

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

HIV/AIDS masih menjadi masalah kesehatan masyarakat global yang signifikan (WHO, 2025a). *Human immunodeficiency virus* (HIV) menyerang sistem imun dengan menginfeksi dan secara progresif menurunkan jumlah sel T helper CD4⁺, yang berperan penting dalam mengoordinasikan respons imun adaptif. Penurunan sel-sel ini secara bertahap akan melemahkan sistem kekebalan tubuh. Tanpa terapi antiretroviral yang efektif, infeksi HIV dapat berkembang menjadi *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), yaitu fase paling lanjut yang ditandai dengan penurunan fungsi sistem imun secara signifikan sehingga meningkatkan risiko terjadinya infeksi oportunistik (WHO, 2025a).

World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa hingga akhir tahun 2024 terdapat sekitar 40,8 juta orang dengan HIV (ODHIV) di seluruh dunia, termasuk sekitar 1,4 juta anak usia 0-14 tahun dan 39,4 juta individu berusia 15 tahun ke atas (WHO, 2025b). Di Indonesia, Laporan Penilaian Risiko Cepat Mpxv memperkirakan jumlah ODHIV mencapai 503.261 pada tahun 2024 (Kementerian Kesehatan RI, 2024b). Data dari Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA) versi 2.1 menunjukkan bahwa Provinsi Sulawesi Selatan termasuk wilayah dengan beban HIV yang relatif tinggi. Hingga akhir tahun 2024, tercatat sebanyak 8.181 ODHIV di Sulawesi Selatan telah menerima terapi antiretroviral (ART), dengan Kota Makassar sebagai kontributor terbesar, yaitu sebanyak 4.736 ODHIV yang menjalani ART (Kementerian Kesehatan RI, 2024a).

Terapi utama dalam pengobatan HIV adalah terapi antiretroviral (ART) yang bertujuan untuk menekan replikasi virus. ODHIV yang menjalani ART umumnya harus mengonsumsi obat seumur hidup, sehingga kepatuhan pengobatan menjadi faktor keberhasilan terapi jangka panjang (Saenjun et al., 2025). Namun demikian, ART juga dapat menimbulkan efek samping yang berpotensi berdampak negatif terhadap kepatuhan pasien (Saenjun et al., 2025). Dalam upaya mengatasi efek samping, meningkatkan daya tahan tubuh, dan memperbaiki kualitas hidup, banyak ODHIV juga menggunakan pengobatan komplementer dan alternatif (PKA) sebagai terapi tambahan, dengan prevalensi yang cukup tinggi meskipun pasien telah menjalani ART (Denu et al., 2024).

PKA mencakup berbagai praktik terapeutik yang digunakan bersamaan dengan pengobatan medis konvensional dan dalam beberapa konteks, digunakan secara bergantian dengan istilah “pengobatan tradisional” (WHO, 2013). Penggunaan PKA dilaporkan berkisar antara 30% hingga 90%, dengan studi nasional menunjukkan bahwa sekitar 55% ODHIV pernah menggunakan PKA (Lorenc & Robinson, 2013). PKA yang paling sering dilaporkan meliputi vitamin, obat herbal, praktik spiritual seperti doa, pendekatan pikiran- tubuh seperti meditasi, serta terapi manual termasuk akupunktur dan pijat (Lorenc & Robinson, 2013; Rauf et al., 2025). Di

Taiwan, prevalensi penggunaan PKA dilaporkan sebesar 46,5% (Tsai et al., 2024). Sementara itu, di Arab Saudi, prevalensi penggunaan PKA mencapai 86,4% (Denu et al., 2024; Mosavat et al., 2023; Salah et al., 2025).

Di Indonesia, penggunaan PKA telah mengakar kuat dalam praktik kesehatan berbasis budaya dan sangat umum digunakan oleh individu dengan penyakit kronis, termasuk HIV (Diwyami & Dewi, 2022). Studi sebelumnya melaporkan bahwa ODHIV menggunakan berbagai PKA, yaitu terapi doa, suplemen, vitamin, pijat, aromaterapi, dan obat herbal (Permatasari et al., 2020).

Meskipun penggunaan PKA sering dianggap bermanfaat, penelitian menunjukkan bahwa ODHIV yang secara rutin menggunakan PKA cenderung memiliki tingkat kepatuhan terhadap ART yang lebih rendah (Ekwunife et al., 2012). Penurunan kepatuhan ini dapat berdampak negatif terhadap kesehatan, termasuk kualitas hidup pasien, mengingat tingkat kepatuhan pengobatan yang lebih tinggi terbukti berhubungan dengan kualitas hidup yang lebih baik pada ODHIV (Tadese et al., 2024).

Kualitas hidup semakin diakui sebagai indikator penting dalam pengelolaan penyakit kronis, termasuk HIV/AIDS, yang mencerminkan pergeseran dari hasil klinis menuju pendekatan yang lebih komprehensif dan berpusat pada pasien (Panayi et al., 2024; Portilla-Tamarit et al., 2025). ODHIV merupakan kelompok populasi yang sangat rentan, dan berbagai penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup mereka sering kali masih berada di bawah tingkat optimal pada dimensi fisik, psikologis, dan sosial (Portilla-Tamarit et al., 2025; Vo et al., 2025). Selain itu, bukti empiris secara konsisten menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kepatuhan terhadap ART dan kualitas hidup, di mana kepatuhan yang lebih tinggi dikaitkan dengan kualitas hidup yang lebih baik berdasarkan laporan pasien (Panayi et al., 2024; Tadese et al., 2024).

Lebih lanjut, penggunaan PKA dapat memengaruhi kualitas hidup baik secara langsung maupun tidak langsung. Beberapa produk herbal diketahui dapat memberikan efek fisiologis pada sistem kardiovaskular atau hemostasis, sementara produk lainnya dapat berinteraksi dengan obat konvensional, sehingga menimbulkan risiko klinis melalui interaksi obat herbal yang serius (Tachjian et al., 2010). Sejalan dengan temuan Mori et al. (2023) melaporkan bahwa pengguna PKA memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan individu yang tidak menggunakan PKA (Mori et al., 2023).

Meskipun penggunaan PKA cukup luas, bukti mengenai prevalensi, pola, dan faktor yang terkait dengan penggunaannya pada ODHIV di wilayah Kota Makassar masih terbatas. Data tentang hubungan antara penggunaan PKA, kepatuhan terhadap ART, dan kualitas hidup juga masih minim. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengkaji pola dan persepsi penggunaan PKA, faktor-faktor yang berhubungan, serta hubungannya dengan kepatuhan ART dan kualitas hidup pada ODHIV di wilayah Kota Makassar.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana prevalensi dan karakteristik penggunaan PKA pada ODHIV di kota Makassar?
2. Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan penggunaan PKA?
3. Bagaimana persepsi ODHIV terhadap penggunaan PKA ?
4. Bagaimana hubungan antara penggunaan PKA dan tingkat kepatuhan ART?
5. Bagaimana hubungan penggunaan PKA dan kualitas hidup ODHIV?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Menganalisis prevalensi dan karakteristik penggunaan PKA pada ODHIV di kota Makassar.
2. Menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan PKA.
3. Menganalisis persepsi ODHIV terhadap penggunaan PKA.
4. Menganalisis hubungan antara penggunaan PKA dan tingkat kepatuhan ART.
5. Menganalisis hubungan penggunaan PKA dan kualitas hidup ODHIV.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai prevalensi dan karakteristik penggunaan PKA, persepsi pasien terhadap penggunaan PKA, faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan PKA, hubungan PKA terhadap kepatuhan minum obat Antiretroviral dan kualitas hidup pasien HIV sehingga dapat membantu dalam memberikan saran atau memilih pengobatan yang tepat dan efektif pada pasien yang menggunakan PKA dan pengobatan konvensional.

BAB II

METODE PENELITIAN

2.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan studi potong lintang (cross-sectional) berbasis survei. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuisioner tervalidasi yang dibagikan langsung kepada partisipan yang terdiagnosis HIV dan sedang menjalani perawatan rawat jalan.

2.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini berlangsung pada Juni - September 2025. Lokasi penelitian mencakup tiga Puskesmas di Kota Makassar yang menyediakan layanan rawat jalan ODHIV, yaitu Jumpandang Baru, Kassi-kassi, dan Jongayya. Lokasi ini dipilih untuk mencerminkan keragaman karakteristik pasien dan cakupan layanan.

2.3 Populasi dan Partisipan Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah ODHIV yang menjalani rawat jalan di Puskesmas Jumpandang Baru, Puskesmas Kassi-kassi, dan Puskesmas Jongayya di Kota Makassar.

Kriteria inklusi partisipan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. ODHIV yang berusia minimal 18 tahun;
2. Terdiagnosis HIV berdasarkan kode ICD-10 Z21 & ICD-10 B20;
3. Sedang menjalani perawatan rawat jalan di Puskesmas Jumpandang Baru, Kassi-kassi, dan Jongayya di Kota Makassar;
4. Bersedia mengikuti penelitian dan menandatangani lembar informed consent (persetujuan setelah penjelasan)

Kriteria eksklusi partisipan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengisi kuesioner secara tidak lengkap;
2. Mengalami gangguan kognitif sedang hingga berat (misalnya demensia, delirium, atau kondisi neurologis lain yang mengganggu kemampuan memahami instrumen);
3. Mengidap penyakit berat atau terminal yang dapat secara signifikan menurunkan kualitas hidup secara independen dari HIV, seperti:
 - a. Kanker stadium lanjut (non-HIV related),
 - b. Gagal ginjal tahap akhir yang menjalani hemodialisis,
 - c. Sirosis hepatitis dekompensata (Child C),
 - d. Gagal jantung kongestif stadium IV (NYHA class IV),
 - e. Stroke dengan disabilitas menetap atau epilepsi tidak terkontrol;
4. Mengalami disabilitas fisik berat (misalnya paraplegia atau amputasi mayor) yang secara signifikan membatasi aktivitas harian dan berpotensi memengaruhi penilaian instrumen EQ-5D-5L.

2.4 Ukuran Sampel dan Metode Sampling

Jumlah sampel minimum yang dibutuhkan dalam penelitian ini dihitung menggunakan rumus Slovin, yang dapat dihitung dengan persamaan sebagai berikut (Osahon & Kingsley, 2016) :

$$n = N / (1 + Ne^2)$$

n = Jumlah sampel minimum

N= Ukuran populasi target

e = Margin of error (dalam persen, misalnya 5% = 0,05)

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar tahun 2024, populasi target penelitian ini adalah 4.736 ODHIV yang mendapatkan pelayanan di fasilitas layanan kesehatan di Kota Makassar. Dengan menggunakan rumus di atas dan margin of error 5%, jumlah sampel minimum yang dibutuhkan adalah 369 partisipan. Penelitian ini akan menggunakan metode convenience sampling. Partisipan dipilih berdasarkan ketersediaan dan kemudahan aksesibilitas pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

2.5. Instrumen

Penelitian ini menggunakan tiga instrumen utama, yaitu data penggunaan PKA, Medication Adherence Report Scale (MARS-10), serta EuroQol-5 Dimensions-5 Levels (EQ-5D-5L), yang mencakup nilai utilitas dan EuroQol Visual Analogue Scale (EQ-VAS).

2.5.1 Data Penggunaan PKA

Instrumen penggunaan PKA disusun berdasarkan instrumen tervalidasi dari studi (Rauf et al., 2025), dengan penyesuaian terhadap konteks lokal penelitian ini. Instrumen ini terdiri atas beberapa domain, yaitu data demografi (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan, status pernikahan, lama mengidap HIV, penyakit penyerta, kadar CD4, bentuk ARV saat ini, dukungan minum obat, durasi terapi ART, stadium HIV, pendapatan, rute transmisi, skema ARV, status merokok, dan status konsumsi alkohol). Data penggunaan PKA (ramuan jadi, ramuan buatan sendiri, keterampilan manual serta keterampilan olah pikir dan energi, mengacu pada data Riskesdas 2018 (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Data penggunaan obat konvensional (termasuk obat ARV dan obat non-ARV baik dengan maupun tanpa resep), serta persepsi terhadap PKA. Persepsi ini diukur dengan enam pernyataan mengenai keamanan, efektivitas, interaksi dengan obat konvensional, efek samping, konsultasi dengan tenaga kesehatan, dan tanggung jawab pemerintah, dengan jawaban dalam skala Likert 5 poin dari sangat tidak setuju (skor 1) hingga sangat setuju (skor 5).

2.5.2 Medication Adherence Report Scale (MARS-10)

Instrumen kedua yang digunakan adalah MARS-10, yaitu alat ukur kepatuhan penggunaan obat yang telah terbukti valid dan reliabel (Putri et al., 2024). Kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan dengan jawaban “ya” atau “tidak”. Skoring dilakukan dengan memberikan nilai 1 untuk jawaban “tidak” pada nomor 1-6 dan 9-10, serta nilai 1 untuk jawaban “ya” pada nomor 7 dan 8. Skor total digunakan untuk mengelompokkan tingkat kepatuhan pasien menjadi tiga kategori, yaitu tidak patuh (skor 0-3), cukup patuh (skor 4-6), dan patuh (skor 7-10) (Syifa et al., 2024).

2.5.3 EQ-5D-5L

Instrumen ketiga adalah EQ-5D-5L, yaitu alat ukur kualitas hidup berbasis status kesehatan yang telah digunakan luas di berbagai negara dan kondisi penyakit (Devlin & Brooks, 2017). EQ-5D-5L versi Bahasa Indonesia yang digunakan dalam penelitian ini telah distandarisasi oleh EuroQol Group dan divalidasi untuk konteks Indonesia (Purba et al., 2017). Instrumen ini terdiri dari dua bagian; sistem deskriptif dan skala analog visual (EQ-VAS). Sistem deskriptif mengevaluasi lima dimensi kesehatan, yakni mobilitas, perawatan diri, aktivitas harian, nyeri atau ketidaknyamanan, dan kecemasan atau depresi. Masing-masing dimensi memiliki lima tingkat keparahan, mulai dari tidak ada masalah hingga masalah ekstrem atau tidak mampu. Kombinasi dari kelima dimensi tersebut menghasilkan satu set status kesehatan (misalnya: 11223), yang kemudian dapat dikonversi menjadi skor utilitas menggunakan value set Indonesia yang dikembangkan oleh (Purba et al., 2017). Skor utilitas ini berkisar dari <0 (status kesehatan lebih buruk dari kematian) hingga 1 (kesehatan sempurna). Selain itu, EQ-VAS mengukur persepsi kesehatan umum pasien melalui skala vertikal dari 0 (kesehatan terburuk) hingga 100 (kesehatan terbaik yang dapat dibayangkan) (Herdman et al., 2011).

2.6. Pre-testing Instrument Penelitian

Pre-testing dilakukan sebelum instrumen digunakan dalam penelitian utama, dengan melibatkan 30 orang partisipan yang berasal dari populasi target dan dipilih secara acak. Partisipan pre-test akan direkrut dari tiga lokasi penelitian, yaitu Puskesmas Jumpandang Baru, Kassi-kassi, dan Jongayya di Kota Makassar. Tujuan utama dari pre-testing ini adalah untuk memastikan kejelasan setiap item pertanyaan dalam instrumen, memastikan partisipan memahami isi kuesioner dengan baik, serta meminimalkan potensi kesalahan dalam pengisian dan pengukuran data. Selain itu, pre-testing juga bertujuan untuk mengevaluasi kelayakan waktu pengisian instrumen, apakah durasinya wajar dan dapat diterima oleh partisipan. Setiap partisipan akan diminta untuk memberikan umpan balik mengenai isi, format, keterbacaan, dan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kuesioner. Masukan dari partisipan tersebut akan dianalisis dan digunakan untuk merevisi atau menyempurnakan instrumen sebelum digunakan dalam pengumpulan data utama (Perneger et al., 2015).

2.7. Analisis Data

Uji deskriptif digunakan untuk merangkum karakteristik partisipan, prevalensi dan jenis penggunaan PKA, persepsi terhadap PKA, kepatuhan pengobatan, serta ukuran kualitas hidup. Variabel kategorik disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase, sedangkan variabel kontinu dilaporkan sebagai rerata dan simpangan baku atau median dan rentang interkuartil, sesuai dengan distribusi data.

Hubungan bivariat antara karakteristik partisipan dan penggunaan PKA dianalisis menggunakan uji Chi-square atau uji Fisher's exact, sesuai kebutuhan; uji Fisher's exact digunakan apabila terdapat sel dengan frekuensi harapan kurang dari lima. Nilai $p < 0,05$ dianggap signifikan secara statistik. Uji Chi-square juga digunakan untuk menilai perbedaan persepsi terhadap penggunaan PKA pada orang dengan HIV berdasarkan kategori respons (tidak setuju, ragu-ragu, dan setuju), serta untuk mengevaluasi hubungan antara status penggunaan PKA (pengguna vs non-pengguna) dengan tingkat kepatuhan pengobatan.

Sementara itu, perbandingan kualitas hidup terkait kesehatan antara pengguna dan non-pengguna PKA dilakukan menggunakan uji Mann-Whitney U karena distribusi skor indeks utilitas EQ-5D-5L dan EQ-VAS tidak normal.

2.8. Pernyataan Etik

2.8.1 Etik Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan rekomendasi Komisi Etik Penelitian Fakultas Farmasi Universitas Hasanuddin dengan nomor 2357/UN4.1.23/KP.06.05/2025. Setiap partisipan diminta untuk membaca dan menandatangani lembar informed consent (persetujuan partisipasi) sebelum berpartisipasi dalam penelitian. Penelitian ini dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip dalam Deklarasi Helsinki, termasuk prinsip keadilan, penghargaan terhadap keberagaman, keamanan partisipan, serta hak untuk mengundurkan diri kapan pun tanpa konsekuensi yang merugikan.

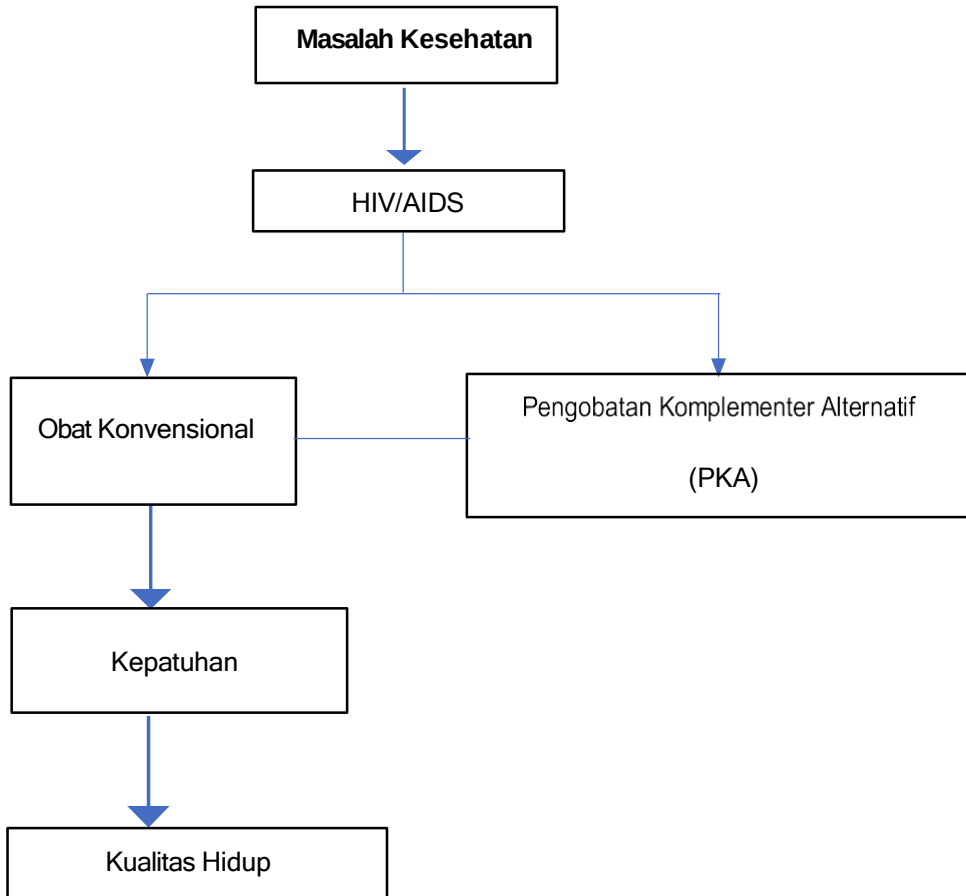
2.8.2 Data Manajemen

Manajemen data dalam penelitian ini bertujuan untuk menjaga integritas, validitas, dan keberlanjutan data yang dikumpulkan. Proses manajemen data meliputi pengumpulan, verifikasi, penyimpanan, pengolahan, dan analisis data secara sistematis. Semua prosedur akan dilakukan sesuai dengan pedoman ilmiah dan etika yang berlaku untuk menjamin kualitas dan transparansi data penelitian.

2.8.3 Keamanan Data

Data dianonimkan, yaitu semua informasi identitas pribadi akan dihapus atau dienkripsi agar tidak dapat dikaitkan langsung dengan partisipan. Akses terhadap data hanya dimiliki oleh peneliti. Langkah-langkah perlindungan tambahan akan diambil sesuai standar keamanan data penelitian.

2.9. Kerangka Teori



2.10. Kerangka Konsep

