

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) masih menjadi tantangan serius dalam kesehatan masyarakat global. Data UNAIDS (2023) menunjukkan bahwa hingga tahun 2023, diperkirakan terdapat 39,9 juta orang yang hidup dengan HIV di seluruh dunia, dengan 1,3 juta kasus baru dan sekitar 630.000 kematian akibat penyakit terkait *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Infeksi HIV AIDS tidak hanya berdampak pada aspek fisik, tetapi juga menimbulkan tekanan sosial, psikologis, dan ekonomi yang signifikan bagi individu yang terinfeksi (Mahamboro et al., 2020).

Pengobatan Antiretroviral (ARV) merupakan upaya pengobatan jangka panjang yang digunakan untuk mengendalikan HIV. Tujuan utama dari pengobatan ARV adalah menekan replikasi virus hingga tidak terdeteksi dalam darah, sehingga memperlambat perkembangan penyakit, meningkatkan kualitas hidup penderita, serta menurunkan risiko penularan virus kepada orang lain (UNAIDS, 2023).

Pengobatan ARV harus dikonsumsi secara teratur untuk menekan jumlah virus dalam tubuh (viral load) sehingga dapat mencegah perkembangan penyakit menuju tahap AIDS (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Namun, efektivitas pengobatan ARV sangat ditentukan oleh kepatuhan orang dengan HIV dalam menjalani pengobatan. Kepatuhan ini mencakup konsumsi obat sesuai anjuran dokter, termasuk ketepatan waktu, cara penggunaan, serta menghindari interaksi obat yang dapat mengurangi efektivitas pengobatan (Supriyati et al., 2023).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengidentifikasi empat populasi kunci yang menjadi sasaran strategi nasional dalam upaya pencegahan dan pengendalian HIV AIDS yaitu Pekerja Seks Perempuan (PSP), Lelaki Seks Lelaki (LSL), Pengguna Narkoba Suntik (Penasun), dan transgender (Kemenkes RI, 2022). Salah satu populasi kunci yang memerlukan perhatian khusus dalam upaya penanggulangan HIV adalah kelompok LSL. LSL merupakan suatu fenomena yang mencerminkan adanya ketertarikan pribadi, emosional, maupun seksual terhadap sesama jenis. Kondisi ini dikaitkan dengan berbagai risiko kesehatan, termasuk peningkatan kerentanan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) serta tingginya risiko penularan HIV (Yuwanti, 2023).

Meskipun berbagai upaya telah dilakukan secara global maupun nasional, angka penularan HIV tetap tinggi, terutama pada kelompok-kelompok yang tergolong populasi kunci. Salah satu kelompok yang paling rentan adalah LSL, yang memiliki risiko penularan HIV sekitar 16 kali lebih tinggi dibandingkan populasi umum (UNAIDS, 2021). Kelompok LSL termasuk dalam populasi kunci yang sangat rentan terhadap penularan HIV AIDS akibat faktor perilaku maupun sosial. Penelitian yang dilakukan oleh Setiawati dan Febriyanto (2020) menunjukkan bahwa LSL cenderung memiliki perilaku seksual berisiko tinggi,

seperti sering berganti pasangan dan tidak menggunakan kondom saat berhubungan seksual. Kondisi tersebut menjadikan kelompok LSL sebagai salah satu kontributor utama dalam peningkatan angka kejadian HIV AIDS di Indonesia.

Kepatuhan terhadap pengobatan ARV merupakan faktor kunci dalam keberhasilan pengendalian HIV, WHO (2023) menegaskan bahwa kepatuhan tinggi minimal 95% dibutuhkan untuk menjaga efektivitas pengobatan, mencegah resistensi obat, dan mencapai supresi viral load. Kepatuhan terhadap ARV secara langsung berpengaruh terhadap supresi viral load, pencegahan resistensi obat, serta penurunan angka morbiditas dan mortalitas pada Orang dengan HIV (ODHIV).

Kepatuhan terhadap pengobatan ARV bukan hanya persoalan individual, tetapi juga merupakan tantangan kesehatan masyarakat yang kompleks. Menurut laporan terbaru *World Health Organization* (WHO), kepatuhan yang rendah terhadap pengobatan ARV masih menjadi hambatan utama dalam pengendalian HIV secara global, khususnya di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Selain itu, kepatuhan juga membantu memperbaiki kondisi kesehatan dan daya tahan tubuh pasien. Karena itu, saat seseorang dinyatakan positif HIV, biasanya langsung diberikan konseling setelah diagnosis untuk mendukung kesiapan menjalani pengobatan (Isnaini et al., 2023).

Data UNAIDS menunjukkan pada akhir Desember 2023, sekitar 30,7 juta orang yang hidup dengan HIV sudah mendapatkan pengobatan ARV, hal ini meningkat pesat dibandingkan tahun 2010 yang hanya sekitar 7,7 juta orang. Namun, jumlah ini masih belum mencapai target global tahun 2025, yaitu sebanyak 34 juta orang mendapatkan pengobatan ARV. Secara keseluruhan, 77% ODHIV sudah menjalani pengobatan ARV. Jika dilihat dari usia, 77% orang dewasa (usia 15 tahun ke atas) sudah mendapat pengobatan, sedangkan anak-anak usia 0–14 tahun yang mendapat pengobatan hanya 57% (UNAIDS, 2021).

Data pengobatan ARV nasional tahun 2024 menunjukkan bahwa dari estimasi 503.261 Orang dengan HIV (ODHIV), 70% telah mengetahui status HIV mereka, 62% di antaranya menjalani pengobatan ARV, dan 42% berhasil mencapai supresi viral (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Angka ini menunjukkan kesenjangan antara jumlah ODHIV dan mereka yang menjalani pengobatan, yang mengindikasikan masih rendahnya kepatuhan terhadap pengobatan ARV di tingkat nasional.

Tingginya risiko penularan HIV pada kelompok LSL tidak hanya disebabkan oleh faktor biologis, tetapi juga diperkuat oleh berbagai hambatan sosial, seperti stigma, diskriminasi, dan akses layanan kesehatan yang terbatas, sebagaimana dijelaskan dalam *Strategi AIDS Global 2021–2026*. Strategi tersebut menekankan pentingnya pencapaian target 95-95-95, yaitu: 95% orang yang hidup dengan HIV mengetahui statusnya, 95% dari mereka mengakses pengobatan ARV, dan 95% dari mereka mencapai supresi virus hingga tingkat tidak terdeteksi (*undetectable*), sebagai upaya global untuk mengakhiri AIDS

sebagai ancaman kesehatan masyarakat pada tahun 2030 (UNAIDS, 2021).

Berdasarkan Laporan Perkembangan HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Semester I Tahun 2024, tercatat bahwa sepanjang periode Januari hingga Juni 2024 ditemukan sebanyak 31.564 kasus positif HIV, dengan 23.375 orang (74,1%) di antaranya telah mengakses pengobatan ARV. Jika dilihat berdasarkan distribusi usia, mayoritas kasus ODHIV berasal dari kelompok usia 25–49 tahun dan ditemukan pada laki-laki (71%). Selain itu, sebanyak 30,5% kasus ODHIV yang ditemukan dalam periode tersebut berasal dari kelompok LSL (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Studi yang dilakukan di salah satu klinik swasta di Jakarta mengungkapkan bahwa tingkat kepatuhan ARV pada LSL masih belum mencapai angka 80%. Rendahnya kepatuhan ini menjadi perhatian serius karena dapat menimbulkan kegagalan pengobatan (Nafisah, 2020). Selain itu, ketidakpatuhan juga meningkatkan risiko penularan HIV kepada orang lain, sehingga memperumit upaya pengendalian epidemi.

Sementara itu, Provinsi Sulawesi Selatan mengalami tren peningkatan kasus HIV yang signifikan dalam empat tahun terakhir, dari 1.490 kasus pada tahun 2021 menjadi 2.135 kasus pada tahun 2024, yang mencerminkan tantangan serius dalam pengendalian HIV. Kota Makassar menjadi wilayah dengan beban kasus HIV tertinggi yaitu 43%, diikuti Kabupaten Gowa sebanyak 320 kasus dan Kabupaten Bone 280 kasus. Berdasarkan faktor risiko, kelompok LSL merupakan penyumbang kasus terbanyak dengan 976 kasus, jauh melebihi kelompok risiko lainnya seperti pasangan Orang dengan HIV AIDS (ODHA) sebanyak 429 kasus dan waria 84 kasus.

Kota Makassar merupakan salah satu kota di Sulawesi Selatan dengan kasus HIV AIDS yang cukup tinggi dan cenderung mengalami peningkatan kasus baru setiap tahunnya. Data Awal Dinas Kesehatan Kota Makassar tahun 2024 menunjukkan jumlah kasus HIV yang ditemukan mencapai 925 kasus. Dari total kasus tersebut, hanya 690 orang atau hanya 75% yang tercatat telah mengakses pengobatan ARV. Sehingga, terdapat sekitar 235 orang atau 25% dari ODHIV yang telah terdiagnosis namun belum memulai atau belum tercatat mengakses pengobatan ARV. Dari keseluruhan kasus HIV yang ditemukan, sekitar 54% berasal dari kelompok risiko LSL, yang menunjukkan bahwa LSL merupakan kelompok penyumbang terbesar dalam epidemi HIV di wilayah ini.

Penelitian Sri Syatriani et al., (2023) di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar menunjukkan bahwa dari 123 pasien HIV dengan orientasi LSL, sebanyak 101 orang (82,1%) tercatat patuh dalam mengonsumsi obat ARV. Berdasarkan sebaran wilayah per puskesmas di Kota Makassar hingga Desember 2024, tercatat sebanyak 3.028 ODHIV yang mengakses pengobatan ARV di 20 puskesmas yang menyediakan layanan tersebut. Dari jumlah tersebut, Puskesmas Jumpandang Baru mencatat jumlah kunjungan tertinggi, dengan total 845 ODHIV yang mengakses layanan pengobatan ARV.

Model *Precede* yang dikembangkan oleh Green menjelaskan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu faktor predisposisi

(pengetahuan, sikap, dan kepercayaan), faktor pendukung (ketersediaan sumber daya dan akses layanan kesehatan), serta faktor pendorong (dukungan sosial dan umpan balik dari lingkungan) (Green dan Kreuter, 1991). Selanjutnya, Kar (1983) memperkuat kerangka ini dengan menekankan bahwa dukungan sosial, terutama dari keluarga dan tenaga kesehatan, berperan penting dalam mendorong individu untuk mempertahankan perilaku kesehatan yang positif. Oleh karena itu, model ini dianggap relevan dalam mengkaji berbagai faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan ARV pada ODHIV, karena mampu menjelaskan keterkaitan antara aspek individu, sosial, dan lingkungan secara menyeluruh.

Kepatuhan dalam pengobatan ARV merupakan isu kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Koole et al., (2016), terdapat empat faktor utama yang berkontribusi terhadap ketidakpatuhan pasien dalam menjalani pengobatan yaitu faktor individu pasien, dukungan keluarga, kompleksitas rejimen, serta keterbatasan akses dan jaminan layanan kesehatan. Faktor individu pasien mencakup usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pengetahuan mengenai pengobatan, yang dapat memengaruhi pemahaman serta sikap pasien terhadap pentingnya pengobatan. Dukungan keluarga yang rendah berdampak pada lemahnya motivasi dan semangat pasien untuk menjalani pengobatan secara konsisten. Di samping itu, rejimen pengobatan yang kompleks seperti efek samping yang dirasakan, sering menjadi hambatan dalam mempertahankan kepatuhan. Keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan dan minimnya jaminan sosial, seperti biaya transportasi atau ketersediaan layanan, juga turut memperburuk tingkat kepatuhan pasien (Koole et al., 2016).

Salah satu faktor individu yang berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan ARV adalah pendidikan. Tingkat pendidikan juga berperan penting dalam membentuk perilaku kesehatan, termasuk kepatuhan terhadap pengobatan ARV. Hal ini diperkuat oleh temuan Fedonni et al., (2021), yang menunjukkan bahwa persentase kepatuhan pengobatan ARV lebih tinggi pada responden dengan pendidikan tinggi dibandingkan mereka yang berpendidikan rendah. Pendidikan yang lebih tinggi tidak hanya meningkatkan literasi kesehatan, tetapi juga membentuk kepercayaan diri dan keterampilan pengambilan keputusan yang mendukung kepatuhan jangka panjang terhadap pengobatan HIV. Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki pemahaman yang lebih baik mengenai pentingnya pengobatan ARV, cara kerja obat, serta risiko jika pengobatan tidak dijalankan dengan benar.

Tingkat pendidikan yang baik sering kali diiringi dengan pengetahuan yang memadai mengenai pengobatan. Pengetahuan tentang pengobatan ARV terbukti berpengaruh positif secara signifikan terhadap kepatuhan pengobatan ARV pada kelompok laki-laki seks dengan laki-laki yang hidup dengan HIV. Hasil analisis dalam studi oleh Jiao et al., (2022) menunjukkan bahwa semakin tinggi skor pengetahuan ARV, semakin besar kemungkinan seseorang

melaporkan kepatuhan penuh terhadap pengobatan ARV. Temuan ini diperkuat oleh penelitian Jusriana et al., (2020) yang menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan pasien juga berkorelasi positif dengan kepatuhan pengobatan ARV. Pengetahuan yang memadai tentang manfaat pengobatan terbukti meningkatkan kemampuan pasien dalam mengambil keputusan pengobatan yang tepat (Mgbako et al., 2022).

Namun, kepatuhan pengobatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor individu. Dukungan sosial juga memegang peranan krusial dalam meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan ARV. Hasil penelitian Sulistia (2024) menunjukkan bahwa dukungan sosial berhubungan dengan kepatuhan pengobatan karena keberadaan keluarga, teman, maupun orang terdekat mampu memberikan dorongan emosional, motivasi, serta bantuan praktis yang membuat pasien merasa tidak sendirian dalam menghadapi penyakitnya. Selain itu, perasaan diterima dan didukung meningkatkan keyakinan diri serta mengurangi stres, sehingga pasien lebih termotivasi untuk mengikuti aturan minum obat secara konsisten.

Meskipun dukungan sosial memiliki hubungan yang signifikan dengan peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan ARV, penelitian Gobel et al., (2023) menunjukkan bahwa stigma tetap menjadi hambatan utama yang sulit diatasi. Banyak ODHIV enggan mengungkapkan status HIV mereka karena takut mengalami penolakan, penghakiman moral, atau perlakuan diskriminatif. Ketakutan ini menyebabkan terbatasnya akses yang seharusnya dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan. Kondisi tersebut menciptakan dilema di mana dukungan keluarga yang potensial tidak dapat dimanfaatkan secara optimal karena adanya hambatan stigma. Hal ini juga diperkuat oleh temuan Meyers et al., (2022) yang menunjukkan bahwa stigma HIV secara signifikan menurunkan tingkat kepatuhan terhadap pengobatan ARV, khususnya pada populasi LSL. Stigma yang dialami oleh kelompok ini, baik dalam bentuk diskriminasi terbuka maupun penolakan sosial menjadi hambatan dalam menjaga konsistensi pengobatan dan mengakses layanan kesehatan secara berkelanjutan.

Secara khusus, kelompok LSL menghadapi beban stigma ganda, baik karena status HIV maupun orientasi seksualnya, yang menyebabkan mereka enggan terbuka, ragu mengakses layanan kesehatan, dan kesulitan mempertahankan kepatuhan terhadap pengobatan. Kondisi ini tidak hanya menghambat efektivitas pengobatan, tetapi juga meningkatkan risiko terjadinya resistensi dan penularan virus (Hutahaeen et al., 2023).

Selain faktor tersebut, efek samping obat ARV juga turut mempengaruhi kepatuhan pengobatan. Berdasarkan penelitian Ratnawati et al., (2022), efek samping obat ARV terbukti berhubungan secara signifikan dengan tingkat kepatuhan minum obat pada ODHIV. Temuan ini menunjukkan bahwa efek samping ARV dapat menjadi penghambat utama kepatuhan, karena menimbulkan ketidaknyamanan fisik, kecemasan, atau bahkan ketakutan untuk melanjutkan pengobatan. Temuan Jusriana et al., (2020) juga menyatakan

bahwa ODHIV yang mengalami efek samping cenderung memiliki tingkat kepatuhan lebih rendah dibandingkan dengan ODHIV yang tidak mengalami efek samping.

Kepatuhan terhadap pengobatan ARV merupakan salah satu faktor kunci dalam keberhasilan pengobatan, karena konsumsi obat yang tidak konsisten dapat menyebabkan resistensi obat, meningkatkan jumlah virus dalam tubuh, meningkatkan risiko penularan, menurunkan kualitas hidup ODHIV dan menimbulkan berbagai infeksi oportunistik (Gobel et al., 2023). Meskipun banyak penelitian tentang kepatuhan pengobatan ARV, kondisi sosial budaya dan stigma di daerah ini berbeda dengan wilayah lain, sehingga perlu kajian khusus untuk memahami faktor lokal yang memengaruhi kepatuhan pengobatan.

Puskesmas Jumpandang Baru merupakan salah satu puskesmas yang menyediakan layanan pengobatan HIV, termasuk pengobatan ARV bagi ODHIV. Puskesmas ini tercatat sebagai fasilitas kesehatan dengan jumlah kasus HIV tertinggi di Kota Makassar, yakni sebanyak 845 kasus per November 2024. Berdasarkan data tersebut, sebanyak 708 kasus di antaranya merupakan kelompok LSL.

Tingginya jumlah kasus HIV, khususnya pada kelompok LSL, serta keberadaan layanan ARV yang aktif di Puskesmas Jumpandang Baru memberikan peluang bagi penelitian untuk memperoleh sampel yang beragam dan representatif. Oleh karena itu, berdasarkan fenomena tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan ARV pada kelompok LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar bagi pengembangan intervensi berbasis bukti guna meningkatkan kepatuhan pengobatan, memperkuat layanan kesehatan primer, dan mendukung upaya pengendalian HIV secara berkelanjutan di wilayah ini.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan penjelasan latar belakang tersebut, maka dapat ditarik sebuah rumusan masalah, bahwa faktor apa saja yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Penelitian Umum

Menganalisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

1.3.2 Tujuan Penelitian Khusus

1. Menganalisis hubungan antara pendidikan dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar.

2. Menganalisis hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar.
3. Menganalisis hubungan antara dukungan sosial dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar.
4. Menganalisis hubungan antara stigma dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar.
5. Menganalisis hubungan antara efek samping ARV dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar.

1.4 Manfaat Penelitian

a. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan masyarakat, khususnya terkait kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV. Hasil penelitian ini dapat memperkuat bukti ilmiah yang ada atau menghasilkan temuan baru terkait faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan ARV khususnya pada LSL.

b. Manfaat Institusi

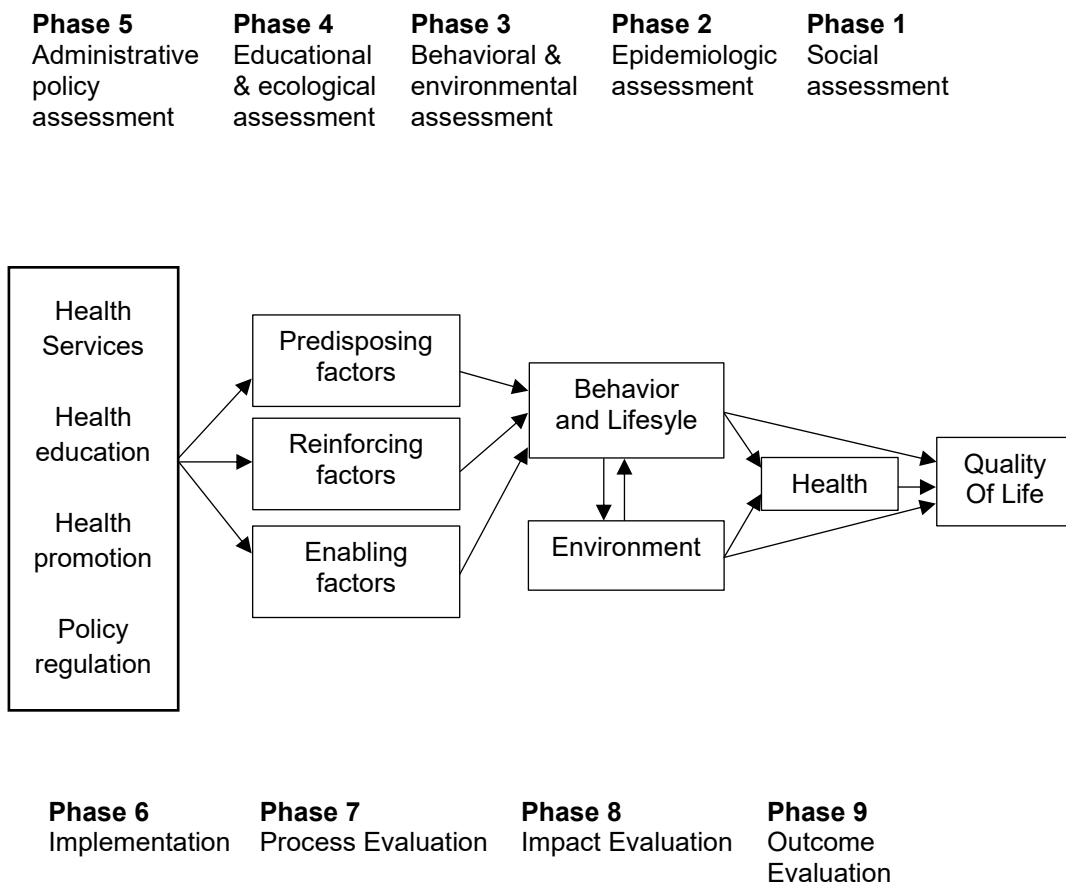
Bagi Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar, hasil penelitian ini dapat memberikan masukan yang berguna dalam merancang kebijakan atau program yang lebih efektif dalam mendampingi LSL dengan HIV menjalani pengobatan ARV. Penelitian ini juga dapat dimanfaatkan sebagai bahan evaluasi program yang telah berjalan serta dasar penyusunan intervensi berbasis data untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan tingkat kepatuhan pasien.

c. Manfaat Praktis

Bagi peneliti, penelitian ini bermanfaat untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan dalam melakukan penelitian ilmiah di bidang epidemiologi, khususnya mengenai kepatuhan pengobatan pada LSL dengan HIV.

1.5 Kerangka Teori

Dalam memahami determinan perilaku kesehatan, berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan faktor-faktor yang berperan dalam membentuk perilaku individu. Salah satu model yang paling banyak digunakan dalam penelitian kesehatan masyarakat adalah model PRECEDE yang dikembangkan oleh Green (1991). Model ini menekankan bahwa perilaku kesehatan tidak muncul secara spontan, tetapi merupakan hasil interaksi berbagai faktor yang mendasari, memungkinkan, dan memperkuat tindakan seseorang.



Gambar 1.1 Kerangka PRECEDE-PROOCDEED
 Sumber Green, Lawrance and Marshall W Kreuter, 1991

Berdasarkan model PRECEDE, perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga kelompok faktor utama, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*). Ketiga faktor ini saling berinteraksi dalam membentuk perilaku dan pada akhirnya memengaruhi status kesehatan serta kualitas hidup individu.

Faktor predisposisi mencakup karakteristik yang membentuk kesiapan seseorang untuk berperilaku, seperti pendidikan, pengetahuan, sikap, nilai, persepsi, keyakinan, serta faktor demografis tertentu. Faktor ini berfungsi sebagai dasar pembentukan intensi atau niat seseorang dalam melakukan perilaku kesehatan.

Faktor pemungkin merupakan kondisi yang memungkinkan individu dapat melakukan perilaku kesehatan. Faktor ini berkaitan dengan ketersediaan sumber daya, akses terhadap pelayanan kesehatan, keterampilan, dan fasilitas yang mendukung. Tanpa faktor pemungkin, individu dengan predisposisi baik

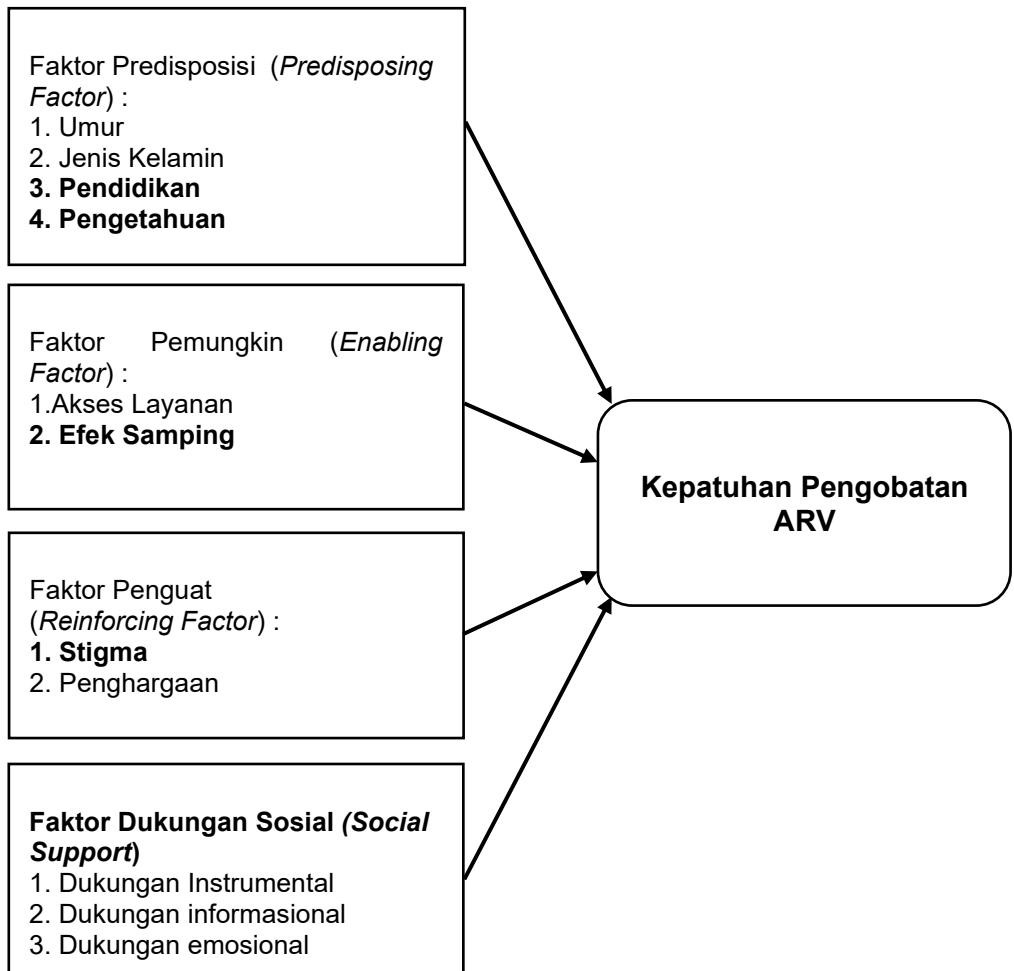
sekalipun mungkin tetap tidak dapat melaksanakan perilaku kesehatan secara konsisten.

Faktor penguat meliputi umpan balik, penghargaan, atau tekanan sosial yang memperkuat atau melemahkan perilaku. Reinforcement dapat berasal dari keluarga, teman, tenaga kesehatan, maupun kondisi psikososial yang memengaruhi keberlanjutan perilaku dari waktu ke waktu.

Melalui interaksi ketiga faktor tersebut, model Green memberikan pemahaman bahwa perilaku kesehatan merupakan hasil dari proses yang kompleks, bukan semata-mata keputusan individu. Oleh karena itu, model ini banyak digunakan dalam penelitian intervensi maupun analisis perilaku kesehatan, termasuk dalam konteks kepatuhan pengobatan

Di sisi lain, Kar (1983) melalui karya *Behavioral Science in Health and Medicine* menekankan bahwa perilaku kesehatan tidak hanya dibentuk oleh faktor internal dan lingkungan fisik, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh proses psikososial dan interaksi interpersonal. Salah satu komponen terpenting dalam pandangan Kar adalah dukungan sosial, yang didefinisikan sebagai sumber daya interpersonal berupa dukungan emosional, informasional, maupun instrumental yang diperoleh individu dari keluarga, teman sebaya, dan lingkungan sosial. Menurut Kar, dukungan sosial berperan sebagai determinan penting yang dapat meningkatkan kemampuan individu dalam menghadapi tekanan psikologis serta mempertahankan perilaku kesehatan jangka panjang, termasuk kepatuhan terhadap pengobatan kronis.

Berdasarkan teori Green dan Kar tersebut, penelitian ini kemudian mengadaptasi dan memodifikasi kerangka teori untuk disesuaikan dengan konteks kepatuhan pengobatan ARV. Model Green digunakan sebagai dasar dalam mengidentifikasi faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat, sementara teori Kar menambahkan perspektif bahwa dukungan sosial merupakan determinan yang berdiri sendiri dan berpengaruh signifikan terhadap perilaku kepatuhan. Modifikasi ini juga merujuk pada penelitian empiris sebelumnya, termasuk penelitian Ubra, yang menegaskan relevansi faktor-faktor tersebut terhadap kepatuhan pengobatan ARV.



Gambar 1.2 Kerangka Teori Penelitian

Sumber: Modifikasi dari Teori (Green, 1991; Kar 1983)

1.6 Kerangka Konsep

Penelitian ini terdiri dari dua variabel utama, yaitu variabel dependen dan variabel independen. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan pengobatan ARV pada ODHIV. Kepatuhan pengobatan merupakan faktor yang sangat penting dalam keberhasilan pengobatan HIV, karena berpengaruh langsung terhadap penekanan replikasi virus, pencegahan resistensi obat, dan peningkatan kualitas hidup pasien. Berbagai faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan dipilih sebagai variabel independen, yaitu pendidikan, pengetahuan tentang ARV, dukungan keluarga, stigma, dan efek samping ARV. Berikut penjelasan masing-masing variabel:

1. Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan salah satu determinan sosial yang berpengaruh terhadap perilaku kesehatan, termasuk kepatuhan terhadap

pengobatan. Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki kemampuan literasi kesehatan yang lebih baik, sehingga lebih mampu memahami pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan ARV, risiko resistensi obat, serta manfaat jangka panjang pengobatan yang teratur. Smith (2020) menyatakan bahwa individu dengan pendidikan yang lebih tinggi memiliki pemahaman yang lebih baik tentang kesehatan, yang berkontribusi pada kepatuhan mereka terhadap pengobatan ARV. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan tidak hanya mempengaruhi pengetahuan, tetapi juga sikap dan perilaku individu terhadap kesehatan.

2. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hal yang penting dalam membentuk atau memicu tindakan seseorang (*overt behavior*). Berdasarkan pengalaman dan hasil penelitian, perilaku yang dilandasi oleh pengetahuan cenderung lebih bertahan lama dibandingkan dengan perilaku yang tidak berlandaskan pengetahuan (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan tentang HIV/AIDS termasuk pengetahuan mengenai transmisi, pencegahan, dan pengobatan sangat penting dalam mendorong perilaku kepatuhan terhadap ARV. Individu dengan pengetahuan yang baik tentang HIV cenderung lebih memahami pentingnya pengobatan ARV sebagai pengobatan seumur hidup dan sebagai cara untuk meningkatkan kualitas hidup dan menekan risiko penularan.

3. Dukungan Sosial

Dukungan Sosial merupakan faktor yang sangat penting dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV. Dukungan emosional dan sosial dari keluarga, teman, atau komunitas membantu pasien mengatasi stigma dan hambatan psikososial, serta meningkatkan motivasi untuk taat pengobatan. Penelitian yang dilakukan oleh Lopes et al., (2023) mengungkapkan adanya hubungan positif antara dukungan sosial dari kelompok sebaya dengan tingkat informasi mengenai kepatuhan dalam mengonsumsi obat ARV pada ODHIV. Temuan ini menunjukkan bahwa semakin kuat dukungan sosial yang diterima dari kelompok sebaya, semakin baik pula tingkat pemahaman individu terkait kepatuhan dalam minum ARV.

4. Stigma

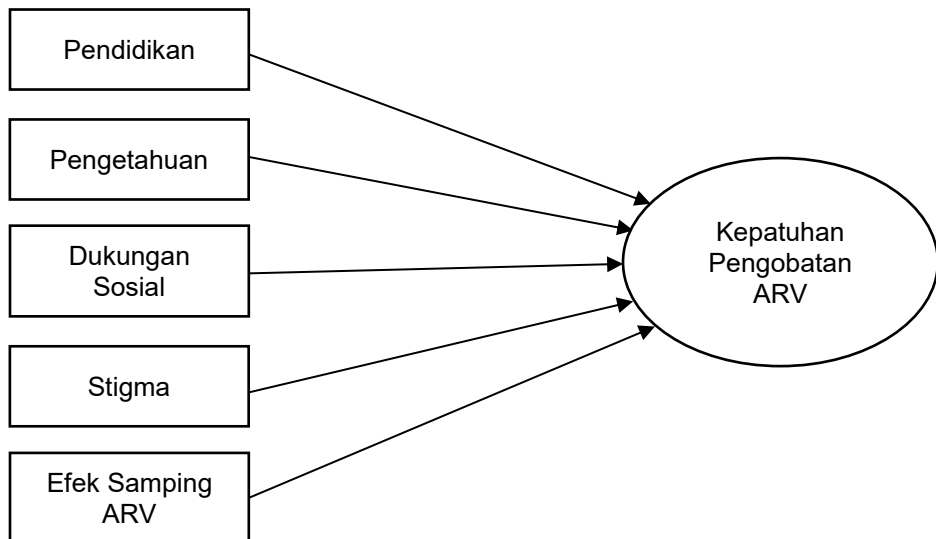
Stigma terhadap ODHIV merupakan faktor psikososial yang berpengaruh terhadap kepatuhan dalam menjalani pengobatan. Stigma ini muncul karena infeksi HIV masih sering dikaitkan dengan perilaku yang dianggap menyimpang secara moral, seperti hubungan seksual bebas, penggunaan narkoba, dan homoseksualitas. Selain itu, kesalahpahaman masyarakat mengenai cara penularan HIV, seperti anggapan bahwa HIV dapat menyebar melalui kontak sosial biasa, turut memperkuat sikap diskriminatif. Dampak dari stigma ini dapat menyebabkan tekanan psikologis pada ODHIV, seperti rasa malu, penolakan, dan isolasi sosial. Kondisi tersebut dapat menghambat motivasi pasien untuk mengakses layanan kesehatan dan menjalani pengobatan ARV secara konsisten. Oleh karena

itu, stigma menjadi salah satu determinan penting yang perlu diperhatikan dalam upaya meningkatkan kepatuhan pengobatan pada ODHIV.

5. Efek Samping ARV

Efek samping yang ditimbulkan oleh obat ARV dapat berdampak signifikan terhadap kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan jangka panjang yang harus dilakukan seumur hidup. Efek samping seperti mual, pusing, gangguan tidur, dan gejala tidak nyaman lainnya sering kali menjadi salah satu alasan utama mengapa sebagian pasien HIV menunda bahkan menghentikan pengobatan. Hasil penelitian (Djumadi et al., 2023) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara efek samping obat dengan tingkat kepatuhan terhadap pengobatan ARV. Pasien yang tidak merasakan atau hanya mengalami efek samping ringan cenderung memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang mengalami efek samping sedang hingga berat. Dengan demikian, semakin ringan efek samping yang dirasakan, maka semakin besar pula kemungkinan pasien untuk tetap patuh menjalani pengobatan ARV secara teratur.

Berdasarkan kerangka teori yang telah diuraikan, kerangka konsep dapat diilustrasikan sebagai berikut:



Gambar 1.3 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

□ = Variabel Independen

→ = Arah Hubungan

○ = Variabel Dependen

1.7 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1.7.1 Kepatuhan Pengobatan

Definisi Operasional

Kepatuhan pengobatan ARV adalah tingkat sejauh mana pasien meminum obat antiretroviral sesuai dengan jadwal, dosis, dan petunjuk medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Alat Ukur

Instrumen yang digunakan adalah *Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8)*, terdiri dari 8 pertanyaan dengan pilihan jawaban ya/tidak. Skor total berkisar 0–8.

Kriteria Objektif (Morisky et al., 2008)

- a. Kepatuhan Tinggi : Skor 8
- b. Kepatuhan Sedang : Skor 6–7
- c. Kepatuhan Rendah : Skor <6

1.7.2 Pendidikan

Definisi Operasional

Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal terakhir yang telah diselesaikan oleh responden pada saat penelitian.

Alat Ukur

Tingkat pendidikan diukur menggunakan pertanyaan kuesioner mengenai pendidikan formal terakhir yang diselesaikan responden.

Kriteria Objektif (UU No.2 Tahun 1999 Tentang Sistem Pendidikan Nasional)

- a. Pendidikan Tinggi : Jika responden memiliki tingkat pendidikan terakhir $\geq$ SMA/Sederajat
- b. Pendidikan Rendah: Jika responden memiliki tingkat pendidikan terakhir $\leq$ SMP/Sederajat

1.7.3 Pengetahuan ARV

Definisi Operasional

Pengetahuan adalah hasil dari proses belajar responden yang ditunjukkan melalui pemahaman mereka terhadap informasi terkait pengobatan ARV, termasuk pengertian, manfaat, dan penggunaan.

Alat Ukur

Kuesioner pilihan ganda dengan dua jawaban (benar/salah). Skor 10 untuk jawaban benar, 0 untuk jawaban salah.

Kriteria Objektif

- a. Pengetahuan Baik : Jika skor pengetahuan responden $\geq$ median
- b. Pengetahuan Kurang : Jika skor pengetahuan responden $<$ median

1.7.4 Dukungan Sosial

Definisi Operasional

Dukungan sosial yang didapatkan ODHIV berupa dukungan emosional, informasional, dan instrumental untuk menghadapi permasalahan terkait penyakit HIV yang dialami.

Alat Ukur

Pengukuran dilakukan dengan menggunakan kuesioner *The Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS) yang telah dimodifikasi. Kuesioner terdiri dari sejumlah item dengan skala Likert 4 poin, dari "tidak pernah" hingga "selalu"

Kriteria Objektif

- a. Dukungan Baik : Jika skor $\geq$ nilai median
- b. Dukungan Kurang : Jika skor $<$ nilai median

1.7.5 Stigma

Definisi Operasional

Stigma adalah semua persepsi negatif atau tindakan yang didapatkan ODHIV karena status HIV yang dimilikinya, baik dari keluarga, masyarakat, dan ODHIV sendiri.

Alat Ukur

Stigma diukur menggunakan Berger HIV Stigma Scale versi pendek yang terdiri dari 12 item dengan skala Likert 4 poin (1 = sangat tidak setuju hingga 4 = sangat setuju).

Kriteria Objektif

- a. Stigma Tinggi: Apabila skor total kuesioner berada pada atau di atas nilai *cut off point* yang ditetapkan berdasarkan rumus Arikunto (2002), yaitu 30.
- b. Stigma Rendah: Apabila skor total kuesioner berada di bawah nilai *cut off point* yang ditetapkan berdasarkan rumus Arikunto (2002), yaitu 30.

1.7.6 Efek Samping ARV

Definisi Operasional

Efek samping ARV dalam penelitian ini diartikan sebagai keluhan atau gejala yang dirasakan oleh responden setelah mengonsumsi obat ARV, yang sesuai dengan reaksi yang secara medis diakui sebagai efek samping ARV.

Alat Ukur

Efek samping ARV diukur menggunakan kuesioner yang dikembangkan oleh Ubra (2012).

Kriteria Objektif (Ubra, 2012)

- a. Ada efek samping : Pernah mengalami gejala efek samping
- b. Tidak ada efek samping : Tidak pernah mengalami gejala efek samping

1.8 Hipotesis

1.8.1 Hipotesis Nol (H_0)

- 1 Tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- 2 Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan tentang ARV dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- 3 Tidak terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- 4 Tidak terdapat hubungan antara stigma dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- 5 Tidak terdapat hubungan antara efek samping ARV dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

1.8.2 Hipotesis Alternatif (H_a)

1. Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
2. Terdapat hubungan antara pengetahuan tentang ARV dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
3. Terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
4. Terdapat hubungan antara stigma dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
5. Terdapat hubungan antara efek samping ARV dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

BAB II

METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Penelitian observasional analitik dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, tanpa memberikan intervensi atau perlakuan tertentu pada subjek penelitian. Dalam desain *cross sectional*, pengumpulan data dilakukan pada satu waktu tertentu, di mana seluruh variabel diukur secara bersamaan. Dengan demikian, penelitian ini hanya memberikan gambaran situasional dan tidak dapat menjelaskan hubungan kausal (sebab-akibat) antara variabel-variabel yang diteliti.

Desain ini dinilai cukup efisien dan praktis karena setiap subjek hanya diobservasi satu kali, dan pengukuran dilakukan terhadap karakteristik atau variabel yang dimiliki subjek pada saat itu. Dalam konteks penelitian ini, rancangan *cross-sectional* digunakan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan ARV pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar. Variabel yang diteliti meliputi umur, tingkat pendidikan, pengetahuan tentang ARV, dukungan keluarga, stigma, dan efek samping pengobatan. Penggunaan desain *cross sectional* memungkinkan peneliti untuk mengetahui hubungan antara karakteristik subjek dengan tingkat kepatuhan terhadap pengobatan ARV dalam periode waktu tertentu.

2.2 Lokasi dan waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Jumpandang Baru, yang terletak di Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan. Puskesmas ini merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang secara aktif menyelenggarakan program penanggulangan HIV AIDS, termasuk layanan pengobatan ARV ODHIV. Pemilihan lokasi penelitian ini didasarkan pada pertimbangan bahwa Puskesmas Jumpandang Baru memiliki jumlah pasien HIV tertinggi di Kota Makassar serta menyediakan layanan pendampingan dan pengobatan ARV yang berkesinambungan.

Waktu pelaksanaan penelitian berlangsung selama lima bulan, yakni sejak Juli hingga November 2025. Rangkaian kegiatan penelitian meliputi tahap koordinasi dan perizinan, pelaksanaan pengumpulan data terhadap responden, serta proses pengolahan dan analisis data. Penelitian ini dimulai setelah proposal dinyatakan layak dan mendapatkan persetujuan penelitian.

2.3 Populasi dan Sampel

2.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Orang dengan HIV (ODHIV) Lelaki Seks Lelaki (LSL) yang sedang menjalani pengobatan ARV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar selama periode penelitian berlangsung. Berdasarkan data dari Puskesmas Jumpandang Baru, terdapat sebanyak 708 LSL dengan HIV yang

tercatat mengakses pengobatan ARV.

2.3.2 Sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode *accidental sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel berdasarkan siapa saja yang secara kebetulan hadir pada saat kunjungan peneliti ke lokasi penelitian. Responden yang terlibat adalah LSL yang hidup dengan HIV dan sedang melakukan kunjungan ke Puskesmas Jumpandang Baru selama periode pengumpulan data, serta bersedia berpartisipasi secara sukarela dalam penelitian dengan mengisi kuesioner atau mengikuti wawancara.

Penentuan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus dari Lemeshow dan David (1997) sebagai berikut:

$$n = \frac{(N \times Z^2 \cdot P \cdot q)}{(d^2 \cdot (N - 1)) + (z^2 \cdot p \cdot q)}$$

$$n = \frac{708 \times (1,06)^2 \times 0,1 \times 0,9}{(0,05)^2 \times (708 - 1) + (1,96)^2 \times 0,1 \times 0,9}$$

$$n = \frac{708 \times 3,8416 \times 0,09}{0,0025 \times 707 + 3,8416 \times 0,09}$$

$$n = \frac{244,80}{2,1132} \approx 115,9$$

Keterangan:

n = perkiraan jumlah sampel

N = jumlah populasi (708 orang)

Z = nilai Z untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = 0,1: perkiraan Proporsi Sampel

q = 1 – p

d = tingkat kesalahan (5% atau 0,05)

Berdasarkan hasil perhitungan besar sampel menggunakan rumus Lemeshow, maka jumlah minimum sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 116 responden.

2.4 Instrumen Penelitian

2.4.1 Kuesioner Digital (*KoboCollect*)

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data yang relevan dengan variabel-variabel yang diteliti. Dalam penelitian ini, instrumen utama berupa kuesioner terstruktur dalam format digital. Kuesioner dikembangkan menggunakan format XLSForm, lalu diunggah ke KoboToolbox dan diakses melalui aplikasi KoboCollect pada perangkat Android. Pemanfaatan KoboCollect memungkinkan pengumpulan data secara efisien, mendukung validasi

real-time, serta dapat digunakan secara offline saat tidak tersedia koneksi internet.

Berikut ini adalah uraian instrumen yang digunakan untuk masing-masing variabel:

a. Kepatuhan Pengobatan ARV

Kepatuhan pengobatan ARV diukur menggunakan kuesioner Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8). Terdiri dari delapan pertanyaan, MMAS-8 memberikan skor total antara 0 hingga 8. Interpretasi skor dibagi ke dalam tiga kategori, yaitu kepatuhan tinggi (skor 8), sedang (skor 6–7), dan rendah (skor <6), sesuai dengan pedoman dari Morisky et al. (2008). Instrumen ini telah melalui proses validasi dengan nilai Cronbach's alpha sebesar 0,71. Kuesioner MMAS-8 yang telah tervalidasi dapat dimanfaatkan sebagai alat untuk mengukur tingkat kepatuhan pengobatan pada penyakit dengan pengobatan jangka panjang, seperti HIV/AIDS. Kelebihan dari MMAS-8 terletak pada kemudahannya dalam penggunaan, biaya yang relatif rendah, serta efektivitasnya dalam mengevaluasi kepatuhan pasien terhadap pengobatan penyakit kronis.

b. Pendidikan

Pendidikan dalam penelitian ini dioperasionalkan sebagai jenjang pendidikan formal terakhir yang telah diselesaikan oleh responden pada saat pengumpulan data. Pengukuran dilakukan berdasarkan kriteria objektif yang merujuk pada UU No. 2 Tahun 1999 tentang Sistem Pendidikan Nasional, dengan pengelompokan menjadi dua kategori, yaitu pendidikan tinggi apabila responden telah menamatkan pendidikan setingkat SMA/ sederajat atau lebih, dan pendidikan rendah apabila responden memiliki pendidikan terakhir setingkat SMP/ sederajat atau di bawahnya. Variabel ini diukur menggunakan skala ordinal.

c. Pengetahuan

Kuesioner pengetahuan yang digunakan dalam penelitian ini disusun untuk mengukur tingkat pemahaman ODHIV mengenai pengobatan ARV. Instrumen ini terdiri dari 10 pernyataan dalam bentuk pilihan benar–salah, dengan skor 1 untuk jawaban benar dan 0 untuk jawaban salah. Total skor kemudian dikategorikan menjadi dua tingkat pengetahuan, yaitu tinggi (jika skor lebih dari nilai rata-rata) dan rendah (jika sama dengan atau di bawah rata-rata). Kuesioner ini mencakup aspek definisi ARV, manfaat, regimen pengobatan, kepatuhan, dan efek samping. Hasil uji validitas menunjukkan bahwa seluruh item memiliki nilai corrected item-total correlation di atas r tabel, sehingga dinyatakan valid. Sementara itu, hasil uji reliabilitas menggunakan Cronbach's alpha menunjukkan nilai sebesar 0,725, yang menandakan bahwa instrumen ini memiliki

reliabilitas yang cukup baik dalam mengukur pengetahuan tentang ARV.

d. Dukungan Sosial

Kuesioner dukungan sosial diukur menggunakan *The Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS) yang telah dimodifikasi. Instrumen ini terdiri atas sejumlah pernyataan dengan skala Likert 4 poin, mulai dari “tidak pernah” (skor 1) hingga “selalu” (skor 4). Kuesioner ini menilai empat dimensi dukungan sosial, yaitu: emosional, informasional, instrumental, dan dihargai. Skor total dikategorikan menjadi dua, yakni dukungan baik (skor $\geq$ nilai median) dan dukungan kurang (skor $<$ nilai median). Instrumen ini telah banyak digunakan dalam penelitian terkait ODHIV dan dinyatakan sesuai dengan konteks sosial di Indonesia.

e. Stigma

Kuesioner ini merupakan modifikasi dari *Berger HIV Stigma Scale* yang dipersingkat menjadi tiga pernyataan pada setiap subskala. Modifikasi tersebut telah divalidasi dalam penelitian sebelumnya dan terbukti tidak mengurangi validitas instrumen asli (Reinius et al., 2017). Nilai α Cronbach pada setiap subskala dalam versi modifikasi ini berada di atas 0,7, sehingga menunjukkan reliabilitas yang baik. Instrumen menggunakan skala Likert empat poin, mulai dari 'sangat tidak' hingga 'sangat tidak', dengan skor 1 sampai 4. Selanjutnya, skor total responden dikelompokkan menjadi dua kelompok, yaitu stigma tinggi dan stigma rendah. Instrumen ini menilai empat dimensi utama stigma, yaitu *personalized stigma*, *disclosure concern*, *public attitude concern*, dan *negative self-image*, yang keseluruhannya berkontribusi terhadap kepatuhan pengobatan ARV.

f. Efek samping ARV

Kuesioner efek samping ARV digunakan untuk mengidentifikasi gejala yang dialami pasien selama menjalani pengobatan ARV. Instrumen ini diadaptasi dari Ubra (2012) dan terdiri dari 12 item berupa daftar gejala umum akibat konsumsi ARV, seperti mual, muntah, sakit kepala, gatal, diare, susah tidur, hingga alergi. Kuesioner ini bersifat checklist, responden diminta menandai seluruh gejala yang pernah dialami sejak memulai pengobatan. Responden yang melaporkan minimal satu gejala dikategorikan sebagai “ada efek samping”, sedangkan yang tidak melaporkan gejala dikategorikan sebagai “tidak ada efek samping”. Instrumen ini telah diuji validitas dan reliabilitasnya dalam penelitian terdahulu dan disusun berdasarkan gejala-gejala yang relevan secara klinis pada pasien yang menjalani pengobatan ARV.

2.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

2.5.1 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Dinas Kesehatan Kota Makassar, dan Puskesmas Jumpandang Baru. Data dari Dinas Kesehatan mencakup laporan kasus HIV dan cakupan pengobatan ARV di wilayah Sulawesi Selatan dan Kota Makassar secara umum. Sementara itu, data dari Puskesmas Jumpandang Baru secara khusus memuat jumlah kasus HIV pada kelompok LSL yang menjalani pengobatan ARV.

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari beberapa instansi, yaitu Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Dinas Kesehatan Kota Makassar, dan Puskesmas Jumpandang Baru. Data ini digunakan sebagai sumber informasi pendukung untuk memahami implementasi pengobatan ARV di wilayah penelitian. Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan dan Dinas Kesehatan Kota Makassar mencakup laporan terkait jumlah kasus HIV AIDS, tren prevalensi HIV, serta cakupan pelayanan pengobatan ARV di seluruh wilayah Sulawesi Selatan, termasuk data stratifikasi berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, dan populasi kunci. Informasi ini memberikan gambaran umum mengenai beban penyakit HIV di tingkat provinsi dan kota.

Sementara itu, data dari Puskesmas Jumpandang Baru bersifat lebih spesifik, yaitu mengenai jumlah kasus HIV yang tercatat di puskesmas tersebut, termasuk di dalamnya kelompok LSL yang merupakan salah satu populasi kunci dalam epidemi HIV yang mencakup jumlah ODHIV dari kelompok LSL yang sedang menjalani pengobatan ARV.

2.5.2 Data Primer

Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara terstruktur yang dilakukan secara langsung dengan ODHIV dari kelompok LSL yang sedang menjalani pengobatan ARV di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar. Wawancara dilakukan oleh peneliti secara tatap muka dengan tujuan untuk mendapatkan informasi yang akurat dan mendalam mengenai kondisi responden serta faktor-faktor yang berkaitan dengan kepatuhan mereka dalam menjalani pengobatan ARV.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner digital yang disusun dalam format XLSForm dan dioperasikan melalui aplikasi KoboCollect. Pemanfaatan kuesioner digital ini dipilih karena mampu meningkatkan efisiensi dalam proses pengumpulan data, meminimalkan kesalahan input, serta mempercepat integrasi data ke dalam sistem pengolahan. Kuesioner yang digunakan telah melalui uji

validitas dan reliabilitas dalam penelitian-penelitian sebelumnya, sehingga dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan layak digunakan sebagai instrumen utama dalam studi ini.

2.6 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Teknik pengolahan dan analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

2.6.1 Pengolahan Data

Seluruh data hasil pengisian *KoboCollect* diekspor ke format CSV, lalu dianalisis menggunakan software Jamovi. Tahapan pengolahan data meliputi:

a. *Editing*

Tahap awal pengolahan data dimulai dengan proses editing, yaitu meninjau ulang seluruh entri data untuk memastikan bahwa tidak terdapat data yang tidak lengkap, tidak logis, atau tidak sesuai dengan ketentuan pengisian. Proses ini penting untuk mendeteksi kesalahan pengisian sejak dini, seperti jawaban yang melampaui rentang nilai, ketidaksesuaian antara pertanyaan dan respons, atau data yang tertukar.

b. *Coding*

Pemberian kode atau coding merupakan proses pengubahan jawaban responden ke dalam bentuk simbol atau angka tertentu yang mewakili kategori jawaban. Tahap ini penting dilakukan untuk mempermudah proses penskoran serta pengolahan dan analisis data. Kode diberikan berdasarkan hasil pengukuran yang telah dijabarkan dalam definisi operasional masing-masing variabel.

c. *Entry Data*

Setelah proses coding selesai, data dimasukkan ke dalam perangkat lunak statistik. Dalam penelitian ini, entry data dilakukan dengan cara mengekspor data dari KoboCollect ke dalam format CSV dan kemudian mengimpornya ke dalam software Jamovi, yang mendukung berbagai jenis analisis statistik deskriptif dan inferensial. Penggunaan Jamovi dipilih karena sifatnya yang open-source, user-friendly, dan kompatibel dengan sistem pengkodean variabel dalam penelitian ini.

d. *Cleaning*

Cleaning atau pembersihan data merupakan proses pemeriksaan lanjutan untuk memastikan bahwa seluruh data yang dianalisis bebas dari error. Langkah ini mencakup pengecekan adanya entri ganda, nilai yang hilang (*missing values*) atau data yang tidak rasional. Data yang bermasalah akan ditelusuri penyebabnya, diperbaiki jika memungkinkan, atau dikeluarkan dari dataset jika terbukti tidak valid. Tahap ini penting untuk menjamin keakuratan analisis dan integritas hasil penelitian.

e. *Scoring*

Scoring merupakan proses pemberian nilai terhadap item-item dalam kuesioner yang digunakan untuk mengukur variabel-variabel dalam penelitian ini, seperti pengetahuan tentang ARV, stigma, dukungan keluarga, dan efek samping pengobatan. Metode penilaian disesuaikan dengan jenis dan struktur masing-masing instrumen.

2.6.2 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan aplikasi statistik Jamovi. Analisis bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik responden dan menguji hubungan antara variabel-variabel independen dengan kepatuhan pengobatan ARV sebagai variabel dependen.

a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan masing-masing variabel yang diteliti dalam bentuk distribusi frekuensi. Variabel-variabel tersebut meliputi variabel dependen yaitu kepatuhan dalam pengobatan ARV, serta variabel independen yang terdiri dari umur, pendidikan, pengetahuan tentang ARV, dukungan keluarga, stigma, dan efek samping ARV. Hasil dari analisis ini disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan persentase untuk memberikan gambaran umum mengenai karakteristik responden dan sebaran masing-masing variabel.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen, yaitu kepatuhan pengobatan ARV. Jenis uji statistik yang digunakan disesuaikan dengan tipe data dari masing-masing variabel.

Untuk variabel independen yang bersifat kategorik, seperti umur, pendidikan, pengetahuan tentang ARV, dukungan keluarga, stigma, dan efek samping arv, analisis dilakukan menggunakan uji *Chi-Square* (χ^2) melalui tabulasi silang untuk melihat ada atau tidaknya hubungan yang signifikan secara statistik dengan kepatuhan. Apabila dalam tabel kontingensi terdapat sel dengan nilai harapan kurang dari 5, maka digunakan alternatif uji *Fisher's Exact Test*.

Pengambilan keputusan pada setiap uji dilakukan berdasarkan nilai probabilitas (*p-value*), dengan tingkat signifikansi ditetapkan sebesar 0,05. Jika $p < 0,05$, maka disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara variabel independen dengan kepatuhan pengobatan ARV. Sebaliknya, jika $p \geq 0,05$, maka tidak terdapat hubungan yang signifikan secara statistik.

2.7 Teknik Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian ini dilakukan secara sistematis untuk menggambarkan hasil pengolahan dan analisis secara informatif dan mudah dipahami. Data yang telah melalui tahap editing, coding, entry, cleaning, dan scoring disajikan dalam berbagai bentuk untuk memberikan gambaran menyeluruh terhadap karakteristik responden dan hubungan antar variabel yang diteliti.

Data hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi (one-way tabulation) untuk menggambarkan hasil analisis univariat, yaitu distribusi tiap variabel seperti umur, tingkat pendidikan, pengetahuan tentang ARV, dukungan keluarga, stigma sosial, efek samping ARV, serta kepatuhan terhadap pengobatan. Selain itu, penyajian juga dilengkapi dengan grafik batang atau diagram lingkaran guna memvisualisasikan distribusi data secara lebih menarik dan mudah dipahami, terutama untuk variabel-variabel kategori atau nominal.

Untuk menggambarkan hubungan antara variabel independen dan variabel dependen, digunakan tabel cross tabulation (two-way tabulation) yang menampilkan hasil analisis bivariat. Pada bagian ini, hasil uji statistik *Chi-Square* atau *Fisher's Exact Test* disajikan untuk menilai signifikansi hubungan antar variabel, lengkap dengan nilai *p-value* dan interpretasi statistik.

2.8 Etik Penelitian

Penelitian ini telah melalui proses telaah etik dan mendapatkan Rekomendasi Persetujuan Etik dari *Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin* dengan nomor: 17498/UN4.14.1/PT.01.02/2025, tertanggal 18 September 2025, yang ditandatangani oleh Ketua Komisi Etik. Persetujuan diberikan setelah protokol penelitian, instrumen, dan dokumen pendukung dinilai memenuhi prinsip etik penelitian kesehatan, yaitu *autonomy*, *beneficence*, *non-maleficence*, dan *justice*. Dengan adanya persetujuan etik ini, penelitian dapat dilaksanakan sesuai prosedur yang telah ditetapkan dan dalam koridor perlindungan hak serta keamanan responden.