

SKRIPSI

**ANALISIS DETERMINAN SOSIAL YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN
TERAPI ARV PADA POPULASI BERISIKO LELAKI SEKS LELAKI (LSL) DI KOTA
MAKASSAR**

AISYAH LUTHFIAH HARIS

K011201019



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

2023

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aisyah Luthfiah Haris
NIM : K011201019
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
No. Hp : 087846788774
E-mail : aisyahl.haris@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi dengan judul **"Analisis Determinan Sosial Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Terapi ARV Pada Populasi Berisiko Lelaki Seks Lelaki (LSL) di Kota Makassar"** benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain, kecuali bagian-bagian tertentu yang merupakan acuan dari hasil karya orang lain yang telah disebutkan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika penulisan.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, 30 November 2023

Yang Membuat Pernyataan



Aisyah Luthfiah Haris

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 30 November 2023



Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes

Dr. Ida Leida Maria, S.KM., M.KM., M.ScPH

Mengetahui

Ketua Departemen Epidemiologi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin

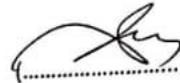


Indra Dwinata, S.KM., M.PH.

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Kamis, 30 November 2023.

Ketua : Prof. Dr drg. Andi Zulkifli, M. Kes



Sekretaris : Dr. Ida Leida Maria, S.KM.,M.KM.,M.ScPH

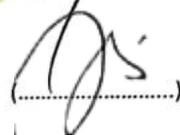


Anggota :

1. Prof. Dr. Ridwan A, S.KM.,M.Kes.,M.Sc.PH



2. Dr. Indra Fajarwati Ibnu, S.KM.,M.A



RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Epidemiologi

Aisyah Luthfiah Haris

“Analisis Determinan Sosial yang Berhubungan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada Populasi Berisiko Lelaki Seks Lelaki (LSL) di Kota Makassar”

(xi + 89 halaman + 9 tabel + 7 lampiran)

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang menginfeksi sel darah putih yang disebut sel CD4 dan dapat menyebabkan penurunan kekebalan tubuh pada manusia. *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa pada akhir tahun 2021, 38.4 juta orang di dunia diketahui hidup dengan HIV. Menurut data dari WHO, pada tahun 2021 prevalensi ODHIV di Indonesia pada populasi berisiko LSL sebesar 17,9%. Selain itu, menurut data dari Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA), Sulawesi Selatan menempati peringkat sembilan secara nasional (998 orang) dan menjadi satu-satunya provinsi dari wilayah Sulawesi. Menurut penelitian sebelumnya, tingkat kepatuhan terapi ARV masih berada pada persentase sebesar 38,8%. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis determinan sosial yang berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV pada populasi berisiko LSL di Kota Makassar. Penelitian ini observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Penelitian ini dilakukan untuk melihat usia, tingkat pendidikan, dukungan, kepemilikan jaminan kesehatan, efek samping obat, akses pelayanan kesehatan, dan tingkat pendapatan (X) dengan kepatuhan terapi ARV pada populasi berisiko LSL (Y) di Kota Makassar. Hasil dari penelitian ini adalah variabel efek samping dan dukungan memiliki hubungan signifikan dengan kepatuhan terapi ARV ($p=0.00$) sedangkan variabel usia, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, kepemilikan jaminan kesehatan, dan akses pelayanan kesehatan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan terapi ARV ($p=0.58$, $p=1.00$, $p=0.85$, $p=1.00$, $p=1.00$). Oleh karena itu, H_0 diterima pada variabel efek samping obat dan dukungan sedangkan H_0 ditolak pada variabel usia, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, kepemilikan jaminan kesehatan, dan akses pelayanan kesehatan. Diharapkan kepada masyarakat dapat meningkatkan dukungan dan ikut serta dalam mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap ODHIV, sehingga ODHIV dapat lebih terbuka dan kooperatif untuk mematuhi terapi yang sedang dijalankan.

Kata Kunci : Terapi ARV, HIV/AIDS, LSL

Daftar Pustaka : 50 (1992-2023)

SUMMARY

**Hasanuddin University
Faculty of Public Health
Epidemiology**

Aisyah Luthfiah Haris

**"Analysis of Social Determinants Associated with Adherence to ARV Therapy in Population at Risk of Men Who Have Sex with Men (MSM) in Makassar City"
(xi + 89 pages + 9 tables + 7 appendices)**

Human Immunodeficiency Virus (HIV) is a virus that infects white blood cells called CD4 cells and can cause decreased immunity in humans. The World Health Organization (WHO) reports that at the end of 2021, 38.4 million people in the world are known to be living with HIV. According to data from WHO, in 2021 the prevalence of PLHIV in Indonesia in the population at risk of MSM will be 17.9%. Apart from that, according to data from the HIV/AIDS Information System (SIHA), South Sulawesi is ranked ninth nationally (998 people) and is the only province in the Sulawesi region. According to research conducted by previous researchers, the level of adherence to ARV therapy is still at a percentage of 38.8%. The aim of this study was to analyze the social determinants associated with adherence to ARV therapy in a population at risk of MSM in Makassar City. This research is an analytical observational study with a cross sectional study approach. This research was conducted to look at age, education level, support, ownership of health insurance, drug side effects, access to health services, and income level (X) with ARV therapy compliance in MSM at-risk populations (Y). in Makassar City. The results of this study were that the variables side effects and support had a significant relationship with ARV therapy adherence ($p=0.00$) while the variables age, education level, income level, ownership of health insurance, and access to health services did not have a significant relationship with ARV therapy adherence ($p=0.58$, $p=1.00$, $p=0.85$, $p=1.00$, $p=1.00$). Therefore, H_0 is accepted on the variables of drug side effects and support while H_0 is rejected on the variables of age, education level, income level, ownership of health insurance, and access to health services. It is hoped that the community can increase support and participate in reducing stigma and discrimination against PLHIV, so that PLHIV can be more open and cooperative in complying with the therapy being carried out.

Keywords : Therapy ARV, HIV/AIDS, LSL

Bibliography : 50 (1992-2023)

PRAKATA

Puji dan syukur ke hadirat Allah *Subhana Wa Ta'ala* yang telah melimpahkan rahmat, hidayah serta berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Analisis Determinan Sosial yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Terapi ARV pada Populasi Berisiko Lelaki Seks Lelaki (LSL) di Kota Makassar”**. Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kesehatan masyarakat. Adapun isi dalam skripsi ini disusun berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di enam pusat layanan HIV/AIDS Kota Makassar.

Pada kesempatan ini, tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Muhammad Arsyad, S.KM., M. Kes., selaku pembimbing akademik.
2. Bapak Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M. Kes. dan Ibu Dr. Ida Leida Maria, S.KM., M.KM., M. Sc. PH., selaku pembimbing satu dan pembimbing dua.
3. Bapak Indra Dwinata, S.KM., M.PH. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Kedua orang tua penulis Bapak Haris Samtidar dan Ibu Ridha Ilahi, serta keluarga yang telah *men-support* dan memberikan masukan selama penyusunan skripsi
5. Kakak-Kakak Pendamping dari Lembaga Yayasan Peduli Kelompok Dukungan Sebaya (YPKDS) terutama Kak Nana, Kak Andhika, Kak Pian, Kak Teddy, Kak Mimin, Kak Lina, Kak Amus, Kak Nana, Kak Rain, dan Kak Aziz serta Kakak-Kakak Pendamping dari Lembaga Yayasan Gaya Celebes (YGC) terutama Kak Nicki yang telah mendampingi dan membantu dalam proses penelitian skripsi ini.
6. Seluruh staff di Layanan VCT RSUD Kota Makassar, RSUD Labuang Baji, Balai Besar Kesehatan Paru Makassar (BBKPM), Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas Jumpandang Baru, dan Puskesmas Jongaya yang banyak membantu dalam

proses pengambilan data penelitian dan memberi masukan terkait penelitian ini.

7. Seluruh responden yang tidak bisa disebutkan namanya satu per satu, terima kasih telah meluangkan waktu untuk berkontribusi secara kooperatif dalam penelitian ini. Terima kasih atas pelajaran berharga yang diberikan kepada penulis melalui cerita terkait pengalaman responden.
8. Rahmah Jamil, A. Muthiah Nur Inayah Rahman, Salsabila Aulia Faizal, Aurelia Mahdania Priwadana Sembadha, A. Zahra Alya Sapirah, Zhafirah Khaerunnisa, A. Sri Ratnawati, Ariqah Mumtazah, Maulya Disti Misbach, Nur Saraswaty Rahmat, Muaffan Alfaiz Wicaksono, Hanif Tahsin Mufid, Fahri Adil Sinohadji, Muh. Ivan Fadillah, dan Agung Sutiono Pontoh selaku sahabat penulis yang menemani perjalanan penulis selama pengerjaan skripsi dan juga seluruh teman, saudara, dan kerabat yang tidak bisa disebutkan namanya satu per satu. Terima kasih atas bantuan tenaga, moral, maupun material selama pengerjaan skripsi ini.
9. Tentunya, terakhir dan paling utama kepada diri penulis yang telah berjuang dan mengerahkan seluruh tenaga baik fisik maupun mental hingga bisa sampai di titik ini. Terima kasih telah berjuang dan bertahan sekuat ini. Kamu harus bangga dengan dirimu telah sampai dititik ini.

Penulis menyadari bahwa dalam skripsi ini tidak terlepas dari kesalahan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun penulis harapkan guna melengkapi dan menyempurnakan skripsi ini.

Demikian skripsi ini penulis susun, semoga dapat memberikan manfaat untuk menjadi bahan perbaikan dan peningkatan kinerja demi tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Makassar, November 2023

Aisyah Luthfiah Haris

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
RINGKASAN	ii
SUMMARY	iii
PRAKATA	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
PENDAHULUAN	1
1. Latar Belakang	1
2. Rumusan Masalah	6
3. Tujuan Penelitian.....	6
4. Manfaat Penelitian	7
TINJAUAN PUSTAKA	9
1. Tinjauan Umum Tentang HIV/AIDS	9
2. Tinjauan Umum Tentang Dukungan.....	15
3. Tinjauan Umum Tentang Terapi ARV	17
4. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan Berobat.....	19
5. Tinjauan Umum Tentang Determinan Sosial Kesehatan	22
6. Kerangka Teori.....	26
KERANGKA KONSEP	27
1. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian	27
2. Kerangka Konsep Penelitian	28
3. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	29
4. Hipotesis	34
METODE PENELITIAN	36
1. Jenis Penelitian	36
2. Lokasi Penelitian	36

3.	Populasi dan Sampel	36
4.	Pengumpulan Data	40
5.	Instrumen Penelitian	41
6.	Pengolahan dan Analisis Data	42
7.	Penyajian Data	44
HASIL DAN PEMBAHASAN		45
1.	Hasil Penelitian	45
2.	Pembahasan	53
3.	Keterbatasan Penelitian	61
PENUTUP		63
1.	Kesimpulan	63
2.	Saran	64
DAFTAR PUSTAKA		66
LAMPIRAN		72
RIWAYAT HIDUP		89

DAFTAR TABEL

TABEL 4.1 JUMLAH POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN	41
TABEL 5.1 DISTRIBUSI FREKUENSI KARAKTERISTIK RESPONDEN.....	46
TABEL 5.2 HASIL ANALISIS HUBUNGAN USIA DENGAN KEPATUHAN TERAPI ARV	50
TABEL 5.3 HASIL ANALISIS HUBUNGAN TINGKAT PENDAPATAN DENGAN KEPATUHAN TERAPI ARV.....	50
TABEL 5.4 HASIL ANALISIS HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DENGAN KEPATUHAN TERAPI ARV	51
TABEL 5.5 HASIL ANALISIS HUBUNGAN AKSES PELAYANAN KESEHATAN DENGAN KEPATUHAN TERAPI ARV.....	52
TABEL 5.6 HASIL ANALISIS HUBUNGAN KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN DENGAN KEPATUHAN TERAPI ARV	53
TABEL 5.7 HASIL ANALISIS HUBUNGAN DUKUNGAN DENGAN KEPATUHAN TERAPI ARV	54
TABEL 5.8 HASIL ANALISIS HUBUNGAN EFEK SAMPING OBAT DENGAN KEPATUHAN TERAPI ARV.....	54

DAFTAR GAMBAR

GAMBAR 2.1 TEORI DETERMINAN SOSIAL.....	24
GAMBAR 2.2 KERANGKA TEORI PENELITIAN	27
GAMBAR 3.1 KERANGKA KONSEP PENELITIAN	29

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1. KUISIONER PENELITIAN

LAMPIRAN 2. SURAT IZIN PENELITIAN

LAMPIRAN 3. DOKUMENTASI PENELITIAN

LAMPIRAN 4. SURAT TELAH MENYELESAIKAN PENELITIAN

LAMPIRAN 5. OUTPUT ANALISIS DATA

LAMPIRAN 6. LEMBAR PERSETUJUAN (*Informed Consent*)

LAMPIRAN 7. RIWAYAT HIDUP

DAFTAR SINGKATAN

SINGKATAN	KEPANJANGAN
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
AIDS	<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
LSL	Lelaki Seks Lelaki
WHO	<i>World Health Organization</i>
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
SIHA	Sistem Informasi HIV/AIDS
UNAIDS	<i>Joint United Nation of AIDS</i>
ARV	<i>Antiretroviral Virus</i>
ODHIV	Orang Dengan HIV/AIDS
BPS	Badan Pusat Statistik
PIMS	Penyakit Infeksi Menular Seksual
TDF	Tenofofir Disproksil
EFV	Efavirenz
TC	Lamivudin

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang menginfeksi sel darah putih yang disebut sel CD4 dan dapat menyebabkan penurunan kekebalan tubuh pada manusia. Sejak pertama kali ditemukan pada tahun 1920, HIV masih menjadi permasalahan kesehatan yang ada di dunia hingga saat ini. Berbagai cara kemudian diupayakan untuk mengurangi angka HIV/AIDS di dunia. Salah satu upaya yang dilakukan tertuang dalam tujuan pembangunan berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada target 3.3 disebutkan bahwa pada 2030 akan mengakhiri epidemi HIV/AIDS. Selain itu, *The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) pada tahun 2020 juga mencetuskan target baru yaitu strategi 95-95-95 yaitu 95% orang yang hidup dengan HIV tahu status mereka, 95% orang yang didiagnosa terinfeksi HIV menerima pengobatan ARV, dan 95% orang yang telah menerima pengobatan ARV mengalami supresi virus.

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa pada akhir tahun 2021, 38.4 juta orang di dunia diketahui hidup dengan HIV. Di tahun yang sama tercatat sekitar 650.000 orang yang dinyatakan meninggal akibat HIV dengan total 320.000 orang yang berumur di atas 15 tahun dan berjenis kelamin laki-laki. Selain itu, UNAIDS juga mencatat adanya grafik fluktuatif

pada kasus HIV/AIDS di dunia yaitu pada tahun 2018 sebesar 37.9 juta, pada tahun 2019 sebesar 38.0 juta orang, pada tahun 2020 sebesar 37.7 juta orang, dan pada tahun 2021 sebesar 38.4 juta orang. Pada tahun 2021, UNAIDS juga mencatat Asia-Pasifik sebagai pemegang urutan kedua orang yang hidup dengan HIV/AIDS yakni sebesar 6 juta orang dengan 46% diantaranya merupakan populasi beresiko dengan orientasi Lelaki Seks Lelaki (LSL).

Angka ODHIV yang menunjukkan grafik fluktuatif tidak hanya terdapat pada data global. Secara nasional, menurut data dari Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA) berdasarkan Laporan Perkembangan HIV/AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan III Tahun 2022 mencatat bahwa angka kumulatif kasus HIV pada tahun 2019 mencapai 7,036, kemudian pada tahun 2020 sebesar 8,639, berlanjut pada 2021 di angka 5,750, dan pada periode Januari – September tahun 2022 sebesar 6,519. Tak hanya itu, sejumlah ODHIV yang ditemukan dan tercatat pada periode Januari – September 2022 berjenis kelamin laki-laki yakni sebesar 71% dan 27,5% diantaranya merupakan kelompok populasi LSL. Angka ini mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya yang mana menurut data dari WHO pada tahun 2021 prevalensi ODHIV di Indonesia pada populasi berisiko LSL sebesar 17,9%.

Selain itu, apabila melihat dari target 95-95-95 yang telah ditetapkan oleh UNAIDS pada tahun 2022, menurut data SIHA, Indonesia telah mencapai angka 79% pada target ODHIV hidup dan mengetahui statusnya, 41% ODHIV

mengetahui status dan mendapat pengobatan ARV, dan 16% ODHIV sedang dalam pengobatan ARV yang virusnya tersupresi. Hal ini merupakan peningkatan yang telah dicapai oleh Indonesia terutama pada ODHIV yang mengetahui status dan mendapat pengobatan ARV. Pasalnya, menurut data WHO pada tahun 2021, Indonesia baru mencapai 28% dari 95% untuk target ODHIV yang mengetahui status dan mendapat pengobatan ARV. Akan tetapi, capaian ini tentunya masih jauh dari target yang telah ditetapkan oleh UNAIDS.

Melihat dari data nasional tersebut, maka terdapat 10 besar provinsi dengan angka ODHIV terbesar pada periode Januari – September 2022, provinsi tersebut diantaranya yaitu Jawa Barat (6.125 orang), Jawa Timur (4.688 orang), DKI Jakarta (4.176 orang), Jawa Tengah (4.140 orang), Papua (2.253 orang), Sumatera Utara (2.021 orang), Banten (1.693 orang), Bali (1.344 orang), Sulawesi Selatan (998 orang), dan Kalimantan Timur (954 orang). Dari peringkat tersebut, Sulawesi Selatan menempati peringkat sembilan secara nasional dan menjadi satu-satunya provinsi dari wilayah Sulawesi.

Sulawesi Selatan terdiri atas 24 wilayah kabupaten/kota. Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2021, dari 24 wilayah yang ada di Sulawesi Selatan, Kota Makassar menempati peringkat pertama dengan kasus HIV maupun AIDS terbanyak yakni sebesar 772 kasus pada HIV dan 381 kasus pada AIDS. Menyusul peringkat kedua yakni Kota Palopo dengan kasus HIV

sebanyak 71 kasus dan AIDS sebanyak 54 kasus. Selanjutnya, peringkat ketiga yaitu Kabupaten Bone dengan 77 kasus pada HIV dan 38 kasus pada AIDS. Angka tersebut tentunya masih jauh dari target yang ditetapkan oleh Pemerintahan Kota Makassar yaitu *Three Zero*; nol penyintas baru, nol akibat kematian HIV/AIDS, dan nol stigma serta diskriminasi akibat HIV/AIDS.

Terapi pengobatan HIV atau dikenal dengan terapi ARV merupakan salah satu perubahan besar bagi negara di dunia dalam menghadapi epidemi HIV dan sudah seharusnya pasien yang terindikasi HIV untuk melakukan terapi pengobatan HIV. Para ahli telah menyatakan bahwa terapi ini mampu meningkatkan kualitas hidup ODHIV dengan menurunkan angka kematian, namun tidak mampu mematikan virus yang ada dalam tubuh ODHIV.

Saat menjalani terapi ini, kepatuhan ODHIV sangat menentukan efektivitas ARV serta keberhasilan terapi tersebut. Terapi ARV dapat dikatakan optimal apabila ODHIV melaksanakan 95% dari semua dosis yang telah ditetapkan. Ketidakepatuhan terapi ARV dapat memungkinkan terjadinya resistensi obat pada ODHIV. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Erika, dkk (2021) diketahui bahwa tingkat kepatuhan terapi ARV masih berada pada persentase sebesar 38,8%. Selain itu, pada studi lain yang dilakukan oleh Fatmah Afrianty Gobel dkk., (2023) mencatat bahwa tingkat kepatuhan terapi ARV $\leq 95\%$ berada di persentase 33.3% dan didominasi oleh laki-laki.

Berbagai faktor menjadi penyebab target terkait HIV yang ditetapkan belum tercapai termasuk dengan target terkait dengan terapi pengobatan

ARV. Menurut studi pada lebih dari dua negara yang dilakukan oleh Koole *et al.*, (2016) menjelaskan bahwa terdapat empat kendala utama yang berhubungan dengan ketidakpatuhan terapi ARV. Kendala tersebut diantaranya yaitu (i) faktor individu pasien (usia, jenis kelamin, tingkat Pendidikan, pengetahuan pengobatan), (ii) faktor dukungan keluarga, (iii) pengobatan faktor rejimen terapi, (iv) faktor pendukung/ jaminan kesehatan.

Selain itu, menurut Irmawati (2018) menyatakan bahwa dukungan keluarga menjadi faktor penting yang berhubungan dengan ketidakpatuhan ODHIV dalam mengikuti terapi ARV. Studi tersebut menjelaskan bahwa dukungan keluarga menjadi faktor penting disebabkan oleh peran keluarga sangat besar dalam mengingatkan ODHIV untuk tetap rutin melakukan terapi dan menjadi *moral support* untuk ODHIV. Selain itu, sejalan dengan penelitian sebelumnya, menurut Ana, dkk., (2020), terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan, dukungan keluarga, dukungan teman sebaya, dan efek samping obat dengan tingkat kepatuhan terapi ARV pada ODHIV.

Dari penelitian yang dilakukan oleh Fatmah, dkk., (2023) diketahui bahwa dukungan sosial menjadi faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan terapi ARV pada ODHIV. Oleh karena itu, berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk menganalisis lebih lanjut terkait determinan sosial yang berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV pada LSL di Kota Makassar.

2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang, maka dapat dirumuskan masalah yang akan diteliti yaitu, “Apakah terdapat hubungan antara usia, tingkat pendidikan, dukungan, pendapatan, kepemilikan jaminan kesehatan, efek samping obat, dan akses pelayanan kesehatan dengan kepatuhan terapi ARV pada populasi berisiko LSL?”

3. Tujuan Penelitian

3.1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis determinan sosial yang berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV pada populasi berisiko LSL di Kota Makassar.

3.2. Tujuan Khusus

- 3.2.1. Untuk mengetahui hubungan antara usia populasi berisiko LSL dengan kepatuhan terapi ARV.
- 3.2.2. Untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan populasi berisiko LSL dengan kepatuhan terapi ARV.
- 3.2.3. Untuk mengetahui hubungan antara dukungan pada populasi berisiko LSL dengan kepatuhan ARV.
- 3.2.4. Untuk mengetahui hubungan antara pendapatan pada populasi berisiko LSL dengan kepatuhan ARV.
- 3.2.5. Untuk mengetahui hubungan antara kepemilikan jaminan kesehatan pada populasi berisiko LSL dengan kepatuhan ARV.

3.2.6. Untuk mengetahui hubungan antara efek samping obat pada populasi berisiko LSL dengan kepatuhan ARV.

3.2.7. Untuk mengetahui hubungan antara akses pelayanan kesehatan pada populasi berisiko LSL dengan kepatuhan ARV.

4. Manfaat Penelitian

4.1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi ilmiah, bahan bacaan, dan sumber kajian ilmiah untuk menambah wawasan dan pengetahuan terkait faktor yang berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV pada populasi berisiko LSL di Kota Makassar.

4.2. Manfaat Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi ilmiah untuk masyarakat dalam mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap ODHIV, serta menambah wawasan terkait terapi ARV pada ODHIV.

4.3. Manfaat Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan landasan bagi peneliti lain dalam melakukan penelitian sejenis terkait hubungan terapi ARV pada populasi berisiko LSL dan meningkatkan pencegahan penyebaran HIV/AIDS di masyarakat.

4.4. Manfaat Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada tenaga kesehatan dalam penanganan ODHIV di masyarakat dan memperluas wawasan tenaga kesehatan dalam mencegah dan mengatasi faktor-faktor yang akan mempengaruhi keberhasilan terapi ARV pada ODHIV.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. Tinjauan Umum Tentang HIV/AIDS

1.1. Definisi HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh sehingga daya tahan tubuh semakin lemah dan rentan di serang berbagai penyakit. HIV yang tidak cepat di tangani akan berkembang menjadi *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) yang mana kondisi ini terbilang sebagai stadium akhir dari infeksi HIV dan tubuh sudah tidak mampu melawan infeksi yang di timbulkan. Penularan dapat terjadi ketika berhubungan seks dan penggunaan jarum suntik yang tidak steril (Ersha dan Ahmad, 2018).

Dalam definisi lainnya, *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh secara bertahap yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Penyakit ini merupakan penyakit berbahaya dan harus diwaspadai dimana penyebarannya sangat cepat. HIV/AIDS merupakan salah satu penyakit infeksi peringkat atas yang dapat menyebabkan kematian. Dalam pernyataan lain dijelaskan bahwa HIV merupakan virus yang menginfeksi sel darah putih ini dapat menyebabkan menurunnya kekebalan tubuh manusia dan tentunya

masih menjadi salah satu masalah penyakit menular di Indonesia. Penderita yang memiliki gejala yang timbul karena menurunnya kekebalan tubuh akibat HIV ini sering disebut juga dengan penderita *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) (Emilda, 2021).

Selain itu, HIV ditemukan dalam cairan tubuh terutama pada darah, cairan sperma, cairan vagina, dan air susu ibu. Virus tersebut merusak sistem kekebalan tubuh manusia dan mengakibatkan turunnya atau hilangnya daya tahan tubuh sehingga mudah terjangkit penyakit infeksi. Gejala umum yang timbul antara lain demam, batuk, atau diare secara terus-menerus. Kumpulan gejala penyakit akibat lemahnya sistem kekebalan tubuh ini disebut dengan AIDS (Kumalasary, 2021).

1.2. Manifestasi Klinis HIV/AIDS

Tahapan-tahapan penyakit HIV menginfeksi penderitanya dapat dijabarkan melalui riwayat alamiah penyakit dimulai dari tahapan prepatogenesis hingga fase subklinis. Dimulai pada tahapan pertama yakni tahapan prepatogenesis, penyakit HIV/AIDS tidak mengalami tahapan ini dikarenakan penyakit HIV/AIDS penularannya dilakukan secara langsung atau harus mengalami kontak langsung oleh penderita. Kemudian berlanjut pada tahap patogenesis, dimana virus HIV menginfeksi sel vital pada sistem imun manusia seperti T *helper* (secara spesifik kepada sel T CD4+), makrofag, dan sel dendrit (Lorenzo-Redondo *et al.*, 2021).

Virus HIV ini akan menghancurkan sebagian besar atau keseluruhan sistem imun pada penderita dan di tahap ini pula para penderita dapat diindikasikan positif mengidap AIDS (Blencowe *et al.*, 2019). Gejala utama yang dapat mengindikasikan telah terinfeksi seseorang dengan virus ini adalah demam yang berkepanjangan, penurunan berat badan lebih dari 10% dalam kurun waktu tiga bulan, dan diare kronis selama lebih dari satu bulan secara berulang-ulang. Ada pula gejala minor dari penyakit ini adalah batuk kronis selama lebih dari satu bulan, munculnya penyakit herpes zoster pada tubuh penderita secara berulang-ulang, infeksi pada mulut dan tenggorokan yang disebabkan oleh *Candida albicans*, pembengkakan kelenjar getah bening, hingga bercak-bercak gatal pada mulut dan juga tenggorokan penderita. Setelah seseorang terinfeksi oleh virus HIV maka virus tersebut akan bergabung dengan DNA, sehingga seseorang yang mengidap penyakit tersebut akan terinfeksi seumur hidupnya (Nandasari dan Hendrati, 2015)

Pada tahapan selanjutnya yakni asimtomatik, HIV mulai berkembang di dalam tubuh penderita tersebut dan antibodi pun mulai terbentuk, penderita akan terlihat sehat selama 5-10 tahun bergantung pada daya tahan tubuhnya. Namun, rata-rata penderita akan bertahan selama 9 tahun. Dari data yang didapatkan, penderita HIV AIDS di negara berkembang akan bertahan dengan durasi yang lebih pendek. Kemudian, tahap terakhir yakni fase akut dimana penderita tidak lagi dapat

melakukan aktivitas apapun. Pengidap penyakit tahap akut akan mengalami nafas pendek, nafas yang berhenti sejenak, batuk, dan nyeri dada (Jambak, dkk., 2016).

Selain itu, penderita pun akan mengalami gangguan terhadap sistem saraf peripheral yang akan menimbulkan nyeri dan kesemutan pada telapak tangan dan kaki, refleks tendon yang kurang, serta mengalami tensi darah rendah, bahkan sampai impotent. Akibat gangguan sistem saraf ini juga para penderita akan mengalami kurang ingatan, sakit kepala, susah untuk berkonsentrasi, respon anggota gerak melambat, serta sering tampak linglung atau kebingungan (Justin, dkk., 2022).

1.3. Klasifikasi Klinis HIV/AIDS

Klasifikasi klinis pada ODHIV dapat dilihat dari setiap laporan infeksi HIV primer yang terjadi. Menurut CDC, infeksi HIV primer mampu dikenali pada setiap jenjang umur baik pada bayi, anak, remaja, dan dewasa dengan gejala sindrom retroviral. Tak hanya itu, infeksi HIV primer biasanya muncul bersamaan dengan serangan nyeri febril akut pada 2-4 minggu setelah terjadinya paparan. Kejadian ini sering pula diikuti dengan limfadenopati, faringitis, maculopapular, ruam, tukak orogenital, dan meningosephalitis. Oleh karena itu, untuk mempermudah dalam mendiagnosis ODHIV dilakukan klasifikasi klinis sebagai berikut (Oktafiani, dkk., 2018):

1.3.1. Stadium I

Pada stadium satu, infeksi biasanya bersifat asimtomatik dan ODHIV masih dapat melakukan aktivitas secara normal. Pada stadium ini dijumpai adanya *Persisten Generalized Lymphadenopathy* (PGL) atau pembengkakan kelenjar getah bening di beberapa tempat yang menetap.

1.3.2. Stadium II

Pada stadium II, infeksi telah bersifat simptomatik namun ODHIV masih dapat melakukan aktivitas secara normal. Akan tetapi, berat badan akan menurun <10%, terdapat herpes zoster dalam 5 tahun terakhir, adanya infeksi saluran pernapasan atas seperti sinusitis bacterial, dan adanya manifestasi klinis mukokutaneus minor seperti infeksi jamur kuku.

1.3.3. Stadium III

Secara umum, pada stadium ini kondisi tubuh ODHIV mulai lemah dengan aktivitas di tempat tidur <50%. Pada stadium ini ODHIV juga mengalami penurunan berat badan >10% dengan terjadinya diare kronis serta demam berkepanjangan yang tidak diketahui penyebabnya yang dapat berlangsung lebih dari 1 bulan. Tak hanya itu, terdapat pula kandidiasis oral, TB paru, maupun infeksi bacterial berat seperti pneumonia.

1.3.4. Stadium IV

Pada stadium ini, kondisi tubuh pada umumnya mulai menunjukkan kondisi sangat lemah dengan aktivitas di tempat tidur sebesar >50%. Pada stadium ini telah terjadi HIV wasting syndrome dan infeksi oportunistik pada ODHIV semakin bertambah seperti toksoplasmosis otak dan kriptosporidiosis dengan diare yang terjadi lebih dari 1 bulan. Kemudian, terjadi infeksi *Cytomegalovirus* (CMV) pada organ selain hati, limpa, dan kelenjar getah bening. Selain itu, ditemukan pula TB ekstrapulmonar, limfoma, sarcoma kaposi, dan kandidiasis esophagus.

1.4. Tes Diagnosis HIV/AIDS

Tes diagnosis infeksi pada orang yang diduga terinfeksi HIV/AIDS telah tertera dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/90/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV, dimana pada keputusan tersebut dijelaskan bahwa diagnosis pada *suspect* dapat dilakukan dengan dua metode yaitu pemeriksaan serologis dan virologis.

1.4.1. Pemeriksaan Serologis

Pemeriksaan serologis merupakan sebuah uji yang dilakukan untuk mengidentifikasi adanya antibodi pada mikroorganisme pada penyebab suatu infeksi. Metode pemeriksaan serologis yang sering dilakukan untuk mengidentifikasi HIV dalam tubuh ODHIV adalah (i) *Rapid*

Immunochromatography Test (tes cepat) dan (ii) *Enzyme Immunoassay* (EIA).

1.4.2. Pemeriksaan Virologis

Lain halnya dengan pemeriksaan serologis, pemeriksaan virologis dilakukan dengan cara memeriksa DNA dan RNA HIV. Di Indonesia, apabila suatu daerah tidak memiliki sarana pemeriksaan DNA HIV, maka digunakan pemeriksaan RNA HIV yang bersifat kuantitatif atau dapat dilakukan dengan merujuk ke tempat yang menyediakan sarana pemeriksaan DNA HIV dengan menggunakan tetes darah kering (*dried blood spot*).

2. Tinjauan Umum Tentang Dukungan

2.1. Dukungan Keluarga

Di negara-negara Asia, keluarga merupakan sumber dukungan utama bagi seseorang yang memiliki keterbatasan. Menurut Kamaryati dan Porntip pada tahun 2020, dukungan keluarga merupakan upaya dalam mempromosikan nilai dan tujuan suatu keluarga dengan memfasilitasi, menyediakan, dan mendorong anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhannya. Selain itu, menurut Aditama dan Awang pada tahun 2021, dukungan keluarga merupakan sebuah sikap ataupun tindakan dalam bentuk verbal dan non-verbal baik berupa informasi atau saran, bantuan nyata, dan kehadiran keluarga secara emosional. Dukungan keluarga tersebut terbagi menjadi empat bagian yaitu (i) dukungan informasi, (ii)

dukungan harga diri, (iii) dukungan praktis, dan (iv) dukungan rasa memiliki.

Menurut Rodriguez et al., dalam Stevenson et al., pada tahun 2022 menyatakan bahwa dukungan keluarga memiliki peran penting dalam mencegah dampak stres dan diskriminasi yang ada pada seseorang. Selain itu, keluarga juga dianggap dapat meningkatkan kesejahteraan melalui partisipasi dan rasa memiliki satu sama lain. Secara positif, dukungan keluarga yang diberikan dapat menjadikan seseorang mampu menghadapi maupun menyelesaikan masalah dengan baik.

2.2. Dukungan Teman Sebaya

Teman sebaya biasanya merupakan sebuah hubungan mutualisme yang dilakukan secara sukarela oleh seseorang. Pada dasarnya, teman dapat berbagi minat yang sama dan seringkali hubungan ini lebih diutamakan serta merupakan suatu ikatan intim yang unik dalam kehidupan. Dikarenakan hubungan pertemanan lebih sering diutamakan, sehingga hal tersebut mempengaruhi perkembangan dan kesejahteraan seseorang secara signifikan. Dukungan dari teman sebaya dianggap dapat membantu mereka saat mengalami krisis atau merasa tertekan (Machanda *et al.*, 2023). Selain itu, dukungan teman sebaya memungkinkan seseorang untuk mengembangkan diri, belajar, dan bertahan hidup. Dukungan teman sebaya juga dapat menimbulkan

perubahan positif dalam seseorang secara fisik dan biokimia (Taylor *et al.*, 2000).

2.3. Dukungan Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan merupakan salah satu profesi yang mempunyai tanggung jawab sosial yang sangat besar, hal tersebut dikarenakan tenaga kesehatan memiliki tugas untuk merawat pasien. Selain itu, peran penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat merupakan peran seorang tenaga kesehatan. Hal tersebut menjadikan tenaga kesehatan sangat membantu terhadap peningkatan proses penyembuhan seseorang (Herawati, 2020).

Selain itu, tenaga kesehatan berperan dalam memberikan layanan dan nasihat kesehatan kepada masyarakat. Tenaga kesehatan juga berperan dalam mengurangi kejadian keterlambatan pengobatan pada seorang pasien. Oleh sebab itu, dukungan tenaga kesehatan merupakan aspek penting dalam kepatuhan berobat (Aminin, 2022).

3. Tinjauan Umum Tentang Terapi ARV

3.1. Definisi Terapi ARV

Antiretroviral (ARV) merupakan obat yang bertujuan untuk menghentikan aktivitas virus, memulihkan sistem imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik, memperbaiki kualitas hidup serta menurunkan kecacatan. ARV juga tidak menyembuhkan pasien HIV, namun bisa memperbaiki kualitas hidup dan memperpanjang usia

harapan hidup pasien HIV/AIDS (Ersha dan Ahmad, 2018). ARV merupakan pengobatan HIV yang paling berhasil hingga saat ini. Obat ARV terdiri dari gabungan/paduan beberapa jenis obat yang harus diminum seumur hidup, maka dengan itu diperlukan kepatuhan yang tinggi (>95%) dan setiap pasien harus minum obat sesuai dosis dan waktu yang ditentukan. Ketidakepatuhan dalam pengobatan akan membuat ODHA resisten terhadap terapi dan risiko tinggi akan menularkan virus ke orang lain. Ketidakepatuhan dapat disebabkan karena faktor pribadi atau faktor tingkat sistem. Menurut Black & Jacob (2015), faktor personal meliputi beberapa hal seperti lupa, keengganan menderita efek samping, kurangnya pengetahuan, jumlah pil yang banyak, kurangnya dukungan sosial dan keengganan membuat perubahan gaya hidup yang diperlukan oleh regimen pengobatan (Harison, Waluyo dan Jumaiyah, 2020).

3.2. Efek Samping Terapi ARV

Efek samping pada terapi ARV umumnya berbeda-beda pada tiap obat. Efek samping yang umum terjadi adalah efek samping yang bersifat jangka pendek dan ringan seperti anemia, diare, masalah pada saraf, pusing, sakit kepala, mual, muntah, nyeri, dan ruam. Sedangkan terdapat efek samping lainnya yaitu efek samping jangka panjang dan bersifat lebih berat seperti resistensi insulin, kelainan lipid, penurunan kepadatan tulang, lipodistrofi, dan asidosis laktat (Schneider dan Dittmer, 2017).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Barus pada tahun 2017, menyatakan bahwa 40% responden yang melakukan terapi ARV merasakan adanya efek samping dengan 15,38% mengalami mual/muntah dan sakit kepala akibat terapi ARV dengan jenis terapi kombinasi ARV TDF+3TC+EFV. Selain itu, jenis efek samping ARV yang didapatkan juga berupa ruam/alergi dengan persentase 23,08%.

4. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan Berobat

4.1. Definisi Kepatuhan Berobat

Kepatuhan memiliki berbagai macam definisi menurut para ahli. Menurut Santoso (2005), kepatuhan merupakan tingkatan seorang pasien dalam melakukan pengobatan dan berperilaku sesuai dengan anjuran oleh dokter atau para ahli. Kemudian, menurut Koziar (2010) kepatuhan berobat merupakan suatu perilaku dalam menaati aturan dalam hal ini merupakan pengobatan yang melingkupi perlakuan khusus mengenai lifestyle, istirahat, olahraga, konsumsi obat, jadwal waktu minum obat, dan waktu berkunjung serta berhenti berobat.

Selain itu, terdapat berbagai definisi lainnya terkait kepatuhan berobat. Salah satunya adalah definisi yang dikemukakan oleh Horney pada tahun 2022 terkait *concordance* dimana kepatuhan merupakan perilaku dalam mematuhi resep yang diberikan oleh dokter dengan adanya proses konsultasi atau komunikasi dari dokter ke pasien untuk mendukung keputusan dalam pengobatan.

4.2. Pengukuran Perilaku Kepatuhan Berobat

Menurut Mukarromah dan Azinar (2021), pengukuran perilaku kepatuhan berobat dapat dilakukan dengan lima cara, yakni:

4.2.1. Menanyakan pada petugas

Keakuratan terkait estimasi yang diberikan oleh petugas atau dokter pada umumnya salah, sehingga metode ini biasanya akan menjadi pilihan terakhir untuk mengukur perilaku kepatuhan berobat pada pasien.

4.2.2. Menanyakan pada individu

Metode ini dilakukan dengan cara menanyakan kepada pasien terkait terapi atau pengobatan yang telah dilakukan. Namun, salah satu kekurangan pada metode ini adalah seringkalinya pasien berbohong untuk menghindari intimidasi dari pihak tenaga kesehatan. Akan tetapi, metode ini dianggap lebih valid dibandingkan metode sebelumnya.

4.2.3. Menanyakan pada individu yang memantau pasien

Pengukuran ini biasanya dilakukan oleh pasien yang susah untuk memantau pengobatan atau terapinya sendiri. Akan tetapi, metode ini memiliki beberapa kekurangan. Kekurangan tersebut adalah keadaan dimana observasi yang tidak dapat selalu dilakukan secara teratur, contohnya observasi pada pasien yang sedang mengikuti diet makan atau konsumsi alkohol.

4.2.4. Menghitung banyak obat

Pengukuran dengan menghitung banyak obat menjadi pilihan yang biasa dilakukan oleh dokter untuk menghitung kepatuhan berobat pasien. Metode ini dianggap ideal karena kemungkinan kesalahan yang dapat dilakukan dalam hal menghitung jumlah obat yang berkurang dari botolnya. Akan tetapi, kesalahan yang mungkin terjadi berkaitan dengan kelalaian pasien dalam mengkonsumsi jenis obat yang telah disarankan.

4.2.5. Memeriksa bukti biokimia

Metode memeriksa bukti biokimia merupakan sebuah metode yang dilakukan untuk mengetahui kepatuhan dalam mengikuti pengobatan dengan cara menganalisis sampel darah atau urin pada penderita. Metode ini lebih objektif dibandingkan dengan metode sebelumnya. Akan tetapi, kekurangan pada metode ini adalah biaya yang perlu dikeluarkan oleh pasien yang tergolong cukup mahal.

4.3. Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi ARV

Berdasarkan Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral (2011), faktor-faktor yang mempengaruhi ODHIV dalam melakukan terapi ARV adalah karakteristik individu, fasilitas layanan kesehatan, paduan terapi ARV, hubungan antara ODHIV dan tenaga kesehatan, dan karakteristik penyakit penyerta. Selain itu, menurut Riska Ratnawati (2017), faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHIV dibagi menjadi empat, yaitu (i) pemahaman tentang instruksi (berkaitan dengan

pengetahuan ODHIV terkait terapi ARV), (ii) kualitas interaksi (berkaitan dengan komunikasi antar ODHIV dan tenaga kesehatan), (iii) isolasi sosial dan keluarga (berkaitan dengan dukungan keluarga dan lingkungan sosial kepada ODHIV), dan (iv) sikap dan kepribadian (berkaitan dengan kemauan ODHIV untuk mengikuti terapi ARV).

Kemudian, menurut Koole *et al.*, (2016) faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi ARV juga dibagi menjadi empat, yaitu: (i) karakteristik ODHIV (berkaitan dengan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pengetahuan pengobatan), (ii) dukungan keluarga, (iii) pengobatan faktor rejimen terapi (berkaitan dengan efek samping obat dan jenis terapi ARV yang dilakukan), dan (iv) pendukung (berkaitan dengan biaya pengobatan dan jaminan kesehatan). Selain itu, pendapat lain menyebutkan, menurut Black dan Jacob (2015) bahwa ketidakpatuhan terapi ARV disebabkan oleh faktor pribadi atau faktor sistem (berkaitan dengan lupa, efek samping pengobatan, pengetahuan dan dukungan sosial yang kurang, dan ketidakinginan dalam mengubah gaya hidup) (Harison, Waluyo dan Jumaiyah, 2020).

5. Tinjauan Umum Tentang Determinan Sosial Kesehatan

5.1. Definisi Determinan Sosial Kesehatan

Teori determinan sosial kesehatan atau dikenal dengan teori ekososial kesehatan merupakan teori yang diperkenalkan oleh Dahlgren dan Whitehead pada tahun 1991. Teori ini berkaitan erat dengan faktor-faktor

yang mempengaruhi kesehatan suatu individu. Dalam teori ini menjelaskan bahwa kesehatan dengan kondisi sosial-ekonomi, lingkungan, perilaku dan gaya hidup, serta karakteristik individu merupakan suatu hal yang tidak dapat dipisahkan (Susser dan Bresnahan, 2001).

Secara sistematis, dalam teori ini mengartikan bahwa kesehatan individu, komunitas, dan populasi dipengaruhi oleh faktor pada berbagai level. Kemudian, secara holistik teori ini memiliki artian bahwa kesehatan individu yang ingin ditingkatkan pada teori ini meliputi aspek biopsikososial. Selain itu, menurut fungsinya, teori ini berfungsi sebagai heuristik yang berguna untuk membantu seseorang untuk berpikir berbagai faktor penentu kesehatan pada masyarakat seperti sistem pelayanan kesehatan, Kerjasama antar sektor lain dari pemerintahan seperti pendidikan, tenaga kerja, pembangunan ekonomi, dan pertanian untuk menciptakan kebijakan mengenai arti “sehat” di masyarakat (Horney, 2022).

5.2. Konsep Determinan Sosial Kesehatan

Secara konsep, Dahlgren dan Whitehead menjelaskan bahwa kesehatan atau suatu penyakit yang dialami seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor yang terletak di berbagai lapisan lingkungan dan sebagian besar dari faktor tersebut dapat diubah (*modifiable factors*) (Krieger, 2001).



Gambar 2.1. Model Determinan Eko-Sosial Kesehatan

Gambar 2.1 merupakan bentuk dari determinan eko-sosial kesehatan yang dipaparkan oleh Dahlgren dan Whitehead pada tahun 1992. Dalam model tersebut dijelaskan terdapat pembagian lapisan terkait faktor yang berhubungan dengan kesehatan suatu individu. Lapisan tersebut dijelaskan sebagai berikut (*National Academy of Sciences, 2002*):

5.2.1. Lapisan pertama (level mikro/*downstream*)

Pada lapisan pertama atau disebut dengan level mikro menyebutkan bahwa suatu determinan kesehatan meliputi perilaku dan gaya hidup individu, yang meningkatkan ataupun merugikan kesehatan, misalnya pilihan untuk melakukan terapi ARV atau tidak melakukan terapi ARV. Pada level mikro, faktor konstusional genetik berinteraksi dengan paparan lingkungan dan memberikan perbedaan apakah individu lebih rentan atau lebih kuat menghadapi paparan lingkungan yang merugikan. Perilaku dan karakteristik individu dipengaruhi oleh pola keluarga, pola pertemanan, dan norma-norma di dalam komunitas.

5.2.2. Lapisan kedua (level meso)

Pada lapisan kedua atau disebut juga dengan level meso, suatu determinan kesehatan dipengaruhi oleh sosial dan komunitas yang meliputi norma komunitas, nilai-nilai sosial, lembaga komunitas, modal sosial, jejaring sosial, dan sebagainya. Faktor sosial pada level komunitas dapat memberikan dukungan bagi anggota-anggota komunitas pada keadaan yang menguntungkan bagi kesehatan. Sebaliknya faktor yang ada pada level komunitas dapat juga memberikan efek negatif bagi individu dan tidak memberikan dukungan sosial yang diperlukan bagi kesehatan anggota komunitas.

5.2.3. Lapisan ketiga (level ekso)

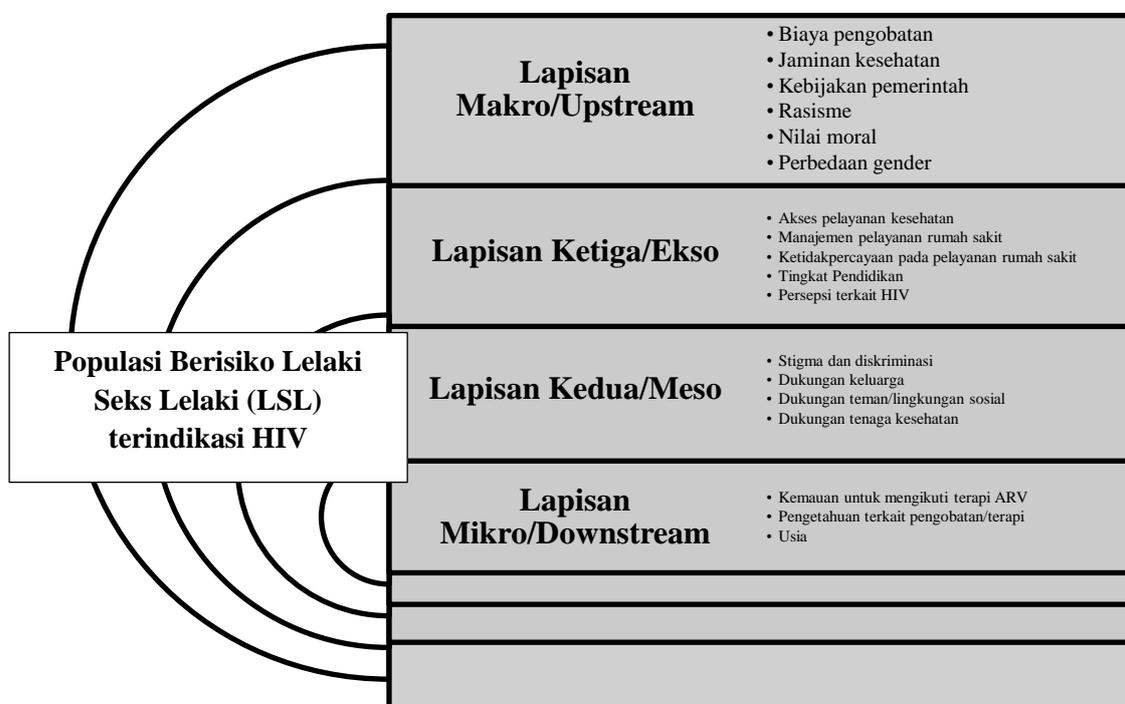
Pada lapisan ketiga atau biasa disebut level ekso, determinan kesehatan yang dimaksud terdiri dari faktor-faktor struktural, diantaranya: lingkungan pemukiman/ perumahan/ papan yang baik, ketersediaan pangan, ketersediaan energi, kondisi di tempat bekerja, kondisi sekolah, penyediaan air bersih dan sanitasi lingkungan, akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, akses terhadap pendidikan yang berkualitas, lapangan kerja yang layak.

5.2.4. Lapisan terluar (level makro/*upstream*)

Pada lapisan terakhir atau lapisan terluar, determinana kesehatan yang dimaksud terdiri dari kondisi-kondisi dan kebijakan makro sosial-ekonomi, budaya, dan politik umumnya, serta lingkungan fisik. Termasuk

faktor-faktor makro yang terletak di lapisan luar adalah kebijakan publik, stabilitas sosial, ekonomi, dan politik, hubungan internasional/ kemitraan global, investasi pembangunan ekonomi, peperangan/ perdamaian, perubahan iklim dan cuaca, ekosistem, bencana alam (maupun bencana buatan manusia/ *man-made disaster* seperti kebakaran hutan).

6. Kerangka Teori



Gambar 2.2. Kerangka Teori Determinan Sosial Modifikasi yang Berhubungan dengan Populasi Berisiko Lelaki Seks Lelaki (LSL) yang Terindikasi HIV (Dahlgren dan Whitehead, 1992) dalam (Phiblin *et al*, 2016)