

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) masih menjadi tantangan serius dalam kesehatan masyarakat global. Data dari *Joint United Nations Programme on HIV AIDS* (UNAIDS) tahun 2024 menunjukkan bahwa pada akhir tahun 2024, terdapat 40,8 juta orang yang hidup dengan HIV di seluruh dunia, dengan rentang estimasi antara 37,0 juta hingga 45,6 juta orang (UNAIDS, 2024; WHO, 2024). Angka ini mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya, di mana pada tahun 2023 tercatat 39,9 juta orang hidup dengan HIV dengan estimasi antara 36,1 juta hingga 44,6 juta orang (UNAIDS, 2023). Selain itu, setiap tahunnya masih terjadi sekitar 1,3 juta infeksi HIV baru, dan terdapat 630.000 kematian yang terkait dengan penyakit AIDS (UNAIDS, 2025). Infeksi HIV AIDS tidak hanya berdampak pada aspek fisik, tetapi juga menimbulkan tekanan sosial, psikologis, dan ekonomi yang signifikan bagi individu yang terinfeksi (Mahboob et al., 2020).

Depresi adalah gangguan kesehatan mental yang ditandai dengan perasaan sedih berkepanjangan, kehilangan minat, dan gangguan fungsi psikososial. Menurut *World Health Organization* (WHO), depresi merupakan salah satu gangguan kesehatan mental yang paling umum di dunia (WHO, 2021). Secara global, diperkirakan 5,7% dari populasi dewasa mengalami depresi, yang berarti sekitar 290 juta orang di seluruh dunia menderita depresi (WHO, 2025). Depresi menyumbang 56.330,36 DALYs (*Disability-Adjusted Life Years*) pada tahun 2021, menjadikannya 4,3% dari semua DALYs global dan merupakan gangguan kesehatan mental ketiga yang paling beban di dunia (*Global Burden of Disease Study*, 2025). Namun, prevalensi depresi pada orang dengan HIV (ODHIV) jauh lebih tinggi dibanding populasi umum (Gebbru et al., 2024).

Penelitian menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada orang dengan HIV berkisar antara 28% hingga 47%, tergantung pada populasi yang diteliti dan faktor-faktor yang mempengaruhi (Necho et al., 2022; Bayes-Marin et al., 2023). Berdasarkan data UNAIDS 2024 yang menunjukkan 40,8 juta ODHIV secara global, dengan menggunakan prevalensi depresi rata-rata 36-39%, dapat diestimasi bahwa terdapat sekitar 14,7 hingga 15,9 juta orang yang mengalami depresi akibat HIV di seluruh dunia. Angka ini jauh lebih tinggi jika menggunakan prevalensi yang lebih tinggi, di mana dengan prevalensi 44-47%, jumlahnya dapat mencapai 18,0 hingga 19,2 juta orang (Mahboob et al., 2019; Springer Link, 2022). Estimasi konservatif dengan prevalensi 28-34% menunjukkan bahwa setidaknya 11,4 hingga 13,9 juta orang dengan HIV mengalami depresi (Gunzler et al., 2020; Necho et al., 2022). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa secara global, diperkirakan 12 hingga 19 juta orang yang hidup dengan HIV mengalami depresi, menjadikan depresi sebagai masalah kesehatan mental yang sangat signifikan pada populasi ODHIV (PMC, 2024).

Prevalensi depresi pada ODHIV menunjukkan variasi yang cukup besar di berbagai wilayah geografis. Penelitian di Amerika Serikat dengan melibatkan lebih dari 2.800 ODHIV menunjukkan bahwa 36% mengalami major depression, angka yang jauh lebih tinggi dibanding populasi umum yang hanya 6,7% (AIDS Journal,

2019). Di Sub-Saharan Afrika, penelitian menunjukkan prevalensi depresi pada ODHIV mencapai 43,7%, dengan estimasi absolut sekitar 5,8 hingga 9,1 juta orang mengalami depresi (Pashalishvili et al., 2025). Di United Kingdom, prevalensi depresi pada ODHIV adalah 21%, namun angka ini meningkat signifikan menjadi 37% pada mereka yang merasa malu dengan status HIV mereka, dan mencapai 50% pada mereka yang tidak mengungkapkan status HIV kepada orang lain (EATG, 2024). Di Asia Tenggara, prevalensi depresi pada ODHIV mencapai 30,6% secara global, dengan estimasi sekitar 2,04 juta orang mengalami depresi (Nouri et al., 2022). Variasi prevalensi ini menunjukkan bahwa stigma, dukungan sosial, dan faktor psikososial lainnya memiliki peran penting dalam mempengaruhi kesehatan mental ODHIV di berbagai wilayah (Mireles et al., 2023).

Depresi merupakan masalah kesehatan mental yang serius dialami oleh kelompok Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL) yang hidup dengan HIV. Hasil meta-analisis global menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada LSL dengan HIV mencapai 47% (95% CI: 39-55%), hampir delapan kali lebih tinggi dibanding populasi umum (Bayes-Marin et al., 2023). Di kawasan Asia Tenggara, prevalensi depresi pada LSL dengan HIV adalah 37% (95% CI: 31-43%), dengan estimasi absolut sekitar 5,7 hingga 7,7 juta orang mengalami depresi (Nouri et al., 2022; Li et al., 2023). Tingginya angka ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti adanya stigma ganda akibat status HIV dan orientasi seksual, pengalaman diskriminasi sosial, kurangnya dukungan dari keluarga maupun lingkungan sekitar, serta efek samping dari terapi antiretroviral (Ferlatte et al., 2022). Depresi pada LSL yang hidup dengan HIV dapat menyebabkan penurunan kepatuhan terhadap terapi antiretroviral (ARV), meningkatkan risiko kegagalan pengobatan dan percepatan progres penyakit, serta meningkatkan kecenderungan terhadap perilaku seksual berisiko, yang pada akhirnya memperburuk kualitas hidup dan kondisi kesehatan mereka (Kinanti et al., 2021).

Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa pada tahun 2023, terdapat 566.707 orang yang hidup dengan HIV di Indonesia, dengan 57.299 kasus baru yang teridentifikasi di tahun yang sama (Kemenkes RI, 2023). Prevalensi HIV di kalangan lelaki seks lelaki (LSL) masih tergolong tinggi, yakni sebesar 25,8% pada tahun 2015 dan meningkat menjadi 26,3% pada awal tahun 2021 (Kemenkes RI, 2024). Beberapa faktor risiko yang berkontribusi terhadap penularan HIV pada kelompok ini meliputi umur ≥ 25 tahun, status belum menikah, tidak disiplin dalam penggunaan kondom, dan kurangnya pengetahuan tentang pencegahan HIV (Fatonah & Handayani, 2022). Terdapat hubungan yang kuat antara faktor predisposisi seperti umur dan pengetahuan, serta faktor pemungkin seperti dukungan dari teman sebaya, dengan perilaku pencegahan HIV pada LSL (Purnamawati, 2022). Intervensi berbasis perilaku, seperti konseling, tes HIV, dan edukasi, terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan, memperbaiki perilaku pencegahan, serta mengurangi stigma (Kemenkes RI, 2023).

Provinsi Sulawesi Selatan termasuk salah satu daerah dengan kasus HIV/AIDS yang cukup tinggi di Indonesia. Menurut data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, terdapat peningkatan kasus HIV yang signifikan dalam empat tahun terakhir, dari 1.490 kasus pada tahun 2021 menjadi 2.135 kasus pada tahun 2024, dengan Kota Makassar sebagai daerah penyumbang kasus terbanyak (Dinkes Sulsel, 2024). Kelompok LSL menjadi populasi kunci yang memberikan kontribusi signifikan terhadap kasus baru HIV di provinsi ini. Laporan dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan menunjukkan bahwa pada tahun 2024, LSL menyumbang lebih dari 35% dari total kasus baru HIV (Dinkes Sulsel, 2024).

Salah satu fasilitas kesehatan yang menangani jumlah ODHIV besar adalah Puskesmas Jumpandang Baru di Makassar. Pada tahun 2025, puskesmas ini melayani 802 ODHIV yang aktif, dengan proporsi LSL sekitar 60-70% (Puskesmas Jumpandang Baru, 2025). Kelompok umur yang paling banyak terinfeksi adalah 25-49 tahun, yaitu umur produktif yang rentan terhadap beban psikososial, stigma, dan tekanan sosial (Nutor et al., 2024). Kepatuhan terhadap terapi ARV mencapai 80% hingga tahun 2025, menunjukkan sebagian besar pasien menjalani pengobatan secara rutin (Puskesmas Jumpandang Baru, 2025). Namun, masih terdapat sekitar 20% pasien yang tidak patuh, yang berpotensi memperbesar risiko gangguan mental seperti depresi (Rahayu & Maharanti, 2022). Hal ini menunjukkan bahwa depresi adalah masalah kesehatan mental yang signifikan bahkan di tingkat fasilitas kesehatan lokal.

Kondisi depresi pada ODHIV dapat berdampak negatif terhadap kualitas hidup serta keberhasilan terapi ARV. Penelitian menunjukkan bahwa depresi pada ODHIV berkaitan dengan menurunnya kepatuhan terhadap terapi antiretroviral, peningkatan viral load, penurunan CD4 count, dan percepatan progres penyakit (JAMA Psychiatry, 2018; Kinanti et al., 2021). ODHIV dengan depresi lebih mungkin mengalami penurunan kondisi kesehatan dan hasil yang lebih buruk (Mahboob et al., 2019). Depresi pada ODHIV umumnya berkaitan dengan faktor psikososial seperti diskriminasi, isolasi sosial, dan ketidakpastian dalam menjalani pengobatan ARV (Madundo et al., 2023). Identifikasi dini terhadap tipe kepribadian dan kondisi kesehatan mental pada kelompok berisiko tinggi dapat membantu mencegah berkembangnya gangguan yang lebih serius seperti depresi dan tindakan bunuh diri (Bhatia et al., 2011). Oleh sebab itu, deteksi dini dan penanganan yang tepat terhadap komplikasi kesehatan mental dan fisik pada ODHIV harus menjadi prioritas untuk meningkatkan hasil pengobatan serta kualitas hidup pasien (Rahayu & Maharanti, 2022).

Terjadinya komplikasi pada ODHIV, termasuk depresi dan berbagai masalah kesehatan kronis lainnya, cenderung meningkat jika faktor risiko pendukung tidak dikelola dengan baik. Faktor-faktor yang memengaruhi peningkatan komplikasi pada ODHIV antara lain umur, durasi infeksi HIV, tingkat kepatuhan terhadap pengobatan ARV, serta keberadaan penyakit penyerta seperti gangguan metabolik dan infeksi oportunistik (Ebere Adimora et al., 2021). Studi dari Pratiwi et al, (2022) juga menegaskan bahwa kondisi psikososial dan dukungan sosial memiliki peran penting dalam meningkatkan risiko depresi serta komplikasi lain pada ODHIV. Selain itu, stres kronis yang dialami akibat stigma

dan diskriminasi dapat memperburuk kesehatan mental dan fisik, sehingga berkontribusi pada peningkatan risiko komplikasi dan kegagalan terapi.

Umur merupakan faktor yang berpengaruh penting dalam munculnya dampak kesehatan lain, termasuk gangguan mental seperti depresi, pada ODHIV. Seiring pertambahan umur, kecenderungan mengalami depresi serta penurunan kualitas hidup pada ODHIV semakin meningkat (Rooney et al., 2019). Penelitian menunjukkan bahwa setiap kenaikan satu tahun umur berkaitan secara signifikan dengan peningkatan skor depresi pada ODHIV, bahkan setelah mempertimbangkan faktor-faktor lain (Nutor et al., 2024). Selain itu, individu yang mulai terinfeksi HIV di umur lebih dari 40 tahun memiliki risiko progres penyakit yang lebih cepat dibandingkan mereka yang terinfeksi di umur lebih muda (Hoseini et al., 2022). Di Sulawesi Selatan, kelompok umur 25-49 tahun yang merupakan mayoritas kasus ODHIV termasuk di Puskesmas Jumpandang Baru menghadapi risiko depresi yang tinggi karena beban sosial dan ekonomi yang kerap dialami pada umur produktif (Nutor et al., 2024). Beban ganda dari stigma, ketidakpastian hidup, serta tuntutan untuk tetap produktif memperbesar risiko gangguan psikologis kelompok ini (Rooney et al., 2019). Selain itu, meningkatnya stress kronis akibat pertambahan umur turut memperbesar risiko gangguan psikologis serta menurunkan efektivitas terapi ARV (Hoseini et al., 2022).

Stigma memiliki kaitan yang signifikan dengan munculnya depresi pada ODHIV, terutama pada kelompok LSL. Stigma terhadap ODHIV dapat muncul dalam bentuk stigma internal (self-stigma) maupun eksternal seperti diskriminasi dari lingkungan sosial, yang keduanya berdampak negatif terhadap kondisi mental individu (Hatzenbuehler et al., 2011). Penelitian menunjukkan bahwa ODHIV yang merasakan tingkat stigma yang tinggi memiliki kemungkinan mengalami depresi hingga 2,5 kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tidak mengalami stigma (Mireles et al., 2023). Sekalipun kuat stigma yang dialami, semakin berat beban psikologis dan rasa rendah diri yang dirasakan, sehingga menghambat proses penyesuaian terhadap status HIV (Elisha et al., 2022). Stigma juga berperan dalam menurunkan keberanian individu untuk mencari dukungan kesehatan, yang pada akhirnya mempercepat penurunan kesehatan mental (Liu et al., 2023). Pada kelompok LSL, keberadaan stigma ganda baik karena orientasi seksual maupun status HIV menambah kerentanan terhadap gangguan psikologis seperti depresi (Ferlatte et al., 2022).

Kualitas hidup merupakan salah satu determinan utama yang berpengaruh terhadap terjadinya depresi pada ODHIV, terutama di kalangan LSL. Aspek kualitas hidup mencakup berbagai bidang seperti kesehatan fisik, kondisi psikologis, relasi sosial, dan lingkungan tempat tinggal semuanya dapat berdampak langsung maupun tidak langsung pada kondisi mental individu (Krvavac et al., 2023). ODHIV dengan kualitas hidup yang rendah memiliki kemungkinan dua kali lebih tinggi untuk mengalami depresi dibandingkan mereka yang kualitas hidupnya tergolong baik (Krvavac et al., 2023). Pada kelompok LSL, kualitas hidup sering kali terganggu akibat stigma sosial, diskriminasi, tekanan ekonomi, dan hambatan dalam mengakses layanan kesehatan, yang menyebabkan mereka lebih rentan terhadap stress dan tekanan emosional (Coler

et al., 2024). Dukungan sosial dan perasaan diterima masyarakat berperan besar dalam membentuk persepsi kualitas hidup pada ODHIV (Cheng et al., 2019). Ketika tekanan-tekanan tersebut menyebabkan penurunan kualitas hidup, maka kemampuan individu dalam menyesuaikan diri dengan status HIV-nya turut menurun, sehingga meningkatkan risiko mengalami gangguan psikologis seperti depresi (Latifah, 2015).

Lama menderita HIV merupakan aspek penting yang perlu diperhatikan dalam kajian kesehatan mental pada orang dengan HIV, karena HIV adalah penyakit kronis yang memerlukan penyesuaian psikologis, sosial, dan emosional secara berkelanjutan. Sejak pertama kali didiagnosis, ODHIV dihadapkan pada shock diagnosis, ketakutan terhadap kematian dan masa depan, serta kekhawatiran akan stigma dan penolakan sosial, sehingga individu dengan lama menderita HIV yang masih singkat cenderung mengalami gejala depresi (Madundo et al., 2023). Seiring berjalannya waktu, sebagian ODHIV mampu beradaptasi secara psikologis terhadap kondisi penyakitnya, namun berbagai penelitian menunjukkan bahwa lama menderita HIV bukan hanya sekali diikuti dengan perbaikan kondisi mental (Gianella et al., 2021). Penelitian longitudinal menunjukkan adanya pola depresi yang persisten pada sebagian ODHIV sepanjang perjalanan penyakit, meskipun telah lama menjadi pasien dan hidup dengan HIV (Gianella et al., 2021; Liu et al., 2023). Kondisi ini menunjukkan bahwa lama menderita HIV dapat menjadi faktor risiko yang kompleks dalam mempengaruhi kesehatan mental ODHIV (Bhatia et al., 2011).

Dukungan sosial merupakan faktor rumor yang memengaruhi kesehatan mental, termasuk gangguan mental seperti depresi, pada ODHIV. Dukungan sosial yang konsisten dan bermadai berperan dalam menjaga kestabilan emosional serta meningkatkan kualitas hidup pada ODHIV (Sun et al., 2023). Penelitian menunjukkan bahwa kurangnya dukungan sosial berkaitan erat dengan peningkatan risiko depresi pada ODHIV, karena kurangnya akses terhadap bantuan emosional dan sosial yang dibutuhkan untuk menghadapi tantangan hidup dengan HIV (Cheng et al., 2019). Dukungan sosial yang memadai dapat mengurangi rasa kesepian, memperkuat motivasi untuk tetap patuh terapi antiretroviral, serta mengurangi stress dan kecemasan (Berg et al., 2021). Sebaliknya, minimnya dukungan sosial berpotensi memperbesar risiko gangguan psikologis dan meningkatkan risiko komplikasi kesehatan mental seperti depresi (Cheng et al., 2019). Terutama bagi kelompok LSL, yang sering menghadapi diskriminasi ganda akibat status HIV dan orientasi seksualnya, dukungan sosial sangat penting untuk mengurangi dampak negatif tersebut sekaligus mendorong keterlibatan dalam perawatan kesehatan dan meningkatkan hasil pengobatan (Sun et al., 2023).

Masalah psikologis seperti depresi pada ODHIV, khususnya di kalangan LSL, dapat memperburuk kondisi kesehatan dengan meningkatkan angka morbiditas, menurunkan kualitas hidup, serta menghambat keberhasilan pengobatan ARV. Selain itu, dampak ekonomi dan sosial juga turut dirasakan baik oleh penderita maupun keluarganya, termasuk beban biaya pengobatan lanjutan dan penurunan produktivitas akibat gangguan mental (Kemenkes RI, 2023).

Apabila depresi tidak ditangani secara tepat, kondisi sistem kekebalan tubuh dapat semakin memburuk dan mempercepat perkembangan infeksi HIV. Hasil penelitian dari Nutor et al, (2024) menunjukkan bahwa mayoritas ODHIV yang mengalami depresi memiliki tingkat kepatuhan terapi yang rendah serta cenderung terlambat mengakses layanan kesehatan, yang kemudian berujung pada peningkatan risiko komplikasi seperti penurunan kadar CD4 dan peningkatan viral load. Besarnya dampak depresi serta minimnya kesadaran dan deteksi dini terhadap gangguan mental di kalangan ODHIV menjadi tantangan penting yang harus segera diatasi (WHO, 2023). Oleh karena itu, pencegahan perlu dilakukan dengan mengenali berbagai faktor yang berkontribusi terhadap munculnya depresi, seperti umur, stigma, kualitas hidup, lama menderita, dan dukungan sosial, terutama pada kelompok LSL yang sangat rentan terhadap diskriminasi dan tekanan psikososial.

Puskesmas Jumpandang Baru merupakan salah satu layanan kesehatan primer yang berlokasi di Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan. Fasilitas ini berperan sebagai puskesmas sentinel HIV yang aktif menyediakan layanan Konseling dan Tes Sukarela (VCT) serta terapi ARV bagi ODHIV. Berdasarkan data rekam medis hingga tahun 2025, terdapat 802 ODHIV yang tercatat aktif menjalani pengobatan, di mana sekitar 60–70% di antaranya adalah kelompok LSL. Mayoritas kasus HIV berada pada kelompok umur 25–49 tahun, dengan tingkat kepatuhan terhadap pengobatan ARV mencapai 80%. Situasi ini mencerminkan bahwa Puskesmas Jumpandang Baru melayani kelompok dengan risiko tinggi, sehingga memungkinkan pengumpulan data yang representatif dalam mengkaji berbagai determinan gejala depresi pada ODHIV, khususnya kelompok LSL. Dengan jumlah kasus yang cukup besar dan tersedianya layanan HIV yang menyeluruh, puskesmas ini menjadi lokasi yang tepat untuk penelitian terkait faktor-faktor yang berkaitan dengan depresi pada ODHIV LSL, yang hasilnya diharapkan dapat mendukung edukasi kesehatan berbasis layanan primer di wilayah perkotaan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka dapat ditarik sebuah rumusan masalah, faktor apa saja yang berhubungan dengan gejala depresi pada Lelaki Seks Lelaki (LSL) dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar, khususnya terkait umur, stigma, kualitas hidup, lama menderita, dan dukungan sosial?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis faktor yang berhubungan dengan gejala depresi pada Lelaki Seks Lelaki (LSL) dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru kota Makassar

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Menganalisis hubungan umur dengan gejala depresi pada Lelaki Seks Lelaki (LSL) dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar.

- b. Menganalisis hubungan stigma dengan gejala depresi pada Lelaki Seks Lelaki (LSL) dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar.
- c. Menganalisis hubungan kualitas hidup dengan gejala depresi pada Lelaki Seks Lelaki (LSL) dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar.
- d. Menganalisis hubungan lama menderita dengan gejala depresi pada Lelaki Seks Lelaki (LSL) dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar.
- e. Menganalisis hubungan dukungan sosial dengan gejala depresi pada Lelaki Seks Lelaki (LSL) dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian yang diharapkan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam memperkaya khasanah ilmu pengetahuan di bidang kesehatan masyarakat, khususnya yang berkaitan dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan gejala depresi pada ODHIV dari kelompok LSL. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi dasar untuk pengembangan atau penyempurnaan teori mengenai determinan psikologis dan sosial dalam konteks epidemiologi HIV, terutama pada populasi kunci LSL di fasilitas pelayanan kesehatan primer.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi ODHIV LSL dan keluarga mereka, dengan menyediakan informasi yang lebih spesifik mengenai faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gejala depresi. Informasi ini dapat digunakan untuk meningkatkan kesadaran dan kemampuan dalam mengenali serta mengelola risiko depresi, yang pada gilirannya dapat mendorong kualitas hidup yang lebih baik, kepatuhan terhadap pengobatan ARV, dan pencegahan dampak jangka panjang dari gangguan kesehatan jiwa. Temuan penelitian juga diharapkan menjadi referensi bagi komunitas pendamping, kelompok sebaya, dan organisasi layanan HIV untuk merancang intervensi dukungan psikososial yang lebih efektif.

1.4.3 Manfaat Institusi

Bagi Puskesmas Jumpandang Baru, penelitian ini dapat menjadi sumber masukan strategi dalam mengembangkan program kesehatan jiwa yang terintegrasi dalam layanan HIV, khususnya untuk kelompok LSL. Hasil penelitian ini dapat mendorong penguatan kegiatan promosi kesehatan mental, pelatihan tenaga kesehatan terkait skrining depresi, serta pengembangan layanan konseling berbasis komunitas yang sensitif terhadap kebutuhan populasi kunci. Dengan demikian, upaya pencegahan dan penanganan depresi dapat dilakukan secara lebih komprehensif untuk mendukung keberhasilan terapi HIV jangka panjang.

1.5 Kerangka Teori

Depresi pada ODHIV, khususnya pada kelompok LSL, merupakan suatu kondisi gangguan mental yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling terkait. Dalam konteks ini, depresi tidak hanya muncul akibat perubahan biologis semata, tetapi juga sebagai respons terhadap berbagai tekanan psikologis dan sosial yang dialami oleh LSL dengan HIV. Oleh karena itu, untuk memahami gejala depresi secara menyeluruh, dibutuhkan pendekatan teoritis yang mampu mencakup berbagai dimensi tersebut. Salah satu pendekatan yang relevan digunakan adalah teori biopsikososial yang dikembangkan oleh George L. Engel (1997).

Teori biopsikososial menekankan bahwa kondisi kesehatan, termasuk gangguan mental seperti depresi, merupakan hasil dari interaksi antara tiga dimensi utama, yaitu biologis, psikologis, dan sosial. Dalam konteks penelitian ini, dimensi biologis direpresentasikan oleh umur, yang berpengaruh terhadap ketahanan fisik dan psikologis seseorang dalam menghadapi penyakit kronis seperti HIV. Seiring pertambahan usia, individu dapat mengalami penurunan fungsi fisiologis dan imunologis, serta peningkatan kerentanan terhadap stres dan gangguan mental. Dalam hal ini, umur menjadi prediktor penting yang berperan dalam meningkatkan atau menurunkan risiko depresi pada ODHIV.

Sementara itu, dimensi psikologis meliputi kualitas hidup dan stigma yang dialami oleh LSL dengan HIV. Kualitas hidup mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan yang semuanya dapat memengaruhi kondisi mental individu. ODHIV yang mengalami keterbatasan dalam menjalani aktivitas sehari-hari, tidak memiliki harapan hidup yang baik, atau merasa tidak dihargai oleh lingkungan sosialnya, lebih rentan mengalami gejala-gejala depresi. Selain itu, stigma baik dari masyarakat (eksternal) maupun dari dalam diri sendiri (*internal/self-stigma*) merupakan pemicu utama munculnya tekanan psikologis yang dapat berkembang menjadi depresi. Banyak LSL dengan HIV yang menyembunyikan statusnya karena takut dikucilkan, dan hal ini dapat memperburuk keadaan emosional serta menghambat akses terhadap layanan kesehatan.

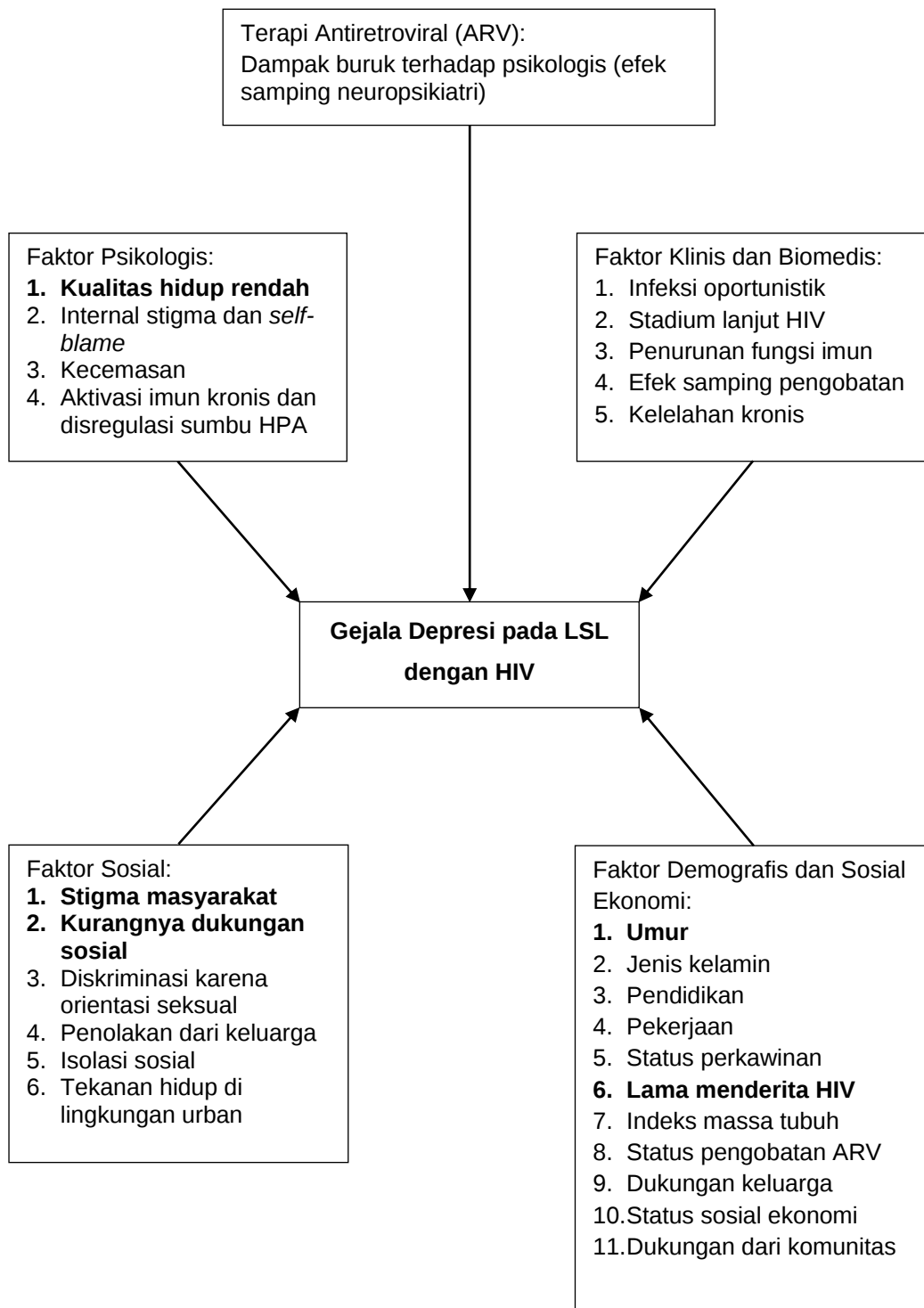
Dimensi sosial dalam kerangka teori ini mencakup dukungan keluarga dan dukungan sosial. Individu yang tidak mendapatkan dukungan emosional dan praktis dari keluarga, komunitas, atau tenaga kesehatan, akan merasa kesepian dan tidak memiliki sistem pendukung yang kuat dalam menjalani kehidupan dengan HIV. Hal ini dapat memperburuk perasaan tidak berdaya, meningkatkan kecemasan, dan pada akhirnya mendorong terjadinya depresi. Dukungan sosial yang positif, sebaliknya, terbukti mampu meningkatkan ketahanan psikologis, memperbaiki kepatuhan terhadap terapi, dan mendorong kualitas hidup yang lebih baik. Oleh karena itu, peran lingkungan sosial sangat penting dalam mencegah dan menangani depresi pada ODHIV.

Selain teori biopsikososial, penelitian ini juga mempertimbangkan temuan empiris dari Eshun-Wilson et al. (2018) dan Camara et al. (2020) yang mengidentifikasi sejumlah faktor yang sering kali terkait dengan gejala depresi pada ODHIV, antara lain: jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, status

perkawinan, pekerjaan, indeks massa tubuh, lama hidup dengan HIV, status pengobatan ARV, hingga peristiwa kehidupan negatif yang berulang. Kombinasi dari semua faktor ini membentuk kerentanan psikososial yang tinggi bagi kelompok LSL dengan HIV, terutama dalam situasi urban yang penuh tekanan, seperti di Kota Makassar.

Beberapa studi terbaru juga menyoroti peran aktivasi imun kronis dan disregulasi sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) akibat infeksi HIV sebagai mekanisme biologis yang turut berkontribusi terhadap timbulnya depresi. Ketidakseimbangan neuroendokrin dan imunologi ini memperburuk keseimbangan neurotransmitter otak yang berperan dalam pengaturan mood, seperti serotonin dan dopamin. Bersamaan dengan itu, penggunaan terapi antiretroviral (ARV), meskipun sangat penting untuk menekan viral load, kadang menimbulkan efek samping neuropsikiatri yang dapat memperburuk kondisi mental pasien jika tidak dikelola dengan baik.

Dengan demikian, kerangka teori dalam penelitian ini merupakan modifikasi dari teori biopsikososial George L. Engel (1997) yang dipadukan dengan temuan-temuan empiris dari berbagai studi terkait depresi pada ODHIV. Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk memahami depresi sebagai suatu gejala multidimensional, yang memerlukan intervensi komprehensif dan kontekstual, terutama dalam layanan primer seperti Puskesmas Jumpandang Baru. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memperkaya pemahaman tentang determinan depresi pada populasi kunci LSL, serta memberikan kontribusi terhadap pengembangan layanan kesehatan yang lebih inklusif dan responsif terhadap kebutuhan kesehatan mental.



Gambar 1.1 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi dari teori (George L. Engel (1977))

1.6 Kerangka konsep

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan gejala depresi pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar. Kelompok LSL merupakan salah satu populasi kunci yang paling terdampak oleh epidemi HIV dan sekaligus menjadi kelompok yang sangat rentan mengalami gangguan kesehatan mental, termasuk depresi. Kondisi ini diperparah oleh berbagai tekanan biologis, psikologis, dan sosial yang dihadapi sehari-hari. Oleh karena itu, pemilihan variabel dalam penelitian ini didasarkan pada teori biopsikososial dan bukti empiris dari berbagai studi. Variabel independen dalam penelitian ini meliputi umur, stigma, kualitas hidup, lama menderita, dan dukungan sosial. Sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah gejala depresi yang dialami oleh LSL dengan HIV.

1. Umur

Umur merupakan indikator biologis yang berperan penting dalam berbagai aspek kesehatan, termasuk kesehatan mental. Pada ODHIV, terutama kelompok LSL, umur tidak hanya terkait dengan tingkat kerentanan biologis terhadap penyakit, tetapi juga terhadap tekanan sosial dan psikologis yang beragam. ODHIV usia muda cenderung mengalami tekanan emosional karena proses pencarian identitas dan stigma terhadap orientasi seksual, sedangkan individu berusia lebih tua menghadapi tantangan kesehatan kronis dan keterbatasan fisik. Nguyen et al, (2024) menambahkan bahwa individu yang lebih tua juga menghadapi risiko isolasi sosial, kehilangan pasangan atau keluarga, dan penurunan kualitas hidup akibat beban penyakit yang menumpuk, sehingga mereka lebih rentan mengalami gangguan mental seperti depresi. Dengan demikian, umur menjadi faktor yang sangat penting untuk dianalisis dalam konteks depresi pada ODHIV.

2. Kualitas Hidup

Kualitas hidup mencerminkan persepsi subjektif seseorang terhadap kesejahteraan hidupnya yang mencakup dimensi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Pada LSL dengan ODHIV, kualitas hidup sering kali berada pada tingkat yang rendah karena berbagai tekanan yang dihadapi, seperti ketidakstabilan ekonomi, stigma, diskriminasi, serta masalah kesehatan kronis. Penurunan kualitas hidup berhubungan secara signifikan dengan meningkatnya risiko depresi. Selain itu, Gobel dan Multazam, (2021) juga menyatakan bahwa faktor-faktor seperti akses pelayanan kesehatan, status sosial, dan dukungan dari lingkungan sekitar mempengaruhi persepsi kualitas hidup. Kualitas hidup yang buruk menyebabkan individu kehilangan motivasi, merasa tidak berguna, dan akhirnya dapat memicu gejala-gejala depresi secara klinis.

3. Stigma

Stigma adalah persepsi negatif yang diberikan masyarakat kepada individu karena status HIV atau identitas seksualnya. Pada LSL dengan HIV, stigma bersifat ganda: mereka menghadapi stigma karena HIV dan juga karena orientasi seksual mereka. Stigma ini dapat bersifat eksternal (dari masyarakat) maupun internal (dari dalam diri sendiri). Mireles et al. (2023) menyebutkan

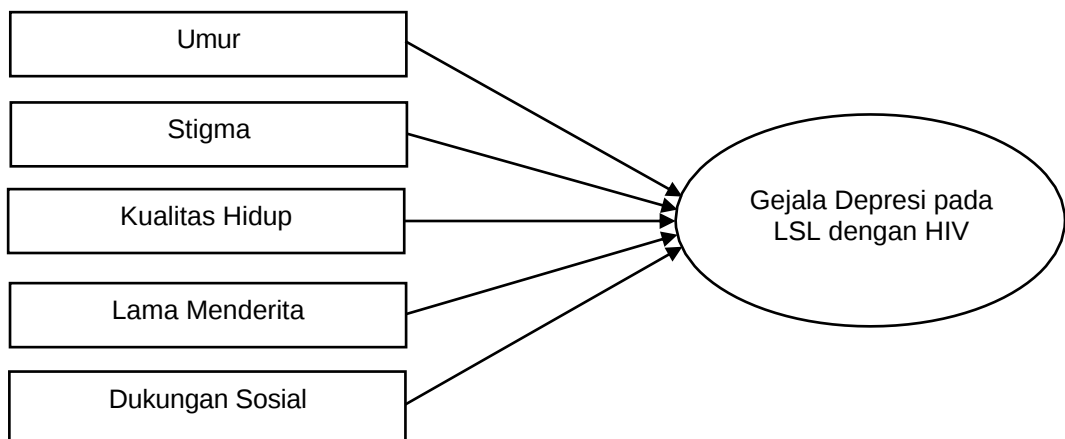
bahwa stigma menyebabkan tekanan emosional yang kronis, memperburuk rasa malu, dan mengurangi kepercayaan diri seseorang. Johanna Elisha et al, (2022) bahkan menemukan korelasi kuat antara tingkat stigma dan gejala depresi pada ODHIV, menunjukkan bahwa semakin tinggi persepsi stigma yang dialami, semakin besar kemungkinan mereka mengalami depresi berat. Stigma juga dapat menghambat individu dalam mengakses layanan kesehatan dan dukungan sosial, memperburuk kondisi psikologis yang ada.

4. Lama Menderita

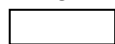
Lama menderita HIV merupakan variabel temporal yang menunjukkan durasi waktu sejak seseorang didiagnosis HIV hingga waktu pengukuran penelitian, dan memiliki peran penting dalam memengaruhi kondisi kesehatan mental ODHIV. Pada fase awal setelah diagnosis, individu cenderung mengalami tekanan emosional yang tinggi akibat shock diagnosis, ketakutan terhadap masa depan, serta kekhawatiran akan stigma sosial, sehingga risiko munculnya gejala depresi menjadi lebih besar. Seiring bertambahnya lama menderita HIV, sebagian ODHIV mampu beradaptasi secara psikologis, namun penelitian menunjukkan bahwa depresi tidak selalu menurun dan dapat menetap pada individu yang telah lama hidup dengan HIV. Penelitian Gianella et al. (2021) dan Owora (2018) menemukan bahwa gejala depresi masih dialami oleh ODHIV dengan durasi infeksi yang panjang, dan hubungan antara lama menderita HIV dan depresi tidak bersifat linear. Hal ini menunjukkan bahwa bertambahnya lama menderita HIV tidak secara otomatis menurunkan risiko depresi, sehingga variabel lama menderita HIV penting dianalisis dalam memahami variasi gejala depresi pada ODHIV.

5. Dukungan Sosial

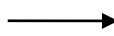
Dukungan sosial mencakup bantuan emosional, informasional, dan praktis yang diperoleh dari lingkungan luar keluarga, seperti teman, komunitas, atau tenaga kesehatan. Pada kelompok LSL, komunitas menjadi ruang aman yang dapat memberikan dukungan psikososial dalam menghadapi diskriminasi dan tekanan hidup. Gobel dan Multazam, (2021) menegaskan bahwa dukungan sosial yang memadai dapat meningkatkan ketahanan mental dan membantu individu mengatasi tantangan emosional serta memperkecil risiko terjadinya depresi. Ketika individu merasa memiliki tempat bercerita, merasa didengar, dan mendapatkan bantuan saat dibutuhkan, mereka lebih cenderung untuk memiliki persepsi positif terhadap diri dan kehidupan, serta lebih mampu mengelola stres yang muncul akibat diagnosis HIV atau pengalaman diskriminatif.



Keterangan :



= Variabel Independen



= Arah yang kemungkinan memberikan pengaruh



= Variabel Dependen

Gambar 1.2 Kerangka Konsep Penelitian

1.7 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1.7.1 Gejala Depresi

Definisi Operasional

: Kondisi gangguan suasana hati yang ditandai oleh gejala seperti kehilangan minat, kelelahan, perasaan tidak berharga, dan gangguan tidur.

Alat Ukur

: Pengukuran menggunakan kuesioner PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*).

Kriteria Objektif

- Tidak ada gejala depresi : Jika responden memiliki skor PHQ-9 < 9
- Ada gejala depresi : Jika responden memiliki skor PHQ-9 ≥ 9 (Khumaidi et al., 2023)

Skala

: Ordinal

1.7.2 Umur

Definisi Operasional

: Lama hidup responden sejak lahir hingga waktu penelitian, berdasarkan data pada kartu identitas atau rekam medis pasien.

Alat Ukur

: Pengukuran menggunakan pertanyaan kuesioner mengenai umur responden.

Kriteria Objektif

- Dewasa Muda : Jika responden berumur <30 Tahun
- Dewasa : Jika responden berumur ≥ 30 Tahun (Van der Vaart et al, 2024)

Skala

: Ordinal

1.7.3 Stigma

Definisi Operasional

: Persepsi individu terhadap diskriminasi dan perlakuan negatif dari orang lain maupun dari diri sendiri (self-stigma) karena status HIV dan orientasi seksual, diukur menggunakan *Berger HIV Stigma Scale*.

Kriteria Objektif

- a. Tinggi
- b. Rendah

: Jika skor total ≥ 30

: Jika skor total < 30 (Arikunto, 2002).

Skala

: Ordinal

1.7.4 Kualitas Hidup

Definisi Operasional

: *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group* mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individual mengenai posisi subjek dalam kehidupan dalam konteks kultur dan nilai hidup dalam hubungannya dengan tujuan, ekspektasi, standar dan perhatian subjek tersebut.

Alat Ukur

: Pengukuran dilakukan dengan kuesioner WHOQOL-HIV BREF yang mengacu pada pendekatan statistik yang digunakan oleh Silva et al. (2019) melalui analisis *Receiver Operating Characteristic (ROC)* dalam pengelompokan kualitas hidup berdasarkan instrumen WHOQOL.

Kriteria Objektif

- a. Kualitas Hidup Baik
- b. Kualitas Hidup Buruk

: Jika total skor ≥ 60

: Jika total skor < 60 (WHO, 2023)

Skala

: Ordinal

1.7.5 Lama Menderita

Definisi Operasional

: Waktu awal terdiagnosa HIV sampai mengisi kuesioner penelitian.

Alat Ukur

: Lama menderita diukur menggunakan pertanyaan kuesioner mengenai berapa lama responden terdiagnosis HIV.

Kriteria Objektif

- a. Dini
- b. Lama

: Jika responden mendapatkan skor < 32 bulan

: Jika responden mendapatkan skor ≥ 32 bulan (Wiyati, 2019)

Skala

: Ordinal

1.7.6 Dukungan Sosial

Definisi Operasional

: Dukungan sosial yang didapatkan ODHIV berupa dukungan material, emosional, penghargaan, integritas sosial, dan informasi untuk menghadapi permasalahan terkait penyakit HIV yang dialami.

Alat Ukur

: Pengukuran dilakukan dengan menggunakan kuesioner *The Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS) yang telah dimodifikasi.

Kriteria Objektif

- a. Dukungan Baik : Jika skor total $\geq$ nilai median
- b. Dukungan Kurang : Jika skor total $<$ nilai median (Khairunnisa, 2015)

Skala

: Ordinal

1.8 Hipotesis Penelitian

1.8.1 Hipotesis Nol (H_0)

- a. Tidak terdapat hubungan antara umur dengan gejala depresi pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- b. Tidak terdapat hubungan antara stigma dengan gejala depresi pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- c. Tidak terdapat hubungan antara kualitas hidup dengan gejala depresi pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- d. Tidak terdapat hubungan antara lama menderita dengan gejala depresi pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- e. Tidak terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan gejala depresi pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

1.8.2 Hipotesis Alternatif (H_a)

- a. Terdapat hubungan antara umur dengan gejala depresi pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- b. Terdapat hubungan antara stigma dengan gejala depresi pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- c. Terdapat hubungan antara kualitas hidup dengan gejala depresi pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- d. Terdapat hubungan antara lama menderita dengan gejala depresi pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
- e. Terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan gejala depresi pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan studi observasional dengan rancangan *cross-sectional* yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara berbagai faktor dengan gejala depresi pada LSL yang hidup dengan HIV. Sebagai penelitian observasional analitik, desain ini tidak melibatkan intervensi atau perlakuan terhadap subjek, melainkan hanya mengamati dan menganalisis hubungan antara variabel independen dan dependen pada satu titik waktu tertentu.

Pengumpulan data dilakukan secara simultan terhadap seluruh variabel, sehingga hasilnya hanya menggambarkan kondisi saat itu tanpa dapat menyimpulkan hubungan sebab-akibat. Desain ini dipilih karena praktis dan efisien, dengan setiap partisipan hanya diobservasi satu kali. Dalam konteks penelitian ini, desain *cross-sectional* digunakan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan gejala depresi pada LSL dengan HIV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar. Variabel yang diteliti meliputi umur, stigma, kualitas hidup, lama menderita, dan dukungan sosial. Desain ini memungkinkan peneliti untuk mengidentifikasi hubungan antara karakteristik subjek dan kondisi depresi dalam periode waktu tertentu.

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan. Lokasi ini dipilih karena merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang aktif dalam penanganan HIV AIDS, termasuk pelayanan terapi ARV bagi ODHIV, khususnya kelompok LSL yang termasuk dalam populasi kunci dengan risiko tinggi mengalami gangguan psikologis seperti depresi.

Pelaksanaan penelitian berlangsung selama tiga bulan, dari September-November 2025. Dalam kurun waktu tersebut, dilakukan serangkaian kegiatan meliputi koordinasi dan perizinan dengan pihak puskesmas, pengumpulan data dari LSL yang hidup dengan HIV, serta proses pengolahan dan analisis data. Pemilihan rentang waktu ini ditujukan agar seluruh tahapan penelitian yang berfokus pada faktor-faktor yang berhubungan dengan gejala depresi pada LSL dengan HIV dapat berjalan optimal dan sesuai dengan jadwal akademik peneliti.

2.3 Populasi dan Sampel

2.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh LSL yang hidup dengan HIV dan tercatat sebagai pasien di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar, selama periode penelitian berlangsung. Berdasarkan data yang tersedia di puskesmas tersebut, terdapat sebanyak 708 LSL dengan HIV yang terdaftar, yang menjadi dasar dalam mengidentifikasi subjek potensial untuk meneliti gejala depresi pada kelompok tersebut.

2.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah LSL dengan HIV yang memenuhi kriteria inklusi, baik yang mengalami gejala depresi maupun tidak.

Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *non-probability sampling* dengan pendekatan *accidental sampling* berdasarkan kriteria:

Kriteria Inklusi

- LSL dengan HIV yang telah menerima diagnosis HIV dan tercatat sebagai pasien di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar.
- Bersedia menjadi responden dan telah menandatangani lembar persetujuan setelah mendapat penjelasan.
- Dapat berkomunikasi dengan baik (secara lisan maupun tulisan) untuk mengisi kuesioner penelitian.

Kriteria Eksklusi

- LSL dengan HIV yang tidak lagi aktif dalam layanan (*drop out* atau termasuk kategori *lost to follow-up*).
- LSL dengan HIV yang mengalami gangguan kognitif atau hambatan komunikasi yang menyulitkan proses pengisian kuesioner atau wawancara.
- Responden yang menolak atau menarik persetujuan setelah sebelumnya bersedia mengikuti penelitian.

2.3.3 Besar Sampel

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

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

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

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

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

Keterangan:

- n = perkiraan jumlah sampel
 N = jumlah populasi (708 orang)
 Z = nilai Z untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)
 p = 0,1: perkiraan Proporsi Sampel
 q = 1 – p
 d = tingkat kesalahan (5% atau 0,05)

Berdasarkan hasil perhitungan dengan menggunakan rumus dari Lemeshow, jumlah minimal responden yang diperlukan dalam penelitian ini ditetapkan sebanyak 116 orang.

2.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian berfungsi sebagai alat untuk mengumpulkan data yang sesuai dengan variabel yang diteliti. Dalam studi ini, instrumen utama yang digunakan adalah kuesioner terstruktur dalam bentuk digital. Kuesioner disusun menggunakan format *XLSForm*, kemudian diunggah ke platform *KoboToolbox* dan diakses melalui aplikasi *KoboCollect* di perangkat Android. Penggunaan *KoboCollect* mendukung efisiensi dalam pengumpulan data, memungkinkan validasi secara langsung, serta tetap dapat digunakan meskipun dalam kondisi tanpa koneksi internet.

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

a. Gejala Depresi

Gejala depresi pada responden diukur menggunakan kuesioner *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Instrumen ini terdiri dari sembilan butir pernyataan yang mengacu pada kriteria diagnostik gangguan depresi dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Setiap pernyataan memiliki empat pilihan jawaban yang mewakili frekuensi gejala dalam dua minggu terakhir, dengan skor masing-masing 0 hingga 4. Total skor berkisar antara 0 sampai 36. Berdasarkan pedoman Khumaidi et al. (2023), skor PHQ-9 ≥ 9 dikategorikan sebagai mengalami gejala depresi, sedangkan skor < 9 dikategorikan tidak mengalami gejala depresi. PHQ-9 telah terbukti valid dan reliabel serta banyak digunakan untuk skrining depresi pada populasi ODHIV karena kemudahan penggunaan dan efektivitasnya dalam mengidentifikasi gejala depresi.

b. Umur

Variabel umur diukur berdasarkan usia kronologis responden dalam satuan tahun, yang diperoleh melalui wawancara. Umur kemudian dikategorikan menjadi dua kelompok sesuai dengan klasifikasi dari Van der Vaart et al. (2024), yaitu dewasa muda berumur < 30 tahun dan dewasa berumur ≥ 30 tahun.

c. Stigma

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

d. Kualitas Hidup

Kualitas hidup diukur menggunakan kuesioner *WHOQOL-HIV BREF* yang dikembangkan oleh WHO untuk menilai kualitas hidup pada orang yang hidup dengan HIV AIDS. Instrumen ini menggunakan skala Likert 5 poin dan skor total dikategorikan menjadi kualitas hidup baik (skor ≥ 60) dan buruk (skor

<60), berdasarkan pedoman WHO (2023). *WHOQOL-HIV BREF* telah digunakan secara internasional dan terbukti valid dalam berbagai konteks budaya dan populasi ODHIV.

e. Lama Menderita

Variabel lama menderita diukur menggunakan pertanyaan kuesioner yang diperoleh melalui wawancara. Lama menderita kemudian dikategorikan menjadi dua kelompok sesuai dengan klasifikasi dari Wiyati (2019), yaitu kategori dini jika mendapatkan skor < 32 bulan dan kategori lama jika mendapatkan skor $\geq$ 32 bulan

f. Dukungan Sosial

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

2.5 Pengumpulan Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

2.5.1 Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Dinas Kesehatan Kota Makassar, serta Puskesmas Jumpandang Baru. Data yang bersumber dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan dan Dinas Kesehatan Kota Makassar meliputi laporan jumlah kasus HIV AIDS, tren epidemi HIV, serta gambaran umum karakteristik ODHIV di wilayah Sulawesi Selatan dan Kota Makassar, termasuk distribusi berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, dan populasi kunci. Data tersebut digunakan sebagai informasi pendukung untuk memberikan konteks epidemiologis wilayah penelitian.

Sementara itu, data dari Puskesmas Jumpandang Baru bersifat lebih spesifik dan digunakan untuk menggambarkan kondisi ODHIV di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya pada kelompok LSL. Informasi ini mencakup jumlah kasus HIV yang tercatat serta karakteristik ODHIV yang menjadi sasaran penelitian. Data sekunder tersebut dimanfaatkan sebagai data pendukung dalam memahami konteks pelayanan dan karakteristik populasi penelitian, sedangkan pengukuran gejala depresi diperoleh melalui pengumpulan data primer dari responden.

2.5.2 Data Primer

Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara terstruktur yang dilakukan secara langsung kepada ODHIV dari kelompok LSL yang terdaftar dan menerima layanan kesehatan di Puskesmas Jumpandang Baru, Kota Makassar. Wawancara dilakukan secara tatap muka oleh peneliti dengan tujuan memperoleh data yang akurat mengenai

karakteristik responden serta kondisi psikologis yang berkaitan dengan gejala depresi. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner digital yang disusun dalam format *XLSForm* dan dijalankan melalui aplikasi *KoboCollect*. Penggunaan instrumen digital ini dipilih karena dapat meningkatkan efisiensi pengumpulan data, mengurangi risiko kesalahan pencatatan, serta mempermudah proses pengelolaan dan analisis data. Instrumen yang digunakan telah mengacu pada kuesioner baku yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya dalam penelitian sebelumnya, sehingga layak dan secara ilmiah dapat dipertanggungjawabkan sebagai alat ukur dalam penelitian ini.

2.6 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

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

2.6.1 Teknik Pengolahan Data

Seluruh data yang dikumpulkan melalui aplikasi *KoboCollect* diekspor dalam format CSV untuk selanjutnya dianalisis menggunakan perangkat lunak statistik *Jamovi*. Proses pengolahan data dilakukan melalui beberapa tahap sebagai berikut:

a. *Editing*

Tahap awal dimulai dengan proses editing, yaitu memeriksa ulang semua entri data guna memastikan tidak ada isian yang tidak lengkap, tidak masuk akal, atau tidak sesuai dengan pedoman pengisian. Tahap ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan memperbaiki kesalahan sejak dini, seperti jawaban yang berada di luar rentang nilai yang ditentukan, ketidaksesuaian antara pertanyaan dan jawaban, atau data yang tertukar antar variabel.

b. *Coding*

Proses coding dilakukan dengan mengubah jawaban responden ke dalam bentuk angka atau simbol tertentu yang merepresentasikan kategori jawaban. Tujuannya adalah untuk memudahkan proses penskoran serta analisis data. Kode-kode yang digunakan disesuaikan dengan klasifikasi yang telah ditentukan dalam definisi operasional masing-masing variabel.

c. *Entry Data*

Setelah dilakukan *coding*, data kemudian dimasukkan ke dalam program statistik. Pada penelitian ini, proses entry dilakukan dengan mengekspor data dari *KoboCollect* dalam format CSV, lalu mengimpornya ke dalam aplikasi *Jamovi*. *Jamovi* dipilih karena bersifat open-source, mudah digunakan, dan mendukung berbagai bentuk analisis statistik baik deskriptif maupun inferensial yang diperlukan dalam penelitian ini.

d. *Cleaning*

Cleaning atau pembersihan data merupakan tahap lanjutan untuk memastikan bahwa dataset yang digunakan terbebas dari kesalahan. Langkah ini mencakup pengecekan terhadap entri ganda,

nilai yang hilang (*missing values*), data ekstrem (*outlier*), atau isian yang tidak logis. Data yang bermasalah akan ditelusuri, diperbaiki bila memungkinkan, atau dikeluarkan dari analisis apabila dinyatakan tidak valid. Proses ini penting untuk menjamin validitas dan reliabilitas hasil analisis.

e. *Scoring*

Scoring merupakan tahap penilaian terhadap item-item dalam kuesioner yang digunakan untuk mengukur variabel-variabel dalam penelitian, seperti depresi, stigma, dukungan sosial, dan kualitas hidup. Metode pemberian skor disesuaikan dengan struktur dan petunjuk dari masing-masing instrumen yang digunakan, sehingga dapat mencerminkan kondisi responden secara objektif.

2.6.2 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan aplikasi statistik Jamovi. Tujuan dari analisis ini adalah untuk mendeskripsikan karakteristik responden serta menguji hubungan antara variabel-variabel independen dengan gejala depresi sebagai variabel dependen.

a. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel penelitian dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase. Variabel yang dianalisis meliputi variabel dependen, yaitu gejala depresi, serta variabel independen yang terdiri dari umur, stigma, kualitas hidup, lama menderita, dan dukungan sosial. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel distribusi yang menggambarkan sebaran responden berdasarkan karakteristik dan tingkat masing-masing variabel.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara setiap variabel independen dengan variabel dependen, yaitu gejala depresi pada LSL dengan HIV. Uji statistik yang digunakan disesuaikan dengan jenis data dari masing-masing variabel.

Untuk variabel independen yang bersifat kategorik, seperti umur, stigma, kualitas hidup, lama menderita, dan dukungan sosial, analisis dilakukan menggunakan uji Chi-Square (χ^2) melalui tabulasi silang untuk mengetahui signifikansi hubungan antara variabel. Apabila ditemukan sel dalam tabel kontingensi dengan nilai harapan kurang dari 5, maka digunakan uji alternatif yaitu *Fisher's Exact Test*.

Keputusan uji statistik didasarkan pada nilai probabilitas (p-value), dengan tingkat signifikansi sebesar 0,05. Jika $p < 0,05$, maka disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara variabel independen dengan gejala depresi. Sebaliknya, jika $p \geq 0,05$, maka tidak terdapat hubungan yang signifikan secara statistik.

2.7 Penyajian Data

Data dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel-tabel sistematis untuk memudahkan pemahaman dan interpretasi hasil, sesuai dengan desain penelitian *cross-sectional* yang mengamati variabel pada satu titik waktu. Data deskriptif ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi (*one-way tabulation*) guna menggambarkan karakteristik masing-masing variabel, baik variabel independen seperti umur, stigma, kualitas hidup, lama menderita, dan dukungan sosial maupun variabel dependen yaitu gejala depresi. Selanjutnya, tabel silang (*two-way tabulation*) digunakan untuk menyajikan hubungan antara variabel independen dan gejala depresi. Setiap tabel disertai narasi interpretatif yang menjelaskan makna dari hasil yang ditampilkan, baik dari sisi statistik maupun implikasi substansinya dalam konteks gejala depresi pada LSL yang hidup dengan HIV.

2.8 Etik Penelitian

Penelitian ini telah melalui proses penilaian etik dan memperoleh Rekomendasi Kelayakan Etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dengan nomor 1982/UN4.14.1/PT.01.02/2025 tertanggal 30 September 2025, yang disahkan oleh Ketua Komisi Etik. Persetujuan tersebut diberikan setelah seluruh protokol penelitian, instrumen pengumpulan data, serta dokumen pendukung dinyatakan memenuhi kaidah etik penelitian kesehatan, meliputi prinsip otonomi, kemanfaatan, tidak merugikan, dan keadilan. Dengan diterbitkannya persetujuan etik ini, penelitian dinyatakan layak untuk dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan serta menjamin perlindungan terhadap hak, keselamatan, dan kerahasiaan responden.