BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. *Acquired Sindrom imunodefisiensi* yang didapat (AIDS) terjadi pada tahap infeksi yang paling lanjut. HIV menargetkan sel darah putih tubuh, sehingga melemahkan sistem kekebalan tubuh. Hal ini membuat seseorang lebih mudah terserang penyakit seperti tuberkulosis, infeksi, dan beberapa jenis kanker. HIV menyebar dari cairan tubuh orang yang terinfeksi, termasuk darah, air susu ibu, air mani, dan cairan vagina. HIV tidak menyebar melalui ciuman, pelukan, atau berbagi makanan. HIV dapat dicegah penularannya dan dikendalikan perkembangannya melalui pengobatan antiretroviral (ARV). ARV bertujuan menekan jumlah virus dalam tubuh hingga tingkat terendah, sehingga sistem kekebalan tetap terjaga dan risiko penularan kepada orang lain dapat dikurangi. Jika tidak diobati, HIV dapat berkembang menjadi AIDS dalam kurun waktu beberapa tahun (WHO, 2025). Menurut WHO (2024), Penyakit HIV Lanjut (*Advanced HIV Disease*/*AHD*) didefinisikan sebagai jumlah sel CD4 kurang dari 200 sel/mm³ atau berada pada stadium klinis 3 atau 4 pada orang dewasa dan remaja.

Berdasarkan data global tahun 2023, prevalensi HIV menunjukkan angka yang signifikan dengan total 39,9 juta individu yang hidup dengan HIV di seluruh dunia. Distribusi demografis menunjukkan bahwa mayoritas kasus terjadi pada populasi dewasa, dimana 38,6 juta orang berusia 15 tahun ke atas, sementara 1,4 juta kasus terdapat pada kelompok pediatrik berusia 0-14 tahun (UNAIDS, 2024). Analisis berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa 53% dari seluruh Orang Dengan HIV-AIDS (ODHIV) merupakan perempuan dan anak perempuan. Dari perspektif kesadaran status, sebesar 86% dari total ODHIV telah mengetahui status HIV mereka pada tahun 2023. Namun demikian, masih terdapat kesenjangan pengetahuan yang substansial, dimana sekitar 5,4 juta individu belum mengetahui bahwa mereka terinfeksi HIV (UNAIDS, 2024). Distribusi geografis epidemi HIV menunjukkan ketimpangan regional yang mencolok. Wilayah Afrika menurut klasifikasi *World Health Organization* (WHO) tetap menjadi epicentrum epidemi global, dengan prevalensi mencapai 3,4% atau setara dengan satu dari setiap 30 orang dewasa yang hidup dengan HIV. Secara proporsional, wilayah Afrika berkontribusi terhadap lebih dari dua pertiga total populasi ODHIV di seluruh dunia (WHO, 2024).

Menurut data dari Sistem Informasi HIV-AIDS (SIHA) Kementerian Kesehatan RI, pada tahun 2023 tercatat sebanyak 57.299 Orang dengan HIV (ODHIV) dari total 6.142.136 orang yang menjalani tes HIV. Kelompok usia 25 hingga 49 tahun mencatat persentase kasus tertinggi, yaitu 64%, diikuti oleh kelompok usia 20 hingga 24 tahun dengan 18,1%. Sementara itu, kasus HIV lebih banyak ditemukan pada laki-laki, yaitu sebesar 71%, sedangkan 29% sisanya terjadi pada perempuan. Sepanjang Januari hingga Desember 2023, tercatat sebanyak 17.121 orang terdiagnosis AIDS. Kelompok usia 30-39 tahun memiliki persentase kasus tertinggi, yaitu 49%, diikuti oleh kelompok usia 20-29 tahun sebesar 39,2%, serta usia 40-49 tahun yang mencapai 30,7% (Pemerintah Indonesia, 2024).

Kementeriaan Kesehatan Republik Indonesia (2025), tercatat sebanyak 150 kasus baru HIV-AIDS di Sulawesi Selatan pada periode Januari–Maret 2025. Data Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan (Dinkes Sulsel) juga menunjukkan bahwa sepanjang Januari–September 2024 terdapat 1.636 kasus HIV-AIDS, dengan 741 kasus di antaranya disebabkan oleh lelaki seks lelaki (LSL). Kepala Dinas Kesehatan Sulsel, mengungkapkan bahwa jumlah kasus HIV-AIDS di Sulawesi Selatan mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2021, terdapat 1.490 kasus HIV, meningkat menjadi 2.069 kasus pada tahun 2022, dan bertambah lagi menjadi 2.098 kasus pada tahun 2023. Berdasarkan kelompok usia menunjukkan bahwa sebagian besar kasus HIV-positif dan AIDS terjadi pada kelompok usia 25–49 tahun (69%), berdasarkan jenis kelamin, kasus pada laki-laki mencapai 76%. Jika dilihat dari faktor risiko, kasus HIV positif dan AIDS paling banyak ditemukan pada kelompok lelaki seks lelaki (LSL) sebesar 30%, diikuti oleh pasien tuberkulosis (TB) sebesar 12%, pasangan risiko tinggi sebesar 9,5%, waria sebesar 4%, ibu hamil sebesar 3,2%, wanita pekerja seks sebesar 3%, dan penyebab lainnya (seperti kandidiasis, hepatitis, infeksi menular seksual, dll) sebesar 29,5%. Menurut data yang diterbitkan oleh Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi (KPAP) Sulawesi Selatan, Kota Makassar tercatat sebagai salah satu dari 10 kabupaten/kota dengan jumlah kasus HIV tertinggi di Indonesia, yaitu mencapai 702 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2022). Selain itu, berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar, tercatat sebanyak 5.204 orang yang sedang menjalani terapi antiretroviral (ARV) hingga bulan Juli tahun 2025.

Peningkatan jumlah penderita HIV positif dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya terkait tingkat kepatuhan dalam menjalani pengobatan. Tingkat kepatuhan pasien HIV-AIDS dalam menjalani terapi antiretroviral (ARV) merupakan aspek krusial dalam keberhasilan pengobatan. Konsumsi

ARV secara konsisten dan tanpa jeda berperan penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien, karena terapi ini mampu menekan perkembangan virus dan mengurangi risiko resistensi, sehingga kondisi kesehatan pasien secara keseluruhan dapat membaik. Sebaliknya, apabila pasien tidak patuh dalam menjalani pengobatan, terapi ARV berisiko gagal akibat munculnya resistensi terhadap obat. Akibatnya, pasien memerlukan pengobatan dengan ARV lini kedua atau ketiga, yang umumnya lebih mahal dan kompleks, serta berpotensi menurunkan efektivitas terapi (Fahriati dkk., 2021). Terapi antiretroviral (ARV) merupakan inovasi penting dalam penatalaksanaan pasien HIV-AIDS (ODHIV), yang memiliki manfaat utama dalam menurunkan jumlah virus dalam darah (viral load) serta menurunkan risiko penularan HIV. Tingkat viral load tersebut berkorelasi erat dengan kepatuhan pasien dalam mengonsumsi ARV secara teratur. Berdasarkan hasil penelitian, untuk mencapai supresi virus secara optimal, pasien diharuskan untuk mengonsumsi minimal 95% dari total dosis ARV yang telah diresepkan. Dengan demikian, tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan menjadi aspek yang sangat penting untuk diperhatikan. Kepatuhan ini perlu dipantau dan dievaluasi secara berkala, mengingat salah satu penyebab utama kegagalan terapi ARV adalah ketidakpatuhan pasien dalam menjalani pengobatan (Mukarromah & Azinar, 2021). Hasil meta-analisis menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan terhadap terapi antiretroviral (ARV) secara global berada pada kisaran 70%. Analisis subkelompok juga menunjukkan bahwa remaja dan dewasa muda memiliki tingkat kepatuhan yang lebih rendah (66%, CI: 46–84%) dibandingkan dengan kelompok dewasa (Boadu *et al.*, 2023). Di Indonesia, tingkat kepatuhan terhadap terapi antiretroviral (ART) masih tergolong rendah, di mana hanya sebesar 55,7% individu yang menjalani pengobatan menunjukkan kepatuhan yang baik (PMC, 2023).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2003), ketidakpatuhan pasien dalam mengonsumsi obat dipengaruhi oleh lima dimensi utama, yaitu faktor sosial ekonomi seperti dukungan keluarga dan dukungan sosial, sistem layanan dan sistem kesehatan, kondisi penyakit, faktor terapi, serta faktor individu pasien, termasuk adanya self-stigma. Dimensi-dimensi ini saling berkaitan dan berdampak langsung terhadap perilaku kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Meskipun pentingnya kepatuhan dalam terapi antiretroviral (ARV) telah banyak disosialisasikan, pada kenyataannya tidak semua pasien HIV-AIDS mampu menjalani pengobatan secara konsisten. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor, seperti usia, tingkat pendidikan, kondisi ekonomi, timbulnya efek samping obat, gangguan

mental seperti depresi, rendahnya pengetahuan tentang penyakit, serta keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan. Selain itu, kesibukan yang menyebabkan pasien lupa mengonsumsi obat, ketakutan status HIV mereka diketahui orang lain, kurangnya pemahaman tentang pentingnya pengobatan, hingga ketidakpercayaan terhadap layanan medis juga turut menjadi hambatan dalam mencapai kepatuhan (Fahriati et al., 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh Sartika dan Muh. Kadar (2022) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan dalam mengonsumsi obat dengan keberhasilan terapi ARV pada ODHIV. Keberhasilan terapi ini sangat dipengaruhi oleh dukungan keluarga, yang berperan sebagai faktor utama dalam mendukung pasien menjalani pengobatan dengan disiplin. Menurut Firedman (2013), dukungan keluarga merupakan suatu proses yang berlangsung secara berkesinambungan sepanjang kehidupan manusia. Dukungan ini menitikberatkan pada interaksi dalam berbagai relasi sosial yang dinilai oleh individu. Dukungan keluarga mencakup sikap, tindakan, serta penerimaan keluarga terhadap setiap anggotanya. Bagi anggota keluarga, individu yang memberikan dukungan dipersepsikan sebagai sosok yang senantiasa siap menolong dan membantu ketika dibutuhkan. Dukungan keluarga dapat membantu pasien mengatasi masalah dan mendefinisikan kembali situasi tersebut sebagai ancaman kecil dan keluarga bertindak sebagai pembimbing dengan memberikan umpan balik dan mampu membangun harga diri pasien.

Salah satu faktor penting yang telah banyak diteliti dalam kaitannya dengan kepatuhan pasien terhadap pengobatan adalah dukungan sosial, yang secara konsisten terbukti memberikan pengaruh positif dalam meningkatkan kepatuhan tersebut. Penelitian yang dilakukan oleh Aini et al. (2024) menemukan bahwa terdapat hubungan antara dukungan emosional dan persahabatan dengan tingkat kepatuhan dalam mengonsumsi ARV pada pasien HIV-AIDS. Sementara itu, menurut Unja et al. (2022), dukungan emosional merupakan bentuk kepedulian dan empati yang diberikan kepada seseorang, sehingga individu tersebut merasa lebih nyaman dan dihargai. Dukungan sosial semacam ini dapat memberikan dampak positif, karena individu yang menerimanya cenderung merasa diperhatikan, mendapatkan nasihat, serta mengalami perasaan yang lebih menyenangkan.

Selain itu, aspek psikologis seperti *self-stigma* turut berperan signifikan dalam menentukan tingkat kepatuhan pasien, di mana persepsi negatif terhadap diri sendiri dapat menjadi hambatan dalam menjalani pengobatan secara konsisten. Penelitian yang dilakukan oleh Inriyana & Nugraha (2024), mengungkapkan adanya hubungan yang signifikan antara *self-stigma* dan

kepatuhan dalam mengonsumsi obat ARV pada pasien yang baru didiagnosis HIV. Semakin rendah tingkat *self-stigma* yang dialami oleh responden, semakin tinggi tingkat kepatuhan mereka dalam menjalani terapi ARV. Rasa stigma yang dirasakan oleh ODHIV mendorong mereka untuk mengembangkan berbagai mekanisme koping guna mengatasinya. Salah satu strategi yang dapat diterapkan adalah *problem-focused coping strategy*, yakni pendekatan yang berorientasi pada penyelesaian masalah, yang dapat membantu mengurangi *self-stigma* dan pada akhirnya meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan ARV.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk menganalisis hubungan antara tiga faktor utama dukungan keluarga, dukungan sosial, dan *self-stigma* dengan tingkat kepatuhan dalam mengonsumsi ARV pada pasien HIV-AIDS. Fokus penelitian ini adalah pada pasien HIV-AIDS yang menjalani pengobatan di Puskesmas Kassi Kassi. Dengan mempertimbangkan tren peningkatan jumlah pasien yang menjalani pengobatan antiretroviral (ARV) dari tahun ke tahun yaitu sebanyak 361 pasien pada tahun 2022, 449 pasien pada tahun 2023, 524 pasien pada tahun 2024, dan 587 pasien pada tahun 2025, Puskesmas Kassi Kassi dinilai relevan dan representatif sebagai lokasi penelitian ini.

Penelitian ini memiliki urgensi yang tinggi mengingat kepatuhan terhadap pengobatan antiretroviral (ARV) merupakan faktor kunci dalam menurunkan angka mortalitas dan morbiditas akibat HIV-AIDS. Tanpa adanya pemahaman yang mendalam, identifikasi terhadap faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan terapi ARV akan tetap terbatas. Kurangnya dukungan keluarga, dukungan sosial, serta tingginya *self-stigma* berpotensi menjadi hambatan signifikan dalam upaya peningkatan kepatuhan pengobatan. Oleh karena itu, melalui penelitian ini diharapkan dapat diperoleh rekomendasi berbasis bukti yang dapat dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan dan pemangku kebijakan dalam merancang program intervensi yang lebih efektif guna meningkatkan kepatuhan terhadap terapi ARV serta kualitas hidup Orang dengan HIV-AIDS (ODHIV).

1.2 Rumusan Masalah

Adakah hubungan dukungan keluarga, dukungan sosial, dan *self-stigma* dengan kepatuhan pengobatan antiretroviral (ARV) pada pasien HIV-AIDS di Puskesmas Kassi Kassi?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara dukungan keluarga, dukungan sosial, dan *self-stigma* dengan kepatuhan pengobatan antiretroviral (ARV) pada pasien HIV-AIDS di Puskesmas Kassi Kassi.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pengobatan ARV pada pasien HIV-AIDS.
2. Menganalisis hubungan antara dukungan sosial dengan kepatuhan pengobatan ARV pada pasien HIV-AIDS.
3. Menganalisis hubungan antara *self-stigma* dengan kepatuhan pengobatan ARV pada pasien HIV-AIDS.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian yang diharapkan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Ilmiah

   Penelitian ini memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu kesehatan masyarakat, khususnya dalam memahami pengaruh dukungan keluarga, dukungan sosial, dan *self-stigma* terhadap kepatuhan pengobatan antiretroviral pada ODHIV. Hasilnya dapat menjadi referensi bagi mahasiswa dan peneliti dalam kajian dan intervensi terkait.
2. Manfaat Institusi

   Bagi institusi pendidikan, penelitian ini dapat memperkaya literatur akademik dan mendukung pengembangan kurikulum di bidang HIV-AIDS. Bagi institusi layanan kesehatan, hasil penelitian dapat digunakan untuk menyusun program pelayanan yang lebih responsif dan berbasis kebutuhan psikososial ODHIV.
3. Manfaat Praktis

   Penelitian ini diharapkan memberikan wawasan bagi tenaga kesehatan dalam pendekatan berbasis dukungan sosial untuk meningkatkan kepatuhan ODHIV. Selain itu, mendorong masyarakat agar lebih inklusif serta membantu ODHIV memahami pentingnya dukungan dan mengurangi *self-stigma* dalam menjalani pengobatan.

1.5 Kajian Teori

1.5.1. Tinjauan Umum Tentang HIV-AIDS

1) Definisi HIV-AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, terutama sel CD4 atau sel T. Infeksi HIV secara bertahap melemahkan kemampuan tubuh dalam melawan infeksi dan penyakit, sehingga penderitanya menjadi lebih rentan terhadap berbagai infeksi oportunistik (Kemenkes, 2020). Jika tidak diobati, infeksi HIV dapat berkembang menjadi AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), yaitu tahap lanjut dari infeksi HIV yang ditandai dengan melemahnya sistem imun secara signifikan. Pada fase ini, infeksi atau penyakit ringan yang umumnya tidak berbahaya bagi individu sehat dapat menjadi kondisi serius bahkan mematikan bagi penderita AIDS (Kemenkes, 2020).

HIV secara khusus menyerang sel darah putih, terutama sel CD4, yang berperan penting dalam sistem kekebalan tubuh. Akibatnya, kemampuan tubuh untuk melawan berbagai infeksi dan penyakit menjadi sangat menurun, sehingga meningkatkan risiko terhadap penyakit seperti tuberkulosis, infeksi oportunistik, dan beberapa jenis kanker. *World Helath Organization* (WHO) mendefinisikan Penyakit HIV Lanjut (*Advanced HIV Disease*/AHD) sebagai kondisi ketika jumlah sel CD4 berada di bawah 200 sel per milimeter kubik darah, atau ketika individu berada pada stadium klinis 3 atau 4, baik pada orang dewasa maupun remaja. Sementara itu, semua anak di bawah usia lima tahun yang hidup dengan HIV dikategorikan secara langsung sebagai penderita penyakit HIV lanjut (WHO, 2024).

2) Epidemiologi HIV-AIDS

Menurut UNAIDS (2024), pada tahun 2023 diperkirakan terdapat 39,9 juta individu yang hidup dengan HIV di seluruh dunia, yang terdiri dari 38,6 juta orang dewasa berusia 15 tahun ke atas dan 1,4 juta anak-anak berusia 0 hingga 14 tahun. Dari jumlah tersebut, 53% merupakan perempuan dan anak perempuan. Sekitar 86% dari keseluruhan orang dengan HIV telah mengetahui status infeksi mereka, namun masih ada sekitar 5,4 juta individu yang belum menyadari bahwa mereka hidup dengan HIV. Sementara itu, menurut WHO (2024), wilayah Afrika masih menjadi kawasan dengan beban epidemi HIV tertinggi, di mana satu dari

setiap 30 orang dewasa (3,4%) hidup dengan HIV dan kawasan ini menyumbang lebih dari dua pertiga dari total kasus HIV di seluruh dunia.

Berdasarkan data dari Sistem Informasi HIV-AIDS (SIHA) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pada tahun 2023 tercatat sebanyak 57.299 kasus orang dengan HIV (ODHIV) dari total 6.142.136 individu yang telah menjalani pemeriksaan HIV. Kelompok usia 25–49 tahun mencatat proporsi kasus tertinggi, yakni sebesar 64%, diikuti oleh kelompok usia 20–24 tahun dengan persentase 18,1%. Dari sisi jenis kelamin, laki-laki mendominasi dengan proporsi 71% dari total kasus, sementara perempuan menyumbang 29% kasus. Dalam periode Januari hingga Desember 2023, sebanyak 17.121 orang terdiagnosis AIDS. Kelompok usia 30–39 tahun merupakan yang paling terdampak dengan proporsi 49%, diikuti oleh usia 20–29 tahun sebesar 39,2%, dan kelompok usia 40–49 tahun sebesar 30,7% (Pemerintah Indonesia, 2024).

3) Etiologi HIV-AIDS

HIV adalah bagian dari keluarga *retroviridae* dalam genus *Lentivirus*. Virus ini terutama menargetkan sel penolong limfosit T CD4+, yang menyebabkan penekanan kekebalan tubuh yang ekstrem dengan hilangnya sel secara terus menerus. Penekanan ini melemahkan sistem kekebalan tubuh dan menyebabkan banyak manifestasi klinis. HIV yang tidak diobati pada akhirnya berkembang menjadi AIDS. Pada tahap ini, sistem kekebalan tubuh tidak dapat mencegah infeksi, yang mengakibatkan kematian akibat infeksi oportunistik. Dua jenis utama HIV termasuk HIV-1 dan HIV-2. Meskipun genom mereka secara struktural mirip, mereka berbeda secara signifikan pada tingkat asam amino. Kedua virus ini berasal dari 2 penularan *zoonosis* yang berbeda dari *simian immunodeficiency virus* dan, akibatnya, memiliki perbedaan substansial dalam hal tingkat keparahan, penularan, dan prognosis. Perlu diketahui bahwa HIV-1 dan HIV-2 hanya 60% identik pada tingkat asam amino dan hanya memiliki 48% kesamaan identitas pada tingkat nukleotida (Helena et.al., 2024).

Partikel HIV-1 dan HIV-2 terdiri dari membran lipid yang mengelilingi kapsid protein. Kapsid memiliki kompleks nukleoprotein atau inti yang terdiri dari 2 salinan identik RNA dan protein nukleokapsid, integrase, dan transkriptase balik. Protein

kapsid tersusun dalam struktur kisi, sehingga kapsid memiliki bentuk kerucut yang khas. HIV ditularkan melalui berbagai cairan tubuh, seperti darah, cairan ketuban, air susu ibu, air mani, air mani, cairan pra-ejakulasi, cairan dubur, dan cairan vagina. HIV dapat ditularkan melalui kontak seksual, selama kehamilan dan persalinan, dan melalui fomites, seperti peralatan medis yang dapat digunakan kembali atau jarum suntik (Meissner et.al., 2022).

4) Tanda dan Gejala Klinis HIV-AIDS

Menurut *World Health Organization* (2024), HIV memiliki potensi penularan yang lebih tinggi pada fase awal infeksi, khususnya dalam beberapa bulan pertama setelah seseorang terpapar, meskipun pada tahap ini banyak individu belum menyadari status HIV-nya. Dalam minggu-minggu awal setelah infeksi, sebagian besar penderita tidak menunjukkan gejala yang jelas, sementara sebagian lainnya dapat mengalami gejala ringan menyerupai influenza, seperti demam, nyeri kepala, ruam kulit, dan sakit tenggorokan. Seiring berjalannya waktu, infeksi HIV secara progresif akan melemahkan sistem kekebalan tubuh, yang pada akhirnya dapat memunculkan tanda dan gejala lanjutan seperti pembesaran kelenjar getah bening, penurunan berat badan, demam berulang, diare kronis, serta batuk yang menetap. Menurut Najmah (2016), Ada beberapa tahapan HIV-AIDS dimulai ketika masuknya virus sampai timbulnya gejala AIDS:

1. Tahap Pertama (Periode Jendela)

   Pada tahap ini, HIV masuk ke dalam tubuh melalui cairan tubuh yang terkontaminasi, seperti darah, air mani, atau cairan vagina. Virus mulai menginfeksi dan berkembang biak dalam sel-sel sistem imun, khususnya sel CD4+, yang berfungsi penting dalam pertahanan tubuh. Meskipun infeksi sudah terjadi, penderita HIV tidak menunjukkan gejala fisik yang jelas dan tampak sehat. Tes HIV standar juga tidak dapat mendeteksi infeksi pada periode ini, karena tubuh belum cukup menghasilkan antibodi yang diperlukan untuk identifikasi virus. Tahap ini berlangsung selama dua minggu hingga enam bulan, tergantung pada respons imun individu, dan setelah periode ini, tubuh mulai memproduksi antibodi yang dapat terdeteksi dalam tes HIV.

2. Tahap Kedua (HIV Asimptomatik/Masa Laten)

   Setelah periode jendela, HIV memasuki fase asimptomatik, di mana virus terus berkembang biak di dalam tubuh tanpa menunjukkan gejala yang jelas. Pada tahap ini, tes HIV dapat mendeteksi virus karena antibodi spesifik terhadap HIV telah terbentuk. Meskipun penderita tidak mengalami gejala klinis yang signifikan, virus secara perlahan merusak sistem kekebalan tubuh dengan menurunkan jumlah sel CD4+. Individu pada fase ini tetap merasa sehat dan dapat bertahan antara lima hingga sepuluh tahun, tergantung pada faktor-faktor seperti daya tahan tubuh dan akses terhadap pengobatan antiretroviral (ARV). Durasi fase ini lebih pendek di negara-negara berkembang dengan akses terbatas ke perawatan kesehatan.
3. Tahap Ketiga (Dengan Gejala Penyakit)

   Pada tahap ini, sistem kekebalan tubuh penderita mulai menunjukkan kelemahan yang jelas, dengan penurunan jumlah sel CD4+ yang signifikan. Gejala infeksi oportunistik mulai muncul, seperti pembengkakan kelenjar getah bening, diare kronis, penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, serta infeksi jamur atau bakteri yang mengancam kesehatan. Penderita mulai merasa sakit, dan pengobatan medis sangat diperlukan untuk mengelola kondisi ini. Durasi tahap ini dapat bervariasi antara satu bulan hingga beberapa bulan, tergantung pada daya tahan tubuh individu dan intervensi medis yang diterima.
4. AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*)

   AIDS adalah tahap akhir dari infeksi HIV, yang terjadi ketika sistem kekebalan tubuh telah sangat rusak dan tidak mampu lagi melawan infeksi atau penyakit. Pada tahap ini, individu dengan HIV yang tidak diobati akan mengalami penurunan jumlah sel CD4+ yang sangat rendah, di bawah 200 sel/mm^3, dan mulai menunjukkan berbagai infeksi oportunistik atau kanker terkait HIV. Penyakit seperti pneumonia, tuberkulosis, serta kanker tertentu seperti limfoma atau sarkoma Kaposi dapat muncul, memperburuk kondisi penderita. Tanpa pengobatan yang tepat, seperti terapi antiretroviral (ARV), AIDS sering berujung pada kematian

akibat infeksi yang tidak dapat diatasi oleh sistem kekebalan tubuh yang sudah melemah.

5) Diagnosis HIV-AIDS

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2019), Diagnosis infeksi HIV dapat ditegakkan melalui dua pendekatan utama, yaitu pemeriksaan serologis dan pemeriksaan virologis, yang masing-masing memiliki indikasi dan tingkat sensitivitas tertentu dalam proses deteksi virus.

1. Pemeriksaan Serologi

   Pemeriksaan serologis bertujuan mendeteksi antibodi terhadap HIV atau antigen virus, seperti antigen p24, dalam serum atau plasma pasien. Metode yang lazim digunakan dalam kategori ini meliputi *rapid immunochromatographic test* (tes cepat) dan *enzyme immunoassay* (EIA). Tes cepat banyak digunakan di layanan kesehatan primer dan berbasis komunitas karena waktu pemeriksaan yang singkat dan prosedurnya yang relatif sederhana. EIA, yang dilakukan di laboratorium dengan fasilitas lebih lengkap, memiliki sensitivitas dan spesifisitas tinggi, terutama pada generasi ketiga dan keempat yang mampu mendeteksi kombinasi antigen dan antibodi HIV.

2. Pemeriksaan Virologis

   Pemeriksaan virologis bertujuan untuk mendeteksi langsung materi genetik virus HIV dalam tubuh, baik dalam bentuk DNA HIV maupun RNA HIV. Pemeriksaan DNA HIV kualitatif merupakan metode pilihan utama untuk diagnosis HIV pada bayi berusia di bawah 18 bulan, mengingat antibodi maternal yang ditransfer selama kehamilan dapat memberikan hasil positif palsu pada pemeriksaan serologis. Di wilayah dengan keterbatasan fasilitas laboratorium, diagnosis dapat dilakukan dengan menggunakan sampel darah kering (*dried blood spot* atau DBS) yang dikirim ke laboratorium rujukan untuk pemeriksaan DNA HIV. Selain itu, pemeriksaan RNA HIV secara kuantitatif juga dapat digunakan sebagai alternatif. Pemeriksaan virologis direkomendasikan pada kondisi berikut:

   a. Bayi usia <18 bulan dengan paparan HIV
   b. Dugaan infeksi HIV akut
   c. Individu dengan gejala klinis AIDS namun hasil serologi negative

d. Konfirmasi terhadap hasil tes serologis yang inkonklusif atau berbeda antara laboratorium

6) Transmisi HIV-AIDS

Menurut CDC (2024), transmisi HIV-AIDS dilakukan melalui aktivitas yang memungkinkan perpindahan cairan tubuh yang mengandung virus, terutama darah, air mani, cairan vagina, dan air susu ibu. Penularan yang paling sering terjadi adalah melalui hubungan seksual tanpa penggunaan kondom secara konsisten dan benar, baik pada hubungan seksual anal maupun vaginal. Seks anal memiliki risiko penularan tertinggi, terutama bagi pihak yang menerima penetrasi, karena jaringan rektum yang tipis lebih mudah mengalami robekan yang memungkinkan virus masuk ke dalam aliran darah. Selain itu, penggunaan jarum suntik yang terkontaminasi secara bergantian, baik dalam konteks penggunaan narkoba, penyuntikan hormon, atau steroid, juga menjadi jalur utama penularan karena darah yang tersisa dapat membawa virus. Penularan perinatal, yaitu dari ibu ke anak selama kehamilan, persalinan, atau menyusui, menjadi bentuk transmisi utama pada anak-anak. Di sisi lain, penting untuk dipahami bahwa HIV tidak dapat ditularkan melalui kontak sehari-hari seperti berciuman, berpelukan, berjabat tangan, atau berbagi benda-benda pribadi, makanan, dan minuman, karena virus ini tidak bertahan hidup lama di luar tubuh manusia dan tidak menyebar melalui udara, air, atau sentuhan biasa.

7) Penatalaksanaan HIV-AIDS

Penatalaksanaan infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) hingga saat ini masih bergantung sepenuhnya pada pemberian terapi antiretroviral (ARV), mengingat belum tersedia obat yang dapat secara definitif menyembuhkan infeksi tersebut. Terapi ARV merupakan pendekatan farmakologis utama yang bertujuan untuk menekan replikasi virus, mencegah progresivitas penyakit, serta menurunkan angka morbiditas dan mortalitas yang berkaitan dengan HIV (WHO, 2021).

Pemberian ARV secara konsisten dan tepat waktu dapat menurunkan kadar virus (viral load) dalam darah hingga tingkat yang tidak terdeteksi oleh alat diagnostik konvensional, yang dikenal sebagai supresi virologis. Supresi ini secara signifikan berkontribusi terhadap pemulihan fungsi imun, peningkatan kualitas hidup pasien, serta penurunan risiko terjadinya komplikasi

yang berhubungan dengan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) maupun komplikasi non-AIDS. Selain manfaat klinis individual, keberhasilan terapi ARV juga berdampak pada aspek kesehatan masyarakat, yakni dengan menurunkan kemungkinan penularan HIV ke orang lain, baik melalui kontak seksual maupun dari ibu ke anak selama masa kehamilan, persalinan, dan menyusui (Gilory, 2021).

Saat ini, pedoman nasional maupun internasional merekomendasikan pemberian terapi ARV kepada seluruh individu yang terdiagnosis HIV, terlepas dari nilai CD4 maupun stadium klinis penyakit. Pendekatan ini bertujuan untuk mengoptimalkan luaran terapi, menurunkan risiko penularan, serta memperpanjang harapan hidup pasien. Oleh karena itu, keberhasilan terapi ARV tidak hanya ditentukan oleh efektivitas farmakologis obat, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan jangka panjang secara konsisten dan teratur (Kemenkes RI, 2019).

8) Pencegahan HIV-AIDS

Menurut Kementerian Kesehatan (2023), Pencegahan infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) merupakan komponen esensial dalam pengendalian epidemi global, bertujuan menurunkan angka infeksi baru serta menghambat transmisi virus di masyarakat. Strategi pencegahan HIV mencakup pendekatan perilaku, medis, dan edukatif yang saling terintegrasi. Beberapa upaya pencegahan yang terbukti efektif secara ilmiah dijelaskan sebagai berikut:

1. *Abstinence & Awareness*

   Menghindari hubungan seksual (*abstinensi*) dan meningkatkan kesadaran terhadap risiko, terutama melalui skrining pada kelompok berisiko tinggi, merupakan langkah preventif utama dalam mencegah penularan HIV.

2. *Be Faithful*

   Menjalin hubungan monogami yang saling setia, komitmen terhadap pasangan tetap yang tidak terinfeksi mengurangi eksposur terhadap virus melalui hubungan seksual yang tidak terlindungi dengan banyak pasangan.

3. *Condom & Circumcision*

   Penggunaan kondom secara konsisten dan benar saat melakukan hubungan seksual berisiko merupakan strategi

pencegahan yang sangat direkomendasikan oleh WHO dan CDC. Selain itu, sirkumsisi atau sunat pada laki-laki telah terbukti secara ilmiah menurunkan risiko akuisisi HIV pada hubungan heteroseksual, dengan cara mengurangi kerentanan jaringan preputium terhadap infeksi.

4. *No Drug & Safe Blood Sterile Equipment*

   Tidak menggunakan narkoba suntik dan memastikan penggunaan alat medis yang steril mencegah penularan HIV melalui paparan darah.

5. *Education*

   Pendidikan kesehatan yang komprehensif mengenai HIV-AIDS memiliki peran sentral dalam meningkatkan pemahaman masyarakat terhadap mekanisme penularan, langkah-langkah pencegahan, serta pentingnya pengobatan antiretroviral.

1.5.2. Tinjauan Umum Tentang Antiretroviral (ARV)

1. Definisi Antiretroviral

Menurut Permenkes No.87 Tahun 2014 Pengobatan antiretroviral merupakan bagian dari pengobatan HIV dan AIDS untuk mengurangi risiko penularan HIV, menghambat perburukan infeksi oportunistik, meningkatkan kualitas hidup penderita HIV, dan menurunkan jumlah virus (viral load) dalam darah sampai tidak terdeteksi.

2. Jenis-Jenis Antiretroviral

Dalam upaya pengobatan infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV), terapi antiretroviral (ARV) merupakan strategi utama yang digunakan untuk menekan replikasi virus, meningkatkan kualitas hidup, dan memperpanjang harapan hidup Orang dengan HIV-AIDS (ODHIV). Di Indonesia, Kementerian Kesehatan (2020) telah menetapkan beberapa jenis obat ARV yang dapat diakses melalui fasilitas pelayanan kesehatan, baik secara gratis maupun subsidi pemerintah. Obat-obatan ini terbagi ke dalam tiga golongan utama berdasarkan mekanisme kerjanya dalam menghambat siklus hidup virus HIV:

1. **NRTI (*Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors*)**

   Golongan ini bekerja dengan cara menghambat kerja enzim *reverse transcriptase*, yaitu enzim yang digunakan oleh HIV untuk mengubah materi genetiknya dari RNA menjadi DNA di dalam sel inang. Dengan menghambat proses ini, replikasi virus dapat ditekan secara signifikan.

Contoh obat dalam golongan ini yang umum digunakan di Indonesia adalah:

- *Zidovudin (AZT)*
- *Lamivudin (3TC)*
- *Abacavir (ABC)*
- *Tenofovir disoproxil fumarate (TDF)*
- *Didanosine (ddI)*
- *Emtricitabine (FTC)*

2. **NNRTI (*Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors*)**

   Obat dalam golongan ini juga menargetkan enzim *reverse transcriptase*, tetapi dengan cara yang berbeda dari NRTI. NNRTI berikatan langsung dengan enzim tersebut dan mengubah strukturnya, sehingga enzim menjadi tidak aktif. Beberapa jenis NNRTI yang digunakan di Indonesia antara lain:

   - *Nevirapin (NVP)*
   - *Efavirenz (EFV)*
   - *Rilpivirin (RPV)*
   - *Etravirin (ETR)*

3. **PI (*Protease Inhibitors*)**

   Protease adalah enzim yang diperlukan HIV untuk memotong rantai protein panjang menjadi bagian-bagian yang dibutuhkan dalam pembentukan partikel virus baru. *Protease Inhibitor* bekerja dengan menghambat enzim ini, sehingga mencegah terbentuknya virus HIV yang matang dan infektif. Obat yang umum digunakan dari golongan ini adalah:

   - *Lapinovir (LPV)*
   - *Darunavir (DRV)*

3. Tujuan Antiretroviral

Terapi antiretroviral (ARV) merupakan pendekatan pengobatan terhadap infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dengan menggunakan kombinasi obat-obatan khusus. Meskipun ARV tidak dapat membasmi virus sepenuhnya, terapi ini berfungsi untuk menghambat replikasi HIV secara signifikan. Dengan perlambatan laju replikasi virus, perkembangan penyakit HIV juga dapat ditekan. Tujuan utama dari terapi antiretroviral adalah menekan jumlah virus (viral load) secara maksimal dan

berkelanjutan, memulihkan atau mempertahankan fungsi sistem imun, meningkatkan kualitas hidup penderita, serta menurunkan angka morbiditas dan mortalitas akibat HIV (Arizwansyah, 2023).

4. Regimen Antiretorviral

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019), terapi antiretroviral (ARV) diberikan dalam bentuk regimen kombinasi yang terdiri atas tiga lini terapi secara berjenjang, yakni:

1. Lini Pertama

   Digunakan sebagai terapi awal untuk semua pasien HIV yang belum pernah menerima ARV. Regimen lini ini umumnya terdiri dari dua *nukleosida/nukleotida reverse transcriptase inhibitors* (NRTIs) ditambah satu *non-nukleosida reverse transcriptase inhibitor* (NNRTI) atau *integrase strand transfer inhibitor* (INSTI).

2. Lini Kedua

   Diberikan kepada pasien yang mengalami kegagalan terapi lini pertama, baik secara klinis, imunologis, maupun virologis. Regimen lini kedua biasanya menggantikan NNRTI atau INSTI dengan *protease inhibitor* (PI) yang ditingkatkan (boosted).

3. Lini Ketiga

   Diperuntukkan bagi pasien yang gagal pada terapi lini kedua dan memerlukan regimen yang lebih spesifik berdasarkan hasil uji resistensi. Lini ini melibatkan ARV dari kelas yang berbeda atau dengan potensi lebih tinggi, dan memerlukan pengawasan lebih ketat.

5. Pemantauan Antiretroviral

Kegagalan terapi antiretroviral (ARV) ditandai dengan munculnya resistensi silang dalam kelompok obat ARV yang sama, yang terjadi ketika virus HIV mengalami mutasi genetik dan tetap bereplikasi meskipun pasien sedang menjalani terapi. Resistensi ini mengindikasikan bahwa virus telah mengembangkan mekanisme untuk menghindari efek farmakologis dari obat yang digunakan (WHO, 2020).

Sebelum dapat disimpulkan bahwa seorang pasien mengalami kegagalan terapi, pasien tersebut harus telah mengonsumsi regimen ARV secara teratur selama minimal enam bulan. Apabila terdapat ketidakpatuhan, seperti penghentian sementara konsumsi obat, maka penilaian keberhasilan atau

kegagalan terapi hanya dapat dilakukan setelah pasien kembali meminum ARV secara konsisten selama 3 hingga 6 bulan.

Penilaian terhadap kegagalan terapi ARV didasarkan pada tiga kriteria utama, yaitu klinis, imunologis, dan virologis. Kriteria klinis mencakup munculnya infeksi oportunistik baru atau berulang yang menunjukkan penurunan fungsi kekebalan tubuh. Sementara itu, kriteria imunologis mencakup penurunan jumlah sel CD4 menjadi ≤250 sel/µl yang disertai dengan gejala klinis gagal terapi, atau jumlah CD4 yang secara persisten berada di bawah 100 sel/µl. Adapun kriteria virologis ditandai dengan hasil pemeriksaan viral load sebanyak dua kali dalam rentang waktu 3 hingga 6 bulan yang menunjukkan jumlah virus >1000 kopi/ml (WHO, 2021).

1.5.3. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan

1) Definisi Kepatuhan

Kepatuhan *(adherence)* merujuk pada perilaku pasien dalam mengikuti anjuran penggunaan obat secara tepat, mencakup dosis, frekuensi, dan waktu konsumsi sesuai dengan yang telah ditentukan. Konsep ini tidak hanya mencerminkan tindakan pasien dalam mengonsumsi obat, tetapi juga menunjukkan tingkat komitmen pasien terhadap rencana terapi yang telah disusun bersama tenaga kesehatan. Kepatuhan terhadap pengobatan menjadi indikator penting dalam keberhasilan terapi, terutama pada penyakit kronis seperti HIV-AIDS, di mana efektivitas terapi sangat bergantung pada konsistensi penggunaan obat antiretroviral (ARV) (Kemenkes, 2019).

2) Faktor-Faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Menurut WHO (2003) faktor ketidakpatuhan diklasifikasikan dalam lima dimensi yaitu:

1. Faktor Sosial dan ekonomi

   Meskipun status sosial ekonomi belum secara konsisten diidentifikasi sebagai prediktor independen terhadap kepatuhan pengobatan, dalam konteks negara berkembang, status sosial ekonomi yang rendah dapat menimbulkan dilema prioritas dalam pemanfaatan sumber daya yang terbatas. Kondisi ini sering kali memaksa individu untuk mengalokasikan sumber daya demi memenuhi kebutuhan anggota keluarga lain, seperti anak-anak atau lansia yang berada dalam tanggungan mereka. Sejumlah faktor telah dilaporkan secara signifikan

memengaruhi tingkat kepatuhan pasien, antara lain status sosial ekonomi yang rendah, kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, buta huruf, pengangguran, dan keterbatasan jaringan dukungan sosial. Faktor lainnya mencakup kondisi tempat tinggal yang tidak stabil, jarak geografis yang jauh dari fasilitas layanan kesehatan, tingginya biaya transportasi dan pengobatan, perubahan kondisi lingkungan, serta kepercayaan budaya dan pandangan masyarakat terhadap penyakit dan terapi medis. Selain itu, disfungsi dalam struktur keluarga turut menjadi hambatan dalam mempertahankan kepatuhan terhadap pengobatan.

2. Layanan dan Sistem Kesehatan

   Penelitian yang membahas pengaruh faktor-faktor yang berkaitan dengan tim layanan kesehatan dan sistem pelayanan terhadap kepatuhan pasien masih tergolong terbatas. Padahal, relasi yang positif antara pasien dan tenaga kesehatan telah terbukti dapat meningkatkan tingkat kepatuhan terhadap pengobatan. Sejumlah faktor sistemik diketahui berdampak negatif terhadap kepatuhan pasien, antara lain kurang berkembangnya sistem pelayanan kesehatan, tidak memadainya mekanisme pembiayaan atau ketiadaan jaminan dari asuransi kesehatan, serta sistem distribusi obat yang belum optimal. Selain itu, kurangnya pengetahuan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan dalam menangani penyakit kronis, beban kerja yang tinggi, minimnya insentif dan umpan balik atas kinerja, serta durasi konsultasi yang terlalu singkat juga menjadi hambatan. Kelemahan dalam kapasitas sistem untuk memberikan edukasi kesehatan, tindak lanjut yang konsisten, dan penguatan dukungan masyarakat maupun manajemen diri pasien turut memperburuk keadaan. Kurangnya pemahaman mengenai strategi peningkatan kepatuhan dan intervensi yang efektif dalam praktik pelayanan kesehatan menambah kompleksitas permasalahan ini.

3. Faktor Kondisi

   Beberapa faktor utama yang secara signifikan memengaruhi kepatuhan pasien terhadap pengobatan meliputi tingkat keparahan gejala, derajat kecacatan baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun fungsional, serta progresivitas dan tingkat keparahan penyakit itu sendiri. Selain itu, ketersediaan

pengobatan yang efektif juga turut menentukan. Dampak dari faktor-faktor ini sangat bergantung pada bagaimana pasien memandang risiko yang dihadapi, sejauh mana mereka menganggap penting untuk mengikuti pengobatan, serta prioritas yang diberikan terhadap kepatuhan.

4. Faktor Terapi

   Berbagai faktor yang berkaitan dengan terapi turut memengaruhi tingkat kepatuhan pasien, di mana yang paling menonjol meliputi kompleksitas rejimen pengobatan, lamanya durasi terapi, riwayat kegagalan pengobatan sebelumnya, frekuensi perubahan jenis obat, cepat atau tidaknya efek terapeutik dirasakan, serta efek samping yang ditimbulkan dan ketersediaan dukungan medis untuk mengelolanya.

5. Faktor Pasien

   Faktor-faktor yang berkaitan dengan pasien, seperti pengetahuan, keyakinan, sikap, persepsi, serta motivasi dan harapan, berperan penting dalam memengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan. Beberapa hambatan meliputi kelupaan, stres, kecemasan terhadap efek samping, motivasi rendah, kurangnya keterampilan mengelola penyakit, serta persepsi negatif terhadap obat dan diagnosis. Persepsi pasien terhadap kebutuhan pengobatan dipengaruhi oleh gejala, pengalaman, dan pemahaman terhadap penyakit. Kekhawatiran terhadap efek jangka panjang, ketergantungan, serta pandangan negatif terhadap obat dan ilmu pengetahuan juga turut menurunkan kepatuhan.

3) Cara Mengukur Tingkat Kepatuhan

Menurut Brannon & Fesit (1997) terdapat lima pendekatan yang bisa digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan, yaitu:

1. Melalui penilaian petugas klinis

   Cara ini umumnya dianggap sebagai pilihan terakhir karena perkiraan yang diberikan oleh tenaga medis sering kali tidak akurat.

2. Melalui laporan langsung dari pasien

   Metode ini dianggap lebih valid dibandingkan penilaian dari petugas medis. Namun, ada beberapa kelemahan, seperti kemungkinan pasien tidak jujur demi menghindari penilaian negatif dari tenaga kesehatan, atau pasien sendiri kurang

menyadari sejauh mana mereka patuh terhadap pengobatan. Penelitian menunjukkan bahwa pasien cenderung lebih jujur ketika mengakui ketidakpatuhan mereka daripada saat diminta menyatakan seberapa sering mereka mengonsumsi obat.

3. Melalui informasi dari orang terdekat yang memantau pasien

   Pendekatan ini pun memiliki keterbatasan. Pertama, pemantauan terus-menerus tidak selalu memungkinkan, terutama terkait kebiasaan makan atau konsumsi alkohol. Kedua, pengawasan yang ketat dapat menciptakan situasi tidak alami yang justru membuat pasien tampak lebih patuh dibanding kondisi sebenarnya. Kepatuhan yang tampak tinggi ini memang terlihat baik, namun tidak mencerminkan kepatuhan yang sesungguhnya, sehingga hasil pengukuran menjadi kurang akurat.

4. Dengan menghitung jumlah obat yang telah diambil

   Pendekatan ini tergolong cukup ideal karena kesalahan dalam menghitung jumlah obat yang tersisa umumnya kecil. Namun, keakuratannya juga bisa terganggu oleh dua hal: pertama, pasien mungkin sengaja tidak mengonsumsi sebagian obat karena alasan tertentu; kedua, pasien mungkin meminum obat secara tidak sesuai dengan instruksi dokter, meskipun seluruh dosis telah dihabiskan.

5. Dengan pemeriksaaan biokimia

   Metode ini dapat menutupi kekurangan dari metode sebelumnya dengan mendeteksi kandungan obat dalam darah atau urin. Meskipun lebih andal dibandingkan dengan penghitungan jumlah obat, metode ini memiliki kelemahan karena biayanya yang tinggi dan sering kali tidak sebanding dengan manfaat yang diperoleh.

1.5.4. Tinjauan Umum Tentang Variabel

1) Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat dimanifestasikan dalam berbagai bentuk, antara lain dukungan informasional, di mana anggota keluarga atau orang terdekat berperan sebagai sumber informasi bagi pasien; dukungan instrumental, berupa bantuan finansial atau pemenuhan kebutuhan praktis pasien; dukungan penghargaan, yakni validasi identitas dan penguatan harga diri pasien oleh keluarga; serta dukungan emosional, di mana keluarga atau individu terdekat menjadi tempat berlindung yang aman dan

menenangkan bagi pasien (Friedman, 2013). Menurut Friedman (2013), keluarga memiliki peran penting dalam memberikan berbagai bentuk dukungan kepada anggotanya. Bentuk-bentuk dukungan tersebut meliputi:

1. Dukungan Informasional

   Merupakan peran keluarga sebagai sumber informasi yang memberikan saran, petunjuk, dan masukan yang relevan dalam membantu individu memahami dan menyelesaikan masalah yang dihadapi. Aspek dari dukungan ini mencakup pemberian nasihat, anjuran, dan informasi yang bermanfaat.
2. Dukung Penilaian atau penghargaan

   Merupakan di mana keluarga berfungsi sebagai pembimbing dan mediator dalam pengambilan keputusan serta sebagai validator identitas anggota keluarga. Dukungan ini dapat diwujudkan melalui pemberian penghargaan, perhatian, dan dorongan positif terhadap individu.
3. Dukungan Instrumental

   Merupakan dukungan praktis dan konkrit yang diberikan oleh keluarga, seperti bantuan dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari, termasuk bantuan keuangan, makanan, minuman, dan fasilitas untuk beristirahat.
4. Dukungan Emosional

   Merupakan dukungan yang diberikan dalam bentuk kehadiran yang menenangkan, penuh kasih, dan memberikan rasa aman. Bentuk dukungan ini mencakup afeksi, kepercayaan, perhatian, serta kemampuan untuk mendengarkan dan memberi ruang bagi individu untuk mengekspresikan emosinya secara sehat.

   Keterlibatan keluarga yang konsisten melalui pemberian pujian, penilaian positif, serta pengingat dan bimbingan, memiliki peran signifikan dalam mendukung proses pemulihan individu. Dukungan keluarga terbukti dapat berkontribusi terhadap peningkatan kondisi fisik, pengelolaan stres, produktivitas, kesejahteraan psikologis, serta kemampuan individu dalam beradaptasi dengan situasi yang dihadapi.

2) Dukungan Sosial

Sarafino (2011) menyatakan bahwa dukungan sosial merupakan kenyamanan, penghargaan, perhatian, dan bantuan yang diterima individu dari orang lain, baik secara personal maupun kelompok. Dukungan ini dapat berbentuk bantuan nyata, seperti menolong pekerjaan rumah, maupun dukungan emosional berupa mendengarkan, memberi simpati, dan memberikan dorongan moral. Dengan demikian, dukungan sosial mencerminkan persepsi individu terhadap keberadaan, kepedulian, dan bantuan dari orang-orang terdekat dalam hidupnya. Menurut *Sherbourne* dan *Stewart* (1991) ada 5 dimensi utama dukungan sosial yaitu:

1. *Emotional Support*, Merupakan bentuk dukungan emosional positif yang tercermin melalui perilaku dan ungkapan sehari-hari, seperti menunjukkan empati, perhatian, serta kepedulian terhadap kondisi yang dialami ODHIV. Dukungan ini berperan penting sebagai sistem pendukung yang membantu ODHIV menghadapi tantangan emosional dan sosial dalam menjalani kehidupannya sehari-hari.
2. *Informational Support*, Merupakan bentuk dukungan yang bertujuan untuk membantu ODHIV merasa diterima dengan baik oleh lingkungan sekitarnya, sehingga menumbuhkan rasa percaya diri dan semangat dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Dukungan ini tidak hanya memberikan rasa nyaman secara emosional, tetapi juga menjadi motivasi penting bagi ODHIV untuk tetap optimis dan beradaptasi dengan kondisinya.
3. *Tangible Support*, Merupakan bentuk dukungan berupa bantuan materi yang diberikan kepada ODHIV yang mengalami keputusasaan dan kesulitan untuk tetap produktif dalam kehidupannya. Dukungan ini dapat berupa bantuan finansial, kebutuhan pokok, atau fasilitas pendukung lainnya.
4. *Positif Social Interaction,* Merupakan kondisi di mana ODHIV dapat menjalani kehidupannya dengan tetap berpartisipasi dan berinteraksi dalam lingkungan sosial tanpa mengalami perlakuan diskriminatif maupun stigma negatif dari masyarakat. Situasi ini mencerminkan adanya penerimaan sosial yang baik, sehingga ODHIV merasa dihargai, setara,

dan mampu berperan aktif dalam aktivitas kehidupan sehari-hari.

5. *Affectionate Support,* Merupakan bentuk kebutuhan akan dukungan sosial yang memungkinkan ODHIV untuk menjalin kedekatan dengan orang lain serta mengekspresikan perasaannya secara terbuka. Dukungan ini membantu ODHIV merasa diterima dan diperlakukan setara dengan individu lain, sehingga mampu meningkatkan rasa percaya diri, kesejahteraan emosional, serta kualitas hubungan sosialnya.

3) *Self-stigma*

Self-stigma merupakan persepsi atau keyakinan negatif yang dimiliki individu terhadap dirinya sendiri. Secara ironis, individu dengan gangguan kesehatan mental kerap menjadi korban dari stigma sosial yang telah tertanam secara mendalam dalam budaya masyarakat secara umum (BSN, 2022). *Self-stigma* merupakan suatu fenomena psikologis di mana individu menginternalisasi stigma negatif dari lingkungan sosial, yang pada akhirnya berdampak pada penghambatan dirinya dalam mengakses perhatian, menjalin interaksi sosial, serta memanfaatkan berbagai peluang yang tersedia. Kondisi ini dapat menyebabkan penurunan rasa percaya diri, isolasi sosial, dan keterbatasan dalam pengembangan diri, termasuk dalam hal pendidikan, pekerjaan, maupun layanan Kesehatan (Inriyana & Nugraha, 2024). Tahapan *self-stigma* merupakan serangkaian proses internalisasi terhadap stigma sosial yang berasal dari masyarakat luas. Proses ini tidak terjadi secara tiba-tiba, melainkan melalui tahapan yang berlangsung secara berurutan dan saling berkaitan.

Tabel 1.9 Tabel Sintesa

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
1.	Ria Inriyana, Firman Nugraha (2024) DOI: https://doi.org/10.32583/far.v13i4.2355	Hubungan *Self-stigma* dengan Kepatuhan Obat Antiretroviral pada Paisen Baru Terdiagnosis HIV *Jurnal Farmasetis*	*Cross Sectional*	30 Responden	Terdapat hubungan signifikan antara *selfstigma* dengan kepatuhan obat. Semakin rendah selfstigma yang dirasakan oleh responden maka semakin patuh dalam menjalani pengobatan ARV. *Selfstigma* yang dirasakan oleh ODHIV membuat mereka mengembangkan berbagai mekanisme koping untuk

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
					mengatasinya. Strategi koping yang berfokus pada masalah (problem-focused coping strategi) dapat menjadi salah satu strategi dalam mengatasi *selfstigma* ODHIV.
2.	Fadhila Aini, Neno Fitriyani Hasbie, Dita Fitriani, Achmad Fari (2024) DOI: https://doi.org/10.33024/jmm.v8i3.15784	Hubungan Dukungan Sosial dengan Kepatuhan ARV pada Pasien HIV AIDS di Puskesmas Sukabumi	*Cross Sectional*	72 Responden	Analisis hubungan dukungan sosial dengan kepatuhan ARV pada pasien HIV AIDS di Puskesmas Sukabumi menunjukkan bahwa dukungan sosial dapat meningkatkan kepatuhan pasien

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
		Bandar Lampung *Jurnal Medika Malahayati*			HIV AIDS terhadap ARV. Terdapat hubungan emosional dengan kepatuhan ARV pada pasien HIV AIDS, tidak ada hubungan instrumental dengan kepatuhan ARV pada pasien HIV AIDS, dan ada hubungan informatif dengan kepatuhan ARV pada pasien HIV AIDS dan adanya hubungan dukungan persahabatan dengan kepatuhan

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
					ARV pada pasien HIV AIDS.
3.	Sianturi, S. R., & Dorothea, C. B. (2020) DOI: https://doi.org/10.31290/jkt.v6i2.1572	Hubungan Dukungan Kelaurga dengan Kepatuhan Orang dengan HIV-AIDS Minum Obar ARV *Jurnal Keperawatan Terapan*	*Cross Sectional*	113 Responden	Berdasarkan hasil penelitian mengenai Dukungan keluarga dalam mendukung kepatuhan responden dalam minum obat didapatkan bahwa pasien belum mempercayai keluarga sebagai support system yang dekat. Responden lebih memilih untuk mendapatkan dukungan dari teman sebaya dengan kondisi yang sama.

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
4.	Diliana, D., Farich, A., Sary, L., Amirus, K., & Setiawati, O. R. (2023)	Analisis Bentuk Dukungan Keluarga Terhadap Konsep Diri Orang dengan HIV *Jurnal Ilmu Kesehatan*	*Cross Sectional*	75 Responden	ada hubungan dukungan emosionalterhadap konsep diri orang dengan hiv di VCTRumah Sakit Demang Sepulau Raya KabupatenLampung Tengah Tahun 2022. tidak ada hubungandukungan informasi terhadap konsep diri orangdengan HIV di VCT Rumah Sakit Demang SepulauRaya Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2022, faktor

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
					dominan dalam penelitian inidukungan emosional.
5.	Kurniyanti, M. A., & Daramatasia, W. (2021) **DOI:** https://doi.org/10.33475/jikmh.v10i1.249	Hubungan Stigma Diri dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Pada Orang Dengan HIV-AIDS (ODHIV) *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*	*Cross Sectionl*	55 Responden	Hasil penelitian menunjukkan bahwa *selfstigma* yang rendah pada ODHIV berhubungan dengan meningkatnya kepatuhan dalam mengonsumsi ARV. ODHIV mengatasi stigma dengan strategi koping emosional dan problem-focused, seperti bergabung dalam kelompok dukungan,

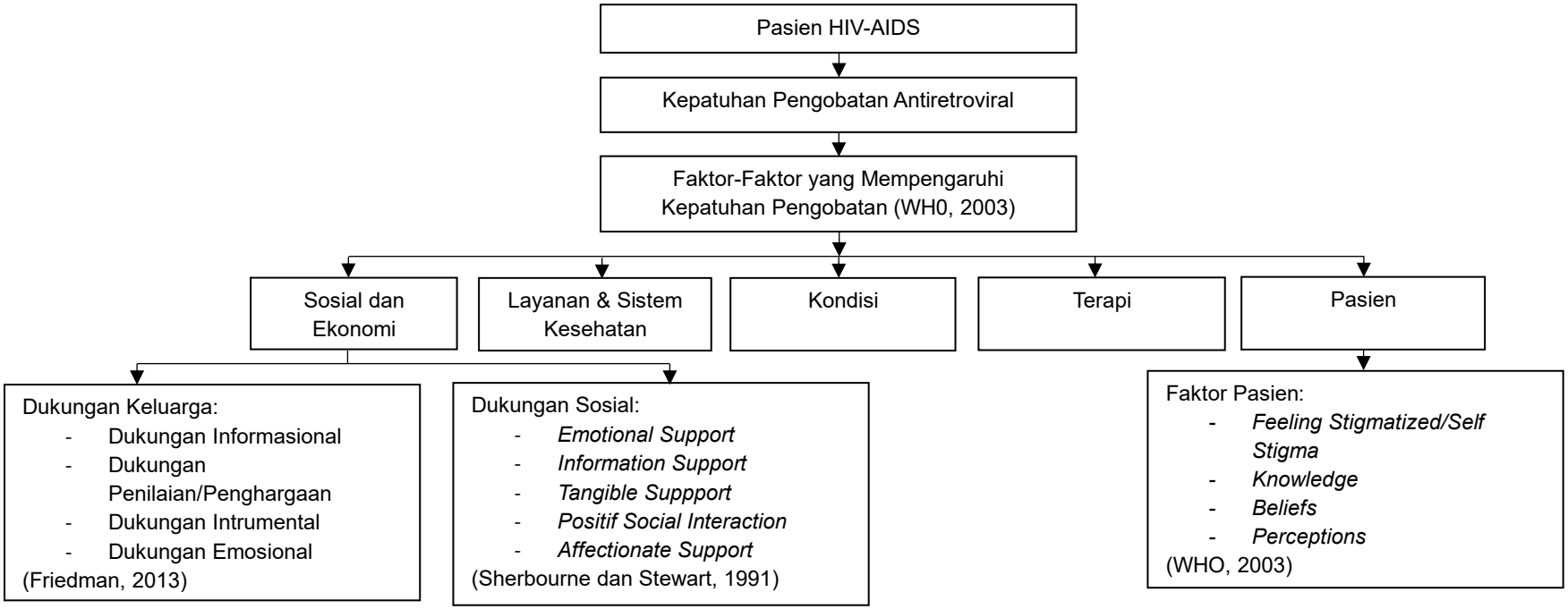
No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
					konseling, dan edukasi. Kepatuhan terhadap terapi ARV perlu didukung oleh pasien, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat.

Kesimpulan Temuan:

Self-stigma yang rendah serta dukungan sosial, khususnya dukungan emosional dari teman sebaya, memiliki peran penting dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV pada orang dengan HIV-AIDS (ODHIV). Meskipun dukungan keluarga belum sepenuhnya dipercaya sebagai sumber utama dukungan, keterlibatan keluarga dan tenaga kesehatan tetap diperlukan untuk menunjang kepatuhan terapi. Oleh karena itu, upaya pengurangan *self-stigma* dan peningkatan dukungan sosial harus menjadi fokus utama dalam strategi peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan ARV.

1.6 Kerangka Teori

Kerangka teori yang digunakan oleh penulis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Sumber: (WHO, 2003; Friedman, 2013; Sherbourne dan Stewart, 1991)

Gambar 1. 1 Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini dikonstruksi berdasarkan interrelasi konseptual antara variabel-variabel yang berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan antiretroviral pada pasien HIV-AIDS. Secara fundamental, penelitian ini berpijak pada model konseptual yang dikemukakan oleh *World Health Organization* (WHO, 2003) mengenai dimensi-dimensi yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan. Pasien HIV-AIDS yang terdiagnosis positif memerlukan pengobatan antiretroviral sebagai terapi jangka panjang yang harus dijalani secara konsisten. Kepatuhan terhadap pengobatan antiretroviral menjadi esensial dalam pengelolaan kondisi pasien HIV-AIDS, karena mempengaruhi efektivitas terapi, progresivitas penyakit, dan kualitas hidup pasien secara keseluruhan. WHO (2003) mengidentifikasi lima dimensi utama yang berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan, yakni faktor sosial dan ekonomi, layanan dan sistem kesehatan, kondisi, terapi, dan faktor pasien.

Dari perspektif sosial dan ekonomi, dukungan keluarga dan dukungan sosial menjadi determinan signifikan dalam mempengaruhi kepatuhan pengobatan. Menurut Friedman (2013), dukungan keluarga termanifestasi dalam empat bentuk: dukungan informasional, dukungan penilaian/penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Dukungan informasional mencakup pemberian informasi, saran, dan petunjuk terkait pengobatan. Dukungan penilaian/penghargaan melibatkan ekspresi pengakuan dan afirmasi terhadap upaya pasien dalam mematuhi pengobatan. Dukungan instrumental berwujud bantuan konkret seperti finansial, transportasi, dan perawatan fisik. Sementara dukungan emosional mencakup empati, perhatian, dan kepedulian yang berkontribusi pada kesejahteraan psikologis pasien. Paralel dengan dukungan keluarga, dukungan sosial yang berasal dari lingkungan eksternal keluarga turut berkontribusi pada kepatuhan pengobatan. Menurut Sherbourne dan Stewart (1991), terdapat lima dimensi utama dukungan sosial, yaitu *emotional support*, *informational support*, *tangible support*, *positive social interaction*, dan *affectionate support*. Dukungan ini meliputi perhatian emosional, pemberian informasi, bantuan materi, kesempatan berinteraksi tanpa diskriminasi, serta kedekatan emosional yang membuat ODHIV merasa diterima, dihargai, dan termotivasi dalam menjalani kehidupannya.

Faktor pasien merupakan dimensi utama yang berperan dalam kepatuhan pengobatan antiretroviral (ARV). Dimensi ini menekankan kondisi internal pasien, baik fisik, psikologis, maupun perilaku, yang berpengaruh terhadap keberhasilan terapi. Beberapa aspek yang termasuk di dalamnya meliputi tingkat pengetahuan, motivasi, keyakinan terhadap manfaat pengobatan, kondisi emosional, serta stigma diri (self-stigma). Self-stigma muncul ketika pasien menyerap dan mempercayai stereotip negatif masyarakat terhadap penderita HIV-AIDS. Interaksi dinamis antar kelima dimensi tersebut, dengan penekanan khusus pada dukungan keluarga,

dukungan sosial, dan *selfstigma*, membentuk kerangka teori komperhensif yang menjadi landasan konseptual dalam penelitian ini. Pemahaman mendalam terhadap interrelasi variable-variabel ini diharapkan dapat memberikan *insight* bermakna dalam upaya optimalisasi kepatuhan pengobatan antiretroviral pada pasien HIV-AIDS.

1.7 Dasar Pemikiran Variabel Penalitian

Human Immunodeficiency Virus (HIV)/*Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) merupakan penyakit infeksi kronis yang hingga kini masih menjadi perhatian serius di berbagai belahan dunia, termasuk Indonesia. Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2016, keberhasilan terapi menggunakan obat Antiretroviral (ARV) sangat bergantung pada tingkat kepatuhan pasien yang tinggi. Untuk mencapai penurunan jumlah virus hingga 85%, dibutuhkan tingkat kepatuhan terhadap pengobatan sebesar 90–95%. Artinya, Orang dengan HIV-AIDS (ODHIV) perlu mengonsumsi ARV secara konsisten, yaitu sekitar 60 kali dalam sebulan, dengan toleransi maksimal hanya tiga kali ketidakteraturan dalam konsumsi obat. Namun, data menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan terhadap terapi jangka panjang, khususnya terapi HIV-AIDS, di negara maju hanya mencapai sekitar 50%, dan angkanya bahkan lebih rendah di negara berkembang. Ketidakpatuhan dalam menjalani terapi ARV berisiko menimbulkan resistensi obat, yang berdampak pada kegagalan fungsi obat dalam menekan perkembangan virus.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa berbagai faktor seperti dukungan keluarga, dukungan sosial, dan *self-stigma* memiliki peran penting dalam memengaruhi tingkat kepatuhan pasien HIV-AIDS terhadap pengobatan ARV. Dukungan keluarga yang baik dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani terapi ARV (Dahoklory et al., 2019). Selain itu, dukungan sosial dari lingkungan sekitar juga memainkan peran penting dalam meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan ARV (Aini et al., 2021). Di sisi lain, *self-stigma* merupakan hambatan psikologis yang dapat mengurangi kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Stigma diri yang tinggi dapat menyebabkan pasien merasa enggan untuk menjalani terapi secara konsisten. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan ARV pada pasien HIV-AIDS di Puskesmas Kassi Kassi Tahun 2025. Adapun variabel independen dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga, dukungan sosial, dan *self-stigma*. Sementara itu, variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan pengobatan antiretroviral (ARV).

A. Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan hal yang sangat mempengaruhi keberhasilan pengobatan serta pemberi motivasi yang baik selain dari dalam diri penderita sendiri. Keluarga memberikan dukungan ekonomi pada responden yaitu memberikan biaya pengobatan, dan menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan oleh responden. Selain ekonomi, pendidikan

dan pekerjaan keluarga juga mempengaruhi dukungan yang diberikan oleh keluarga (Mahdalena & Maharani, 2022). Penelitian yang dilakukan oleh Arizwansyah dkk (2023) Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi, dan dukungan penghargaan dengan kepatuhan dalam mengonsumsi obat antiretroviral (ARV). Di antara keempat jenis dukungan tersebut, dukungan penghargaan merupakan faktor dominan yang memiliki pengaruh paling besar terhadap tingkat kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat ARV di Puskesmas Sukaraja. Dengan adanya dukungan keluarga diharapkan keluarga penderita HIV memahami masalah HIV, memberikan perhatian keparawatan bagi anggota yang menderita HIV. Intervensi melalui terapi ARV secara rutin dan terus menerus sangat diperlukan oleh ODHIV, karena itu diperlukan bantuan keluarga dan orang-orang terdekat untuk membantu mengingatkan penderita dalam mengkonsumsi obat pada jam yang tetap setiap hari, membawa obat saat bepergian, dan merencanakan kapan mendapatkan obat selanjutnya setelah persediaan obat telah habis (Suryanto & Nurjanah, 2021).

B. Dukungan Sosial

Pasien HIV-AIDS kerap menghadapi permasalahan sosial yang cukup kompleks. Pandangan masyarakat yang keliru sering kali menganggap HIV-AIDS sebagai penyakit yang sangat berbahaya dan mudah menular melalui aktivitas sehari-hari, seperti kontak kulit atau percakapan biasa. Persepsi yang tidak tepat ini berkontribusi pada munculnya tindakan diskriminatif dan marginalisasi terhadap Orang dengan HIV-AIDS (ODHIV) dalam lingkungan sosial (Liyanovitasari, 2021). Pasien HIV-AIDS sangat membutuhkan dukungan dan motivasi sosial dari orang-orang di sekitarnya. Dukungan sosial merupakan bentuk interaksi yang memberikan individu rasa dihargai, dicintai, diperhatikan, dan diakui keberadaannya dalam lingkungan sosial. Dukungan sosial mencerminkan hubungan interpersonal yang tidak hanya melibatkan bantuan nyata, tetapi juga keterikatan emosional. Hal ini mencakup pemberian informasi, perhatian, pengakuan, perasaan empati, serta bantuan dasar yang diperoleh individu dalam proses interaksi sosialnya. Menurut penelitian Fitriawan (2018), dukungan sosial merupakan salah satu faktor penting yang dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani terapi antiretroviral (ARV). Dukungan yang diberikan oleh lingkungan sekitar, baik dari keluarga, teman, maupun tenaga kesehatan, berkontribusi dalam mendorong motivasi

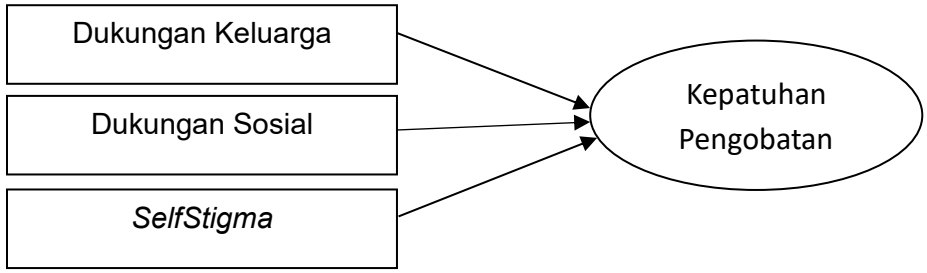
dan keyakinan pasien untuk rutin mengonsumsi obat sesuai anjuran, sehingga efektivitas terapi dapat tercapai secara optimal.

C. *Self-stigma*

Stigmatisasi merupakan bentuk perlakuan sosial yang mengarah pada pengucilan individu akibat perilaku yang dianggap memalukan atau menyimpang dari norma-norma sosial yang berlaku dalam masyarakat. Dalam konteks HIV-AIDS, stigma merujuk pada keyakinan, sikap, dan persepsi negatif yang disertai dengan proses merendahkan terhadap Orang dengan HIV-AIDS (ODHIV) maupun individu yang memiliki keterkaitan dengan HIV (Kurniyanti & Darmatasia, 2021). Stigma yang berkembang di masyarakat dapat mendorong Orang dengan HIV-AIDS (ODHIV) untuk menginternalisasi pandangan negatif tersebut, yang kemudian menimbulkan apa yang dikenal sebagai *self-stigma*. Pandangan individu ODHIV terhadap dirinya sendiri dipengaruhi oleh label negatif yang dilekatkan oleh lingkungan sosial, sehingga informasi tersebut digunakan sebagai dasar dalam membentuk penilaian terhadap dirinya sendiri (KPA, Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS, 2015). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Aini et al. (2024) mengungkapkan adanya hubungan yang signifikan antara *self-stigma* dengan kepatuhan pengobatan ARV pada pasien yang baru didiagnosis HIV. Semakin rendah tingkat *self-stigma* yang dialami responden, maka semakin tinggi tingkat kepatuhan mereka dalam menjalani terapi ARV. Dalam hal ini, dukungan keluarga dan dukungan sosial menjadi faktor penting yang berperan dalam menurunkan *self-stigma* pada ODHIV, sehingga dapat mendorong peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan ARV secara lebih optimal.

1.8 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah representasi visual yang menunjukkan hubungan antara variabel-variabel yang diteliti dalam sebuah penelitian, meliputi variabel dependen (terikat) dan variabel independen (bebas). Berdasarkan landasan pemikiran mengenai variabel-variabel penelitian yang telah dijelaskan sebelumnya, maka dibuatlah kerangka konsep penelitian yang dapat digambarkan sebagai berikut:



Keterangan:

= Variabel Independen
= Arah yang kemungkinan memberikan pengaruh
= Variabel Dependen

Gambar 1. 2 Kerangka Konsep Penelitian

1.9 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1.9.1. Kepatuhan Pengobatan

Definisi Operasional: Kepatuhan pengobatan adalah tingkat kesesuaian perilaku ODHIV dalam mengikuti anjuran pengobatan antiretroviral (ARV) sesuai dengan dosis, jadwal, dan aturan yang telah ditetapkan oleh tenaga kesehatan.

Alat Ukur: *Morinsky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) Questionnare

Kriteria Objektif:

Kategori Patuh (≥6)

Kategori Tidak Patuh (<6)

Skala: Ordinal

1.9.2. Dukungan Keluarga

Definisi Operasional: Dukungan keluarga merupakan dorongan yang diberikan oleh anggota keluarga, baik secara langsung maupun tidak langsung, sehingga membuat ODHIV merasa diterima,

diperhatikan, disayangi, dan dihargai dalam proses pengobatan, emosional, maupun sosial.

Alat Ukur: Kuesioner Dukungan Keluarga (Adaptasi: *Agus Dahlia Situmorang, 2019)*

Kriteria Objektif:

Kategori Tinggi (≥48)

Kategori Rendah (<48)

Skala: Ordinal

1.9.3. Dukungan Sosial

Definisi Operasional: Dukungan sosial adalah persepsi ODHIV terhadap bantuan atau dukungan yang diberikan oleh orang-orang di sekitarnya (teman, tetangga, komunitas) yang dapat membantu dalam menghadapi masalah dan menjalani pengobatan.

Alat Ukur: Kuesioner Dukungan Sosial (Adaptasi: Mutmainnah, 2025)

Kriteria Objektif:

Kategori Baik (≥51)

Kategori Kurang (<51)

Skala: Ordinal

1.9.4. *SelfStigma*

Dukungan Operasional: *Self-stigma* adalah kondisi di mana ODHIV menerima dan mempercayai stigma negatif dari masyarakat terhadap dirinya, yang berujung pada perasaan malu, rendah diri, atau menghindari layanan kesehatan.

Alat Ukur: Kuesioner (Adaptasi: Meydita Isdihar Asyhari, 2025)

Kriteria Objektif:

Kategori Rendah (≤75)

Kategori Tinggi (>75)

Skala: Ordinal

1.10 Hipotesis Penelitian

1.10.1. Hipotesis Alternatif (H_a)

Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga, dukungan sosial, dan *self-stigma* dengan tingkat kepatuhan pengobatan antiretroviral pada ODHIV di Puskesmas Kassi Kassi Tahun 2025.

1.10.2. Hipotesis Null (H_0)

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga, dukungan sosial, dan *self-stigma* dengan tingkat

kepatuhan pengobatan antiretroviral pada ODHIV di Puskesmas Kassi Kassi Tahun 2025.

BAB II
METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional analitik dengan desain *cross-sectional*. Penelitian ini dilakukan dengan mengamati variabel bebas dan variabel terikat secara bersamaan dalam satu waktu pada pasien HIV-AIDS di Puskesmas Kassi Kassi. Tujuan dari desain ini adalah untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga, dukungan sosial, dan *self-stigma* dengan kepatuhan pengobatan antiretroviral (ARV) tanpa menelusuri hubungan sebab-akibat secara langsung.

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar. Adapun waktu pengumpulan data dilakukan pada bulan Oktober 2025 - Desember 2025.

2.3 Populasi dan Sampel

2.3.1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien HIV-AIDS yang tercatat di rekam medis Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar, dengan jumlah 587 kasus pada periode Januari hingga Agustus 2025.

2.3.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini terdiri dari pasien HIV-AIDS yang menjalani pengobatan antiretroviral (ARV) dan tercatat dalam data pelayanan di Puskesmas Kassi Kassi Tahun 2025. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*, yaitu metode pengambilan sampel di mana setiap anggota populasi memiliki peluang yang sama untuk terpilih menjadi responden, sehingga dapat meminimalkan bias dan meningkatkan representativitas hasil penelitian. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi:
    1. Pasien HIV-AIDS yang sedang menjalani terapi ARV secara aktif di Puskesmas Kassi Kassi Tahun 2025
    2. Bersedia menjadi responden dan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).
    3. Mampu berkomunikasi dengan baik.
    4. Pasien dengan ≥18 Tahun.

b. Kriteria Eksklusi:
   1. Pasien dengan kondisi kesehatan yang tidak memungkinkan untuk diwawancarai atau mengisi kuesioner.
   2. Pasien yang tidak hadir selama periode pengumpulan data berlangsung.

2.3.3. Besar Sampel

Penentuan besar sampel dalam suatu penelitian memiliki peran penting dalam memastikan keterwakilan populasi secara akurat. Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan rumus Lameshow. Rumus Lameshow digunakan untuk menghitung jumlah sampel yang diperlukan ketika jumlah populasi diketahui, namun tidak memungkinkan untuk melakukan pengambilan data dari seluruh populasi secara keseluruhan. Rumus ini mempertimbangkan tingkat kesalahan yang dapat ditoleransi, sehingga hasil penelitian tetap memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi. Penentuan besar sampel berdasarkan Rumus Lameshow adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{N\ x\ (Z)^2\ x\ p\ x\ q}{d^2\ (N-1) +\ (Z)^2\ x\ p\ x\ q}$$

Keterengan:
n = Besar Sampel
N = Besar Populasi
Z = Tingkat kepercayaan 95% (1,96)
p = Perkiraan Proporsi Sampel (0,5)
q = 0,5
d = Tingkat kesalahan yang dapat ditoleransi (*margin of eror*), 0,1 (10%)

Dengan jumlah populasi sebanyak 587 pasien HIV-AIDS di Puskesmas Kassi Kassi tahun 2025, maka besar sampel yang diperoleh adalah:

$$n = \frac{N\ x\ (Z)^2\ x\ p\ x\ q}{d^2\ (N-1) +\ (Z)^2\ x\ p\ x\ q}$$

$$n = \frac{587\ x\ (1{,}96)^2\ x\ 0{,}5\ x\ 0{,}5}{0{,}1^2\ (587-1) +\ (1{,}96)^2\ x\ 0{,}5\ x\ 0{,}5}$$

$$n = \frac{587\ x\ 3{,}8416\ x\ 0{,}25}{0{,}01\ (586) + 0{,}9604}$$

$$n = \frac{564{,}06}{6{,}86}$$

$$n = 83$$

Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan rumus Lameshow dengan jumlah populasi sebanyak 587 orang tingkat kepercayaan 95% dan tingkat kesalahan yang ditetapkan sebesar 10% (e = 0,1), maka diperoleh jumlah sampel minimal yang dibutuhkan sebanyak 83 responden dan Untuk menghindari dropout maka ditambah 10% sehingga jumlah sampel minimal adalah 91 responden.

2.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan sarana yang digunakan untuk memperoleh data dari responden. Dalam penelitian ini, instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang telah diadaptasi dari penelitian terdahulu dan relevan dengan variabel yang diteliti. Kuesioner tersebut memuat pertanyaan-pertanyaan mengenai dukungan keluarga, dukungan sosial, dan *self-stigma*.

2.4.1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent)*

Lembar ini memuat pernyataan kesediaan responden dan informasi yang harus diketahui oleh responden yang meliputi penjelasan terkait penelitian serta kerahasiaan informasi yang diberikan responden.

2.4.2. Lembar Identitas responden

Lembar ini berupa formulir yang memuat identitas diri responden seperti nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan.

2.4.3. Kuesioner Dukungan Keluarga

Kuesioner dukungan keluarga yang digunakan dalam penelitian ini merupakan adaptasi dengan modifikasi dari instrument yang disusun oleh Agus Dahlia (2019). Kuesioner tersebut mengacu pada teori friedman. Kuesioner ini terdiri atas 16 pertanyaan yang mewakili 4 subvariabel dukungan keluarga, meliputi: pertanyaan nomor 1–4 berkaitan dengan dukungan informasional, nomor 5–7 berkaitan dengan dukungan penilaian, nomor 8–11 mencerminkan dukungan instrumental, dan nomor 12–16 menggambarkan dukungan emosional. Setiap pernyataan memiliki empat pilihan jawaban, yaitu: "selalu" dengan skor 4, "sering" dengan skor 3, "kadang-kadang" dengan skor 2, dan "tidak pernah" dengan skor 1. Adapun pernyataan bernuansa negatif terdapat pada nomor 2, 9, 11, dan 14, dengan pembalikan skor: "selalu" bernilai 1, "sering" bernilai 2, "kadang-kadang" bernilai 3, dan "tidak pernah" bernilai 4. Kategori dukungan keluarga diklasifikasikan ke dalam dua kategori, yaitu:

kategori tinggi, dan kategori rendah. Berdasarkan hal tersebut, klasifikasi dukungan keluarga dalam penelitian ini ditentukan sebagai berikut:
Kategori Tinggi (≥48)
Kategori Rendah (>48)

2.4.4. Kuesioner Dukungan Sosial

Kuesioner dukungan sosial yang digunakan dalam penelitian ini merupakan adaptasi oleh Mutmainnah (2025). Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 17 butir pertanyaan yang dirancang untuk mengukur 5 dimensi dukungan sosial dengan skor akhir diklasifikasikan menjadi dua kategori sebagai berikut:
Kategori Baik (≥51)
Kategori Kurang (<51)

2.4.5. Kuesioner *Self-stigma*

Kuesioner *self-stigma* yang digunakan dalam penelitian ini merupakan adaptasi dari Asyhari (2025). Instrumen ini terdiri dari 25 butir pertanyaan yang dirancang untuk mengukur tingkat *self-stigma* pada individu dengan HIV-AIDS. Setiap item menggunakan skala Likert 4 poin dengan pilihan jawaban: Sangat tidak setuju (1), Tidak setuju (2), Setuju (3), Sangat setuju (4). Berdasarkan hal tersebut, klasifikasi *selfstigma* dalam penelitian ini ditentukan sebagai berikut:
Kategori Rendah (≤75)
Kategori Tinggi (<75)

2.4.6. *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8)

Pengukuran tingkat kepatuhan pengobatan dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan instrumen *Morisky Medication Adherence Scale-8* (MMAS-8), yang terdiri atas delapan item pertanyaan. MMAS-8 merupakan alat ukur yang telah terstandarisasi serta memiliki validitas dan reliabilitas yang baik dalam menilai kepatuhan pengobatan pada berbagai kondisi penyakit, termasuk pada individu dengan HIV-AIDS (Morisky & Matteo, 2011). Tujuh item pertama disusun dalam bentuk pertanyaan dikotomis dengan dua pilihan jawaban, yaitu "Ya" dan "Tidak", sedangkan item kedelapan menggunakan skala Likert dengan lima tingkat respons. Untuk item nomor 1 hingga 4 serta 6 dan 7, jawaban “Tidak” diberikan skor 1, sedangkan jawaban “Ya” diberikan skor 0. Sementara itu, pada item nomor 5, sistem penilaian dibalik, yaitu jawaban “Ya” diberikan skor 1 dan “Tidak” diberikan

skor 0. Adapun pada item kedelapan, skor diberikan secara bertingkat, yaitu 1 untuk “Tidak pernah”, 0,75 untuk “Sesekali”, 0,5 untuk “Kadang-kadang”, 0,25 untuk “Biasanya”, dan 0 untuk “Selalu”. Kategori skor akhir dalam penelitian ini disusun berdasarkan klasifikasi yang digunakan dalam penelitian terdahulu oleh Nindya Rahayu Sulistia (2024):
Kategori Patuh (≥6)
Kategori Tidak Patuh (<6)

2.5 Pengumpulan Data

2.5.1. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti dengan bantuan pendamping dalam proses permintaan persetujuan responden, yang selanjutnya dilakukan wawancara langsung menggunakan kuesioner sebagai instrumen penelitian. Kuesioner tersebut terdiri dari komponen dukungan keluarga, dukungan sosial, *self-stigma*, dan kepatuhan pengobatan. Pengambilan data primer ini dilakukan dengan bertemu secara langsung dengan pasien yang menjadi responden di Puskesmas Kassi Kassi. Setelah pengisian kuesioner selesai, peneliti melakukan pemeriksaan terhadap kuesioner untuk memastikan kelengkapan dan kebenaran data yang telah diisi oleh responden.

2.5.2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung oleh peneliti, didapatkan melalui media perantara. Data sekunder pada penelitian ini diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Makassar. Data yang diambil berupa jumlah pasien orang dengan HIV-AIDS tahun 2025 di Puskesmas Kassi Kassi.

2.6 Pengolahan dan Analisis Data

2.6.1. Teknik Pengolahan Data

Pada penelitian ini, data yang telah dikumpulkan dianalisis menggunakan aplikasi Jamovi secara deskriptif maupun analitik. Proses pengolahan data dilakukan melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

a. Editing

Tahap editing dilakukan setelah proses pengumpulan data selesai. Pada tahap ini, dilakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan serta konsistensi data untuk memastikan bahwa seluruh informasi yang dikumpulkan sesuai dan tidak terdapat kekeliruan. Langkah ini bertujuan untuk mengidentifikasi adanya

data yang tidak lengkap atau tidak sesuai dengan hasil di lapangan.

b. Impor Data

Proses import data dilakukan dengan cara memasukkan data ke dalam aplikasi Jamovi berdasarkan masing-masing variabel. Data yang diimpor sebelumnya telah diinput dalam lembar kerja Microsoft Excel, kemudian dipindahkan ke Jamovi untuk dianalisis lebih lanjut.

c. Transformasi/Recode Data

Setelah data berhasil dimasukkan ke dalam Jamovi, dilakukan proses transformasi atau recoding, yaitu mengubah data kualitatif (kategori) menjadi data numerik (angka). Jika diperlukan, dilakukan juga pengelompokan ulang data baik pada variabel yang sama maupun pada variabel yang berbeda untuk mempermudah analisis.

d. Cleaning Data

Tahapan selanjutnya adalah pembersihan data, yang dilakukan dengan mengecek ulang data untuk mendeteksi adanya nilai yang hilang (*missing data*) atau ketidaksesuaian lainnya. Jika ditemukan data yang bermasalah, maka dilakukan perbaikan atau penyesuaian agar data layak dianalisis.

e. Tabulasi Data

Tabulasi merupakan proses penyusunan data dalam bentuk tabel sesuai dengan kode dan kategori yang telah ditentukan sebelumnya. Ketelitian sangat diperlukan pada tahap ini agar tidak terjadi kesalahan dalam penyajian data yang dapat memengaruhi hasil akhir analisis.

2.6.2. Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat dan analisis bivariat.

1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel penelitian secara tunggal. Data yang dianalisis meliputi variabel independen dan dependen, seperti usia, jenis kelamin, dukungan keluarga, dukungan sosial, *self-stigma*, dan kepatuhan pengobatan ARV. Hasil analisis disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase. Analisis ini memberikan gambaran umum mengenai proporsi dari setiap kategori variabel yang diteliti.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk menguji hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Metode yang digunakan adalah uji *Chi-Square*, yang bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat keterkaitan secara statistik antara dua variabel kategorik. Keputusan hasil uji ditentukan dengan membandingkan nilai p (p-value) terhadap tingkat signifikansi (α = 0,05), dengan ketentuan sebagai berikut:

a. Jika p-value ≤ 0,05, maka H_0 ditolak dan Ha diterima, yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel.
b. Jika p-value > 0,05, maka H_0 diterima dan Ha ditolak, yang menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara kedua variabel.

2.7 Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian ini dilakukan secara sistematis dalam bentuk tabel dan narasi untuk menggambarkan hasil analisis secara jelas dan terstruktur. Data yang telah dikumpulkan melalui kuesioner kemudian diolah dan disajikan berdasarkan jenis analisis yang digunakan, yaitu analisis univariat, bivariat, dan multivariat.