

**SKRIPSI**  
**ANALISIS DETERMINAN SOSIAL YANG BERHUBUNGAN DENGAN**  
**KUALITAS HIDUP PENDERITA HIV/AIDS DI WILAYAH KERJA**  
**PUSKESMAS JUMPANDANG BARU KOTA MAKASSAR**  
**TAHUN 2020**



**LIZA QURRAH AYUNIYYAH**  
**K011171802**  
**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**MAKASSAR**

**2022**

**LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI**

**ANALISIS DETERMINAN SOSIAL YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KUALITAS HIDUP PENDERITA HIV/AIDS DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS JUMPANDANG BARU KOTA MAKASSAR  
TAHUN 2020**

Disusun dan diajukan oleh


**LIZA QURRAH AYUNIYAH  
K011171802**

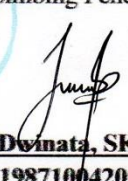
Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka  
Penyelaksanaan Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin  
pada tanggal 18 April 2022  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

  
**Dr. Ida Leida M. Thaha, SKM., M.KM., MscPH**  
NIP. 19680226 199303 2 003

  
**Indra Dwinata, SKM., MPH**  
NIP. 198710042014041001

Ketua Program Studi,

  
  
**Dr. Surrah, SKM., M.Kes**  
NIP. 197405202002122001

## PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Senin  
Tanggal 18 April 2022.

Ketua : Dr. Ida Leida M.Thaha,SKM,M.KM.,MscPH (.....)

Sekretaris : Indra Dwinata, SKM., MPH (.....)

Anggota :

1. Dr. Wahiduddin, SKM.,M.Kes (.....)

2. Muh. Arsyad Rahman, SKM.,M.Kes (.....)

### SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Liza Qurrah Ayuniyyah

NIM : K011171802

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

No. Hp : 082192237191

E-mail : lizaqa23@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul skripsi **“ANALISIS DETERMINAN SOSIAL YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA HIV/AIDS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS JUMPANDANG BARU KOTA MAKASSAR TAHUN 2020”** benar bebas dari plagiat dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 6 Juni 2022  
Yang membuat pernyataan



Liza Qurrah Ayuniyyah

## RINGKASAN

Universitas Hasanuddin  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Epidemiologi

**Liza Qurrah Ayuniyyah**

**“Analisis Determinan Sosial yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2020”**

**(xiv + 297 Halaman + 2 Gambar + 12 Tabel + 7 Lampiran)**

Kasus pertama HIV sejak pertama kali dilaporkan pada tahun 1987 terus mengalami peningkatan kasus setiap tahunnya dan telah menjadi masalah global yang mengalami perkembangan kasus secara terus menerus dengan menunjukkan angka kejadian dan kematian yang tinggi. HIV/AIDS merupakan penyakit kronis, kondisi komorbid terkait HIV yang diderita oleh Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) serta adanya faktor psikososial yang kemudian dapat menimbulkan dampak yang terkait dengan kualitas hidup ODHA.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui determinan sosial yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Data diperoleh dengan kegiatan wawancara langsung kepada 117 responden di Puskesmas Jumpandang Baru menggunakan instrument khusus yang dikeluarkan oleh *World Health Organization* (WHO) yaitu WHOQOL-HIV BREF untuk menilai kualitas hidup ODHA. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat dengan uji *Chi-Square* untuk menguji korelasi antar variabel.

Hasil penelitian yang diperoleh adalah determinan sosial yang memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS (nilai  $p < 0,05$ ) yaitu pekerjaan, stigma, dukungan sosial, akses ke pelayanan kesehatan dan sikap petugas kesehatan dan determinan sosial yang tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS (nilai  $p > 0,05$ ) adalah jenis kelamin, umur, riwayat keluarga dan dukungan keluarga.

***Kata Kunci : Kualitas Hidup, Penderita HIV/AIDS, Determinan Sosial, Dukungan, ARV.***

## SUMMARY

*Hasanuddin University  
Faculty of Public Health  
Epidemiology*

**Liza Qurrah Ayuniyyah**

***“Analysis of Social Determinants Related to the Quality of Life of People Living With HIV/AIDS (PLWHA) in the Work Area of the Jumpondang Baru Public Health Centre in 2020”***

***(xiv + 297 Pages + 2 Pictures + 12 Tables + 7 Appendices)***

*The first case of HIV was first reported in 1987 and since then it has continued to increase in cases every year and has become a global problem that experiences continuous development of cases by showing high incidence and mortality rates. HIV/AIDS is a chronic disease, comorbid conditions related to HIV suffered by people living with HIV/AIDS (PLWHA) and the presence of psychosocial factors which can then have an impact on the quality of life of PLWHA.*

*This study aims to determine the social determinants associated with the quality of life of people living with HIV/AIDS in the Work Area of the Jumpondang Baru Public Health Centre, Makassar City. This study uses observational analytic with a cross-sectional study approach. Data was obtained by direct interviews with 117 respondents using a special instrument issued by the World Health Organization (WHO), namely WHOQOL-HIV BREF to assess the quality of life of people living with HIV/AIDS (PLWHA). Analysis of the data used is univariate and bivariate analysis with Chi-Square test to test the correlation between variables.*

*The results obtained are social determinants that have a significant relationship with the quality of life of people living with HIV/AIDS ( $p$ -value  $< 0.05$ ), namely occupation, stigma, social support, access to health services and attitudes of health workers and social determinants who do not have significant relationship with the quality of life of people living with HIV/AIDS ( $p$  value  $> 0.05$ ) is gender, age, family history and family support.*

***Keywords : Quality of life, people living with HIV/AIDS (PLWHA), Social Determinants, Support, ARV.***

## KATA PENGANTAR



*Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

*Alhamdulillahirobbil'alamin*, Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, Tuhan yang maha Kuasa, atas rahmat, berkah dan ijinNyalah sehingga penulis bisa menyelesaikan skripsi dengan judul “Analisis Determinan Sosial yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpang Baru Kota Makassar Tahun 2020” sebagai salah satu syarat untuk penyelesaian studi penulis pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Salam dan salawat senantiasa terkirim kepada Rasulullah SAW sebagai uswatun hasanah beserta keluarga dan para sahabatnya.

Skripsi ini tidak luput dari berbagai peran berharga dari orang-orang disekitar penulis yang telah memberikan banyak masukan, bimbingan serta bantuan yang sangat bermanfaat bagi penulis dalam proses penyusunan skripsi. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini dengan segenap kerendahan hati penulis ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med.Ed sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Dr. Wahiduddin, SKM, M.Kes selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.



4. Ibu Dr. Ida Leida M. Thaha, SKM, M.KM.,MScPH selaku Pembimbing 1 dan Bapak Indra Dwinata SKM, MPH selaku Pembimbing 2 yang selalu meluangkan waktu disela-sela kesibukannya untuk membimbing, memeriksa dan mengoreksi skripsi penulis serta memberikan banyak saran agar penulisan skripsi jauh lebih baik.
5. Bapak Dr. Wahiduddin, SKM, M.Kes selaku Penguji 1 dari Departemen Epidemiologi dan Muh. Arsyad Rahman, SKM., M.Kes selaku Penguji 2 yang telah memberikan banyak masukan untuk penulisan skripsi yang lebih baik.
6. Seluruh dosen Fakultas Kesehatan Makassar yang telah memberikan banyak ilmu yang sangat bermanfaat kepada penulis selama menjalani studi di Universitas Hasanuddin.
7. Seluruh staf akademik dan staf departemen epidemiologi yang telah banyak membantu selama ini dalam urusan persuratan dan pemberkasan.
8. Pihak Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar yang telah membantu administrasi pengurusan penelitian terutama kepada ibu nani di bagian klinik VCT yang rela meluangkan waktunya membantu penulis dalam melakukan pendekatan kepada responden, serta seluruh responden yang telah bersedia memberikan waktunya untuk di wawancarai sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitiannya dengan baik.
9. Terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghormatan yang setinggi-tingginya kepada kedua orang tua tercinta, ayahanda Muhlis Alimuddin dan Ibunda Nurzaitun atas kasih sayang, motivasi, dukungan moral dan materil serta doa yang senantiasa selalu mengiringi penulis pada setiap langkahnya.



10. Sahabat-sahabatku LEGO (puteri, nadya, dela, panji, acha dan dian) yang dari 11 tahun lalu sampai saat ini selalu menjadi *support system* dalam segala hal termasuk selalu menanyakan progress skripsi dan memberi semangat kepada penulis dalam menulis skripsi. NCA (athirah, ulfiah, kezia, widya, ratna, isty dan alya) yang selalu ada pada momen penting penulis mulai dari seminar proposal sampai seminar hasil dan selalu memberikan hadiah yang sangat berharga bagi penulis. Terkhusus widya dan ratna, tempat penulis berkeluh kesah dan selalu meluangkan waktunya untuk menghibur, menjadi pendengar dan pemberi saran yang baik.
11. Reza Putranda Ramadhan yang sama-sama berjuang dari awal-akhir dan telah menjadi tempat berbagi informasi selama menyelesaikan skripsi. Rela meluangkan waktu untuk mendengarkan keluh kesah penulis dan selalu menghibur, memberikan dukungan serta semangat kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
12. Teman-teman PBL POSKO 15 dan Kelas Internasional yang senantiasa saling memberi *support* satu sama lain dalam penyelesaian skripsi masing-masing. Terkhusus kak tari dan rafiqa dari kelas epid regular yang selalu membantu dan menjadi tempat penulis selalu bertanya mengenai pemberkasan.
13. Teman-teman HIMAPID yang memberikan banyak pengalaman dalam berorganisasi selama di Fakultas Kesehatan Masyarakat.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berjasa atas segala bantuan, bimbingan, doa dan motivasi yang diberikan guna

menyelesaikan skripsi ini dengan baik semoga mendapat imbalan yang setimpal dari-Nya.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, masukan yang diberikan berupa saran dan kritik yang membangun dari para pembaca akan sangat membantu agar skripsi ini dapat berguna dalam ilmu dan penerapannya. Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang terkait dan mohon maaf atas segala kekurangan penulis dalam proses penyusunan skripsi ini. Semoga Allah SWT senantiasa meridhai segala usaha kita, Aamiin ya Rabbal ‘Aalamiin...

***Wassalamu’alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh***

Makassar, April 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	i
<b>HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI</b> .....	ii
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT</b> .....	iii
<b>RINGKASAN</b> .....	iv
<b>SUMMARY</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiv
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xv
<b>DAFTAR ISTILAH</b> .....	xvi
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xvii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian .....	10
D. Manfaat Penelitian .....	12
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>13</b>
A. Tinjauan Umum tentang Determinan Sosial .....	13
B. Tinjauan Umum tentang HIV/AIDS .....	15
1. Epidemiologi HIV/AIDS .....	15
2. Pengertian HIV/AIDS .....	18

3.	Pathogenesis HIV/AIDS .....	21
4.	Transmisi HIV/AIDS .....	26
5.	Pencegahan/treatment .....	31
C.	Tinjauan Umum tentang Kualitas Hidup .....	34
1.	Pengertian Kualitas Hidup .....	34
2.	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup .....	36
3.	Ruang Lingkup Kualitas Hidup .....	37
4.	Pengukuran Kualitas Hidup .....	38
D.	Tinjauan Umum tentang Variabel Penelitian .....	39
1.	Umur .....	39
2.	Jenis Kelamin .....	41
3.	Pekerjaan .....	42
4.	Riwayat Keluarga .....	43
5.	Dukungan Keluarga .....	44
6.	Stigma .....	45
7.	Dukungan Sosial .....	46
8.	Akses ke Pelayanan Kesehatan .....	47
9.	Sikap Petugas Kesehatan .....	48
E.	Tinjauan Umum tentang Kerangka Teori .....	50
<b>BAB III</b>	<b>KERANGKA TEORI .....</b>	<b>51</b>
A.	Dasar Pemikiran Variabel .....	51
1.	Umur .....	51
2.	Jenis Kelamin .....	52

3. Pekerjaan .....	53
4. Riwayat Keluarga .....	53
5. Dukungan Keluarga .....	54
6. Stigma .....	55
7. Dukungan Sosial .....	56
8. Akses ke Pelayanan Kesehatan .....	58
9. Sikap Petugas Kesehatan .....	59
B. Kerangka Konsep .....	60
C. Definisi Operational dan Kriteria Objektif .....	61
D. Hipotesis Penelitian .....	67
<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>70</b>
A. Desain Penelitian .....	70
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	70
C. Populasi dan Sampel .....	70
D. Instrumen Penelitian .....	71
E. Pengumpulan Data .....	74
F. Pengolahan dan Analisis Data .....	75
G. Penyajian Data .....	78
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>79</b>
A. Hasil Penelitian .....	79
1. Analisis Univariat .....	79
a. Karakteristik Responden .....	80
2. Analisis Bivariat .....	87

B. Pembahasan .....	115
C. Keterbatasan Penelitian.....	163
<b>BAB VI PENUTUP .....</b>	<b>164</b>
A. Kesimpulan .....	164
B. Saran .....	165
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>166</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>186</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Transmission Routes and Risk for HIV-1 Infection .....	30
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Umum Penderita HIV/AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2020 ..	80
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Umum Penderita HIV/AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2020 ..	82
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Umum Penderita HIV/AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2020 ..	84
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Penelitian Pada Penderita HIV/AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2020 ..	86
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Hubungan antara Variabel Independen dengan Domain Kesehatan Fisik Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2020 .....	88
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Hubungan antara Variabel Independen dengan Domain Psikologi Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2020 .....	92
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Hubungan antara Variabel Independen dengan Domain Tingkat Kemandirian Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2020 .....	96
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Hubungan antara Variabel Independen dengan Domain Hubungan Sosial Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2020 .....	100
Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Hubungan antara Variabel Independen dengan Domain Lingkungan Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2020 .....	104
Tabel 5.10	Distribusi Frekuensi Hubungan antara Variabel Independen dengan Domain Spiritual Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2020 .....	108
Tabel 5.11	Distribusi Frekuensi Hubungan antara Variabel Independen dengan Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2020 .....	112



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Teori .....	50
Gambar 3.2	Kerangka Konsep .....	60

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1    Persuratan
- Lampiran 2    Lembar Persetujuan Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 3    Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4    Master Tabel
- Lampiran 5    Hasil Analisis
- Lampiran 6    Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 7    Riwayat Hidup

## DAFTAR ISTILAH

Viral Load	: Jumlah atau banyaknya virus di dalam darah.
<i>Ice berg phenomena</i>	: Jumlah kasus yang terlapor berbanding terbalik dengan jumlah kasus sebenarnya.
Sero discordant	: Salah satu pasangan memiliki HIV.
Infeksi oportunistik	: Infeksi yang terjadi pada orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah
<i>Stock out</i>	: Stok obat mengalami kekosongan dalam persediaannya.
<i>Lost to follow up</i>	: Kondisi pasien HIV/AIDS yang keluar (drop out) dari pengobatan.
Terapeutik	: Proses dalam penyembuhan pasien.
Seropositif asimptomatik:	Seseorang yang terinfeksi HIV tetapi tidak memiliki gejala.
CD4	: Sel darah putih yang memegang peran penting untuk sistem kekebalan tubuh.

## DAFTAR SINGKATAN

HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ODHA	: Orang Dengan HIV/AIDS
VL	: <i>Viral Load</i>
WHOQOL	: <i>World Health Organization Quality of Life</i>
APD	: Alat Pelindung Diri
LSL	: Lelaki Seks Lelaki
PENASUN	: Pengguna Narkoba Suntik
CCR5	: <i>Chemokine Receptor type 5</i>
CXCR4	: <i>Chemokin CXC Receptor 4</i>
ARV	: Antiretroviral
HSV	: <i>Herpes Simplex Virus</i>
CD4	: <i>Cluster of Differentiation 4</i>
UNAIDS	: <i>The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

*Human Immunodeficiency Virus* dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) merupakan penyakit yang telah menjadi masalah global yang mengalami perkembangan kasus secara terus menerus dengan menunjukkan angka kejadian dan kematian yang tinggi. Menurut *The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS* pada tahun 2018 secara global terdapat 37.9 juta orang yang menderita HIV dimana sebanyak 36.2 juta merupakan orang dewasa dan 1.7 juta anak-anak berusia kurang dari 15 tahun, serta 770.000 diantaranya meninggal karena AIDS. Dari semua orang yang hidup dengan HIV 79% mengetahui status HIV mereka yang positif dan sekitar 8.1 juta tidak tahu bahwa mereka positif HIV (UNAIDS, 2019a). Maka dari itu, HIV/AIDS juga dikategorikan sebagai *ice berg phenomena* atau fenomena gunung es karena jumlah kasus yang terdeteksi relatif rendah sangat berbanding terbalik dengan jumlah kasus sebenarnya yang jauh lebih besar dan juga fenomena ini menggambarkan bahwa banyak orang yang tidak menyadari bahwa dirinya telah terinfeksi virus HIV (Susmiati, 2019). Jumlah kasus infeksi HIV/AIDS terbesar di dunia adalah di benua Afrika dengan jumlah 25,7 juta orang, kemudian di Asia Tenggara sebanyak 3,8 juta orang, dan Amerika 3,5 juta orang. Sedangkan, yang terendah berada di Pasifik Barat sebanyak 1,9 juta orang (UNAIDS, 2019b).

Sejak pertama kali kasus HIV dilaporkan pada tahun 1987 kasus ini terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2016 mengalami lonjakan

peningkatan sebesar 10.315 kasus lebih banyak dibandingkan kasus yang ada pada tahun 2015 (Kemenkes RI, 2018). Di tahun 2017 kasus HIV mencapai jumlah kasus sebanyak 48.300 kasus dan Indonesia mencapai puncak kasus tertinggi pada 2019 dengan 50.282 kasus. Untuk kasus AIDS tertinggi selama sebelas tahun terakhir pada tahun 2013 yaitu sebanyak 12.214 kasus. Populasi berisiko penyakit HIV/AIDS terdiri dari kelompok pekerja sex, LSL (Lelaki Sex Lelaki), pengguna narkoba jarum suntik (PENASUN) dan *sero discordant* (salah satu pasangan memiliki HIV). Usia produktif (25-49 tahun) merupakan umur dengan jumlah penderita HIV/AIDS terbanyak setiap tahunnya, dimana persentase populasi pada tahun 2019 laki-laki lebih banyak dari perempuan yaitu sejumlah 64,50% kasus HIV dan 68,60% kasus AIDS sedangkan perempuan sebanyak 35,50% kasus HIV dan 31,40% kasus AIDS. Di Indonesia tren kasus infeksi HIV dan kasus AIDS dari tahun 2017 sampai 2019 masih sama yaitu sebagian besar terdapat di pulau Jawa. Kasus HIV terbanyak terjadi pada 5 provinsi yaitu Jawa Timur, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Papua. Sedangkan, kasus AIDS tertinggi terdapat pada provinsi Jawa Tengah, Papua, Jawa Timur, DKI Jakarta dan Kepulauan Riau (Kemenkes RI, 2020).

Sulawesi selatan di tahun 2016, terdapat kasus HIV yang mencapai 1.030 kasus dan 578 kasus AIDS. Kasus AIDS mengalami peningkatan drastis jika dibandingkan dengan kasus AIDS yang terjadi pada tahun 2015 yaitu sejumlah 305 kasus (Dinkes Sulsel, 2017). Laporan jumlah kasus HIV/AIDS pada tahun 2017 di Indonesia, provinsi Sulawesi Selatan menempati peringkat ke 8 dengan jumlah kasus HIV tertinggi yaitu sebanyak 1.366 dan AIDS menempati urutan ke 11

dengan total 220 kasus. Pada tahun 2019 kasus HIV di Sulawesi Selatan mengalami peningkatan menjadi 1.537 kasus dan menduduki peringkat ke 9 di Indonesia (Kemenkes RI, 2020). Kasus HIV/AIDS terbanyak berada pada kota Makassar dengan jumlah ODHA di tahun 2018 sebanyak 772 orang dan meningkat menjadi 869 orang pada tahun 2019 (Ditjen P2P Kemenkes RI, 2020).

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah virus yang apabila masuk ke dalam tubuh manusia dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) merupakan stadium akhir atau kondisi terparah yang disebabkan oleh infeksi virus HIV yang menyebabkan semakin lemah sistem imun manusia sehingga penyakit infeksi oportunistik lebih rentan muncul bahkan dapat menyebabkan kematian (Castro *et al.*, 2018). Penyakit HIV/AIDS sulit untuk disembuhkan, tetapi laju perkembangan virus HIV dapat ditekan dengan pemberian obat antiretroviral (ARV) (Bachrun, 2017). Terapi antiretroviral (ARV) dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas secara signifikan, sehingga kualitas hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) dan harapan masyarakat dapat meningkat (Dirjen P2PL, 2012).

*World Health Organization* (WHO) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan masalah mereka. HIV/AIDS merupakan penyakit kronis, kondisi komorbid terkait HIV yang diderita oleh ODHA serta adanya faktor psikososial yang kemudian dapat menimbulkan dampak yang terkait dengan kualitas hidup ODHA (Liu *et al.*, 2013). Kualitas hidup ODHA dapat dipengaruhi oleh faktor



psikososial, status ekonomi, status imunologis, dukungan sosial, dan kepatuhan terhadap ARV (Handayani, 2017). Berdasarkan hasil penelitian (Hardiansyah, Amiruddin and Arsyad, 2014) menunjukkan gambaran kualitas hidup ODHA di Kota Makassar sebanyak 47,6% yang memiliki kualitas hidup baik, sedangkan yang memiliki kualitas hidup kurang baik, yaitu sebanyak 52,4%. Kualitas hidup terkait kesehatan sering dikonseptualisasikan memiliki domain fisik, mental dan sosial. Konsep lain seperti independensi, spiritual dan faktor lingkungan juga dianggap memiliki keterkaitan dengan kualitas hidup (Cooper *et al.*, 2017).

Masalah Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) tidak hanya terkait dengan masalah medis tetapi seringkali dihadapkan pada permasalahan, psikososial, fisik, psikologis dan mental baik secara langsung maupun tidak langsung. Penyakit HIV/AIDS identik dengan perilaku tidak bermoral seperti sex bebas, pengguna narkoba serta homoseksual sehingga memunculkan stigmatisasi dalam masyarakat terhadap ODHA yang akan berdampak pada kualitas hidupnya. Kualitas hidup merupakan komponen yang sangat penting dalam mengevaluasi kesejahteraan dan kehidupan ODHA. ODHA mempunyai peluang meningkatkan angka harapan hidup yang lebih panjang yaitu dapat mencapai hingga 10 tahun atau lebih dan juga memiliki taraf kesehatan serta kesejahteraan semakin memadai apabila memiliki kualitas hidup yang baik (Setiyorini, 2015; Kusuma, 2016; Rokhani & Mustofa, 2018).

Kesempatan memperoleh kualitas hidup yang baik berhak dimiliki oleh setiap orang, baik laki-laki maupun perempuan. Tetapi berdasarkan penelitian (Rokhani, 2018), jenis kelamin perempuan lebih banyak yang bertahan hingga 10

tahun atau lebih dalam menjalani kehidupannya dengan infeksi HIV/AIDS yang dialaminya. Sebagian besar infeksi HIV/AIDS terdapat pada usia produktif dimana seharusnya pada kondisi umur tersebut mampu menghasilkan produktifitas yang tinggi akan tetapi, dengan penyakit HIV/AIDS yang dideritanya menjadikan ia terpuruk dengan kehidupannya. Sedangkan, ODHA pada usia manula rentan terhadap penurunan sistem imun akibat disfungsi organ-organ dalam tubuh dan dapat menimbulkan infeksi oportunistik.

Keluarga adalah unit sosial terkecil yang memiliki hubungan paling dekat dengan ODHA. Seluruh anggota keluarga memiliki tanggung jawab dalam keberlangsungan hidup ODHA. Dukungan keluarga merupakan faktor penting yang dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA. Keluarga berperan sebagai pendukung utama yang wajib memberikan semangat bagi ODHA agar mengurangi kekhawatiran dan menghilangkan stress dalam menghadapi penyakitnya dan juga stigma yang sering dialami oleh ODHA, meningkatkan kesehatan fisik, kondisi psikologis, optimisme serta mendorong keberhasilan terapi Antiretroviral (ARV) dengan rutin mendampingi ODHA mengunjungi klinik VCT (Cherry *et al.*, 2018).

Mengungkapkan status HIV kepada mitra, keluarga, dan masyarakat masih merupakan keputusan yang sulit bagi ODHA dikarenakan adanya faktor stigma dan diskriminasi yang sangat tinggi yang berhubungan dengan status HIV dan risiko penolakan, termarginalkan, pengabaian, kekerasan, kehilangan hak asuh anak-anak, yang umumnya selalu terjadi pada ODHA. Stigma pada ODHA dapat mempengaruhi tingkat depresi pada mereka yang akan mempengaruhi kualitas hidup pasien. ODHA yang memiliki stigma rendah memiliki peluang lebih besar

memiliki kualitas hidup yang baik daripada ODHA yang memiliki stigma tinggi yang berisiko mengalami penurunan kualitas hidup karena sulitnya membuka diri dan bersosialisasi di lingkungannya (Xu *et al.*, 2017; Fajriyah, Demartoto and Murti, 2018).

Stigma dan diskriminasi juga dapat diperoleh ODHA dari sikap petugas kesehatan. berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Dewi, 2017) masih ada sebagian dokter yang memiliki praktik yang kurang baik dalam memperlakukan ODHA seperti menggunakan APD yang berlebihan dalam hal ini adalah penggunaan *handscoon* yang digunakan double, memberikan tanda khusus atau label didepan catatan medis pasien HIV/AIDS, menjadikan ODHA *second* prioritas dalam artian meskipun datang pertama dipelayanan kesehatan, ODHA ditangani sebagai pasien terakhir. Selain itu, terbatasnya fasilitas untuk pelayanan kesehatan HIV dan AIDS seringkali dijadikan strategi untuk menutupi diskriminasi petugas kesehatan terhadap ODHA. Dengan menyarankan ODHA untuk mencari tempat layanan kesehatan lain supaya mereka terhindar dari tugasnya. Hal ini yang kemudian menjadi hambatan dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang membuat ODHA enggan untuk berobat atau mengakses layanan kesehatan yang diperlukan yang nantinya akan berdampak pada kualitas hidupnya.

Lama terapi juga memiliki hubungan dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS. Menurut penelitian (Mardia, 2018) dalam akses ke pelayanan kesehatan, status sosial ekonomi yang terkait dengan kemampuan finansial menjadi faktor dalam menjangkau pelayanan kesehatan. Selain itu, lamanya jarak dan waktu yang ditempuh ke fasilitas kesehatan berpeluang sebagai faktor prediktor terhadap

*lost to follow up* menjalani pengobatan. Pasien yang tinggal lebih dekat dan berjalan kaki ke fasilitas pelayanan kesehatan memiliki risiko *lost to follow up* yang lebih kecil dibandingkan pasien yang tinggal jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan. Kondisi pandemi COVID-19 saat ini yang menyebabkan Konseling tes HIV berkurang, layanan di RS dan puskesmas karena berfokus pada COVID-19, Pencegahan Penularan HIV dari ibu ke anak takut untuk hadir difasilitas kesehatan atau dianjurkan tidak hadir, terjadi *stock out* ARV karena kurang dikomunikasikan pendistribusiannya terhambat terutama pengiriman ARV untuk ODHA diluar daerah karena pembatasan akses keluar daerah dan pada layanan kesehatan tidak semua memiliki SOP alur selama pandemic COVID-19 seperti layanan online, pengiriman ARV dan sebagainya (Subronto, 2020).

Dukungan dari orang sekitar baik dari teman, tetangga sekitar ataupun atasan ditempat kerja sangat diperlukan karena lingkungan yang kondusif yang diperoleh dapat membuat ODHA bisa lebih membuka diri untuk bersosialisasi dengan lingkungannya tanpa mengkhawatirkan stigma dan diskriminasi. Menurut penelitian yang dilakukan (Aswar, 2020) dukungan sosial terhadap kualitas hidup ODHA di Kota Makassar KDS saribattangku, berkontribusi positif terhadap kualitas hidup pada ODHA yang artinya meningkatnya dukungan sosial maka dapat meningkatkan perasaan berharga serta memiliki perasaan positif mengenai dirinya yang diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

Pekerjaan merupakan faktor yang memiliki efek positif pada kualitas hidup ODHA. Pekerjaan dapat memberikan manfaat finansial dan terapeutik bagi individu dengan kondisi kesehatan kronis. Demikian pula, manfaat potensial dari

pekerjaan untuk ODHA dapat mencakup tingkat kepatuhan pengobatan yang lebih tinggi, kualitas hidup yang tinggi, peningkatan kesehatan mental dan fisik, dan pengurangan risiko kematian. Secara statistik dalam status pekerjaan yaitu (bekerja dan menganggur) ODHA yang bekerja memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada mereka yang menganggur. Faktor psikologis yang rendah, komplikasi kesehatan yang terkait dengan HIV / AIDS dan reaksi negatif terhadap pengobatan lebih tinggi pada tingkat pengangguran daripada yang bekerja. Tingkat independensi untuk status pekerjaan dengan kelompok yang bekerja melaporkan tingkat kemandirian yang lebih tinggi daripada kelompok pengangguran, menunjukkan bahwa pekerjaan meningkatkan kualitas hidup di tingkat kemandirian karena kemampuan untuk memenuhi kebutuhan sendiri tanpa harus hanya mengandalkan bantuan pemerintah (Teague, 2020).

Riwayat keluarga yang menderita penyakit HIV dan AIDS juga dapat menjadi faktor penentu kualitas hidup. Ibu yang hamil serta melahirkan maka akan lebih berpotensi untuk menularkan HIV/AIDS nya pada janin. (Susilowati, 2011). Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Muhaimin, 2010) menunjukkan bahwa pada sebagian besar anak remaja yang berasal dari keluarga dengan HIV/AIDS memiliki kualitas hidup yang kurang yaitu sebesar 73,0% dibandingkan dengan remaja yang berasal dari keluarga tanpa HIV/AIDS yaitu 59,4%. Penyakit HIV/AIDS pada orang tua dapat mengubah peran keluarga yang menyebabkan kemarahan atau rasa bersalah. Kemampuan orang tua dengan status HIV-positif untuk merawat anak-anak mereka juga terganggu riwayat penyakit HIV/AIDS dalam keluarga berdampak terhadap kualitas hidup keluarga yang mengarah pada

perilaku yang tidak diinginkan dan kesehatan yang buruk pada anak-anak mereka yang menyebabkan perubahan emosional dan perilaku pada anak-anak, seperti depresi dan kenakalan. Anak-anak dengan orang tua yang HIV/AIDS berpotensi menjadi anak yatim piatu yang menyebabkan kehilangan perawatan dan kasih sayang juga kebutuhan finansial yang tidak memadai sehingga dapat berdampak pada kualitas hidup mereka (Achema and Ncama, 2016).

Puskesmas Jumpandang Baru merupakan puskesmas dengan jumlah penderita HIV/AIDS terbanyak di Kota Makassar. Berdasarkan informasi yang diterima peneliti saat melakukan observasi awal di puskesmas Jumpandang Baru yang terdiagnosa positif HIV/AIDS sampai bulan desember 2020 mencapai 1.151 orang dan yang melakukan pengobatan ARV sebanyak 578 orang.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti bertujuan untuk melakukan penelitian untuk mengetahui lebih lanjut tentang determinan sosial yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

## **B. Rumusan Masalah**

1. Apakah umur berhubungan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar?
2. Apakah jenis kelamin berhubungan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar?
3. Apakah pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar?
4. Apakah riwayat keluarga berhubungan dengan kualitas hidup penderita di

Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar?

5. Apakah dukungan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar?
6. Apakah dukungan sosial berhubungan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar?
7. Apakah stigma berhubungan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar?
8. Apakah akses ke pelayanan kesehatan berhubungan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar?
9. Apakah sikap petugas kesehatan berhubungan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui determinan sosial yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan umur dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- b. Untuk mengetahui hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup



penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

- c. Untuk mengetahui hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- d. Untuk mengetahui hubungan riwayat keluarga dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- e. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- f. Untuk mengetahui hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- g. Untuk mengetahui hubungan stigma dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- h. Untuk mengetahui hubungan akses ke pelayanan kesehatan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- i. Untuk mengetahui hubungan sikap petugas kesehatan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Bagi Peneliti

- a. Meningkatkan minat baca buku dan jurnal
- b. Memperoleh pengalaman penelitian terkait dengan determinan sosial yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

##### 2. Bagi Institusi

Menambah referensi penelitian terkait dengan determinan sosial yang berhubungan dengan kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS sehingga dapat digunakan sebagai bahan penelitian selanjutnya.

##### 3. Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat terkait determinan sosial yang berhubungan dengan kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar dan juga untuk membuat masyarakat bisa berperan aktif dalam memberikan dukungan kepada penderita HIV/AIDS agar dapat semangat menjalani kehidupannya sehari-hari.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum tentang Determinan Sosial**

Determinan sosial adalah faktor-faktor penentu secara sosial di dalam masyarakat. Pada prinsipnya determinan sosial adalah sejumlah variabel yang tergolong dalam faktor sosial, seperti; budaya, politik, ekonomi, pendidikan, faktor biologi dan perilaku yang mempengaruhi status kesehatan individu atau masyarakat. Determinan sosial berkontribusi terhadap kesenjangan kesehatan di dalam kelompok masyarakat yang disebut determinan sosial kesehatan dan mempengaruhi kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung, sehingga dapat menjadi tolak ukur status kesehatan masyarakat (Amelia kiki dan Thaha Ridwan, 2014).

Determinan sosial kesehatan merupakan proses yang membentuk perilaku di dalam masyarakat. Perilaku adalah semua kegiatan yang dilakukan manusia baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku seseorang terbentuk dari pengetahuan, sikap dan praktek atau tindakan yang dimiliki (Notoatmodjo, 2012). Menurut *World Health Organization* determinan sosial kesehatan adalah sebuah kondisi di mana orang dilahirkan, tumbuh, hidup, bekerja, dan tua, termasuk di dalamnya kondisi sistem kesehatan. Kondisi ini dibentuk oleh distribusi uang, kekuasaan, dan sumber daya ditingkat global, nasional dan lokal. Determinan sosial kesehatan sebagian besar bertanggung jawab atas ketidakadilan dalam kesehatan-perbedaan yang tidak adil dan seharusnya

dihindari dalam status kesehatan, baik dilihat dalam suatu negara maupun antar negara.

Determinan sosial kesehatan dan perilaku mempengaruhi mortalitas dan morbiditas dalam suatu komunitas. Hubungan determinan sosial kesehatan dan perilaku terhadap mortalitas atau kematian sangat menarik untuk dibicarakan karena mortalitas merupakan salah satu dari tiga komponen demografis selain fertilitas dan migrasi, yang mempengaruhi jumlah, struktur dan komposisi penduduk. Determinan sosial dan perilaku yang berkembang di masyarakat dipengaruhi oleh pemerintah sebagai penyedia layanan, masyarakat, dan fasilitas pelayanan kesehatan itu sendiri. (Bapenas, 2010).

Berdasarkan model determinan eko-sosial kesehatan Dahlgren dan Whitehead (1991) dapat disimpulkan bahwa kesehatan individu, kelompok, dan komunitas yang optimal membutuhkan realisasi potensi penuh dari individu, baik secara fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan ekonomi, pemenuhan ekspektasi peran seorang dalam keluarga, komunitas, tempat bekerja, dan realisasi kebijakan makro yang dapat memperbaiki kondisi lingkungan makro. Pada tahun 1986, WHO dalam Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan (*the Ottawa Charter for Health Promotion*) menegaskan bahwa kesehatan merupakan hak azasi manusia (*human right*). Di samping itu, sesuai dengan model kesehatan Dahlgren dan Whitehead (1991), Piagam Ottawa menegaskan bahwa untuk menciptakan kesehatan individu dan populasi dibutuhkan sejumlah prasyarat. Prasyarat tersebut meliputi perdamaian, sumberdaya ekonomi yang cukup, pangan dan papan yang cukup, ekosistem yang stabil, serta penggunaan sumberdaya yang berkelanjutan.

## **B. Tinjauan Umum tentang HIV/AIDS**

### **1. Epidemiologi HIV/AIDS**

Salah satu aspek yang paling mengejutkan dari kepanikan HIV / AIDS adalah penyebaran HIV-1 yang tidak merata. Meskipun tidak ada populasi yang selamat (HIV-1 tidak menghormati status sosial atau perbatasan), beberapa wilayah dan populasi jauh lebih terpengaruh daripada yang lain. Penyebaran HIV-1 yang tidak merata mencerminkan kombinasi luas dari faktor biologis dan sosial. HIV-1 dapat ditularkan melalui darah dan produk darah yang terkontaminasi (paling penting melalui penggunaan narkoba suntikan), dari ibu yang terinfeksi ke bayinya (sebelum, selama, atau setelah kelahiran dan melalui ASI), dan, paling sering, melalui baik hubungan seks vaginal atau anal. Pada bagian ini, kami menggambarkan geografi HIV-1 berdasarkan wilayah dunia industry AIDS pertama kali diakui di AS. AS tetap menjadi negara yang paling banyak terkena dampak pandemi HIV / AIDS di dunia industri, dan epidemi AS tetap menjadi paradigma HIV / AIDS di negara maju. Saat ini sekitar tiga perempat dari kasus infeksi HIV-1 yang baru dilaporkan di AS adalah pada pria, kebanyakan dari mereka adalah LSL dan terutama LSL dari Afrika-Amerika. Namun, ada juga peningkatan yang stabil dan mengganggu dalam jumlah perempuan yang terinfeksi HIV-1 melalui kontak heteroseksual. Penularan HIV-1 dari ibu-ke-bayi hampir dieliminasi di AS melalui skrining prenatal rutin terkait dengan pemberian terapi antiretroviral kepada wanita hamil yang terinfeksi HIV-1 (Poteat *et al.*, 2016)

Di Amerika Serikat, ras dan etnis minoritas, terutama orang Afrika dan Hispanik, secara tidak proporsional dipengaruhi oleh HIV / AIDS, dan ada heterogenitas geografis yang ekstrem di seluruh negeri. Meskipun jumlah absolut kasus infeksi HIV-1 paling besar di pusat-pusat kota, pedesaan tenggara AS adalah daerah dengan insiden dan prevalensi HIV-1 yang relatif tinggi, paling mungkin merujuk pada berbagai faktor sosial yang merugikan di wilayah ini. Epidemio HIV-1 di Eropa Barat beragam tetapi pada awalnya dipicu oleh infeksi di antara LSL dan pengguna narkoba suntikan, yang terakhir terutama di bagian selatan benua. Italia, Spanyol, Portugal, Prancis, dan Inggris paling banyak terkena dampak. Penularan heteroseksual HIV-1 di Eropa perlahan-lahan meningkat, dan banyak infeksi saat ini ditemukan di antara imigran dari Afrika sub-Sahara. Di Eropa Timur, di mana epidemio yang cepat dan parah muncul di antara pengguna napza suntik pada akhir 1990-an, negara yang paling terkena dampak adalah Federasi Rusia dan Ukraina (Poteat *et al.*, 2016).

Negara berpenghasilan rendah dan menengah. Afrika Sub-Sahara sekarang merupakan 68% dari orang yang hidup dengan HIV / AIDS di seluruh dunia dan 76% dari semua kematian karena AIDS. Di 8 negara di Afrika selatan, prevalensi infeksi HIV-1 pada populasi umum melebihi 15%, dan negara-negara ini menyumbang hampir sepertiga dari infeksi HIV-1 baru dan kematian akibat AIDS di dunia. Afrika Selatan sendiri memiliki lebih dari 5 juta orang yang terinfeksi HIV-1 (mis., Lebih dari 10% populasi), lebih banyak daripada negara lain mana pun di dunia. Pada 2007,

sekitar 61% orang yang terinfeksi HIV-1 di Afrika adalah perempuan. Hampir 90% anak-anak yang terinfeksi HIV-1 tinggal di Afrika. Meskipun penurunan prevalensi HIV-1 telah terjadi di sejumlah negara belakangan ini (terutama di Kenya dan Zimbabwe), Afrika telah menyaksikan kehancuran total pandemi HIV / AIDS dengan cara yang tidak terlihat di tempat lain. Konsekuensi penting termasuk gangguan keluarga, kerusakan sosial ekonomi, penurunan harapan hidup, epidemi sekunder tuberkulosis (TB), dan peningkatan dramatis dalam jumlah anak yatim (Cohen *et al.*, 2008).

Wilayah yang paling terkena dampak dunia di luar Afrika adalah Karibia, di mana prevalensi populasi keseluruhan dari infeksi dengan HIV-1 adalah sekitar 1%, terutama dihasilkan dari penularan heteroseksual. Haiti adalah negara yang paling parah terkena dampaknya, tetapi prevalensi HIV-1-nya telah menurun dalam waktu belakangan ini. HIV / AIDS di Amerika Latin beragam dalam distribusi dan epidemiologi, dan sekitar sepertiga orang di Amerika Latin yang terinfeksi HIV-1 tinggal di Brasil. LSL adalah kelompok yang paling terpengaruh di seluruh wilayah ini. Di Asia Selatan dan Tenggara, HIV / AIDS terkonsentrasi pada kelompok-kelompok tertentu yang berisiko, termasuk pengguna narkoba suntikan, pekerja seks komersial perempuan dan klien mereka, dan LSL. Di negara-negara dengan populasi besar, seperti India dan Republik Rakyat Cina, epidemi terkonsentrasi dalam kelompok-kelompok tertentu, dan prevalensi rendah secara keseluruhan, masih dikonversi menjadi sejumlah besar orang yang terinfeksi HIV-1 (Cohen *et al.*, 2008).

## 2. Pengertian HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus termasuk dalam golongan retrovirus dengan subgrup lentivirus, yang dapat menyebabkan infeksi secara “lambat” dengan masa inkubasi yang panjang. Virus tersebut akan menginfeksi dan membunuh limfosit T-helper (CD4), dan menyebabkan host kehilangan imunitas seluler dan memiliki probabilitas yang besar untuk terjadinya infeksi oportunistik. Sel-sel lain, seperti makrofag dan monosit, yang memiliki protein CD4 pada permukaannya juga dapat terinfeksi oleh HIV. Replikasi virus HIV yang terjadi secara cepat berkaitan dengan mutasi yang berkontribusi dalam ketidakmampuan antibodi tubuh untuk menetralsasi virus dalam satu waktu secara bersamaan. Hal ini diduga disebabkan oleh replikasi virus yang persisten dan kelelahan respon sel limfosit T sitotoksik (Gita Dewita, 2016).

Prinsip target antibodi dalam menetralsasi HIV adalah external glycoprotein (gp120) dan transmembrane (gp41) pada selubung (envelope) virus HIV. Namun HIV memiliki sedikitnya tiga mekanisme untuk melawan respon netralisasi tersebut, yaitu hipervariabilitas dari pola selubung primer, glikosilasi selubung secara ekstensif, dan pemalsuan epitop yang akan dinetralsasi. Replikasi ini akan berlanjut sepanjang periode latensi klinis, bahkan saat hanya terjadi aktivitas virus yang minimal dalam darah. Infeksi HIV pada manusia merupakan suatu kontinuitas yang secara kasar dapat dibagi menjadi empat fase, yaitu infeksi HIV primer, infeksi asimtomatik, infeksi simtomatik dengan eksklusi AIDS, dan AIDS.



Kecepatan progresi dari penyakit ini bervariasi antara individu yang satu dengan individu yang lain, tergantung pada faktor virus dan faktor host.

- a. Fase primer, terjadi selama 1 sampai 4 minggu setelah transmisi. Sindroma tersebut terdiri dari beberapa gejala seperti demam, berkeringat, letargi, malaise, mialgia, arthralgia, sakit kepala, photopobia, diare, sariawan, limfadenopati, dan lesi mukopapular pada ekstremitas. Gejala-gejala tersebut timbul secara mendadak dan hilang dalam waktu 3 sampai 14 hari. Antibodi terhadap HIV muncul setelah hari ke-10 sampai ke-14 infeksi, dan kebanyakan akan mengalami serokonversi setelah infeksi minggu ke 3 sampai 4. Perhatikan ketidakmampuan untuk deteksi antibodi saat waktu tersebut bisa menyebabkan tes serologik yang false- negative. Hal tersebut memiliki implikasi yang penting karena HIV bisa bertransmisi selama periode ini.
- b. Fase kedua, seropositif asimtomatik, merupakan fase dimana penderita terlihat sehat dan normal, sel darah putih masih dapat mengatasi gangguan dari luar, tetapi penderita dapat menularkan virus itu kepada orang lain. Fase ini merupakan fase yang paling lama terjadi dibandingkan dengan 4 fase lainnya, dan paling bervariasi antar masing-masing individu. Tanpa pengobatan, fase ini biasanya terjadi sekitar 4 sampai 8 tahun.
- c. Fase ketiga infeksi HIV ini menunjukkan bukti fisik pertama dari disfungsi sistem imun. Fase ini merupakan tahap di mana gejala penyakit mulai timbul akibat lemahnya kekebalan tubuh dan rentan

memunculkan infeksi oportunistik. Tahap ini merupakan transisi dari HIV menuju AIDS, dan gejala klinis minor mulai dapat dilihat. Kategori klinis WHO stadium 3 (tahap simptomatis sedang) adalah penurunan berat badan lebih dari 10 persen dari total berat badan, diare jangka panjang (lebih dari 1 bulan), tuberkulosis paru, dan infeksi bakteri sistemik yang parah termasuk pneumonia, pielonefritis, empiema, piomiositis, meningitis, infeksi tulang dan sendi, dan bakteremia. Kondisi mukokutan, termasuk kandidiasis oral berulang, leukoplakia rambut oral, dan stomatitis ulserativa nekrotikans akut, gingivitis, atau periodontitis, dapat juga terjadi pada tahap ini. Pada wanita, sering timbul keputihan akibat jamur dan infeksi trikomonas. Oral hairy leukoplakia merupakan gejala yang paling sering terlewatkan pada infeksi HIV dan sering ditemukan pada lidah. Tanpa pengobatan, durasi dari fase ini berkisar antara 1 sampai 3 tahun.

- d. Fase AIDS diartikan sebagai supresi imun yang signifikan. Gejala pulmoner, gastrointestinal, neurologik, dan sistemik merupakan gejala yang biasa terjadi. Pada fase ini seseorang sudah kehilangan sistem kekebalan tubuhnya, pada keadaan ini kemampuan penderita untuk bertahan hidup sudah sangat rendah, karena metabolisme tubuh sudah rusak dan hancur. Tidak banyak yang dapat dilakukan pada tahap ini (Azza, 2010; Weinberg and Kovarik, 2010).

AIDS atau Acquired Immune Deficiency Syndrome, merupakan kumpulan gejala penyakit akibat penurunan sistem imun atau

kekebalan tubuh oleh virus HIV. Virus HIV terdapat di dalam cairan tubuh yaitu darah, sperma, cairan vagina dan air susu ibu. Sistem imun tubuh kita memerangi penyakit dengan berbagai cara. Mula-mula diproduksi sel-sel darah putih yang meringkus dan menghancurkan kuman penyakit seperti bakteri, virus dan jamur. Limfosit adalah senjata utama dari sistem imun. HIV menyerang sistem imun dengan menyerbu dan menghancurkan sel darah putih, yang sering disebut dengan sel T. HIV cenderung menyerang sel-sel yang mempunyai antigen permukaan CD4, terutama limfosit T4 yang memegang peranan penting dalam mengatur dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh. Selain limfosit T4, virus juga dapat menginfeksi sel monosit dan makrofag, sel langerhans pada kulit, sel denrit pada kelenjar limfe, makrofag pada alveoli paru, sel retina, sel servick uteri, dan sel mikroglia otak. Virus yang masuk ke dalam limfosit T4 selanjutnya mengadakan replikasi sehingga banyak dan akhirnya menghancurkan sel limfosit itu sendiri. Kelumpuhan sistem kekebalan tubuh ini mengakibatkan timbulnya berbagai infeksi oportunistik dan keganasan yang merupakan gejala-gejala klinis AIDS (Azza, 2010).

### 3. Pathogenesis HIV/AIDS

Phatogenesis HIV/AIDS (Simon, Ho and Abdool Karim, 2006; Maartens, Celum and Lewin, 2014) :

a. Siklus hidup HIV dan inang respon imun

Target utama HIV adalah limfosit T CD4 teraktivasi; entri adalah melalui interaksi dengan CD4 dan koreseptor chemokine, CCR5 atau CXCR4. Sel-sel lain yang mengandung reseptor CD4 dan kemokin juga terinfeksi, termasuk sel T CD4 yang beristirahat, monosit dan makrofag, dan sel dendritik. Infeksi sel independen CD4 dapat terjadi, terutama pada astrosit dan sel epitel ginjal, dan ekspresi gen HIV selanjutnya memiliki peran penting dalam patogenesis kelainan neurokognitif terkait HIV (terkait astrosit) dan nefropati (terkait dengan sel epitel) . Sejumlah protein inang berinteraksi dengan protein HIV atau DNA HIV untuk membatasi atau mempromosikan replikasi virus dalam jenis sel tertentu. Penularan HIV melalui membran mukosa biasanya dibuat oleh satu virus pendiri, yang memiliki sifat fenotipik yang unik termasuk penggunaan CCR5 daripada CXR4 untuk masuk, peningkatan interaksi dengan sel dendritik, dan resistensi terhadap interferon- $\alpha$ . Penularan virus pendiri diikuti oleh peningkatan cepat dalam replikasi HIV dan kemudian induksi sitokin dan kemokin yang mencolok, yang sangat kontras dengan tanggapan awal minimum terhadap infeksi virus kronis lainnya seperti hepatitis B atau hepatitis C.

Viral load kemudian menurun menjadi apa yang disebut setpoint, tingkat yang sebagian besar ditetapkan oleh respon imun bawaan dan adaptif. Pembunuhan CD4 khusus HIV dari sel yang terinfeksi secara produktif yang dimediasi oleh sel T terjadi segera setelah infeksi, dan

tanggapan kekebalan adaptif yang poten terhadap HIV memilih untuk munculnya mutasi pada epitop utama, yang sering mengarah pada pelarian kekebalan tubuh. Pada beberapa jenis HLA, seperti orang dengan alel HLA-B27 yang terinfeksi clade B, tanggapan kekebalan yang efektif dapat muncul, ditandai oleh sel T khusus HIV dengan aviditas tinggi, polifungsionalitas, dan kapasitas untuk berkembang biak melawan peptida imunodominan dan lolos. Namun, di hampir semua individu, kelelahan sel T khusus HIV yang progresif terjadi, ditandai dengan ekspresi tinggi kematian terprogram 1 (PD-1) pada sel T total dan spesifik HIV dan hilangnya fungsi efektor.

Antibodi penawar timbul kira-kira 3 bulan setelah penularan dan memilih untuk mutan pelepasan virus. Antibodi penetralisir luas, yang dapat menetralkan banyak subtype HIV-1, diproduksi oleh sekitar 20% pasien. Antibodi ini ditandai dengan frekuensi tinggi mutasi somatik yang sering membutuhkan waktu bertahun-tahun untuk berkembang. Antibodi penetral yang luas biasanya tidak memberi manfaat bagi pasien karena perkembangan mutan pelepasan virus. Produksi antibodi yang dinetralkan secara luas dengan menggunakan strategi desain imunogen baru adalah fokus utama penelitian vaksin. Respons imun bawaan terhadap HIV sebagian besar dimediasi oleh sel-sel pembunuh alami, dan juga penting untuk pengendalian virus. Mutan yang lolos dari virus juga muncul, dan membatasi efek antivirus sel pembunuh alami.

b. Disfungsi kekebalan tubuh

Ciri infeksi HIV adalah penipisan sel T CD4 secara progresif karena berkurangnya produksi dan peningkatan kerusakan. Sel T CD4 dieliminasi oleh infeksi langsung, dan efek pengawalan pembentukan sinkronisasi, aktivasi kekebalan, proliferasi, dan penuaan. Pada infeksi awal, pengurangan sementara pada sel T CD4 yang bersirkulasi diikuti oleh pemulihan mendekati konsentrasi normal, yang kemudian perlahan-lahan berkurang sekitar 50-100 sel per  $\mu\text{L}$ . Efek paling penting pada homeostasis sel-T terjadi sangat awal pada saluran pencernaan, yang memiliki penipisan besar sel T CD4 teraktivasi dengan pemulihan minimum setelah terapi antiretroviral. Selain kehilangan total sel T CD4, perubahan besar pada subset sel T terjadi, termasuk kehilangan preferensi sel T-helper-17, dan sel T invarian terkait mukosa, yang sangat penting untuk pertahanan terhadap bakteri. Menipisnya ekstrak limfoid sel ke dalam astointestinal, bersama dengan apoptosis enterosit, dan peningkatan permeabilitas saluran pencernaan, menyebabkan peningkatan konsentrasi plasma produk mikroba seperti lipopolysaccharides. Akhirnya, penghancuran jaringan sel retikuler fibroblastik, deposisi kolagen, dan akses terbatas ke faktor survival sel-T interleukin 7 dalam jaringan limfoid selanjutnya berkontribusi pada penipisan sel T naif-CD4-naif dan CD8-naif.

c. Aktivasi kekebalan tubuh

Infeksi HIV juga ditandai oleh peningkatan yang nyata dalam aktivasi kekebalan, yang meliputi sistem imun adaptif dan bawaan, dan kelainan dalam koagulasi. Penggerak untuk aktivasi kekebalan termasuk efek langsung HIV sebagai ligan untuk reseptor seperti Toll (TLR7 dan TLR 8) yang diekspresikan pada sel dendritik plasmacytoid, yang mengarah pada produksi interferon- $\alpha$ ; translokasi mikroba, dengan lipopolisakarida sebagai aktivator kuat atau TLR4 yang mengarah pada produksi sitokin proinflamasi seperti interleukin 6 dan faktor nekrosis tumor  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ); koinfeksi dengan virus seperti sitomegalovirus yang menginduksi ekspansi mendalam sel T spesifik sitomegalovirus teraktivasi; dan pengurangan rasio T-helper-17 dan sel T regulator, terutama di saluran pencernaan. Bukti peradangan residual atau peningkatan aktivasi kekebalan ada, bahkan pada pasien dengan HIV dengan pemulihan sel T CD4 yang memadai pada terapi antiretroviral. Penanda peradangan residual pada pasien dengan HIV yang menggunakan terapi antiretroviral secara bermakna dikaitkan dengan kematian, penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit neurologis, dan penyakit hati. Intensifikasi terapi antiretroviral pada peserta dengan penekanan virologi dengan penambahan integrase inhibitor raltegravir mengurangi aktivasi sel T di sekitar sepertiga peserta. Data ini memberi kesan bahwa replikasi HIV tingkat rendah mungkin berkontribusi pada

peradangan yang persisten. Pengobatan koinfeksi, seperti cytomegalovirus dan hepatitis C, juga mengurangi aktivasi sel-T.

Meskipun banyak penelitian telah mengidentifikasi hubungan antara berbagai penanda peradangan dan kejadian klinis yang merugikan, penyebab dalam penelitian pada orang sulit untuk dilakukan. Sejauh ini, strategi yang bertujuan untuk mengurangi peradangan residual pada pasien dengan HIV terdiri dari studi pengamatan kecil dengan titik akhir pengganti. Beberapa obat yang tersedia untuk indikasi lain (misalnya, statin, aspirin, penghambat enzim pengonversi angiotensin, dan hidroksi kloroquin) berpotensi mengurangi peradangan terkait HIV. Penelitian terkontrol acak diperlukan untuk menentukan apakah penargetan peradangan pada orang dengan penekanan virologi pada terapi antiretroviral akan memiliki efek klinis yang signifikan.

#### 4. Transmisi HIV/AIDS

Kasus HIV/AIDS terbanyak dijumpai pada kelompok yang memiliki risiko tinggi terhadap penyakit HIV/AIDS, seperti pengguna narkoba jarum suntik (PENASUN), pekerja seks dengan pelanggannya, homosexual atau kelompok Lelaki Sex Lelaki (LSL) dan bayi yang tertular dari ibunya. Awalnya cara penularan HIV/AIDS terjadi melalui hubungan heteroseksual, tetapi Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia pola penularan HIV/AIDS mengalami perubahan. Pada awal ditemukannya HIV/AIDS di tahun 1987 penularan terbanyak terjadi melalui hubungan heteroseksual. Pada tahun 1999 di Indonesia mengalami peningkatan jumlah orang pengguna



narkoba jarum suntik (PENASUN) sehingga penularan tertinggi bergeser dari hubungan heterosexual ke PENASUN/IDU. Sejak 2008 penularan melalui jarum narkoba jarum suntik mengalami penurunan. Hal ini terjadi karena kesadaran kelompok PENASUN untuk tidak menggunakan jarum suntik secara bersama-sama dan bergantian meningkat. Meskipun penularan melalui jarum suntik mengalami penurunan, hubungan heterosexual kembali mengalami peningkatan yang mengakibatkan tingginya kasus infeksi menular seksual (IMS).

Penularan melalui perinatal dari tahun 2006 hingga 2010 mengalami peningkatan dari yang jumlahnya 5 orang (1,3%) menjadi 24 orang (3,4%), hal ini menunjukkan bahwa makin banyak kasus bayi yang tertular infeksi virus HIV dari ibunya. Masa perinatal mencakup saat di dalam rahim, proses persalinan, dan menyusui. Oleh karena itu diperlukan upaya pencegahan penularan infeksi HIV dari ibu ke janinnya, misal berupa diagnosis dini untuk mendeteksi dini infeksi HIV pada ibu hamil untuk memaksimalkan pilihan penanganan kehamilan dan mengoptimalkan waktu pemberian terapi, perencanaan kelahiran melalui operasi *caesar*, dan tidak menyusui bayinya dengan ASI. Selain itu perlu upaya pencegahan penularan HIV & AIDS dari suami yang terinfeksi HIV ke istrinya untuk menghindari penyebaran HIV & AIDS ke populasi umum (Astindari and Lumintang, 2014).

Penularan HIV/AIDS melalui kontak seksual semakin tinggi disebabkan oleh mulai maraknya fenomena *free sex* di Indonesia, tidak ada acara apapun yang bisa dilakukan untuk mendeteksi apakah pengunjung atau

penajaja cinta sudah terjangkit virus, dan apabila terlanjur melakukan hubungan sexual dengan ODHA dan semisal tidak menggunakan pengaman tidak ada hal yang dapat dilakukan untuk mencegah penularan virus karena virusnya terlanjur masuk ke dalam tubuh. Komisi Nasional Penanggulangan AIDS Nasional menyatakan, kecenderungan penularan HIV/ AIDS pada kurun 2011 didominasi oleh seks bebas yang mencapai persentase 76,3. Berbanding terbalik dengan data pada 2006 yang hanya menunjukkan persentase 38,5. Penularan juga dapat terjadi akibat kontaminasi darah yang terinfeksi dengan virus, melalui penggunaan jarum suntik secara bergantian antara ODHA dengan orang sehat atau melalui transfusi darah. Penggunaan jarum suntik erat hubungannya dengan penggunaan jarum untuk memasukkan narkotika ke dalam tubuh. Ketika sekelompok pecandu berkumpul dan melakukan pesta, seringkali mereka menggunakan jarum suntik secara bergantian tanpa memperhatikan serta memperdulikan kondisi steril pada jarum suntik yang digunakan secara bergantian itu. Dalam hal ini, jarum menjadi media primer yang bisa menghantarkan virus ke orang lain (Andari, 2015).

Pada tahun 2009, diperkirakan 2,6 juta orang di seluruh dunia menjadi baru terinfeksi oleh HIV-1. Pada tabel 2.1 menunjukkan risiko penularan HIV-1 terkait dengan rute penularan yang berbeda dan kontribusi relatifnya terhadap penularan HIV-1 di seluruh dunia. Apa yang terbukti dari perkiraan ini adalah bahwa penularan heteroseksual bertanggung jawab atas hampir 70% infeksi HIV-1 di seluruh dunia dengan sisanya sebagian besar

disebabkan oleh LSL, infeksi ibu-bayi, dan penggunaan narkoba suntikan. Ini adalah kasus meskipun fakta bahwa probabilitas penularan per tindakan coital adalah yang terendah untuk paparan heteroseksual (1 dalam 200-1 dalam 3000). Namun, dua metaanalisis baru-baru ini tentang kejadian HIV-1 dan data prevalensi (Powers et al. 2008; Boily et al. 2009) menunjukkan rentang risiko penularan HIV-1 yang jauh lebih luas untuk pajanan heteroseksual tergantung pada faktor risiko yang membingungkan seperti sebagai penyakit ulkus kelamin, sunat pada pria, tahap penyakit HIV, dan rute paparan. Viral load (vL) dalam pasangan penularan memainkan peran utama dalam menentukan risiko penularan HIV-1 dari satu orang ke orang lain. Meskipun vL kemungkinan mempengaruhi semua mode penularan, hal itu paling baik ditandai pada pasangan sumbang HIV-1, di mana sebanyak 2,5 kali lipat peningkatan penularan diamati untuk setiap peningkatan 10 kali lipat dalam vL. Selain itu, meskipun vL dalam sekresi genital mungkin tidak berkorelasi langsung dengan darah, pasangan vL plasma kurang dari 1000 jarang ditularkan ke pasangannya (Shaw and Hunter, 2012).

Tahapan klinis infeksi (akut, sedang dan terlambat) pada mitra penularan juga dapat memainkan peran kunci dalam menentukan efisiensi penularan, dengan risiko infeksi dari individu dengan infeksi akut atau awal lebih tinggi daripada yang pada infeksi yang dikembangkan. Ini kemungkinan mencerminkan tingginya vL yang diamati pada infeksi akut, kurangnya antibodi penawar itu dapat menonaktifkan virus yang bersirkulasi pada infeksi yang terjadi, dan amplifikasi klon virus yang sangat fit pada

infeksi akut yang sangat cocok untuk memulai infeksi produktif. Efisiensi penularan HIV-1 dapat dimodulasi oleh faktor-faktor lain, termasuk penyakit menular seksual, terutama yang mengakibatkan peradangan genital dan bisul, yang dapat meningkatkan pelepasan HIV ke dalam saluran genital dan dapat meningkatkan kerentanan infeksi oleh dua hingga dua 11 kali lipat kehamilan, di mana peningkatan risiko penularan HIV lebih dari dua kali lipat telah diamati dan sunat, yang dalam serangkaian uji klinis telah terbukti mengurangi risiko penularan penularan pada pasangan pria sebesar 60% (Shaw and Hunter, 2012).

Tabel 2.1 Transmission routes and risks for HIV-1 infection

HIV invasion site	Anatomical sublocation	Type of epithelium	Transmission medium	Transmission probability per exposure event	Estimated contribution to HIV cases worldwide
Female genital tract	Vagina Ectocervix Endocervix Other	Squamous, nonkeratinized Squamous, nonkeratinized Columnar, single layer Various	Semen; blood	1 in 200–1 in 2000	12.6 million
Male genital tract	Inner foreskin Penile urethra Other	Squamous, poorly keratinized Columnar, stratified Various	Cervicovaginal and rectal secretions; blood	1 in 700–1 in 3000	10.2 million <sup>a</sup>
Intestinal tract	Rectum Upper GI tract	Columnar, single layer Various	Semen; blood Semen; blood Maternal blood, genital secretions (intrapartum) Breast milk	1 in 20–1 in 300 1 in 2500 1 in 5–1 in 10	3.9 million 1.5 million 960,000
Placenta	Chorionic villi	Two-layer epithelium (cyto- and syncytiotrophoblast)	Maternal blood (intrauterine)	1 in 5–1 in 10 1 in 10–1 in 20	960,000 480,000
Bloodstream			Blood products, sharps	95 in 100–1 in 150	2.6 million

Sumber : Adapted from the 2010 UNAIDS/WHO AIDS epidemic update and Hladik and McElrath (2008) dalam (Shaw and Hunter, 2012).

## 5. Pencegahan/treatment

Pengobatan antiretroviral adalah pilihan terbaik untuk penekanan virus yang bertahan lama dan, selanjutnya, untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas. Namun, obat saat ini tidak memberantas infeksi HIV-1 dan pengobatan seumur hidup mungkin diperlukan. Sebanyak 20 dari 21 obat antiretroviral yang saat ini disetujui oleh Badan Pengawas Obat dan Makanan AS menargetkan transcriptase balik viral atau protease. Delapan analog nukleosida / nukleotida dan tiga inhibitor transkriptase non-nukleosida menghambat replikasi virus setelah masuk sel tetapi sebelum integrasi. Tablet kombinasi dosis tetap menyederhanakan rejimen pengobatan dengan mengurangi beban pil setiap hari, dan obat dengan waktu paruh yang lama memungkinkan dosis satu atau dua kali sehari. Delapan protease inhibitor mencegah pematangan virion sehingga menghasilkan partikel yang tidak menular (Simon, Ho and Abdool Karim, 2006).

Darunavir yang telah disetujui pada Juni, 2006 adalah yang pertama dari kelasnya yang mempertahankan aktivitas melawan virus dengan kerentanan yang lebih rendah terhadap PI. Enfuvirtide menargetkan wilayah gp41 dari amplop virus dan menghentikan proses fusi sebelum sel terinfeksi. Obat ini perlu disuntikkan dua kali sehari dan penggunaannya dicadangkan untuk pengobatan pasien yang sangat berpengalaman dengan obat karena dapat membantu mengatasi resistensi obat yang ada. Pengembangan antiretroviral baru berfokus pada molekul yang menargetkan masuk, membalikkan transkripsi, integrasi, atau pematangan. Senyawa yang telah

dirancang untuk menghambat virus yang resistan sangat dibutuhkan karena banyak pasien yang diobati selama beberapa dekade terakhir mengandung jenis virus dengan kerentanan yang berkurang terhadap banyak, jika tidak semua, obat yang tersedia. Tujuan pengobatan antiretroviral adalah untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas yang umumnya terkait dengan infeksi HIV-1. Kombinasi tiga atau lebih obat aktif diperlukan untuk mencapai tujuan ini pada sebagian besar pasien. Pengobatan yang efektif kembali ke mendekati normal tingkat turnover dari populasi sel T CD4 + dan CD8 +. Obat-obatan yang kuat tetapi dapat ditoleransi dengan baik dengan waktu paruh yang lama dan rejimen yang disederhanakan meningkatkan pilihan untuk intervensi kemoterapi lini pertama dan kedua (Huldrych F *et al.*, 2016)

a. Pencegahan Penularan Sexual

Pengurangan penularan heteroseksual sangat penting untuk mengendalikan epidemi di banyak bagian dunia. Pencegahan dicapai melalui pengurangan jumlah tindakan seksual yang tidak selaras atau pengurangan kemungkinan penularan HIV-1 dalam tindakan seksual yang sumbang. Pertama dapat dicapai melalui pantang (abstinence) dan seks antara individu seronegatif yang konkordan. Pantang (abstinence) dan hubungan monogami seumur hidup mungkin bukan solusi yang memadai bagi banyak orang dan oleh karena itu beberapa intervensi yang bertujuan untuk menurunkan risiko penularan per tindakan seksual yang sumbang sedang dalam proses pengujian klinis. Kondom pria dan wanita memberikan opsi pencegahan yang terbukti dan terjangkau. Secara

kombinasi, opsi ini juga lebih sering disebut sebagai pendekatan ABC (abstinence, be faithful, condom use).

Intervensi pencegahan biomedis lainnya termasuk sunat pada laki-laki, antiretroviral untuk pencegahan (misalnya, pra-pajanan atau pasca pajanan), pengobatan kemoprofilaksis virus herpes simplex-2 (HSV-2), mikrobisida, dan vaksin. Hasil dari salah satu dari tiga uji coba sunat laki-laki fase III yang independen sedang berlangsung di Afrika Selatan, Kenya, dan Uganda telah membantu menghilangkan beberapa ambivalensi di sekitar efek perlindungan sunat laki-laki. Efek perlindungan sunat laki-laki sebesar 60% (Simon, Ho and Abdool Karim, 2006).

b. Pencegahan penularan dari Ibu ke bayi

Pencegahan penularan dari ibu-ke-bayi telah melihat kemajuan dalam pengaturan industri dan terbatas sumber daya. Penularan intrapartum telah dikurangi dengan meningkatkan akses ke intervensi seperti satu dosis nevirapine ke ibu dan bayi yang baru lahir. Kekhawatiran tentang obat-obatan strain virus yang resistan telah menyebabkan beberapa uji coba dengan pengobatan kombinasi untuk mengurangi penularan selama periode intrapartum. Dalam beberapa pengaturan, persalinan elektif dengan operasi caesar selanjutnya dapat mengurangi penularan HIV-1 selama periode intrapartum, tetapi manfaat intervensi dapat dilawan oleh sepsis post-partum dan peningkatan angka kematian ibu. Karena HIV-1 dapat ditularkan melalui menyusui,

pemberian makanan pengganti direkomendasikan dalam banyak pengaturan. Akses yang buruk ke air bersih mengalir menghalangi, bagaimanapun, penggunaan susu formula dalam keadaan ini, dan pemberian ASI eksklusif dengan menyapih secara tiba-tiba adalah salah satu opsi untuk mengurangi penularan. Intervensi baru yang potensial masih diuji adalah penggunaan ARV setiap hari selama menyusui. Lebih banyak perhatian mulai fokus pada ibu hamil, terutama memulai terapi antiretroviral pada ibu dengan jumlah CD4 + rendah selama kehamilan dan sesudahnya (Cohen *et al.*, 2008; Maartens, Celum and Lewin, 2014).

### **C. Tinjauan Umum tentang Kualitas Hidup**

#### **1. Pengertian Kualitas Hidup**

Menurut *World Health Organization* (WHO) Kualitas hidup merupakan persepsi individu tentang kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup dan berkaitan dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran. Kualitas hidup dipengaruhi oleh kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat kemandirian seseorang, hubungan sosial, kepercayaan diri serta interaksi individu dengan lingkungannya (World Health Organization, 1997). Kualitas hidup didefinisikan oleh *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) lebih fokus pada persepsi individu terhadap kesehatan fisik dan mental serta terkait dengan hubungan dengan risiko dan kondisi kesehatan, dukungan social, status fungsional dan status social ekonomi (*Centers for Disease Control, 2000*).



Kualitas hidup individu adalah suatu kondisi kehidupan seseorang yang diukur menggunakan indikator objektif dari edukasi, pekerjaan, pendapatan serta fungsi fisik individu. Kualitas hidup juga dapat didefinisikan sebagai suatu cara hidup atau sesuatu yang secara essensial dapat digunakan sebagai penyemangat hidup, pengalaman fisik dan mental individu yang bisa mengubah eksistensi dari individu dikemudian hari, tingginya status social dan gambaran dari karakteristik oleh kehidupan individu (Frank-stormberg, 1988, Webster, 1986, dalam Afiyanti, 2010).

Kualitas hidup dapat dilihat sebagai kondisi kesehatan, fungsi fisik, kesehatan subjektif, persepsi mengenai kesehatan, gangguan kejiwaan dan kesejahteraan. Terdapat tiga pendekatan terhadap konsep kualitas hidup, yaitu menyamakan kualitas hidup dengan kesehatan, menyamakan dengan kesejahteraan (*well-being*) dilihat sebagai penilaian atau evaluasi subjektif secara keseluruhan dari kehidupan seseorang dan menganggap kualitas hidup sebagai konstruk yang bersifat luas atau global (*superordinate construct*) mencakup kesehatan dan kesejahteraan dalam definisi kualitas hidup yang lebih luas (Hunt, 1997, Post, Witter, & Schrijvers, 1999; Sekarwiri, 2008 dalam Resmiya, 2019). Kualitas hidup memiliki empat karakteristik atribut (Afiyanti, 2010) yaitu :

- a. Pernyataan rasa puas individu terhadap kehidupannya secara umum.
- b. Kapasitas mental individu untuk mengevaluasi kehidupannya sendiri sebagai suatu kepuasan atau sebaliknya.

- c. Suatu status fisik, mental, sosial, dan kesehatan emosi seseorang yang ditentukan oleh individu itu sendiri berdasarkan referensinya sendiri.
- d. Pengkajian/pengukuran objektif dari seseorang bahwa kondisi hidup seseorang adalah adekuat dan terbebas dari ancaman.

## 2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Raeburn dan Rootman (2008) dalam (Azizah and Hartanti, 2016) mengemukakan bahwa terdapat delapan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang, yaitu :

- a. Kontrol, berkaitan dengan kontrol terhadap perilaku yang dilakukan oleh seseorang, seperti pembatasan terhadap kegiatan untuk menjaga kondisi tubuh.
- b. Kesempatan yang potensial, berkaitan dengan seberapa besar seseorang dapat melihat peluang yang dimilikinya.
- c. Sistem dukungan, termasuk didalamnya dukungan yang berasal dari lingkungan keluarga, masyarakat, maupun sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal atau rumah yang layak dan fasilitas- fasilitas yang memadai sehingga dapat menunjang kehidupan.
- d. Keterampilan, berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan keterampilan lain yang mengakibatkan ia dapat mengembangkan dirinya, seperti mengikuti suatu kegiatan atau kursus tertentu.
- e. Kejadian dalam hidup, hal ini terkait dengan tugas perkembangan dan stres yang diakibatkan oleh tugas tersebut. Kejadian dalam hidup

sangat berhubungan erat dengan tugas perkembangan yang harus dijalani, dan terkadang kemampuan seseorang untuk menjalani tugas tersebut mengakibatkan tekanan tersendiri.

- f. Sumber daya, terkait dengan kemampuan dan kondisi fisik seseorang. Sumber daya pada dasarnya adalah apa yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu.
- g. Perubahan lingkungan, berkaitan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar seperti rusaknya tempat tinggal akibat bencana.
- h. Perubahan politik, berkaitan dengan masalah negara seperti krisis moneter sehingga menyebabkan orang kehilangan pekerjaan/mata pencaharian.

### 3. Ruang lingkup kualitas

Secara umum, WHO menggambarkan terdapat lima aspek yang meliputi kualitas hidup seseorang, yaitu fisik, psikologis, keleluasaan aktivitas, hubungan sosial, serta aspek lingkungan. Adapun secara rinci terkait aspek- aspek tersebut adalah sebagai berikut (Herman dalam Silitonga, 2007).

#### a. Kesehatan fisik (*Physical Health*)

Kesehatan fisik pada suatu individu meliputi kesehatan secara umum, energy dan vitalitas, kebiasaan secara seksual, pola tidur dan istirahat.

#### b. Kesehatan psikologis (*Psychological Health*)

Kesehatan secara psikologis meliputi pola berpikir suatu individu, cara belajar serta tingkat ingatan atau memori dan konsentrasi.

c. Tingkat aktivitas (*level of independence*)

Tingkat aktivitas meliputi mobilitas, aktivitas sehari-hari, komunikasi, dan kemampuan dalam bekerja.

d. Hubungan social (*social relationship*)

Hubungan sosial meliputi interaksi dalam kehidupan sosial serta dukungan sosial yang didapatkan dari lingkungan sekitar.

e. Lingkungan (*environment*)

Aspek dalam lingkungan meliputi keamanan, lingkungan rumah, serta kepuasan kerja.

4. Pengukuran kualitas hidup

Kualitas hidup diukur dengan menggunakan alat ukur yang telah diuji validitas dan realibilitasnya. Alat ukur yang digunakan adalah WHOQOL-HIV BREF untuk menilai kualitas hidup seseorang khususnya pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Kuesioner ini berisi 31 pertanyaan mengenai kualitas hidup dengan 6 domain yaitu domain kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritual. Terdapat 2 pertanyaan kualitas hidup secara umum: pertanyaan 1 menanyakan tentang persepsi keseluruhan individu tentang kualitas hidup dan pertanyaan 2 menanyakan tentang persepsi keseluruhan individu tentang kesehatannya. Skor domain diarahkan ke skala positif dimana skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup yang lebih tinggi. Skor yang lebih tinggi mencerminkan kualitas hidup yang lebih baik. Skor rata-rata item dalam setiap domain digunakan untuk

menghitung skor domain. Skor rata-rata kemudian dikalikan dengan 4 agar skor domain sebanding dengan skor yang digunakan dalam WHOQOL-100, dan selanjutnya diubah menjadi skala 0-100 (WHO, 2002).

Rumus yang digunakan untuk menghitung skor tiap domain yaitu :

- a. Domain kesehatan fisik =  $(Q3+Q4+Q14+Q21)/4 \times 4$
- b. Domain psikologi =  $(Q6+Q11+Q15+Q24+Q31)/5 \times 4$
- c. Domain tingkat kemandirian =  $(Q5+Q22+Q23+Q20)/4 \times 4$
- d. Domain hubungan sosial =  $(Q27+Q26+Q25+Q17)/4 \times 4$
- e. Domain lingkungan =  $(Q12+Q13+Q16+Q18+Q19+Q28+Q29+Q30)/8 \times 4$
- f. Domain Spiritual =  $(Q7+Q8+Q9+Q10)/4 \times 4$

#### **D. Tinjauan Umum tentang Variabel Penelitian**

##### **1. Umur**

Umur adalah usia individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Jenis perhitungan umur / usia terdiri atas (Santika, 2015) :

- a. Usia Kronologis yaitu perhitungan usia yang dimulai dari saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu penghitungan usia.
- b. Usia Mental yaitu perhitungan usia yang didapatkan dari taraf kemampuan mental seseorang. Misalkan seorang anak secara kronologis berusia empat tahun akan tetapi masih merangkak dan belum dapat berbicara dengan kalimat lengkap dan menunjukkan kemampuan yang setara dengan anak berusia satu tahun maka, dinyatakan bahwa usia mental anak tersebut adalah satu tahun.

- c. Usia Biologis adalah perhitungan usia berdasarkan kematangan biologis yang dimiliki oleh seseorang yang akan berpengaruh pada daya tangkap dan pola pikirnya sehingga dapat memperoleh pengetahuan semakin banyak.

Kategori usia menurut Departemen Kesehatan tahun 2009 yakni :

- 1) Masa balita usia 0-5 tahun
- 2) Masa Kanak-kanak usia 5-11 tahun
- 3) Masa remaja awal usia 12-16 tahun
- 4) Masa remaja akhir usia 17-25 tahun
- 5) Masa dewasa awal usia 26-35 tahun
- 6) Masa dewasa akhir usia 36-45 tahun
- 7) Masa lansia awal usia 46-55 tahun
- 8) Masa lansia akhir usia 56-65 tahun
- 9) Masa manula usia >65 tahun

Tingkat usia sangatlah berpengaruh terhadap produktivitas tenaga kerja sebab terkait dengan kemampuan fisik seorang tenaga kerja. Pekerja yang berada pada usia produktif cenderung lebih kuat dari segi fisik dibanding pekerja usia non produktif. Semakin tinggi usia tenaga kerja maka produktivitas kerja akan semakin menurun. Tenaga kerja yang memiliki usia lebih tua cenderung memiliki produktivitas yang rendah. Hal ini disebabkan karena pada usia tua kekuatan atau tenaga fisik akan cenderung menurun (Ukkas, 2017).

## 2. Jenis Kelamin

Gender dan jenis kelamin merupakan 2 istilah yang sering digunakan untuk membedakan laki-laki dengan perempuan tetapi nyatanya kedua istilah memiliki perbedaan, gender merupakan istilah yang digunakan untuk membedakan antara laki-laki dan perempuan yang didasarkan pada aspek sosiokultural. Gender merupakan atribut dan perilaku yang terbentuk melalui proses sosial, sehingga istilah gender lebih merujuk pada bangunan kultural yang acap kali masalah atau isu yang berkaitan dengan peran, perilaku, tugas, hak, dan fungsi yang dibebankan kepada perempuan dan laki-laki, sedangkan, jenis kelamin terbentuk melalui proses alamiah dan bersifat kodrat ilahiah (Rusni, 2015). Jenis kelamin (*sex*) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak lahir. Perbedaan yang lebih spesifik dari pria dan wanita merupakan kodrati, baik secara biologis, anatomis dan psikologis.

Perbedaan biologis dapat di jelaskan sebagai berikut, pertama primer; pria memiliki penis/ zakar, kantung zakar (*scotrum*), buah zakar (*testis*), sperma/mani, prostat (kelenjer pengatur pengeluaran sperma dan air seni/ kelenjer kemih). Sedangkan, wanita memiliki vagina (liang senggama), ovarium (indung telur), ovum (sel telur), uterus (rahim), menyusui, haid. Kedua sekunder : pria memiliki bulu dada/bulu tangan, jakun, suara berat dan berkumis. Sedangkan, wanita memiliki kulit halus, suara lebih bernada tinggi dan dada besar.

Perbedaan dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya atau sering dikatakan sebagai kodrat (ketentuan Tuhan), dan fungsinya tetap dengan laki-laki dan perempuan pada segala ras yang ada di muka bumi. Dalam proses biologis juga berdampak pada psikologis, Laki-laki menghasilkan hormon testosteron dan progesteron diduga mampu mempengaruhi peningkatan agresitas, sehingga laki-laki cenderung stabil ketika beraktivitas. Perempuan menghasilkan hormon estrogen diduga mempengaruhi psikis dan perasaan, hal ini berdampak bahwa laki-laki lebih rasional dibandingkan perempuan, tetapi perempuan lebih sensitif, lebih perasa dibandingkan laki-laki (Suhardin, 2016).

### 3. Pekerjaan

Pekerjaan didefinisikan sebagai suatu kegiatan yang rutin dilakukan dan mendapatkan bayaran. Mencakup kegiatan sehari-hari yang memungkinkan orang untuk mempertahankan diri, berkontribusi pada kehidupan keluarga mereka, dan untuk berpartisipasi dalam masyarakat yang lebih luas. Pekerjaan adalah hal mendasar bagi kesehatan dan kesejahteraan manusia karena memberikan makna, identitas, dan struktur bagi kehidupan manusia dan mencerminkan nilai-nilai dan budaya masyarakat (Gallagher, Muldoon and Pettigrew, 2015).

Status pekerjaan adalah jenis kedudukan seseorang dalam melakukan pekerjaan di suatu unit usaha/kegiatan. Status pekerjaan dibedakan menjadi 7 kategori (Badan Pusat Statistik, 2011) yaitu:



- a. Berusaha sendiri artinya tidak menggunakan pekerja dibayar
  - b. Berusaha dibantu buruh tidak tetap artinya menggunakan buruh/pekerja tidak tetap.
  - c. Berusaha dibantu buruh tetap/buruh dibayar artinya mempekerjakan paling sedikit satu orang buruh/pekerja tetap yang dibayar.
  - d. Buruh, karyawan/pegawai bebas artinya seseorang yang memiliki majikan tetap.
  - e. Pekerja bebas di pertanian artinya seseorang yang bekerja pada orang lain, majikan atau institusi yang tetap di usaha pertanian seperti pertanian tanaman pangan, perkebunan, kehutanan, peternakan, perikanan dan perburuan, termasuk juga jasa pertanian.
  - f. Pembayaran harian maupun borongan seperti usaha di sektor pertambangan, industri, listrik, gas dan air.
  - g. Pekerja tak dibayar artinya seseorang yang bekerja dengan membantu orang lain yang tidak mendapat upah/gaji seperti, anggota keluarga.
4. Riwayat Keluarga

Riwayat penyakit keluarga adalah suatu gambaran informasi kesehatan tentang seseorang dan kerabat dekatnya. Informasi kesehatan mencakup informasi dari tiga generasi keluarga, termasuk anak-anak, saudara laki-laki dan perempuan, orang tua, bibi dan paman, keponakan dan keponakan, kakek-nenek, dan sepupu. Keluarga memiliki banyak faktor yang sama, termasuk gen, lingkungan, dan gaya hidup mereka. Bersama-sama, faktor-faktor ini bisa memberi petunjuk pada kondisi medis yang

mungkin berjalan dalam keluarga. Memperhatikan pola kelainan di antara keluarga, profesional kesehatan dapat menentukan apakah individu, anggota keluarga lain, atau generasi masa depan mungkin berisiko tinggi mengembangkan kondisi tertentu. Riwayat keluarga juga dapat memberikan informasi tentang risiko kondisi yang jarang terjadi karena mutasi pada gen tunggal. Sementara riwayat kesehatan keluarga memberikan informasi tentang risiko masalah kesehatan tertentu, memiliki kerabat dengan kondisi medis tidak berarti bahwa seseorang pasti akan mengembangkan kondisi tersebut. Di sisi lain, seseorang yang tidak memiliki riwayat kelainan keluarga mungkin masih berisiko mengalami gangguan itu. Mengetahui riwayat kesehatan keluarga seseorang memungkinkan seseorang mengambil langkah untuk mengurangi risikonya (Zony, E, 2018).

#### 5. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan suatu strategi intervensi preventif yang paling baik dalam upaya saling membantu dalam anggota keluarga (Friedman 2003). Dukungan keluarga mengacu pada dukungan yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai suatu yang dapat diakses untuk keluarga misalnya dukungan dapat atau tidaknya digunakan, namun berbeda dengan anggapan anggota keluarga yang memandang bahwa orang yang bersifat mendukung harus selalu siap dalam memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan keluarga internal, seperti dukungan dari suami istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal yang diberikan

kepada lansia (kakek dan nenek pada anggota keluarga). Dukungan keluarga yang baik berawal dari pengetahuan yang baik, dan pengetahuan yang baik dimungkinkan dari pendidikan keluarga yang baik pula. Pendidikan seseorang memberikan pengaruh pada pola pikir terhadap diri dan lingkungan sekitarnya. Individu yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi akan memiliki pemikiran yang matang, dan diharapkan akan mampu memberikan dukungan yang baik pula keluarganya (Ndore, Sulasmini and Hariyanto, 2017).

#### 6. Stigma

Stigma merupakan kejadian mendiskreditkan seseorang sebagai manusia yang "tidak sama seutuhnya" dengan manusia normal dan biasanya menuju ke hal yang negatif Misalnya ditandai dengan warnkulit (etnis), fisiologi (gender), ukuran tubuh (obesitas), dan penampilan (tingkat ekonomi), penyakit yang dideritanya yang diberikan stigma oleh masyarakat umum. Stigma dapat menjadi sebagai stereotip atau pandangan negatif yang dikaitkan dengan seseorang atau sekelompok orang ketika karakteristik atau perilaku mereka dipandang berbeda atau lebih rendah dari norma social (Varamitha, Noor Akbar and Erlyani, 2016). Stigma dan diskriminasi terjadi karena adanya persepsi bahwa mereka dianggap sebagai musuh, penyakit, elemen masyarakat yang memalukan, atau mereka yang tidak taat terhadap norma masyarakat dan agama yang berlaku. Implikasi dari stigma dan diskriminasi bukan hanya pada diri orang atau kelompok tertentu tetapi juga pada keluarga dan pihak-pihak yang terkait dengan kehidupan mereka

(Kemenkes.RI, 2012 dalam Konstantinus, Zahroh dan Antono Suryoputro, 2017).

## 7. Dukungan Sosial

Dukungan sosial dapat dianggap sebagai sesuatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain seperti teman atau dari lingkungan sekitar yang dapat dipercaya dan dari keadaan tersebut individu akan mengetahui bahwa orang lain memperhatikan, menghargai, dan mencintainya. Dukungan sosial adalah suatu pemikiran terbaik sebagai suatu konstruk multidimensional yang terdiri dari komponen fungsional dan structural dan merujuk kepada tindakan yang orang lain lakukan ketika mereka menyampaikan bantuan. Dukungan sosial juga dapat diartikan sebagai kesenangan, bantuan, yang diterima seseorang melalui hubungan formal dan informal dengan yang lain atau kelompok. Semakin banyak orang memberikan dukungan sosial maka akan semakin sehat kehidupan seseorang (Marni and Yuniawati, 2015).

Dukungan sosial meliputi empat aspek, yaitu (Kusrini, 2014):

- a. Dukungan emosional, dimana dukungan ini melibatkan ekspresi rasa empati, perhatian dan kasih sayang terhadap individu sehingga individu tersebut merasa nyaman, dicintai dan diperhatikan. Dukungan ini meliputi perilaku seperti memberikan perhatian dan afeksi serta bersedia mendengarkan keluhan orang lain.

- b. Dukungan penghargaan, dukungan ini melibatkan ekspresi yang berupa pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performa orang lain.
  - c. Dukungan instrumental, bentuk dukungan ini melibatkan bantuan langsung, misalnya yang berupa bantuan finansial atau bantuan dalam mengerjakan tugas-tugas tertentu.
  - d. Dukungan informasi, dukungan yang bersifat informasi ini dapat berupa saran, pengarahan dan umpan balik tentang bagaimana cara memecahkan persoalan.
8. Akses ke Pelayanan Kesehatan

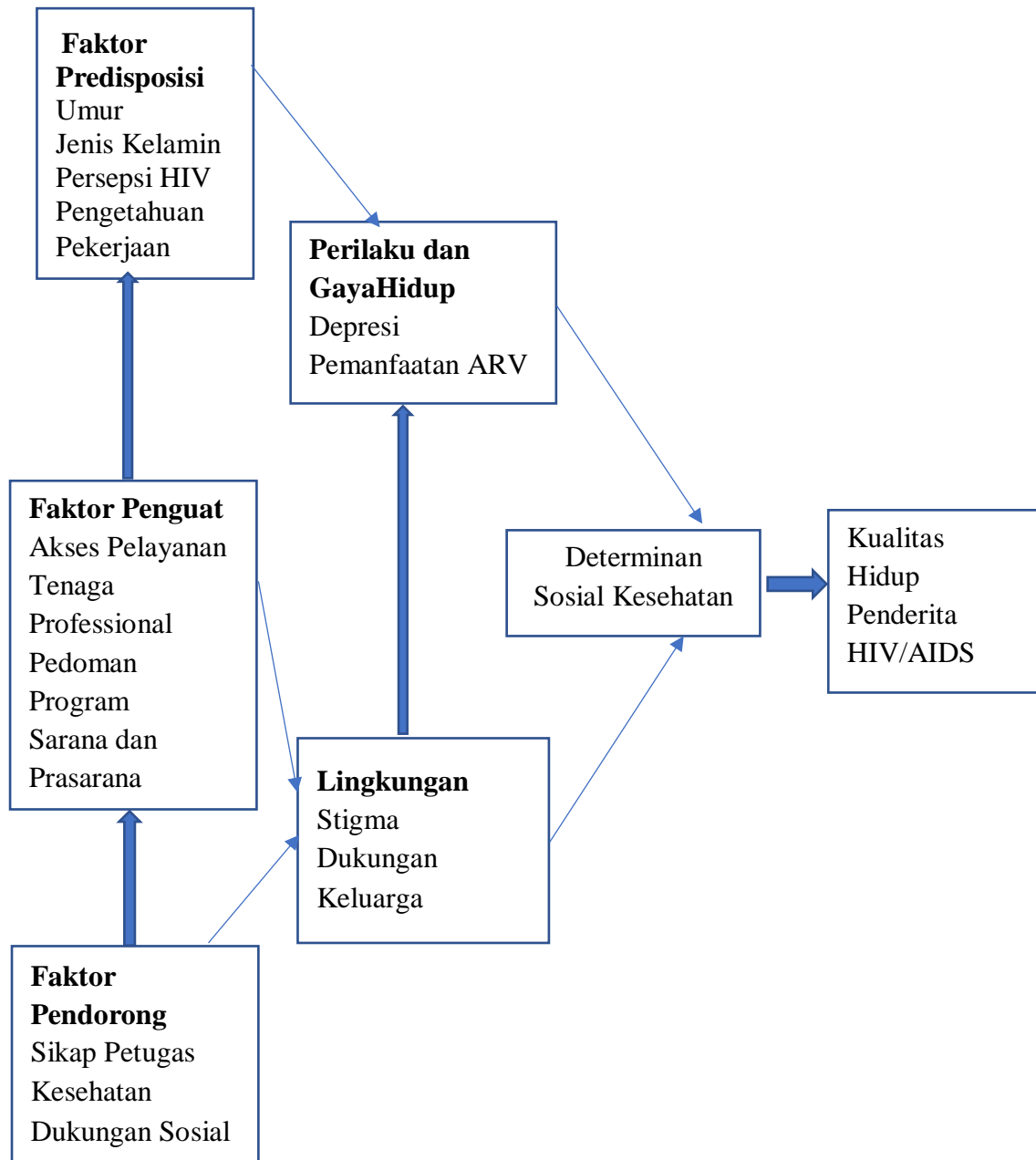
Akses Pelayanan Kesehatan dalam Riskesdas 2013 adalah mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan yang terdiri dari rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, Puskesmas atau Puskesmas pembantu, praktik dokter atau klinik, praktik bidan atau rumah bersalin, Posyandu, Poskesdes atau Poskestren dan Polindes. Moda transportasi yang dapat digunakan oleh rumah tangga menuju fasilitas kesehatan yang terdiri dari mobil pribadi, kendaraan umum, jalan kaki, sepeda motor, sepeda, perahu, transportasi udara dan lainnya serta penggunaan lebih dari satu moda transportasi atau kombinasi. Waktu tempuh dengan moda transportasi tersebut yang paling sering digunakan oleh rumah tangga dalam bentuk menit. Kemudian yang terakhir memperoleh gambaran tentang biaya atau ongkos transportasi oleh rumah tangga menuju fasilitas kesehatan dalam satu kali pergi (Nainggolan and Hapsari, 2016).

## 9. Sikap Petugas Kesehatan

Sikap diartikan sebagai evaluasi positif atau negatif dari reaksi terhadap objek, orang, situasi atau aspek lain dan memungkinkan kita untuk memprediksi dan mengubah perilaku masyarakat (Nurlaela, 2014). Sikap mempengaruhi perilaku adalah norma-norma subjektif yaitu suatu keyakinan kita mengenai apa yang orang lain inginkan terhadap apa yang kita perbuat (Palupi and Sawitri, 2017). Pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap konsumen atau pemakai jasa pelayanan yang penyelenggaraannya, maka dari itu sangat perlu diketahui oleh semua fasilitas kesehatan untuk memperhatikan standar dan kode etik agar dapat memberikan kepuasan kepada pasiennya. Sebuah pelayanan dapat dinilai berkualitas oleh pasien apabila mereka mendapatkan pelayanan yang menyenangkan, nyaman dan sikap petugas kesehatan yang ramah saat memberikan layanan. Selain itu, lambatnya proses pemberian layanan kesehatan dapat menimbulkan ketidakpuasan dari konsumen, maka dari itu diperlukan sikap petugas yang sigap dan tanggap dalam memberikan pelayanan juga berpengaruh kepada kepercayaan pasien terhadap layanan kesehatan itu sendiri. Sopan santun dan bersikap ramah kepada pasien juga merupakan faktor yang tidak kalah penting untuk diterapkan pada proses pelayanan dilayanan kesehatan, dengan itu pasien akan merasa nyaman serta memberi penilaian baik terhadap layanan kesehatan tersebut (Akbar and Ahmad, 2020).

Kepuasan pasien terhadap kualitas kesehatan yang diterimanya juga sangat bergantung pada kualitas interaksi pasien dengan petugas kesehatan. Petugas kesehatan harus berkomunikasi secara efektif terhadap pasien saat mereka sedang memberikan pelayanan dan memberi perhatian sehubungan dengan keselamatan pasien. Melalui komunikasi perawat/petugas yang efektif dan baik, kepuasan dan keselamatan pasien akan meningkat. Oleh sebab itu, fasilitas pelayanan kesehatan harus bertanggung jawab untuk melakukan upaya dalam rangka meningkatkan kemampuan, pengetahuan dan ketrampilan perawat dalam berkomunikasi secara efektif. Kemampuan komunikasi yang baik dari petugas dalam menyampaikan edukasi secara lugas diperlukan di rumah sakit. Karena itu, pelayanan kesehatan sebagai pemberi edukasi kepada pasien harus mampu mendorong petugas agar mampu berkomunikasi dengan efektif dalam menghadapi pasien. Petugas membutuhkan komunikasi yang efektif untuk menjelaskan subyek yang menekankan pelayanan kesehatan melalui pencegahan, pengurangan, pelaporan dan analisis kesalahan medis dengan harapan pasien mendapatkan kepuasan atas pelayanan kesehatan yang diberikan (Simanjuntak, 2019).

### E. Tinjauan Umum tentang Kerangka Teori



**Gambar 2.1 Kerangka Teori**

*Sumber : (Teori Precede Procced Lawrence Green (1980), Teori QOL oaklahoma (1992) dalam Hariyati, 2017; Yadi et al., 2017).*



## **BAB III**

### **KERANGKA KONSEP**

#### **A. Dasar Pemikiran Variabel**

HIV/AIDS merupakan penyakit yang perkembangan kasusnya semakin banyak telah dilaporkan dan dianggap sebagai penyakit yang mematikan sejak abad-20. HIV/AIDS merupakan penyakit kronis yang telah menjadi persoalan kesehatan komunitas diberbagai negara yang dapat berdampak pada semua aspek kehidupan penderitanya. Epidemii HIV/AIDS telah menjadi beban berat setiap negara tanpa kecuali, dan sangat berpotensi menghancurkan pembangunan ekonomi di negara berkembang, termasuk Indonesia. Penyakit HIV/AIDS kaitannya bukan hanya menimbulkan gejala dan komplikasi, tetapi juga mempunyai dampak negatif pada kualitas hidup penderitanya (Carsita, Wenny and Mirah, Asmi, 2019).

Dengan demikian akan diuraikan variabel yang akan diteliti yang menjadi dasar pemikiran variabel pada penelitian ini, berikut adalah variabel yang akan diteliti yang akan dilihat keterkaitannya dengan kualitas hidup, yaitu:

##### **1. Umur**

Infeksi HIV/AIDS tertinggi terdapat pada kelompok umur 25-49 diikuti umur 20-24 tahun dan kelompok umur 50 tahun. Umur memiliki hubungan dengan angka harapan hidup. Angka harapan hidup panjang mengindikasikan seorang memiliki kualitas hidup yang baik. Penderita HIV/AIDS pada kelompok umur dewasa yang paling banyak ditemukan

memiliki hidup yang lama bahkan mencapai lebih dari 10 tahun dibandingkan kelompok umur remaja maupun manula. Terpantaunya umur yang kita miliki maka kita dapat mengetahui sampai mana batasan rutinitas yang dapat kita lakukan, karena umur yang kita miliki cenderung besar maka, rutinitas yang kita lakukan cenderung lebih kecil dan begitupula sebaliknya. Pada kelompok umur manula kondisi fisiknya sangat lemah dan rentan terhadap progresivitas penyakit hal ini yang menyebabkan rendahnya angka harapan hidup pada manula (Santika, 2015; Mariany, 2019).

## 2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin perempuan memiliki usia harapan hidup dalam menjalani kehidupannya dengan infeksi HIV/AIDS yang dideritanya lebih tinggi dibandingkan dengan pria. Usia harapan hidup yang lama dipengaruhi oleh kualitas hidup ODHA itu sendiri. Perempuan memiliki kemampuan bertahan dan kemandirian dalam menjalani kehidupannya seperti, perempuan lebih bisa menerima statusnya sebagai ODHA dan lebih memikirkan anak-anaknya, karena bagi seorang perempuan sangat penting untuk mempertahankan kehidupannya untuk masa depan anak-anaknya. Sikap positif inilah yang berpengaruh pada kualitas hidup ODHA yang bisa memperpanjang usia harapan hidup ODHA bahkan dapat bertahan hingga lebih dari 10 tahun dengan infeksi HIV/AIDS yang dialaminya (Wikananda, 2017).

### 3. Pekerjaan

Status pekerjaan yang berkaitan dengan kemampuan seseorang dalam memperoleh penghasilan agar dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Kemampuan dalam memperoleh penghasilan ini akan mempengaruhi kualitas hidup dirinya (Safitri, Dewi and Erwin, 2015).

### 4. Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga merupakan riwayat penyakit HIV/AIDS yang sebelumnya telah diderita oleh salah satu anggota keluarga. Penularan yang terbanyak terjadi karena adanya hubungan heterosexual dalam keluarga, hubungan transmisi non sexual seperti transplasental. Adanya riwayat keluarga yang menderita HIV/AIDS, dengan ibu berstatus reaktif, jika saat hamil serta melahirkan maka akan berpotensi terjadi penularan kepada janinnya. Ibu rumah tangga banyak ditemukan menderita penyakit HIV/AIDS karena memperoleh virus dari suaminya yang telah dinyatakan reaktif lebih dulu sehingga kemudia ia tularkan kepada istrinya. Riwayat penyakit HIV/AIDS pada keluarga khususnya ibu yang bestatus positif HIV akan berisiko menularkan 2,7 kali lebih besar kebayinya. Memiliki riwayat keluarga yang menderita HIV/AIDS juga tidak hanya akan berdampak pada ODHA itu sendiri tetapi juga akan berdampak kepada seluruh anggota keluarga yang lain. Karena, mereka berpotensi dikucilkan atau didiskriminasi dari lingkungannya jika diketahui memiliki keluarga yang menderita HIV/AIDS. Hal ini jelas memiliki keterkaitan dengan kualitas hidup yang diperoleh oleh sang ODHA maupun keluarganya yang bukan

ODHA tetapi memiliki riwayat penyakit HIV/AIDS pada keluarga (Susilowati, 2011).

#### 5. Dukungan Keluarga

Penderita HIV/AIDS sangat memerlukan dukungan keluarga untuk mengurangi/meringankan serta dapat menghadapi segala permasalahan yang mereka hadapi. Dukungan keluarga adalah dukungan sosial yang sangat penting dalam kehidupan setiap orang. Namun, di dalam keluarga, ODHA distigmatisasi di banyak negara, contohnya di Nepal, ODHA secara fisik dibatasi di dalam rumah tangga seperti, tidak menggunakan dapur, kamar mandi umum, dan tempat tidur yang sama dan dari kegiatan keagamaan rutin. Adapun kasus, ODHA juga dikeluarkan dari keluarga. Keluarga ODHA takut akan infeksi dan kehilangan prestise sosial mereka di komunitas mereka (Shrestha *et al.*, 2014).

Dukungan keluarga terbagi dalam lima, yakni dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan penghargaan, dan dukungan jaringan social. ODHA dengan dukungan keluarga menunjukkan tingkat ketahanan terhadap penyakit lebih tinggi, yang berkorelasi dengan peningkatan kesehatan mental dan kepatuhan pengobatan. Dukungan emosional yang lebih besar juga akan mengurangi dampak negatif dan meningkatkan dampak positif, mengurangi tekanan psikologis, serta membuat kualitas hidup yang lebih tinggi (Safitri, Dewi and Erwin, 2015).

Dukungan keluarga memiliki peran penting dalam depresi dan kejadian bunuh diri dikalangan ODHA. Terjadinya depresi dan keinginan

bunuh diri pada penderita HIV/AIDS terjadi pada penderita HIV/AIDS yang memperoleh dukungan keluarga yang buruk. Kurangnya dukungan pun membuat ODHA takut untuk mengungkapkan status HIV kepada anggota keluarga mengingat mereka mungkin kehilangan dukungan keluarga. Peran keluarga sangat penting untuk memperbaiki interaksi negatif dan memperkuat dukungan emosional guna meningkatkan kesejahteraan, kebahagiaan, kesehatan mental dan keberhasilan pengobatan/terapi ARV pada penderita HIV/AIDS sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya (Widayati, 2016).

#### 6. Stigma

Stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV positif berdampak pada peningkatan kualitas hidup yang mengalami banyak hambatan. Dari berbagai segi, stigma dan diskriminasi memberikan pengaruh yang jauh lebih luas dibanding virus HIV itu sendiri. Stigma tidak hanya berpengaruh terhadap hidup orang dengan status HIV positif tetapi juga orang terdekatnya, misalnya pasangan, seluruh anggota keluarga maupun perawatnya. Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) akan enggan pergi ke layanan kesehatan untuk menjalankan pengobatan/terapi karena merasa malu dengan status penyakit positifnya dan takut dikucilkan atau dijauhi karena menganggap masyarakat disekitarnya akan menjauhinya, sehingga pencegahan infeksi pada ODHA menjadi sangat rendah, yang akan menyebabkan kualitas hidup ODHA juga akan rendah, baik secara fisik maupun psikologis, karna stigma diri yang dialami ODHA yang akan

membuat ODHA selalu merasa didiskriminasi atau dikucilkan oleh orang lain, baik keluarga, masyarakat dan juga petugas kesehatan.

Stigma memiliki pengaruh yang sangat tinggi terhadap kualitas hidup, karena salah satu dampak dari stigma adalah penyangkalan atau pembatasan akses pada layanan kesehatan yang mempengaruhi upaya pencegahan HIV. Stigma diri yang sangat tinggi yang dirasakan oleh ODHA membuat enggan untuk mengungkapkan status mereka kepada masyarakat, sehingga hubungan sosial ODHA dengan lingkungan luar terbatas, dan kesempatan mendapat informasi yang lebih banyak akan terhambat. Stigma dan diskriminasi ini seringkali menyebabkan menurunnya semangat hidup ODHA yang kemudian membawa efek dominan menurunnya kualitas hidup ODHA. Kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS sangat penting untuk diperhatikan karena penyakit infeksi ini bersifat kronis dan progresif sehingga berdampak luas pada segala aspek kehidupan baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual (Ismayadi, 2016).

#### 7. Dukungan Sosial

ODHA dalam kesehariannya dituntut untuk mampu menghadapi permasalahan yang cukup kompleks. Bagi individu yang positif terinfeksi HIV, menjalani kehidupannya akan terasa sulit. Dari segi fisik individu tersebut akan mengalami perubahan yang berkaitan dengan perkembangan penyakitnya, tekanan emosional dan stres psikologis yang dialami karena dikucilkan oleh keluarga dan teman karena takut tertular, serta adanya stigma sosial dan diskriminasi di masyarakat yang berdampak pada respons

sosial (emosional) pasien. Kondisi fisik dan mental yang lemah, yang pada akhirnya membuat mereka akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari bahkan mereka tidak mampu untuk bekerja lagi. Ketidakmampuan ODHA untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan bahkan ketidakmampuan ODHA untuk bekerja ini telah mengindikasikan bahwa mereka mengalami penurunan kualitas hidup. Dukungan Sosial didefinisikan sebagai suatu kenyamanan, perhatian, penghargaan atau bantuan yang dirasakan oleh individu dari orang lain atau kelompok lain contohnya seperti dukungan dari kerabat dekat ataupun lingkungan sekitar (Diatmi and Fridari, 2014; Jumliarni, 2019).

Dukungan sosial ini merupakan salah satu faktor yang memiliki peranan penting dalam kualitas hidup ODHA dan dengan adanya dukungan sosial ini maka akan terciptanya lingkungan yang kondusif yang nantinya mampu memberikan wawasan baru bagi ODHA serta memberikan motivasi dalam menghadapi kehidupannya. Tekanan psikososial yang dihadapi dan dirasakan oleh ODHA minimalisir dengan ditingkatkannya dukungan sosial, sehingga ODHA dapat memiliki hidup yang lebih baik dan dapat memberikan respon yang lebih positif terhadap lingkungan sosialnya. Selain itu, dukungan sosial akan membuat ODHA merasa dirinya dihargai, dicintai dan merasa bagian dari masyarakat sehingga ODHA tidak lagi merasa didiskriminasi yang nantinya akan berdampak positif bagi kesehatannya dan juga akan meningkatkan kualitas hidupnya (Sarafino and Smith, 2011).

## 8. Akses ke Pelayanan Kesehatan

Masyarakat terutama pasien HIV/AIDS akan menggunakan sarana pelayanan kesehatan tersebut jika akses yang tersedia bisa dijangkau. Jika biaya transportasi terlalu tinggi bisa mempengaruhi kualitas hidup ODHA, karena sebagian kebutuhan hidup harus dialokasikan untuk akses transportasi. Pelayanan kesehatan haruslah mudah diakses oleh seluruh lapisan masyarakat. Untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. beberapa alasan ODHA tidak menggunakan pelayanan kesehatan antara lain fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, bersikap diskriminatif dan tidak responsif ditambah kondisi pandemi COVID-19 yang memunculkan banyak informasi-informasi di media sosial yang membuat ODHA ketakutan untuk mendatangi fasilitas kesehatan (Nainggolan and Hapsari, 2016).

Akses pelayanan kesehatan dimasa pandemi COVID-19 ini pun juga terbatas karena fasilitas kesehatan seperti rumah sakit berfokus pada COVID-19. Pada terapi antiretroviral pun sangat terbatas ketersediaan ARV. Kunci keberhasilan pengobatan infeksi HIV, karena terapi ARV berkelanjutan yang mampu menekan virus HIV hingga tak terdeteksi hal ini dapat mengakibatkan kegagalan terapi pada ODHA akibat ketidakpatuhan dalam melakukan pengobatan yang nantinya akan berpengaruh terhadap kualitas dan kelangsungan hidup ODHA (Rosmalina, 2020; Subronto, 2020).



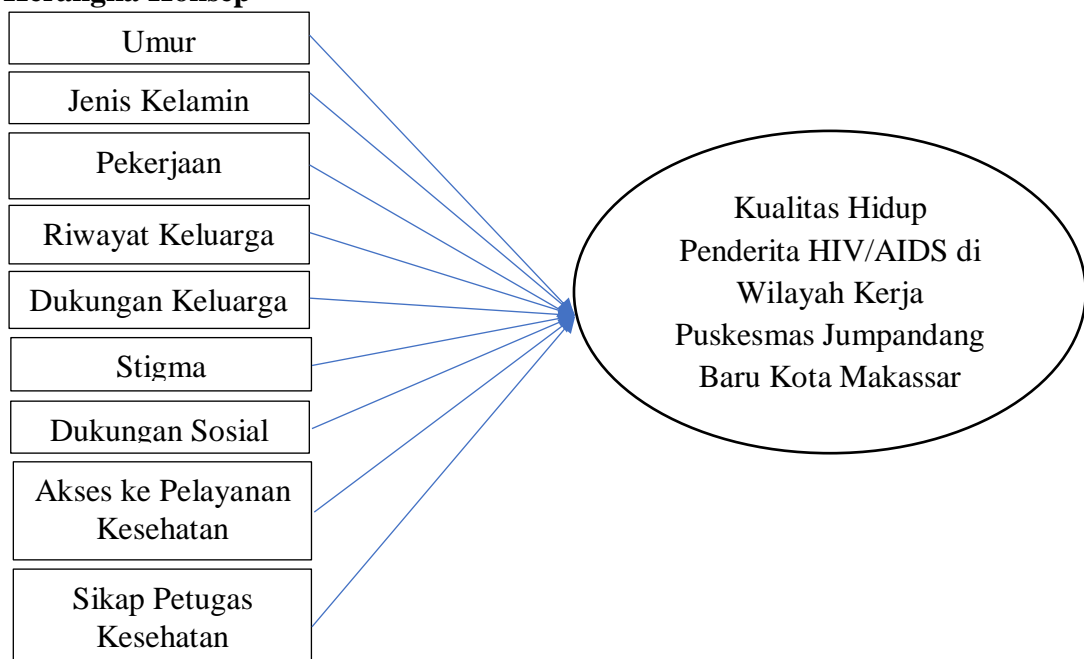
## 9. Sikap petugas Kesehatan

Dalam pelayanan kesehatan, stigma terhadap ODHA masih sering dijumpai diantaranya adalah dianggap remeh dan mendapat penilaian yang buruk, tidak diberikan jaminan untuk mendapatkan fasilitas lain, penggunaan APD yang berlebihan pada pasien, tes HIV tidak dilakukan secara tuntas, conseling pre dan post yang tidak adekuat, hasil tes HIV biasanya diberikan oleh pasien sendiri, tidak adanya jaminan kerahasiaan terhadap hasil tes kepada keluarga dan staf kesehatan yang tidak merawat pasien tersebut, penolakan terhadap perawatan. Hal-hal yang dapat menyebabkan stigma pada pasien HIV/AIDS oleh petugas kesehatan antara lain adalah lama bekerja, persepsi mereka tentang ODHA, kurangnya pengetahuan dan pelatihan tenaga kesehatan terhadap dasar-dasar transmisi HIV/AIDS, kontrol infeksi dan manajemen klinis terhadap HIV/AIDS. Kebijakan dari Rumah sakit/puskesmas kurang diterapkan dalam melindungi pasien HIV/AIDS seperti penerapan SOP (*Standar Operational Procedure*), penyediaan sarana-fasilitas, bahan dan alat perlindungan diri serta jaminan terhadap keamanan staf dalam pelayanan perawatan (Martiningsih and Abdul, 2015).

Petugas kesehatan yang menunjukkan sikap diskriminatif terhadap ODHA dapat disebabkan oleh keyakinan yang kurang tepat dari diri sendiri sehingga memunculkan sikap diskriminatif ketika berhadapan dengan ODHA. Stigma dan diskriminatif pada fasilitas pelayanan kesehatan merupakan suatu permasalahan yang serius pada sistem layanan kesehatan

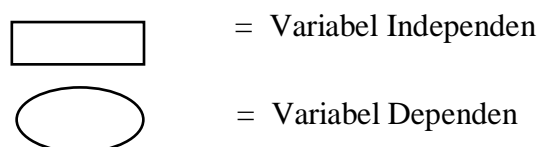
sebab, apabila terdapat pasien HIV yang merasa dirinya terstigma oleh petugas kesehatan, hal tersebut dapat berpengaruh terhadap kualitas perawatan, keterlibatan dalam proses perawatan dan kualitas hidup pasien, jika sebelumnya pernah mengalami perlakuan yang tidak diharapkan dari petugas kesehatan difasilitas pelayanan kesehatan baik itu perawat atau dokter. Salah satu contohnya seperti status HIV mereka yang tidak dihormati kerahasiaannya. Sikap diskriminasi oleh petugas kesehatan terhadap ODHA menjadi hambatan dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien HIV (Wilandika, 2019).

#### B. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan :



## C. Definisi Operational dan Kriteria Objektif

### 1. Kualitas Hidup

#### a. Definisi Operational :

Persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup yang secara kompleks dipengaruhi oleh kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat kemandirian seseorang, hubungan sosial, kepercayaan pribadi dan hubungannya dengan lingkungan (*World Health Organization, 1997*). Kualitas hidup penderita HIV/AIDS diukur menggunakan kuesioner terstandarisasi WHO *Quality of Life HIV BREF* (WHOQOL-HIV BREF) tahun 2002 yang terdiri atas 31 pertanyaan dengan rentang jawaban menggunakan skala Likert. Skor kualitas hidup dinyatakan dengan angka rentang nilai 0-100.

#### b. Kriteria objektif (Silva *et al.*, 2014) :

- 1) Kualitas hidup baik : jika skor responden tentang kualitas hidup dari kuesioner WHO  $\geq 60$
- 2) Kualitas hidup buruk : jika skor responden tentang kualitas hidup dari kuesioner WHO  $< 60$

### 2. Umur

#### a. Definisi Operational :

Lama pasien HIV/AIDS hidup sejak dilahirkan hingga waktu saat ini (penelitian) berdasarkan data rekam medik pasien atau kartu identitas.

b. Kriteria Objektif (Kemenkes RI, 2020) :

- 1) Usia produktif : umur  $\leq$  50 tahun.
- 2) Usia Lansia : umur  $>$  50 tahun.

3. Jenis Kelamin

a. Definisi Operational :

Karakteristik biologis seseorang yang terlihat dari tampilan luar

b. Kriteria Objektif :

- 1) Laki-laki : Jika pasien HIV/AIDS berjenis kelamin laki-laki.
- 2) Perempuan : Jika pasien HIV/AIDS berjenis kelamin perempuan.

4. Pekerjaan

a. Definisi Operational :

Kegiatan pokok yang dilakukan setiap hari oleh penderita HIV/AIDS untuk berpartisipasi dalam masyarakat yang lebih luas serta kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa untuk memperoleh uang/upah/gaji untuk mempertahankan diri, untuk berkontribusi pada kehidupan penderita HIV/AIDS dan keluarganya dengan dapat memenuhi segala kebutuhan hidup mereka sehari-hari yang berkaitan dengan kelangsungan hidupnya, (Brown and Hollis, 2013).

b. Kriteria Objektif :

- 1) Bekerja : Jika ada kegiatan dalam memenuhi kebutuhan ekonomi.
- 2) Tidak Bekerja : Jika tidak ada kegiatan dalam memenuhi kebutuhan ekonomi.

## 5. Riwayat Keluarga

### a. Definisi Operational :

Anggota keluarga dari pasien HIV/AIDS yang menderita HIV/AIDS.

### b. Kriteria Objektif :

- 1) Memiliki Riwayat : Apabila di dalam silsilah keluarga (ayah atau ibu) terdapat anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS.
- 2) Tidak Memiliki Riwayat : Apabila di dalam silsilah keluarga (ayah atau ibu) tidak terdapat anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS.

## 6. Dukungan Keluarga

### a. Definisi Operational :

Dukungan yang berasal dari keluarga inti (ayah, ibu, saudara kandung) maupun keluarga besar (paman, tante, sepupu, kakek, nenek) dari penderita HIV/AIDS dimana tidak terdapat tindakan diskriminasi, pengasingan, merendahkan serta mengancam yang berfungsi untuk memperkuat kapasitas keluarga dengan mencegah meningkatnya masalah jika terdapat kesulitan yang dialami oleh anggota keluarga. Dukungan yang diberikan dapat berupa dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental dan dukungan penilaian (Devaney and Canavan, 2016).

### b. Kriteria Objektif :

- 1) Baik : Jika nilai hasil skoring  $\geq$  nilai mean.
- 2) Kurang: Jika nilai hasil skoring  $<$  nilai mean.

## 7. Stigma

### a. Definisi Operational :

Stigma didefinisikan sebagai tindakan yang merujuk pada keyakinan negatif, perasaan dan sikap serta proses devaluasi pada orang yang hidup dengan HIV / AIDS dan / atau orang yang terkait dengan HIV / AIDS dengan memberi label. Tindakan ini bertujuan untuk menghindari, mengisolasi, dan memisahkan orang tersebut dari orang lain. Stigma negatif adalah fenomena yang sangat kuat yang terjadi di masyarakat dan terkait erat dengan nilai yang ditempatkan pada identitas sosial penderita HIV/AIDS (Fajriyah, Demartoto and Murti, 2018; Mariany, 2019).

### b. Kriteria Objektif

- 1) Rendah : Jika nilai hasil skoring stigma yang dirasakan atau dialami penderita HIV/AIDS  $<$  nilai mean.
- 2) Tinggi : Jika nilai hasil skoring stigma yang dirasakan atau dialami penderita HIV/AIDS  $\geq$  nilai mean.

## 8. Dukungan Sosial

### a. Definisi Operational :

Dukungan sosial didefinisikan sebagai kesenangan yang dirasakan, kepedulian, penghargaan atau bantuan yang diberikan oleh orang lain kepada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) yang dapat menumbuhkan kenyamanan fisik dan psikologis sehingga ODHA merasa, dicintai, dihormati dan dihargai (Umayyah, 2018).

b. Kriteria Objektif :

- 1) Baik : Jika nilai hasil skoring  $\geq$  nilai mean.
- 2) Kurang : Jika nilai hasil skoring  $<$  nilai mean.

9. Akses ke Pelayanan Kesehatan

a. Definisi Operational :

Aksesibilitas pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap orang dalam mencari pelayanan kesehatan sesuai dengan yang mereka butuhkan. Dimensi akses meliputi secara fisik (termasuk masalah geografis), biaya, maupun akses secara sosial (Laksono, 2016).

b. Kriteria Objektif :

- 1) Mudah : Jika nilai hasil skoring  $\geq$  nilai mean.
- 2) Sulit : Jika nilai hasil skoring  $<$  nilai mean.

10. Sikap Petugas Kesehatan

a. Definisi Operational :

Sikap yang dimiliki oleh petugas kesehatan yang memiliki peran penting dalam mempengaruhi tindakan untuk merespon baik secara positif atau negatif terhadap pasien HIV/AIDS atau dalam situasi tertentu yang akan berdampak pada kepuasan pasien. Sikap petugas kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pengetahuan, dukungan institusi, lama bekerja, komunikasi dengan orang lain dan faktor emosi dalam diri individu (Juliani, 2018; Anasril, 2019).

b. Kriteria Objektif :

- 1) Positif : Jika nilai hasil skoring  $\geq$  nilai mean.

2) Negatif : Jika nilai hasil skoring < nilai mean.

#### **D. Hipotesis Penelitian**

##### 1. Hipotesis Nol (Ho)

- a. Tidak ada hubungan umur dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- b. Tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- c. Tidak ada hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- d. Tidak ada hubungan riwayat keluarga dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- e. Tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- f. Tidak ada hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- g. Tidak ada hubungan stigma dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.



- h. Tidak ada hubungan akses ke pelayanan kesehatan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
  - i. Tidak ada hubungan sikap petugas kesehatan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
2. Hipotesis Alternatif (Ha)
- a. Ada hubungan umur dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
  - b. Ada hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
  - c. Ada hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
  - d. Ada hubungan antara riwayat keluarga dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
  - e. Ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
  - f. Ada hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

- g. Ada hubungan stigma dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- h. Ada hubungan akses ke pelayanan kesehatan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- i. Ada hubungan sikap petugas kesehatan dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.