95\% CI = 1,633 - 12,245$), sulitnya akses ke layanan kesehatan ($p = 0,008$; $OR = 3,675$; $95\% CI = 1,476 - 9,146$), tidak ada dukungan keluarga ($p = 0,013$; $OR = 3,606$; $95\% CI ; 1,398 - 9,299$)

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
3.	(Manowati, 2017)	Faktor yang mempengaruhi Perilaku Lost Follow Up Pada Pasien HIV AIDS dengan Terapi ARV	dengan data kualitatif Metode Kualitatif	Faktor yang tidak terbukti berpengaruh adalah jenis kelamin, umur, pengetahuan, sikap pasien riwayat efek samping, lama terapi, latar belakang suku tenaga kesehatan, sikap tenaga kesehatan pendekatan agama, pengobatan alternatif pengobatan herbal. Dukungan keluarga dan lingkungan menjadi faktor dominan dalam melihat follow Up Pada Pasien hiv aids dengan terapi ARV.
4.	(Adolfina Tandilangan, 2018)	Implementasi pengendalian program terhadap perubahan perilaku pencegahan penyebaran hiv/aids pada kelompok risiko di kabupaten mimika papua	Cross Sektsional Study dengan metode Purposive Sampling	Hasil penelitian menunjukkan bahwa: (1) pada t mann whitney diperoleh p=0,313. Hal itu berarti tidak ada perbedaan intervensi perubahan perilaku responden di puskesmas Timika dan Timika Jaya; (2) ada hubungan perencanaan biaya, waktu, dan sosial budaya terhadap pelaksanaan IPP; (3) tidak ada hubungan spesifikasi dan ekonomi terhadap pelaksanaan IPP; dan (4) pelaksanaan IPP akan berjalan dengan baik apabila memiliki waktu yang baik dan efektif sebesar satu kali dibandingkan dengan pelaksanaan IPP yang buruk setelah

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
5.	(Irmawati, 2019)	Lost To Follow Up Odha dengan Terapi Antiretroviral (ARV) di Yayasan Peduli Kelompok Dukungan Sebaya Kota Makassar Tahun 2019	Desain Cross Sectional Study	<p>dikontrol oleh perencanaan dan sosial budaya.</p> <p>Hasil penelitian ditemukan 2 (dua) variabel yang berhubungan dengan <i>lost to follow up</i> yaitu Dukungan keluarga, dan efek samping obat. Kesimpulan dari penelitian ini adalah efek samping obat yang paling berpengaruh dengan <i>lost to follow up</i> dengan nilai $Exp(B) = 38.667$ sehingga sebaiknya ODHA yang memulai terapi ARV harus mampu memilih jenis ARV yang tepat dengan efek samping yang kecil.</p>
6.	(Pratama, 2018)	Implementasi kebijakan dalam penanggulangan virus hiv dan aids di kabupaten kuningan Tahun 2018	Kualitatif	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa timbulnya permasalahan dari dampak negatif keberadaan tempat hiburan di berbagai lokasi yang saat ini sudah cukup memberikan persoalan bagi pihak masyarakat, pemerintah dan LSM di Kabupaten Kuningan. Bila tidak ada peraturan yang jelas bagi penggulangan HIV dan AIDS diperkirakan di tahun-tahun yang akan datang akan manambah beban pihak yang terkait.</p>

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
7.	(Harison, 2017)	Pemahaman pengobatan antiretroviral dan kendala kepatuhan terhadap terapi antiretroviral pasien HIV/AIDS Partisipasi Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Ibu Rumah Tangga pada Program Prevention Of Mother To Child Transmission (PMTCT) di Kota Semarang. Tahun 2014	Deskriptif Kualitatif Metode Kualitatif dan Kuantitatif	Hasil penelitian menunjukan pemahaman pasien tentang pengobatan ARV masih kurang dan kendala kepatuhan terapi ARV diantaranya adalah jadwal konsultasi dokter, biaya, dukungan keluarga dan kendala efek samping obat. Hasil penelitian menunjukkan kurangnya Partisipasi ODHA Ibu Rumah Tangga pada Program PMTCT. Provider PMTCT sebagai pemegang kendali dalam pelaksanaan program memiliki keterbatasan pada tenaga terlatih di pelayanan kesehatan. Disarankan perlu partisipasi aktif dari stakeholders dalam kebijakan untuk menjadikan isu HIV/AIDS pada ODHA ibu rumah tangga sebagai kasus yang harus segera ditangani dan menjadi salah satu target pembangunan daerah sesuai dengan target MDG's. Serta komitmen antara semua pihak dalam mendukung dan melaksanakan peraturan tersebut .
8.	(Wahyuni, 2014)	Pelayanan Komprehensif Berkesinambungan dalam Program Penanggulangan HIV/AIDS di Kota Surakarta Tahun 2016	purposive sampling	Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Kota Surakarta pada umumnya ODHA berusia produktif, laki-laki, heteroseksual, bekerja sebagai karyawan, mempunyai masalah

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
9.	(Demartota, 2016)	Gambaran Faktor Risiko Kejadian HIV-AIDS pada Usia Produktif di Puskesmas Jumpandang Baru dan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 2011-2012	Deskriptif dengan menggunakan teknik purposive sampling	<p>medis dan kultur sosial seperti mempunyai infeksi oportunistik, efek samping obat ARV, depresi, mengalami diskriminasi, stigma negatif, dikucilkan keluarga dan anggota masyarakat.</p> <p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa 129 kasus (75%) penderita HIVAIDS beragama Islam, dan Non Islam sebanyak 43 kasus (25%). Perilaku heteroseksual adalah faktor risiko terbanyak yakni sebanyak 87 kasus (51%), yang kedua adalah IDU yaitu sebesar 40% (69 orang). Kelompok usia produktif terbanyak di Puskesmas JUmpondang Baru dan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar adalah usia 29-34 tahun, yakni sebanyak 64 kasus (37%).</p>
10.	(Zainul, 2012)	Faktor-Faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien ODHA di wilayah Kerja Puskesmas Wania Kabupaten Mimika, Papua. Tahun 2015	Kualitatif	<p>Stigma, dan Keluarga menjadi Faktor terbesar dalam memberikan motivasi dan dukungan dalam melakukan pengobatan ARV dan Kepatuhan terapi pada Pasien HIV AIDS di wilayah Puskesmas Wania.</p>

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
11.	(Fifiyana, 2015)	Faktor-Faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien ODHA di wilayah Kerja Puskesmas Ayuka Kabupaten Mimika, Papua. Tahun 2011	Kualitatif	Kebijakan dan aturan yang berlaku , dan Keluarga menjadi Faktor terbesar dalam memberikan motivasi dan dukungan dalam melakukan pengobatan ARV dan Kepatuhan terapi pada Pasien HIV AIDS di wilayah Puskesmas Ayuka.
12.	(Jonst, 2011)	Bentuk Dukungan Puskesmas Sebagai Upaya Pencegahan Penularan HIV AIDS Terhadap Wanita Pekerja Seksual Tahun 2018	Wawancara mendalam dan Kualitatif	Penelitian ini dilakukan di Klinik Infeksi Menular Seksual di lokasi Gambilangu. Hasil penelitian menunjukkan jenis dukungan dalam pencegahan penularan HIV AIDS adalah skrining rutin, pemberian kondom dan obat-obatan, serta pendidikan berkelanjutan kepada pekerja seks komersial. Ada kendala dalam melakukan dukungan, seperti tidak adanya kebijakan bagi konsumen untuk memakai kondom. Oleh karena itu, pemerintah dan masyarakat harus dilibatkan
13.	(Tampubolon, 2018)		observasional deskriptif	

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
14.	(Wulandari, 2015)	<p>Hubungan Karakteristik Pasien dengan Tingkat Kepatuhan Terapi Arv di Rawat Jalan Upipi Rumah Sakit Dr. Soetomo Tahun 2015.</p> <p>Pelaksanaan Konseling Bagi Orang Dengan Hiv/Aids (Odha) Di Klinik Voluntary Counseling And Testing (Vct) Puskesmas Rawat Inap Simpung Bandar Lampung</p>	<p>dengan pendekatan cross-sectional.</p> <p>Kualitatif</p>	<p>dalam pelaksanaan kebijakan sebagai upaya pencegahan penularan HIV AIDS.</p> <p>Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingginya kepatuhan terapi ARV pasien terbukti pada 30 responden (100%) yang ada, 13 responden (43,3%) rutin datang, karaktersitik responden yaitu sebanyak 6 reponden (75%) telah menikah, sebanyak 6 responden (85,7%) berpenghasilan Rp. 500.000,- sampai Rp.1.000.000,- dan pekerjaan sebagai wiraswasta. Kesimpulan: Pasien yang melakukan pengambilan ARV secara rutin kebanyakan perempuan dengan status sudah menikah, pendapatan pada skala menengah dan bekerja sebagai Wiraswasta</p> <p>Hasil penelitian ini bahwa pelaksanaan konseling yang ada di klinik Voluntary Counseling and Testing (VCT) Puskesmas Rawat Inap Simpung menggunakan metode konseling face to face atau metode individual, dan pelaksanaan konseling ada 3 tahap, yakni tahap konseling p</p>

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
15.	(Aisyah, 2019)	Rekomendasi Upaya Peningkatan Kepatuhan Pengobatan Arv Di Kota Surabaya Tahun 2016	Peneleitian Observasional dengan pendekatan Cross Sectional.	tes, tes HIV, dan konseling pasca tes. Kondisi ODHA setelah mengikuti pelayanan di klinik Voluntary Counseling and Testing mengalami perubahan dari aspek fisik, psikologis, maupun sosial. Rekomendasi sebagai upaya untuk meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan ARV meningkatkan motivasi untuk mengambil obat secara rutin pada pasien HIV, meningkatkan peran keluarga di samping pasien HIV untuk meningkatkan sistem perawatan kesehatan ARV, meningkatkan kepuasan layanan melalui kualitas pelayanan prima, meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV melalui monitoring secara rutin.
16.	(Daniek Suryaningsih, 2016)	Efektivitas Pelaksanaan Pedoman WHO Revisi (Pasca 2010) Tentang Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Bayi Di Puskesmas Kecamatan Koja Jakarta Utara. 2020	Kuantitatif.	Efektivitas Pelaksanaan Pedoman WHO Revisi Pasca 2010 Tentang Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Bayi yang dilakukan di Puskesmas Koja Jakarta Utara. Populasi dalam penelitian ini petugas kesehatan di wilayah Puskesmas Kecamatan Koja Jakarta Utara. Dalam analisis data melalui tahap analisis univariat dan analisis bivariat peneliti akan

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
17.	(Karim, 2020)	Analisis Tingkat Kepatuhan Dan Dukungan Keluarga Terhadap Keberhasilan Terapi Antiretroviral Pasien Penderita Hiv/Aids Di Poli Vct Rsud Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin	Metode Angket Dan Metode Skala	<p>menggunakan uji Spearman Rank (Rho) Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam menyelesaikan permasalahan pencegahan penularan HIV AIDS ibu-ke-ba sehingga dapat tercapai strategi dan rencana aksi penanggulangan HIV AIDS di Indonesia.</p> <p>Berdasarkan hasil penelitian, maka pasien tera rumatan metadon Puskesmas Bogor Timur dalam melaksanakan pengobatan mereka ternyata patuh terhadap jalannya terapi dan peraturan-peraturan yang berlaku di klinik metadon sehingga semuanya berada pada kategori tinggi yaitu sebesar 100%. Keluarga pasien terapi metadon sebagian besar juga mendukung pasien untuk mengikuti terapi yaitu berada pada kategori tinggi sebesar 73,17%.</p>
18.	(E. Y. Pratiwi, 2011)	Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Menjalankan Program Terapi Pada Pasien Terapi Rumatan Metadon Di Puskesmas Bogor Timur Kota Bogor, 2011	Kualitatif.	<p>Pelaksanaan skrining HIV/AIDS bagi ibu hamil diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 9 tahun 2017 dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 51 tahun 2013 tentang pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak yang</p>
19.	(Hikmah, 2017)		Penelitian deskriptif dengan	

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
20.	(sari, 2016)	<p>Perlindungan Hak Asasi Manusia (Ham) Bagi Ibu Hamil Dalam Pelaksanaan Skrining Hiv/Aids Untuk Pencegahan Penularan Hiv/Aids Dari Ibu Ke Anak Di Puskesmas Kabupaten Bantul</p> <p>Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Hiv/Aids Di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016.</p>	<p>tehknik Accidental Sampling.</p> <p>Kualitatif deskriptif</p>	<p>berkaitan dengan perlindungan HAM bagi ibu hamil.</p> <p>Hasil penelitian : Pengetahuan ibu hamil tentang HIV/AIDS berdasarkan pendidikan, banyak terbanyak pada tingkat pendidikan Perguruan Tinggi sebanyak 7 orang (18.91%) dan pengetahuan kurang terbanyak pada pendidikan dasar sebanyak 10 orang (27.02%), berdasarkan pekerjaan terbanyak pada ibu yang bekerja sebanyak 8 orang (21.62%) dan pengetahuan kurang terbanyak pada ibu yang tidak bekerja sebanyak 19 orang (51.35%).</p>
21.	(Hutabarat, 2019)		Kualitatif	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat diagnosis HIV/AIDS, pemenuhan akan informasi dan pelayanan kesehatan, serta kualitas SD pencapaiannya telah efektif. Efisiensi kebijakan dapat dilihat dari adanya penyelenggara KTHIV dan ARV, kerjasama pemerintah dengan LSM, serta ketersediaan rapat rutin.</p> <p>Ada hubungan yang bermakna antara Motiva</p>

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
22.	(Yani, 2010)	Evaluasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Kota Semarang Tahun 2019	Kualitatif	dengan Penyembuhan Pasien HIV AIDS wilayah kerja Puskesmas Timika Jaya .
23.	(Rahakbauw, 2016)	Hubungan Motivasi dan Dukungan Keluarga bagi Pasien HIV AIDS di wilayah Kerja Puskesmas Timika Jaya.	penelitian kuantitatif, menggunakan rancangan penelitian cross sectional	Dukungan keluarga menjadi sangat penting dalam harkelangsungan hidup pasien HIV AID untuk bisa melanjutkan segala rangkaian proses pengobatan maka perlu dukungan keluarga.
24.	(Maria, 2019)	Dukungan keluarga dalam kelangsungan Hidup pasien ODHA.	Desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki dukungan keluarga baik dengan kualitas hidup baik sebanyak 64 orang (62,1%). Analisa data menggunakan uji Spearman Rho dengan nilai signifikan 0,05. Hasil uji menunjukkan p value 0,000 ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS.

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
25.	(Raningsih, 2019)	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Binaan LSM Perjuangan Kupang. <i>poltekkeskemenkes kupang.</i>	Obsevasional dengan Metode Cross sectional	Dari penelitian didapatkan 6 tema dalam penelitian ini, diantaranya (1) Kesedihan serta perasaan takut meninggal yang dirasakan saat mengetahui penyakit yang dialami, (2) Bentuk deskriminasi dan pengucilan dari keluarga serta lingkungan masyarakat, (3) Penerimaan dan dukungan dari masyarakat terhadap penyakit yang dialami, (4) Perasaan putus asa dalam menjalani terapi, serta efek samping yang ditimbulkan dari obat ARV, (5) Mekanisme koping positif untuk menjalani hidup setelah terkena penyakit yang diderita, (6) Sikap tertutup yang serta kegiatan yang dilakukan untuk melupakan penyakit yang dialami. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan (p value = 0,201), sikap (p value = 0,077) dan persepsi (p value = 0,451) anggota WPA tentang HIV / AIDS dengan stigma pada ODHA di Surakarta.
26.	(Prastiwi, 2019)	Pengalaman Hidup Orang Dengan Hiv/Aids (Odha) Di Kelompok Dukungan Sebaya Kosala Bali	Metode Cross sectional Quasi experiment pre and posttest without control.	

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
27.	(Siburian, 2018)	Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Persepsi Anggota WPA tentang HIV/AIDS dengan Stigma Pada ODHA di Surakarta.	skala Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di RSUP Haji adam Malik Medan ($p = 0.031$). Perawat sebaiknya lebih giat dalam memotivasi keluarga agar dapat memberikan dukungan yang optimal pada anggota keluarganya yang menderita HIV/AIDS
28.	(Astuti, 2020)	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Hiv/Aids Di Rsup Haji Adam Malik Medan	Kuantitatif	<p>Hasil Posttestmayoritas Biasa-Biasa Saja Terdapat Pengaruh Kelompok Dukungan Sebaya Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS Di Poli VCT RSUD Dr.Soehadi Prijonego Sragen ($P < 0,000$).</p> <p>Hasil data menunjukkan koefisien korelasi $r = 0,5$</p>

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
29.	(F.Yungi, 2018)	Pengaruh Kelompok Dukungan Sebaya Terhadap Kualitas Hidup Pasien Hiv/Aids Di Poli Vct Rsud Dr.Soehadi Prijonegoro Sragen. Tahun 2020	Kualitatif	dengan signifikansi $p = 0,000$ untuk dukungan sosial dan resiliensi, sehingga hipotesis dinyatakan diterima.
30.	(Amani, 2018)	Hubungan Antara Dukungan Sosial Dan Resiliensi Pada Orang Dengan Hiv/Aids	Kualitatif	Hasil uji hipotesis menunjukkan koefisien korelasi $= 0,612$ dengan signifikansi $p = 0,000$ ($p < 0,01$). Hasil tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan sosial pada ibu rumah tangga yang mengidap HIV/AIDS, maka semakin baik penerimaan dirinya. Salah satu dukungan yang sangat mempengaruhi penerimaan diri adalah dukungan penghargaan yaitu dukungan yang berupa dorongan, motivasi serta ekspresi positif dengan nilai $r=0,577$ $p=0,000$.
31.	(Dewi, 2019)	Hubungan Antara Dukungan Sosial Dan Penerimaan Diri Pada Ibu Rumah Tangga Yang Mengidap Hiv/Aids Di Surakarta Tahun 2018	Kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat tiga tema yaitu pengetahuan perawat tentang penyakit HIV / AIDS, persepsi perawat terkait perilaku berisiko yang menyebabkan tertular HIV

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
32.	(Idramsyah, 2018)	Stigma dan Diskriminasi Perawat Terhadap Pasien HIV / AIDS: Studi Kualitatif.	Kualitatif dengan pendekatan studi kasus	/ AIDS, dan diskriminasi perawat terhadap pasien HIV / AIDS. / AIDS. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa stigma dan diskriminasi di kalangan perawat terhadap pasien HIV / AIDS dapat dicegah dengan pengetahuan yang layak dan pengalaman kerja yang lama. Peserta mengalami perasaan jenuh dengan rutinitas dan kewajiban dan sering kali diliputi perasaan takut. ODHA IDU juga mengalami efek samping dari terapi ARV dan Metadon secara bersamaan. Kesimpulan Meskipun ODHA Penasun merasakan manfaat terapi, namun masih mengalami berbagai masalah fisik dan psikososial akibat prosedur pengobatan dan respon pengobatan ARV dan Metadon.
33.	(Teresia Resubun, 2018)	Pengalaman Orang dengan HIV AIDS Pengguna Napza Suntik Selama Menjalani Terapi Antiretroviral dan Metadon	Kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan sumber daya manusia untuk program penanggulangan HIV AIDS di Kabupaten Jayawijaya masih terdapat masalah pada sisi jumlah, kualifikasi, distribusi maupun peningkatan kapasitasnya. Kekurangan tenaga HIV AIDS terjadi pada

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
34.	(Haryanto, 2010)	Sumber Daya Manusia Dalam Program Penanggulangan Hiv/Aids Di Kabupaten Jayawijaya, Papua.	Kualitatif	tingkat Dinas Kesehatan dan Unit Pelayanan Puskesmas. Aktor-aktor yang terlibat dalam implementasi Perda Nomor 20 Tahun 2003 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Jayapura sangat beragam, baik aktor pemerintah pusat, provinsi dan daerah, aktor swasta dalam komunitas seks komersial, LSM peduli AIDS dan lembaga donor internasional.
35.	(Bagus, 2017)	Implementasi Kebijakan Pencegahan Dan Penanggulangan HIV/AIDS Dan Infeksi Menular Seksual (IMS) Di Kabupaten Jayapura Tahun 2010	survey analitik dengan desain cross sectional deskriptif fenomenolog	Dalam rangka peningkatan kualitas kemampuan dari ODHA atau bisa disebut dengan skill building, LSM OGAWA melakukannya dengan mengadakan pelatihan seperti memasak, salon, dan juga desainer baju yang dilakukan sendiri ataupun kerjasama dengan dinas terkait. Pada sektor pemenuhan kebutuhan finansial, LSM OGAWA mengandalkan hasil pelatihan skill building yang didasarkan pada minat dan bakat

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
36.	(Ekartika, 2018)	Upaya Penanganan Dampak Psikososial Penderita HIV/AIDS oleh LSM Organisasi Gaya Warna Kabupaten Jember Tahun 2017	Kualitatif	<p>dari masing-masing ODHA yang kemudian dapat dijadikan sebagai pekerjaan dan dapat menghasilkan uang yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan mereka sehari-hari</p> <p>Hasil penelitian ini menyatakan bahwa pengetahuan tentang HIV/AIDS terbanyak pada kategori cukup, yaitu 39 (66,1%) responden. Sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS terbanyak pada kategori mendukung, yaitu 32 (54,2%) responden. Sumber informasi mayoritas diperoleh dari media elektronik sebanyak 21 (49,2%). Perilaku terhadap pencegahan HIV/AIDS terbanyak pada kategori positif, yaitu 31 (52,5%) responden.</p>
37.	(Arisdiani, 2015)	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Remaja Terhadap Pencegahan Hiv/Aids Di Sma Negeri 2 Sleman Tahun 2018.	Kualitatif	<p>Hasil penelitian ini teridentifikasi 7 tema yaitu 1) Mengenali identitas diri sebagai waria, 2) Preferensi seksual terhadap laki-laki, 3) Persepsi waria terhadap sumber penularan HIV/AIDS, 4) Arti kehidupan bagi waria dengan HIV/AIDS, 5) Mengalami diskriminasi, 6) Bentuk dukungan waria</p>

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
38.	(Yuniar, 2014)	Studi Fenomenologi Pengalaman Hidup Waria dengan HIV/AIDS Tahun 2015	Kualitatif	dengan HIV/AIDS, 7) Hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hasil: Sumber dana pengadaan obat ARV di Indonesia berasal dari APBN dan Global Fund. Kimia Farma merupakan satu-satunya produsen nasional 5 obat lini pertama ARV, sedangkan lini kedua impor termasuk bahan baku ARV. Manajemen logistik terdiri dari perencanaan, pengadaan dan penyimpanan, serta distribusi.
39.	(Eka, 2014)	Logistic Management of Antiretrovirals in Indonesia, 2014		Faktor Dukungan Keluarga, Motivasi lingkungan dan peran Petugas menjadi sangat dominan dalam hal proses penyembuhan dan pengobatan Pasien ODHA.
40.	(Aryastami, 2013)			Hasil analisis faktor faktor pendukung kepatuhan minum ARV yang berasal dari dalam diri sendiri yaitu motivasi untuk hidup, keinginan sembuh/sehat, menganggap obat sebagai vitamin dan keyakinan terhadap agama. Selain itu faktor ketersediaan obat ARV dan dukungan sosial juga mendukung

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Peneleitian	Metode Penelitian	Hasil
		<p>Analisis Tentang Faktor –Faktor dalam mendukung pengobatan dan penyembuhan ODHA di Wilayah Puskesmas Dupak Surabaya Tahun 2014.</p> <p>Faktor -Faktor Pendukung Kepatuhan Orang dengan HIV AIDS (Odha) dalam Minum Obat Antiretroviral di Kota Bandung dan Cimahi</p>		<p>kepatuhan ODHA. Faktor dukungan sosial yaitu dukungan keluarga, rasa tanggung jawab dan kasih sayang terhadap anak, keinginan menikah, dukungan teman-teman di KDS (Kelompok Dukungan Sebaya), LSM dan dari tokoh agama serta hubungan baik dengan tenaga kesehatan melibatkan peran keluarga, KDS, LSM dan tenaga kesehatan serta memperbaiki akses, keterjangkauan dan edukasi kepada masyarakat.</p>