

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan sektor kesehatan di Indonesia menghadapi tantangan *Triple Burden*, yaitu masih tingginya kasus penyakit menular, meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular, serta munculnya kembali penyakit yang sebelumnya telah teratasi (*re-emerging infectious diseases*) atau munculnya jenis penyakit baru (*new emerging infectious diseases*). Pergeseran pola penyakit (transisi epidemiologi) selama 30 tahun terakhir ini dipengaruhi oleh perubahan gaya hidup masyarakat, yang pada akhirnya berdampak pada menurunnya produktivitas. Tiga penyakit menular yang memerlukan perhatian khusus adalah TB, HIV/AIDS dan malaria, di samping penyakit lain yang masuk dalam kategori penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) (Luqman et al., 2022).

Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*) menetapkan penanggulangan HIV sebagai salah satu target dalam Tujuan ke-3, khususnya pada indikator 3.3. Ketika HIV/AIDS tidak terangani dengan baik, hal ini dapat menimbulkan dampak yang luas, baik secara fisik, psikologis, maupun sosial (Mukaromah et al., 2023). Sejalan dengan SDGs tujuan 3 target 3.3 yaitu untuk menurunkan jumlah kasus infeksi HIV, tuberkulosis, malaria, hepatitis B, serta penyakit tropis yang terabaikan. Upaya ini didukung melalui penguatan layanan bedah, kebidanan, dan anestesi, antara lain dengan meningkatkan akses terhadap sunat sebagai metode pencegahan penularan HIV, pelayanan maternitas yang menyeluruh untuk mencegah penularan vertikal (dari ibu ke anak), serta penyediaan akses terhadap transfuse darah yang aman, air bersih, sanitasi, dan pelayanan kesehatan yang layak (Roa et al., 2019).

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, sehingga melemahkan kemampuan tubuh dalam melawan berbagai infeksi. AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan serangkaian gejala yang muncul akibat penurunan daya tahan tubuh yang disebabkan oleh infeksi HIV (Jaenab et al., 2021). Menurut Kemenkes (2020), HIV menginfeksi sel darah putih yang berfungsi mengatur kekebalan tubuh, sehingga menyebabkan penurunan sistem imun, sementara itu AIDS adalah kondisi yang terjadi akibat turunnya kekebalan tubuh sebagai dampak infeksi oleh HIV (N. W. S. Wahyuni et al., 2023). HIV/AIDS menjadi ancaman kesehatan masyarakat karena dampaknya terhadap kematian, serta menyebabkan penurunan kualitas hidup akibat gejala atau komplikasi, terutama bagi kelompok rentan seperti ibu hamil dan menyusui. HIV juga dapat ditularkan melalui proses kehamilan dan persalinan (Hanifah et al., 2024).

Penyebaran HIV dapat terjadi karena adanya hubungan seksual melalui vagina (penis masuk ke dalam vagina), melalui anus (penis ke dalam anus), seks secara oral (penis masuk ke dalam mulut atau mulut menyentuh alat kelamin perempuan), transfusi darah yang mengandung kuman IMS, penggunaan jarum

suntik bersama (untuk narkoba, tato), dan penularan ibu kepada janin yang dikandung (penularan terjadi selama hamil, persalinan, atau menyusui (Hanifah et al., 2024). Populasi kunci memiliki peran signifikan dalam penyebaran HIV/AIDS karena terdiri dari kelompok dengan perilaku berisiko tinggi terhadap penularan HIV. Di Indonesia, epidemi HIV telah berlangsung lebih dari tiga dekade dan hingga kini masih terkonsentrasi pada empat populasi kunci, yaitu lelaki seks dengan lelaki (LSL), waria (transgender), pekerja seks perempuan (PSP), serta pengguna narkoba suntik (penasun). Selain kelompok berisiko tinggi tersebut, penularan HIV juga dapat terjadi pada perempuan yang menjadi pasangan populasi kunci, ibu rumah tangga, serta anak yang tertular dari ibu hamil yang positif HIV (Rahma et al., 2024).

Menurut WHO (2021), HIV merusak sel CD4, yang mengakibatkan melemahnya sistem kekebalan tubuh terhadap infeksi oportunistik seperti tuberkulosis, infeksi jamur, bakteri, serta beberapa jenis kanker (Kurniawati, 2022). Setelah terinfeksi HIV, pengobatan yang diberikan adalah terapi Antiretroviral (ARV), yang terdiri dari beberapa jenis obat untuk mengobati infeksi HIV. Karena HIV merupakan retrovirus, obat ini disebut Antiretroviral (ARV). ARV tidak membunuh virus, tetapi hanya memperlambat laju perkembangannya, serta memperlambat perkembangan penyakit HIV. Terapi kombinasi ARV tetap menjadi pengobatan terbaik bagi pasien yang terinfeksi HIV saat ini. Tujuan utama pemberian ARV adalah untuk menurunkan jumlah virus dalam tubuh (viral load), meningkatkan sistem imun pasien HIV, serta mengurangi angka kematian yang disebabkan oleh infeksi oportunistik (Aresta dan Jumaiyah, 2019).

HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan global dan krisis internasional yang memengaruhi seluruh negara, termasuk Indonesia. Hal tersebut dikarenakan HIV/AIDS telah berkembang cukup pesat sejak pertama kali ditemukan (Adawiyah et al., 2024). Berdasarkan laporan epidemi HIV global *United Nations Programme on HIV and AIDS* (UNAIDS) tahun 2023, sebanyak 39,9 juta orang di dunia yang hidup dengan HIV dan sebanyak 1,3 juta kasus infeksi baru. Pada tahun yang sama, sekitar 630.000 orang meninggal akibat penyakit yang berkaitan dengan AIDS, sementara 30,7 juta orang telah mengakses terapi antiretroviral (ARV) (UNAIDS, 2023).

WHO (*World Health Organization*) menyatakan pada tahun 2021 sekitar 38,4 juta orang hidup dengan HIV, sedangkan pada tahun 2022 diperkirakan 30 juta orang hidup dengan HIV. Kemudian pada akhir tahun 2023 diperkirakan terdapat 39,9 juta orang yang hidup dengan HIV, dengan rincian 1,4 juta anak (usia 0–14 tahun) dan 38,6 juta orang dewasa (usia 15+ tahun). Pada tahun tersebut, sebanyak 630.000 orang meninggal akibat penyebab terkait dengan HIV di seluruh dunia. Sejak tahun 2010, angka kematian terkait HIV telah berkurang sebesar 51%, dari 1,3 juta. Epidemi HIV global telah menunjukkan penurunan korban hingga 69% pada tahun 2023 dibandingkan dengan puncaknya pada tahun 2004. Pada tahun 2023, tercatat 76.000 anak meninggal karena penyebab terkait HIV, sementara 560.000 orang dewasa meninggal akibat hal yang sama. HIV tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat global

yang besar, telah merenggut 42,3 juta jiwa hingga saat ini. Pada tahun 2023, 77% orang yang hidup dengan HIV mendapatkan terapi antiretroviral (WHO, 2024).

Kemendes menyatakan bahwa pada tahun 2024, diperkirakan terdapat 503.261 Orang dengan HIV (ODHIV) yang hidup. Dari jumlah tersebut, sebanyak 351.378 orang (70%) telah mengetahui statusnya, sementara 217.482 orang (62%) telah menerima terapi antiretroviral (ARV). Dari mereka yang menjalani pengobatan, hanya 99.463 (46%) yang telah menjalani pemeriksaan viral load, dan sebanyak 91.662 (42%) menunjukkan hasil viral load yang tersupresi. Sementara itu, penemuan kasus HIV di tingkat nasional menunjukkan tren peningkatan jumlah tes dari tahun 2021 hingga 2023. Peningkatan ini diikuti dengan bertambahnya jumlah individu yang teridentifikasi positif HIV. Mayoritas kasus baru ditemukan pada kelompok usia 25-49 tahun (69,5%). Meskipun demikian, Tingkat *positivity rate* cenderung stabil pada kisaran 0,9 hingga 1,1% (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, menunjukkan peningkatan kasus HIV/AIDS di Sulawesi Selatan yaitu sebanyak 1490 kasus pada tahun 2021 menjadi 2069 pada tahun 2022, dan pada tahun 2023 sebanyak 2.098 kasus. Kasus HIV/AIDS di Sulawesi Selatan mengalami peningkatan. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan mencatat pada tahun 2024 periode Januari hingga September, sebanyak 1.636 orang yang terjangkit HIV/AIDS dan sebanyak 40-45% atau 741 kasus HIV/AIDS disebabkan karena LSL (Lelaki Seks Lelaki). Makassar tercatat sebagai wilayah dengan jumlah kasus tertinggi, yaitu sebanyak 702 kasus, diikuti oleh Gowa dengan 112 kasus. Selanjutnya, beberapa daerah lain seperti Kota Palopo mencatat 89 kasus, Bone 73 kasus, dan yang paling sedikit ditemukan di Selayar dengan 12 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2024).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar, kota Makassar tercatat sebagai daerah dengan jumlah kasus HIV/AIDS tertinggi di Provinsi Sulawesi Selatan. Jumlah kasus HIV yang terdeteksi melalui layanan HIV menunjukkan tren peningkatan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2020 ditemukan 675 kasus, kemudian meningkat menjadi 784 kasus pada tahun 2021, dan terus naik hingga mencapai 1.083 kasus pada tahun 2022. Hingga tahun 2023, tercatat sebanyak 1.015 kasus HIV positif dari total 57.960 orang yang menjalani tes HIV (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2023). Pada tahun 2023 sebanyak 1015 kasus turun menjadi 833 kasus pada tahun 2024 sampai dengan bulan November dan paling banyak dialami oleh LSL yaitu sebanyak 448. Jumlah ODHIV on ARV sampai dengan November 2024 sebanyak 5.094 (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2024).

Berdasarkan dari data Dinas Kesehatan Kota Makassar, diketahui bahwa terdapat beberapa fasilitas kesehatan di kota Makassar yang memiliki jumlah ODHIV on ARV terbanyak sampai dengan November 2024. Posisi pertama adalah Puskesmas Jumpang Baru dengan jumlah ODHIV on ARV sebanyak 843, kedua ialah Rumah Sakit Wahidin S. Sebanyak 618, ketiga Puskesmas Kassi-Kassi sebanyak 557, kemudian yang keempat Puskesmas Jongaya

sebanyak 456 dan yang kelima ialah Puskesmas Makkasau sebanyak 389. Berdasarkan data tersebut, peneliti kemudian memilih Puskesmas Jumpandang Baru sebagai lokasi penelitian dengan pertimbangan bahwa Puskesmas Jumpandang Baru memiliki populasi penelitian terbanyak (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2024).

Salah satu cara untuk menilai kondisi kesehatan ODHIV adalah dengan mengevaluasi kualitas hidup mereka, karena peningkatan kualitas hidup menjadi salah satu tujuan utama dalam pengobatan. Penilaian terhadap kualitas hidup dapat memberikan wawasan mengenai dampak penyakit dan terapi terhadap keseharian pasien (Dwinaputri et al., 2024). Kualitas hidup juga berperan penting dalam memperpanjang harapan hidup Orang dengan Human Immunodeficiency Virus (ODHIV) (Manurung et al., 2023). Kualitas hidup juga digunakan sebagai indikator utama dalam menilai kesejahteraan individu yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHIV). HIV tetap menjadi salah satu isu kesehatan global yang signifikan karena angka prevalensinya terus mengalami peningkatan setiap tahun. Sebagai penyakit kronis, HIV memerlukan pengelolaan mandiri (*self-management*), pengobatan yang teratur, perawatan pribadi yang konsisten, serta dihadapkan pada tantangan stigma sosial dan tekanan psikologis (Dwinaputri et al., 2024). Kualitas hidup ODHIV dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain mutu layanan kesehatan, tingginya kadar CD4, minimnya dukungan sosial, kondisi depresi, serta stigma sosial, pandangan negatif terhadap diri sendiri dan masalah kesehatan mental (Fajrur dan Taufik, 2022).

World Health Organization (WHO) mendefinisikan kualitas hidup sebagai bagaimana seseorang memandang posisi mereka dalam kehidupan, berdasarkan konteks budaya dan sistem nilai tempat mereka tinggal, serta kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan keinginan mereka (WHO, 2024). Kualitas hidup diukur melalui persepsi individu terhadap lingkungan mereka seperti pendapatan, kesehatan fisik, memfokuskan pada pengukuran kualitas hidup secara subjektif, yaitu dengan mengevaluasi sejauh mana persepsi masyarakat mencerminkan penerimaan mereka terhadap proses pembangunan yang ada sesuai dengan standar dan keinginan pribadi mereka (Jamaruddin dan Sudirman, 2022). Kualitas hidup menggambarkan sejauh mana seseorang merasakan kenikmatan dalam menjalani hidup, yang mencakup pengalaman, rasa puas, serta pencapaian atau hal-hal yang dimiliki, yang semuanya mencerminkan hasil interaksi antara faktor individu dan lingkungan sekitarnya (Sri Wahyuni et al., 2025).

Hasil penelitian Liyanovitasari dan Setyoningrum (2020) menunjukkan bahwa mayoritas ODHIV di KDS Kasih Kudus memiliki kualitas hidup dalam kategori sedang, yaitu sebanyak 39 responden (68,4%), sementara yang memiliki kualitas hidup kategori baik berjumlah 17 responden (29,8%). Responden dengan kualitas hidup kategori baik umumnya merasa puas dengan kondisi kesehatannya, menganggap hidup mereka bermakna, jarang memiliki pikiran negatif, serta mendapatkan dukungan dari teman dan lingkungan sekitarnya (Liyanovitasari, 2020). Namun, hasil penelitian terbaru pada tahun 2024

menunjukkan perbedaan, di mana sebagian besar ODHIV yakni 46 responden dari 90 responden atau 51,1% memiliki kualitas hidup yang tergolong buruk. Temuan ini menegaskan bahwa kualitas hidup merupakan aspek krusial dalam kehidupan seseorang, yang mencakup kepuasan individu terhadap kondisi emosional, sosial, dan fisik dalam kehidupannya (Setyoningrum, 2024).

Terdapat lima faktor utama yang dapat memengaruhi kualitas hidup orang dengan HIV, di antaranya adalah dukungan sosial, kepatuhan dalam mengonsumsi obat serta lamanya menjalani terapi antiretroviral (ART), kriteria diagnosis dan infeksi oportunistik, stigma, diskriminasi, dan gangguan depresi (Dwinaputri et al., 2024). Kualitas hidup terdiri dari enam dimensi utama, yaitu aspek fisik, psikologis, kemandirian, hubungan sosial, lingkungan dan spiritualitas. Beberapa faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup meliputi jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, status dalam menjalani pengobatan, tingkat pendapatan, dukungan dari keluarga dan lama terdiagnosa HIV (Sri Wahyuni et al., 2025).

Faktor-faktor seperti pola makan yang seimbang, kepatuhan terhadap terapi ARV, dan tidak adanya stigma diri turut memengaruhi kualitas hidup ODHIV (Manurung et al., 2023). Karakteristik demografis, stigma diri dan sosial, diskriminasi dan minimnya dukungan keluarga menjadi penyebab menurunnya kualitas hidup ODHIV. Selain itu, kualitas hidup juga sangat dipengaruhi oleh tingkat dalam melakukan terapi ARV. Banyak ODHIV masih belum bisa menerima kenyataan bahwa mereka terdiagnosis HIV, ditambah lagi stigma dan diskriminasi dari lingkungan sekitar memperburuk kondisi psikologis mereka, yang akhirnya membuat mereka kehilangan semangat untuk hidup dan mengabaikan pengobatan (Manurung et al., 2023).

Banyak penderita HIV menyatakan bahwa setelah didiagnosis, mereka mengalami penolakan dan dari lingkungan sekitar dan merasa diabaikan. Hal ini mencerminkan kurangnya dukungan sosial dari masyarakat yang berdampak pada menurunnya rasa percaya diri pasien serta ketidakefektifan dalam penanganan penyakit, sehingga berpotensi memperburuk kondisi kesehatannya. Sebagian besar ODHIV diketahui telah terinfeksi HIV rata-rata berkisar ≤ 5 tahun. Pada tahap awal infeksi, penderita cenderung mengalami stres dan depresi yang berkaitan dengan kemampuan masing-masing individu dalam menghadapi tekanan dan stresor. Semakin lama seseorang hidup dengan HIV, semakin banyak pengalaman yang mereka miliki dalam mengelola penyakit tersebut. Pengalaman ini dapat membantu dalam menghadapi tantangan secara lebih baik, sehingga mereka cenderung memiliki kemampuan adaptasi yang lebih baik dan kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan ODHIV yang baru terdiagnosis. Hasil penelitian Liyanovitasari dan Lestari (2020) didapatkan hasil bahwa dari responden yang telah lama menderita HIV/AIDS selama ≥ 3 tahun, sebanyak 13 orang (59,1%) memiliki kualitas hidup dalam kategori baik, sedangkan 9 orang lainnya (40,9%) tergolong dalam kategori cukup (Liyanovitasari dan Lestari, 2020).

Dalam beberapa tahun terakhir, penggunaan kombinasi obat antiretroviral (ARV) yang terbukti efektif menurunkan angka kesakitan dan kematian dini akibat infeksi HIV. Terapi ARV memberikan dampak positif terhadap perkembangan kondisi pasien dengan HIV, menjadikan prognosis penyakit lebih baik. Waktu pemberian terapi menjadi faktor penting dalam menentukan keberhasilan pengobatan. Keterlambatan diagnosis dan inisiasi terapi ARV ketika pasien sudah mengalami komplikasi akibat penurunan sistem imun menjadi hambatan dalam menekan angka kematian akibat HIV/AIDS. Penilaian kualitas hidup menjadi penting untuk memahami kondisi pasien dalam menjalani kesehariannya. Pasien yang memiliki jumlah CD4 < 200 sel/ μ L saat pertama kali terdiagnosis cenderung memiliki kualitas hidup lebih rendah, khususnya pada aspek psikologis. Sementara itu, pasien yang telah menjalani terapi ARV selama tiga bulan atau lebih memiliki peluang 10,27 kali lebih besar untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Hasil penelitian Nabila et al., (2021), menunjukkan terdapat perbedaan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS berdasarkan lama konsumsi ARV, antara yang mengonsumsi ≤ 2 tahun dan > 2 tahun, yang ditunjukkan oleh nilai p value $\leq 0,05$. Hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa lama penggunaan ARV berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHIV pada seluruh domain yang diukur (Nabilah et al., 2021).

Kualitas hidup ini sangat dipengaruhi oleh berbagai aspek, seperti kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat kemandirian, interaksi sosial, serta hubungan individu dengan lingkungannya. Mengingat adanya kaitan antara kondisi pasien dan perkembangan penyakit, penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung selama masa pengobatan, salah satunya melalui peningkatan dukungan sosial terhadap pasien HIV/AIDS. Kehadiran dukungan sosial yang memadai berperan penting dalam membantu meningkatkan kualitas hidup penderita. Dengan adanya dukungan dari keluarga, teman dan lingkungan sekitar, diharapkan respon sosial pasien menjadi lebih positif dan kualitas hidup mereka dapat meningkat (Istiqomah et al., 2025). Adanya dukungan dari orang lain memberikan rasa penerimaan bagi ODHIV memungkinkan perhatian dan kebahagiaan yang dibutuhkan oleh penderita HIV/AIDS (Gobel dan Multazam, 2021).

Dukungan sosial diketahui berperan meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan, menurunkan risiko penghentian terapi, serta memperbaiki kualitas hidup ODHIV. Dukungan sosial juga membantu mengurangi stres yang dapat mempercepat perkembangan penyakit dan meningkatkan risiko kematian. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lailliah et al., (2024) menunjukkan bahwa sebagian besar ODHIV telah memperoleh dukungan sosial yang memadai dan memiliki kualitas hidup dalam kategori tinggi. Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup ODHIV ($p=0,000$) dengan tingkat korelasi sedang ($r=0,460$). Dukungan sosial yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup ODHIV dengan menurunkan tingkat stres dan memberikan dampak positif terhadap berbagai aspek kehidupan, seperti kondisi

fisik, emosional, kesejahteraan sosial, fungsi kognitif, tingkat depresi, hingga keterbukaan dalam mengungkapkan status HIV (Lailiah dan Indarwati, 2024)

Selain masalah kesehatan, banyak pasien HIV juga menghadapi tantangan sosial seperti stigma masyarakat dan deskriminasi. Kondisi fisik yang memburuk, ancaman kematian, serta tekanan sosial dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup mereka (Nabilah et al., 2021). Stigma terhadap HIV di masyarakat tercermin melalui pandangan, perasaan, dan sikap negatif yang ditujukan kepada ODHIV maupun lingkungan sekitarnya. Sementara itu, diskriminasi terhadap orang dengan HIV mencakup segala bentuk perlakuan yang membedakan, mengecualikan, atau membatasi baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap individu yang hidup dengan status HIV (Dwinaputri et al., 2024).

Penderita AIDS kerap menghadapi berbagai persoalan sosial, seperti perubahan sikap dari anggota keluarga, kecenderungan menarik diri, stigma dan diskriminasi dari teman, keluarga, tetangga, lingkungan kerja, hingga masyarakat luas. Stigma menjadi salah satu dampak utama yang dialami oleh ODHIV, dan terbagi menjadi 2 jenis, yaitu stigma publik dan stigma (internal) diri. Stigma publik merujuk pada pandangan negatif dari orang lain, termasuk keluarga, teman, tetangga dan penyedia layanan publik. Sementara itu, stigma diri muncul saat ODHIV menerima dan mempercayai stereotipe negatif tersebut sehingga memengaruhi cara mereka memandang diri sendiri. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa stigma yang dialami menyebabkan ODHIV menyembunyikan status kesehatannya dan menarik diri dari lingkungan sosial. Stigma ini terdiri atas 2 unsur utama, yakni unsur sosial yang mencerminkan sikap masyarakat dalam membatasi atau mengontrol perilaku individu. Stigma secara keseluruhan dapat berdampak besar pada keberlangsungan hidup, hubungan sosial, dan perilaku individu, sehingga menurunkan kualitas hidup ODHIV (Mukaromah et al., 2023).

Permasalahan yang terkait dengan HIV/AIDS sangat beragam dan kompleks. Salah satu dampak sosial yang paling signifikan adalah munculnya stigma terhadap penderita. Stigma ini dapat berdampak negatif pada kondisi psikologis, pekerjaan, hubungan sosial, serta kualitas hidup ODHIV. Selain itu, stigma juga berkontribusi terhadap rendahnya tingkat kepatuhan dalam menjalani pengobatan HIV/AIDS. Banyak penderita mengalami kesulitan untuk kembali bersosialisasi, kehilangan kepercayaan diri, bahkan kehilangan pekerjaan, yang semuanya berdampak langsung pada penurunan kualitas hidup. Aspek psikologis menjadi komponen penting dalam penanganan HIV/AIDS dan turut menentukan keberhasilan terapi yang dijalani (Winangun et al., 2020).

Penelitian yang dilakukan oleh Jahro dan Mulyana (2023) menunjukkan adanya hubungan antara stigma dan kualitas hidup pada ODHIV di Puskesmas Serang Kota tahun 2022. Berdasarkan hasil analisis OR (*odds ratio*), diperoleh nilai 7,119, yang mengindikasikan bahwa ODHIV yang mengalami stigma negatif kemungkinan 7,1 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang buruk dibandingkan dengan mereka yang tidak mengalami stigma atau mendapat

perlakuan positif. Salah satu tantangan terbesar dalam upaya pencegahan dan penanganan HIV/AIDS adalah masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap ODHIV. Stigma ini bisa muncul dalam bentuk ucapan yang menyakitkan, gosip, pengucilan, hingga perlakuan diskriminatif. Dampak dari stigma sangat serius, karena dapat membuat ODHIV enggan mengakses layanan kesehatan maupun dukungan sosial, dan dalam beberapa kasus dapat menyebabkan kehilangan pekerjaan, asuransi, akses layanan publik, bahkan penolakan dari lingkungan sekitar. Dengan demikian, keberadaan stigma memiliki pengaruh langsung terhadap kualitas hidup ODHIV (Jahro dan Mulyana, 2023).

Penderita HIV umumnya perlu melalui proses penyesuaian diri dan menerima kondisi yang dialaminya. Namun, sikap masyarakat terhadap mereka turut memengaruhi tingkat efikasi diri, yaitu keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk belajar atau bertindak menghadapi situasi tertentu. Berdasarkan hasil studi pendahuluan, salah satu tenaga kesehatan menyebutkan bahwa dukungan sosial yang diterima oleh ODHIV masih terbatas. Salah satu bentuk dukungan yang diberikan oleh yayasan adalah kegiatan berbagi pengalaman antar ODHIV. Meskipun demikian, masih ada beberapa ODHIV yang memilih menutup diri, yang pada akhirnya dapat menurunkan rasa percaya diri dan berdampak pada kualitas hidup mereka. Menurut penelitian Silalahi et al., (2025) bahwa berdasarkan uji statistik spearman rank diperoleh p value = 0,001 ($p < 0,05$) menunjukkan bahwa ada hubungan antara self efficacy dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di RSUP. H. Adam Malik Medan Tahun 2024.

Variabel lama menderita, lama terapi, dukungan sosial, stigma, dan tingkat efikasi diri dipilih dalam penelitian ini karena berdasarkan kajian pustaka, faktor-faktor tersebut berperan penting dalam memengaruhi kualitas hidup ODHIV. Lama menderita HIV berkaitan dengan proses adaptasi jangka panjang terhadap penyakit kronis serta kemungkinan akumulasi masalah fisik dan psikologis yang dapat berdampak pada kualitas hidup (Barger et al., 2023; Buntoro et al., 2024). Lama terapi antiretroviral (ARV) juga menjadi faktor penting karena meskipun terapi jangka panjang mampu meningkatkan status kesehatan dan harapan hidup, terapi seumur hidup dapat menimbulkan kejenuhan pengobatan dan efek samping yang berpengaruh terhadap kesejahteraan individu (WHO, 2022) (Barger et al., 2023).

Selain faktor klinis, faktor psikososial seperti dukungan sosial memiliki peran protektif terhadap kualitas hidup, di mana dukungan dari keluarga, teman, dan tenaga kesehatan dapat membantu ODHIV mengelola stres, meningkatkan kepatuhan terapi, serta memperbaiki kesejahteraan psikologis (Firman et al., 2025; Zhou et al., 2025). Sebaliknya, stigma terhadap ODHIV masih menjadi permasalahan serius yang dapat menimbulkan isolasi sosial, gangguan psikologis, serta hambatan dalam mengakses layanan kesehatan, sehingga berdampak negatif terhadap kualitas hidup (Asyari et al., 2024; Barger et al., 2023). Sementara itu, tingkat efikasi diri dipilih karena keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam mengelola penyakit dan menjalani pengobatan

berhubungan dengan perilaku koping yang adaptif dan kualitas hidup yang lebih baik pada ODHIV (Firman et al., 2025; Purnamawati et al., 2023).

Pasien HIV/AIDS perlu mengelola tantangan dalam kehidupan mereka, termasuk masalah psikologis, spiritualitas, dan fisik. Kompleksitas masalah yang dihadapi memengaruhi kualitas hidup seseorang (Fitri et al., 2023). Di Indonesia, pembicaraan mengenai seks dan HIV masih dianggap sebagai hal tabu, sehingga menyebabkan rendahnya tingkat pemahaman masyarakat terhadap HIV serta upaya pencegahan penyakit ini. Selain itu, stigmatisasi dan diskriminasi sosial terhadap ODHIV tetap menjadi hambatan besar dalam upaya pencegahan dan pengobatan yang efektif (Wardojo et al., 2021). Quality of Life (QoL) merupakan komponen penting ketika mengevaluasi kesejahteraan ODHIV. Namun, meskipun terjadi peningkatan jumlah populasi, masih sangat sedikit penelitian yang menyoroti mengenai kualitas hidup pada ODHIV. Seiring dengan tersedianya ART sebagai terapi jangka panjang bagi ODHIV, kualitas hidup kini digunakan sebagai indikator penting untuk menilai efektivitas pengobatan tersebut. Oleh karena itu, studi mengenai kualitas hidup pada ODHIV diperlukan untuk memberikan pemahaman yang lebih dalam mengenai tantangan yang mereka hadap dan strategi untuk meningkatkan kesejahteraan mereka (Wardojo et al., 2021).

Berbagai penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHIV) dipengaruhi oleh faktor klinis dan psikososial. Beberapa studi melaporkan adanya hubungan antara lama menderita dan lama terapi antiretroviral dengan kualitas hidup ODHIV, di mana durasi penyakit dan terapi dianggap memengaruhi kondisi fisik serta adaptasi psikologis individu (Barger et al., 2023; Buntoro et al., 2024). Di sisi lain, sejumlah penelitian menegaskan bahwa faktor psikososial, seperti dukungan sosial, stigma, dan tingkat efikasi diri, memiliki pengaruh yang lebih konsisten dan signifikan terhadap kualitas hidup ODHIV, karena berperan dalam kemampuan individu menghadapi stres, mempertahankan kepatuhan terapi, serta menjalani kehidupan sosial secara optimal (Firman et al., 2025; Zhou et al., 2025). Namun demikian, hasil penelitian terkait faktor klinis dan psikososial tersebut masih menunjukkan ketidakkonsistenan, terutama pada hubungan lama menderita dan lama terapi dengan kualitas hidup ODHIV. Selain itu, penelitian yang mengkaji faktor-faktor tersebut secara simultan di tingkat layanan kesehatan primer, khususnya di Puskesmas, masih terbatas. Oleh karena itu, diperlukan penelitian yang menganalisis hubungan lama menderita, lama terapi, dukungan sosial, stigma, dan tingkat efikasi diri dengan kualitas hidup ODHIV di Puskesmas Jumpandang Baru.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya, perlu dilakukan penelitian terkait faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup ODHIV. Untuk itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **"Determinan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHIV) Di Puskesmas Jumpandang Baru"**.

1.2 Rumusan Masalah

Orang dengan HIV (ODHIV) dihadapkan dengan beragam tantangan yang mencakup aspek kesehatan, psikologis, sosial, hingga ekonomi. Kualitas hidup yang dimiliki ODHIV dapat berkaitan erat dengan tingkat kesejahteraan yang mereka rasakan dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Selain itu, terdapat berbagai faktor yang mungkin berhubungan dengan kondisi tersebut, seperti dukungan keluarga, status pekerjaan, serta stigma yang dialami. Untuk memperoleh gambaran yang komprehensif, penting untuk meneliti hubungan antara kualitas hidup dan kesejahteraan ODHIV, serta faktor-faktor yang turut memengaruhinya. Berdasarkan hal tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Apa saja faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHIV) di Puskesmas Jumpandang Baru?"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum yang ingin dicapai pada penelitian ini ialah untuk mengetahui determinan kualitas hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHIV) di Puskesmas Jumpandang Baru.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. Untuk mengetahui hubungan lama menderita dengan kualitas hidup ODHIV di Puskesmas Jumpandang Baru.
- b. Untuk mengetahui hubungan lama pengobatan ARV dengan kualitas hidup ODHIV di Puskesmas Jumpandang Baru.
- c. Untuk mengetahui hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup ODHIV di Puskesmas Jumpandang Baru.
- d. Untuk mengetahui hubungan stigma dengan kualitas hidup ODHIV di Puskesmas Jumpandang Baru.
- e. Untuk mengetahui hubungan tingkat efikasi diri dengan kualitas hidup ODHIV di Puskesmas Jumpandang Baru.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu di pengetahuan di bidang kesehatan masyarakat, khususnya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHIV). Hasil penelitian ini dapat menjadi pembenaran ilmiah terhadap peran faktor psikososial dalam memengaruhi kualitas hidup ODHIV, serta memperkaya kajian keilmuan terkait pendekatan holistik dalam upaya peningkatan kualitas hidup ODHIV.

1.4.2 Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi Puskesmas Jumpandang Baru dalam merencanakan dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHIV), khususnya melalui penguatan dukungan sosial, pengurangan stigma,

serta peningkatan efikasi diri pasien. Selain itu penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pertimbangan dalam penyusunan program promotif dan preventif yang berorientasi pada peningkatan kualitas hidup ODHIV secara menyeluruh.

1.4.3 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman peneliti dalam menerapkan metode penelitian kuantitatif, khususnya dalam menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHIV). Selain itu, penelitian ini dapat meningkatkan kemampuan peneliti dalam pengolahan data, analisis statistik, serta penyusunan karya ilmiah di bidang kesehatan masyarakat.

1.5 Kajian Teori

1.5.1 HIV/AIDS

a. Pengertian

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh, mengurangi kemampuan tubuh untuk melawan berbagai infeksi dan penyakit. Jika tidak ditangani dengan cepat, HIV dapat berkembang menjadi AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), yaitu kondisi di mana sistem imun tubuh menjadi sangat lema, menyebabkan munculnya berbagai gejala penyakit akibat infeksi yang terjadi karena terganggunya sistem imun tubuh (Jaenab et al., 2021). HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh dan dapat menular melalui kontak langsung dengan penderita, menyebabkan tubuh menjadi lebih rentan terhadap berbagai penyakit. Sedangkan, AIDS adalah sekumpulan gejala yang muncul akibat penurunan fungsi sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh infeksi HIV (Anggraini et al., 2022).

HIV adalah virus yang menyerang sel darah putih yang berfungsi dalam sistem kekebalan tubuh, sehingga menyebabkan penurunan daya tahan tubuh. Sementara itu, AIDS adalah kumpulan gejala yang muncul akibat melemahnya sistem imun akibat infeksi oleh HIV. HIV merusak sel CD4, sehingga membuat tubuh rentan terhadap infeksi oportunistik seperti tuberkulosis dan infeksi jamur, infeksi bakteri serta beberapa jenis kanker (Kurniawati, 2022). HIV merupakan virus penyebab terjadinya AIDS. Virus ini menyerang dan melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia, sehingga daya tahan tubuh menurun. Akibatnya, individu yang terinfeksi menjadi lebih rentan terhadap berbagai penyakit seperti TB, serta berbagai jenis peradangan atau infeksi lainnya (Holifah et al., 2023).

HIV yaitu virus yang menyerang dan melemahkan sistem imun tubuh manusia, sedangkan AIDS merupakan kumpulan gejala akibat kerusakan sistem kekebalan yang disebabkan oleh infeksi HIV. Penyakit ini berkembang secara perlahan, di mana tanda-tanda AIDS

umumnya baru muncul sekitar 10 tahun setelah infeksi terjadi, bahkan bisa lebih lama. Penularan virus ini umumnya terjadi melalui darah, cairan semen dan cairan vagina. Sebagian besar penularan sekitar (75%) berlangsung melalui hubungan seksual (Oktafirnanda et al., 2024). Dalam buku "Pendidikan Kesehatan HIV dan AIDS" yang ditulis oleh Purnamawati (2016), dijelaskan bahwa setiap orang yang menderita AIDS pasti terinfeksi HIV, tetapi tidak semua orang yang terinfeksi HIV akan menderita AIDS. AIDS, yang merupakan singkatan dari *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, disebut "*acquired*" (diperoleh) karena hanya akan terjadi jika seseorang terinfeksi HIV. *Immunodeficiency* berarti kerusakan pada sistem kekebalan tubuh, dan disebut "*syndrome*" karena sebelum HIV ditemukan sebagai penyebabnya, sejumlah gejala dan komplikasi, seperti infeksi dan kanker, telah dikenali pada individu dengan faktor risiko tertentu (Purnamawati., 2016).

b. Gejala

HIV/AIDS mulai berkembang dan menunjukkan gejala-gejala seperti penurunan berat badan secara drastis, diare yang berkepanjangan, pembengkakan pada leher dan/atau ketiak, serta batuk terus-menerus (Dodu et al., 2019). Gejala HIV/AIDS terdiri dari empat stadium yaitu stadium pertama dikenal sebagai fase infeksi HIV tanpa gejala (asimtomatik), di mana penderita belum merasakan tanda-tanda khusus. Pada tahap ini, seseorang belum dikategorikan menderita AIDS karena belum menunjukkan gejala klinis. Salah satu indikasi yang mungkin muncul adalah pembengkakan kelenjar getah bening di beberapa area tubuh seperti leher, ketiak, dan lipatan paha. Meskipun tampak sehat dan normal, individu pada fase ini sudah terinfeksi HIV dan dapat menularkan virus kepada orang lain. Pada stadium kedua, sistem kekebalan tubuh mulai melemah dan gejala awal mulai terlihat. Beberapa diantaranya meliputi penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas, biasanya kurang dari 10 persen dari berat badan sebelumnya. Gejala lainnya mencakup infeksi saluran pernapasan atas seperti sinusitis, bronkitis, otitis (radang telinga tengah), dan faringitis (radang tenggorokan). Selain itu, penderita juga bisa mengalami infeksi jamur pada kuku dan jari, herpes zoster yang muncul berulang dalam lima tahun terakhir, gangguan kulit seperti gatal-gatal, dermatitis seboroik (kulit bersisik dan kemerahan), serta peradangan di mulut dan sariawan yang sering kambuh (Hamzah, 2023).

Stadium ketiga ditandai dengan munculnya infeksi khas yang lebih spesifik, sehingga dapat menjadi petunjuk kuat dalam menegakkan diagnosis HIV/AIDS. Beberapa gejala yang muncul pada stadium ini antara lain diare kronis yang berlangsung lebih dari satu bulan tanpa penyebab yang jelas, penurunan berat badan kurang dari

10% berat badan sebelumnya dan demam yang muncul hilang timbul selama lebih dari sebulan. Selain itu, penderita juga bisa mengalami infeksi jamur pada rongga mulut (candiasis oral) yang ditandai dengan bercak putih kasar berbulu pada lidah, tuberkulosis paru, peradangan mulut akut, radang gusi, serta infeksi gusi kronis (periodontitis). Pada tahap ini, penurunan jumlah sel darah merah, sel darah putih, dan trombosit juga mulai terlihat (Hamzah, 2023).

Tahap ini merupakan stadium akhir AIDS yang ditandai dengan pembesaran kelenjar limfa di seluruh tubuh dan munculnya berbagai infeksi oportunistik, yaitu infeksi yang terjadi akibat melemahnya sistem kekebalan tubuh. Beberapa gejala yang dapat dialami penderita antara lain pneumonia pneumocystis, yang ditandai dengan rasa lelah ekstrem, batuk kering, sesak nafas, dan demam. Penderita mengalami penurunan berat badan yang signifikan, lebih dari 10% dari berat awal, dan kondisi tubuh tampak semakin kurus. Infeksi berat lainnya juga dapat terjadi, seperti infeksi bakteri serius, radang sendi dan tulang, serta peradangan pada otak. Infeksi herpes simplex kronis bisa menyebabkan luka di area genital maupun sekitar mulut, sementara infeksi jamur pada kerongkongan bisa menimbulkan kesulitan menelan. Selain itu, penyakit seperti tuberkulosis kelenjar, kanker kulit Sarcoma Kaposi akibat virus herpes HHV8, serta toxoplasmosis cerebral yaitu infeksi toksoplasma otak yang menyebabkan abses dan gangguan kesadaran juga dapat muncul. Pada tahap ini, kondisi fisik penderita sangat lemah dan aktivitas sehari-hari menjadi sangat terbatas (Hamzah, 2023).

Dalam buku Pendidikan Kesehatan HIV dan AIDS yang ditulis oleh Purnamawati (2016), berikut adalah tanda dan gejala HIV.

1. Gejala Infeksi Tahap Awal

Sebagian besar orang yang terinfeksi HIV tidak menyadari adanya gejala pada tahap awal infeksi. Hal ini karena tidak ada gejala yang langsung muncul setelah infeksi awal, bahkan bisa berlangsung bertahun-tahun sebelum gejala terlihat. Meskipun infeksi HIV tidak disertai gejala awal, seseorang yang terinfeksi HIV akan membawa virus HIV dalam darahnya. Orang yang terinfeksi HIV sangat mudah menularkan virus tersebut kepada orang lain, baik mereka kemudian mengembangkan AIDS atau tidak. Untuk mengetahui apakah seseorang terinfeksi virus HIV, diperlukan dengan tes HIV.

Stadium Klinik 1 (Asimptomatik)

a) Asimptomatik

b) *Limfadenopati Generalisata* yang menetap

2. Gejala Infeksi Tahap Menengah

Pada tahap menengah infeksi HIV, gejalanya menjadi lebih jelas, seperti flu yang sering kambuh, lesu, demam, keringat berlebihan,

nyeri otot, pembesaran kelenjar limfe dan batuk. Selain itu, infeksi HIV juga dapat menyebabkan infeksi mulut dan kulit yang berulang-ulang, seperti sariawan, atau gejala infeksi umum lainnya yang sering kambuh akibat penurunan daya tahan tubuh.

Stadium Klinik 2 (Mild disease/Penyakit awal)

- a) Berat badan turun kurang dari 10%
 - b) Infeksi saluran nafas rekuren (*sinusitis, tonsillitis, otitis media dan pharyngitis*)
 - c) *Herpes zoster*
 - d) *Kheilitis angularis*
 - e) *Ulkus oral yang rekuren*
 - f) *Pruritic Papular Eruptions*
 - g) *Dermatitis seboroik*
 - h) Infeksi jamur pada kuku
3. Gejala Infeksi Tahap Akhir

Gejala infeksi HIV pada tahap akhir, yang juga dikenal sebagai gejala AIDS, meliputi penurunan berat badan secara drastis, diare kronis, batuk, kesulitan bernapas (akibat infeksi paru-paru atau tuberkulosis yang menyebar), munculnya bintik-bintik atau bisul berwarna merah muda atau ungu (yang merupakan tanda kanker kulit, yaitu *sarcoma kaposi*), pusing, kebingungan dan infeksi pada otak.

Stadium Klinik 3 (Advanced Disease/Penyakit lanjut)

- a) Berat badan turun lebih dari 10%
- b) Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan
- c) Demam, baik intermiten maupun konstan yang berlangsung lebih dari 1 bulan
- d) Oral kandidiasis persisten
- e) Oral *hairy leukoplakia*
- f) TB paru
- g) Infeksi bakterial yang berat, seperti : pneumonia, empiema, piomiositis, meningitis, infeksi pada tulang atau sendi, bakterimia, dll.
- h) *Nekrotizing stomatitis akut ulseratif, gingivitis dan periodontitis*
- i) Anemia (<8 g/dl), neutropenia (<0,5 x 10⁹ /L) dan atau trombositopeni kronik (<50 x 10⁹/L)

Stadium Klinik 4 (Severe Disease/Penyakit berat)

- a) HIV *wasting syndrome*
- b) *Pneumonia Pneumocystis jiroveci*
- c) *Pneumonia Bakterial rekuren*
- d) *Herpes simplek* kronik (orolabial, genital atau anorektal, lebih dari 1 bulan, adanya *visceral* di beberapa tempat)
- e) *Esophagus kandidiasis* (kandidiasis pada trakea, bronkus atau paru)

- f) TB ekstrapulmonar
- g) *Sarkoma Kaposi*
- h) *Cytomegalovirus*
- i) Toxoplasma pada Sistem Syaraf Pusat
- j) *Encephalopathi HIV*
- k) *Kriptokokkus Ekstrapulmoner*, termasuk meningitis
- l) *Leukoensefalopati Multifokal Progresif*
- m) *Peniciliosis*
- n) *Kriptosporidiosis kronik*
- o) *Isosporiasis kronik*
- p) *Mikosis diseminata (histoplasmosis ekstrapulmoner, kokkidiomikosis)*
- q) *Septikemia rekuren (termasuk Non-typhoidal salmonella)*
- r) *Lymphoma (cerebral atau B-sel. Non-Hodgkin)*
- s) *Karsinoma Servikal Invasif*

c. Penularan

Pada buku Pendidikan Kesehatan HIV dan AIDS yang ditulis oleh Purnamawati (2016), HIV menular melalui:

1. Cairan genital seperti sperma dan lendir, mengandung jumlah virus yang tinggi dan cukup banyak untuk memungkinkan penularan HIV. Oleh karena itu, hubungan seksual berisiko dapat menularkan HIV. Semua jenis kontak seksual, seperti hubungan seksual genital, oral dan anal, dapat menyebabkan penularan HIV. Secara statistik, kemungkinan penularan melalui cairan sperma dan vagina berkisar antara 0,1% hingga 1% (yang jauh lebih rendah dibandingkan dengan penularan HIV melalui transfusi darah). Namun, lebih dari 90% kasus penularan HIV/AIDS terjadi melalui hubungan seksual yang tidak aman. Hubungan seksual secara anal memiliki risiko tertinggi untuk penularan HIV, karena lapisan epitel mukosa anus lebih tipis dan mudah terluka dibandingkan dengan dinding vagina, sehingga memudahkan HIV masuk ke dalam aliran darah.
2. Penularan melalui darah dapat terjadi melalui transfusi darah dan produk darahnya (plasma dan trombosit), serta melalui perilaku menyuntik yang tidak aman pada pengguna narkoba suntik (penasun/IDU). Selain itu, transplantasi organ yang terkontaminasi virus HIV juga dapat menyebabkan penularan HIV pada penerima donor.
3. Penularan dari ibu ke bayi dapat terjadi selama kehamilan melalui plasenta yang terinfeksi, saat persalinan melalui cairan genital, dan melalui pemberian ASI. Penularan ini bisa terjadi jika seorang ibu yang positif HIV melahirkan secara vaginal dan kemudian menyusui bayinya. Kemungkinan penularan dari ibu ke bayi (*Mother-to-Child Transmission*) dapat mencapai 25-40%, yang

berarti dari setiap 10 kehamilan ibu positif HIV, sekitar 3-4 bayi yang lahir dengan HIV positif.

Dalam buku "Pencegahan HIV dan AIDS" yang ditulis oleh Nopriadi (2017), disebutkan bahwa risiko penularan HIV sangat dipengaruhi oleh *viral load* atau jumlah virus dalam darah. Meskipun kadar virus tidak terdeteksi (<50 turunan virus/mm²), seseorang yang terinfeksi HIV tetap berpotensi menularkan virus. Semakin tinggi *viral load* yang dimiliki, maka semakin besar pula kemungkinan penularan. Penularan HIV mengikuti empat prinsip utama yang dikenal dengan singkatan ESSE, yaitu *exit* (keluarnya virus dan tubuh), *survival* (kemampuan virus bertahan hidup di luar tubuh), *sufficient* (jumlah virus yang cukup untuk menular) dan *enter* (masuknya virus ke tubuh orang lain).

d. Pencegahan

HIV dan AIDS adalah dua masalah kesehatan yang telah menjadi fokus perhatian global selama beberapa dekade. Meskipun ada banyak kemajuan dalam pengobatan HIV dan perawatan AIDS, pencegahan tetap menjadi faktor penting dalam upaya mengendalikan penyebaran virus serta mengurangi dampaknya pada individu dan masyarakat. Virus ini merusak sistem kekebalan tubuh manusia, yang menyebabkan penurunan atau hilangnya daya tahan tubuh, sehingga mempermudah tubuh terinfeksi penyakit lainnya. HIV dan AIDS merupakan masalah serius yang mengancam Indonesia. Jika tidak segera ditangani secara sungguh-sungguh, kondisi ini berpotensi menjadi ancaman besar di masa depan yang dapat merusak generasi penerus bangsa serta mengguncang struktur sosial dan budaya masyarakat Indonesia (Salbila dan Usiono, 2023).

Kebijakan nasional dalam penanggulangan HIV/AIDS menekankan pentingnya penyediaan layanan yang menyeluruh, berkualitas, dan dapat diakses secara luas oleh Masyarakat. Tujuan utama dari kebijakan ini mencakup: (a) mencegah serta menekan penyebaran HIV/AIDS, (b) meningkatkan kualitas hidup ODHIV, dan (c) meminimalkan dampak sosial serta ekonomi yang ditimbulkan terhadap individu. Dalam pelaksanaannya, kebijakan ini juga memprioritaskan program intervensi yang dinilai efektif dan terjangkau secara biaya. Layanan komprehensif yang ditawarkan meliputi: (a) kegiatan promosi dan pencegahan, (b) perawatan, dukungan dan pengobatan, (c) pemberdayaan sosial dan ekonomi, (d) penciptaan lingkungan fisik dan sosial yang mendukung upaya penanggulangan, serta (e) penguatan kelembagaan. Upaya pencegahan penularan melalui hubungan seksual dilakukan melalui promosi penggunaan kondom, pengobatan, serta layanan konseling dan tes sukarela (*Voluntary Counseling and Testing/VCT*) (Sumakul et al., 2023).

Menteri Kesehatan Republik Indonesia mencanangkan program pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS untuk periode 2020-2024 secara nasional dengan tujuan utama yaitu: 1) Mengurangi infeksi baru HIV; 2) Menurunkan angka kematian yang akibat AIDS; 3) Menghapus diskriminasi terhadap ODHIV; 4) Mengurangi penularan infeksi HIV pada bayi. Upaya pencegahan HIV/AIDS dapat dibagi menjadi 3 strategi utama yaitu (Salawati, 2021):

- a. Pencegahan primer, yaitu langkah pencegahan yang dilakukan dengan memberikan edukasi yang memiliki tujuan untuk meningkatkan pengetahuan tentang HIV/AIDS melalui penyuluhan dan pelatihan pada kelompok berisiko tinggi maupun rendah. Upaya ini melibatkan penggunaan berbagai media, seperti media sosial, media cetak dan media elektronik, serta kerja sama dengan sektor swasta dan lintas sektor kementerian atau lembaga.
- b. Pencegahan sekunder, yaitu pencegahan yang dilakukan melalui deteksi dini dan pemberian pengobatan, seperti dengan melakukan tes darah untuk mendeteksi HIV/AIDS.
- c. Pencegahan tersier, bertujuan untuk mengurangi komplikasi penyakit yang sudah terjadi. Langkah yang diambil dalam pencegahan ini meliputi rehabilitasi atau penggunaan obat ARV untuk menjaga kondisi penderita agar tidak memburuk lebih lanjut.

Salah satu metode pencegahan HIV/AIDS adalah metode ABCDE. A (*Abstinence*) berarti tidak melakukan hubungan seks dengan orang lain selain pasangan tetap. Abstinence merupakan langkah pertama dalam mencegah penularan virus HIV/AIDS. B (*Be faithful*) mengajak untuk setia terhadap satu pasangan seksual. C (*Condom*) berarti menggunakan kondom saat berhubungan seks, yang terutama dianjurkan bagi pasangan yang berisiko tinggi, seperti mereka yang memiliki banyak pasangan seksual. D (*Don't inject drug*) mengingatkan untuk tidak berbagi jarum suntik saat menggunakan narkoba. E (*Education*) berarti memberikan edukasi yang tepat tentang HIV/AIDS, agar individu memiliki pengetahuan yang cukup untuk melakukan tindakan pencegahan terhadap penularan serta pencegahan sekunder dan tersier (Salawati, 2021).

e. Pengobatan

Program penanggulangan AIDS di Indonesia didasarkan pada 3 pilar utama yang mendukung tercapainya paradigma *Zero new infection*, *Zero AIDS-related death* dan *Zero discrimination*. Salah satu pilar tersebut adalah aspek perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP), yang mencakup penguatan serta pengembangan layanan kesehatan, pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik, pemberian terapi antiretroviral (ARV), serta penyediaan dukungan, pendidikan dan pelatihan bagi ODHIV (Aresta dan Jumaiyah, 2019). *Antiretroviral Therapy* (ART) merupakan terapi bagi individu yang

terinfeksi HIV dengan bertujuan menekan jumlah virus dalam tubuh (viral load) serta menurunkan angka kematian akibat infeksi oportunistik (Dahliyanti et al., 2022). Terapi ini bersifat membunuh virus, melainkan memperlambat laju pertumbuhan HIV dalam tubuh. Karena HIV tergolong retrovirus, terapi ini dikenal sebagai terapi Antiretroviral. Tujuan utama dari terapi ARV adalah untuk menekan jumlah virus secara maksimal dan berkelanjutan, memulihkan atau mempertahankan fungsi kekebalan tubuh, meningkatkan kualitas hidup, serta mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat HIV (Suryanto dan Nurjanah, 2021).

Saat ini, telah tersedia lebih dari 40 jenis obat ARV yang berasal dari beberapa golongan. Karena terapi ARV harus dijalani seumur hidup, maka diperlukan kepatuhan tinggi dari pasien, termasuk adanya pendamping atau pengawas minum obat (PMO). Sebagai salah satu terapi medis bagi penderita HIV, ARV berperan penting dalam menekan perkembangan virus dalam tubuh (Tiffany dan Yuniartika, 2023). Pasien HIV/AIDS memerlukan terapi ARV untuk menurunkan jumlah virus dalam tubuh dan mencegah terjadinya infeksi oportunistik serta komplikasi yang dapat memperburuk kondisi kesehatan. Oleh karena itu, pasien yang menjalani terapi ARV harus memiliki tingkat kedisiplinan yang tinggi, patuh terhadap jadwal konsumsi obat dan melakukannya secara konsisten seumur hidup (Hardani et al., 2023).

Di Indonesia, regimen terapi untuk pengidap HIV/AIDS mencakup penggunaan ARV, yang merupakan intervensi medis yang efektif dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian secara signifikan. Selain itu, terapi ARV juga terbukti dapat meningkatkan kesejahteraan hidup ODHIV secara menyeluruh dan membangun harapan positif di kalangan Masyarakat. Hasil dari penatalaksanaan bagi pasien HIV/AIDS dapat dikelompokkan ke dalam beberapa kategori, seperti pengobatan ARV, menghentikan pengobatan, dirujuk ke fasilitas layanan kesehatan lain, angka kematian, pengobatan (mangkir), atau hasil yang tidak dapat dipastikan (Dinta et al., 2024). Terapi antiretroviral (ARV) digunakan dalam penatalaksanaan ODHIV agar secara efektif menekan replikasi virus HIV, sehingga mencegah progresi penyakit menuju tahap AIDS. Bagi mereka yang sudah berada dalam fase AIDS, terapi ARV juga diperlukan guna mengurangi risiko munculnya penyakit penyerta. ARV terbukti efektif menurunkan angka kematian dan angka kesakitan dengan cara menghambat replikasi virus, menjaga sel CD4 dari kerusakan lebih lanjut, mencegah timbulnya resistensi virus, memperkuat respons imun, serta memperlambat perkembangan penyakit. Walaupun terapi ini belum dapat menyembuhkan HIV secara total, efektivitasnya dalam menurunkan morbiditas dan mortalitas telah banyak dibuktikan (Dinta et al., 2024).

Adherence (kepatuhan) merupakan salah satu faktor kunci dalam keberhasilan terapi pengobatan infeksi HIV. Kepatuhan pasien ditunjukkan melalui konsumsi obat sesuai dosis, tepat waktu, tidak mengalami putus obat dan tidak melewatkan jadwal minum obat. Konsumsi obat ARV secara konsisten sangat penting untuk menekan jumlah virus HIV dalam tubuh. Tujuan utamanya adalah mempertahankan sistem kekebalan tubuh penderita agar stabil, sehingga mereka dapat menjalani hidup dengan kualitas hidup yang lebih baik (Hardani et al., 2023). Kepatuhan terhadap resep mengacu pada keteraturan dan ketelitian dalam mengikuti regimen pengobatan yang telah ditentukan, termasuk mengonsumsi obat dengan dosis yang tepat dan pada waktu yang sesuai tanpa terlewat. Kepatuhan pasien yang hidup dengan HIV/AIDS terhadap terapi ARV sangat menentukan keberhasilan pengobatan tersebut. Tingkat kepatuhan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti kesulitan dalam mengakses obat, beban biaya pengobatan, lupa minum obat karena kesibukan atau tanggung jawab lain, kekhawatiran akan stigma jika status HIV diketahui orang lain, kurangnya pemahaman tentang pentingnya kepatuhan, serta keraguan terhadap efektivitas pengobatan. Dalam konstkes ini, intervensi farmasi memiliki peran penting dalam mendukung keberhasilan pengobatan HIV/AIDS (Dinta et al., 2024).

1.5.2 Tinjauan umum tentang variabel yang Diteliti

a. Kualitas Hidup ODHIV

1. Definisi

ODHIV dalam kesehariannya dihadapkan pada beragam tantangan yang kompleks, baik dari aspek fisik, psikologis, maupun spiritualitas. Kompleksitas permasalahan tersebut berdampak langsung terhadap kualitas hidup mereka. Pemahaman mengenai kualitas hidup ODHIV menjadi sangat penting, mengingat HIV/AIDS merupakan penyakit kronis dan progresif yang mempengaruhi hampir seluruh aspek kehidupan penderitanya. Kualitas hidup juga dipandang sebagai indikator utama dalam menilai kesejahteraan serta kondisi kehidupan ODHIV (Saputra et al., 2023). Sementara itu, *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi 'individu' tentang posisi mereka dalam kehidupan, yang dipengaruhi oleh budaya, sistem nilai, tujuan, harapan, standar, dan kepedulian mereka (Nurjaman et al., 2023).

Menurut *The Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), kualitas hidup adalah konsep multidimensi yang mencakup penilaian subjektif terhadap aspek positif dan negatif dalam kehidupan. Kesehatan merupakan salah satu domain penting dalam kualitas hidup tetapi ada pula domain lainnya seperti pekerjaan, tempat tinggal, pendidikan, lingkungan. Selain itu,

aspek budaya, nilai-nilai, dan spiritualitas juga menjadi elemen utama yang memengaruhi kualitas hidup secara keseluruhan. Kompleksitas ini menjadikan pengukuran kualitas hidup lebih menantang (Buleno et al., 2021).

Kualitas hidup merupakan konsep yang berkaitan dengan sejauh mana seseorang mencapai kehidupan yang dianggap ideal atau sesuai harapan. Dalam bidang kesehatan, konsep ini dikenal dengan istilah "Kualitas Hidup terkait Kesehatan" yang digunakan untuk menilai kualitas hidup individu berdasarkan kondisi kesehatannya, riwayat penyakit, dan proses penuaan. Menurut CDC, kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan diartikan sebagai persepsi individu yang berhubungan dengan kesehatan diartikan sebagai persepsi individu atau kelompok terhadap kondisi fisik dan mental mereka dari waktu ke waktu, termasuk penilaian subjektif terhadap berbagai aspek kehidupan, baik yang bersifat positif maupun negatif. Dalam konteks ini, penilaian kualitas hidup mencakup dimensi kesehatan fisik, kondisi emosional, kemandirian, ketergantungan terhadap lingkungan, interaksi sosial, serta keyakinan individu (Monasel et al., 2022).

Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan, dikenal sebagai *Health Related Quality of Life* (HRQoL) merupakan penghubung antara kajian ilmu sosial, mental, dan medis. Perubahan kebijakan tertentu menekankan pentingnya mengukur HRQoL sebagai pelengkap indikator kesehatan masyarakat tradisional, seperti morbiditas dan mortalitas. HRQoL berkaitan dengan berbagai penyakit kronis seperti diabetes, kanker payudara, radang sendi, dan hipertensi, serta faktor risikonya seperti indeks massa tubuh, aktivitas fisik, dan kebiasaan merokok (Buleno et al., 2021).

2. Domain Kualitas Hidup

Kualitas hidup terdiri atas enam domain utama, yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, hubungan dengan lingkungan, serta kondisi spiritualitas (Lopez dan Snyder, 2003). Menurut Maharani et al., (2021) terdapat lima faktor yang berpengaruh signifikan terhadap kualitas hidup penderita HIV, yakni dukungan sosial, tingkat kepatuhan dalam mengkonsumsi obat serta durasi terapi antiretroviral (ARV), kriteria diagnosis dan adanya infeksi oportunistik, stigma dan diskriminasi, serta tingkat depresi. Untuk meningkatkan kualitas hidup ODHIV, diperlukan upaya manajemen diri yang terarah dan berkelanjutan.

Berdasarkan WHOQOL-HIV BREF, kualitas hidup terdiri atas enam domain utama, yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan

psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan dan spiritualitas. Setiap domain tersebut saling berhubungan dan secara bersama-sama mencerminkan persepsi individu terhadap kondisi kesehatannya secara menyeluruh, baik dari aspek fisik, mental, sosial, maupun spiritualitas.

1. Domain Fisik (*Physical Health*)
Menggambarkan kondisi kesehatan tubuh dan kemampuan fungsional sehari-hari. Termasuk energi, rasa sakit, tidur, gejala penyakit, serta kapasitas aktivitas.
2. Domain Psikologis (*Psychological Health*)
Mencakup kondisi mental dan emosional, seperti perasaan positif, perasaan negatif (cemas, depresi), harga diri, ingatan, konsentrasi, dan citra diri.
3. Domain Tingkat Kemandirian (*Level of Independence*)
Berhubungan dengan sejauh mana individu mampu menjalani hidup mandiri. Termasuk mobilitas, aktivitas sehari-hari, kapasitas kerja, dan ketergantungan pada obat atau perawatan medis.
4. Domain Hubungan Sosial (*Social Relationship*)
Menggambarkan kualitas interaksi dengan orang lain, termasuk hubungan personal, dukungan sosial, dan kepuasan dengan kehidupan seksual.
5. Domain Lingkungan (*Environment*)
Berkaitan dengan kondisi eksternal yang mendukung kehidupan, seperti keamanan, tempat tinggal, sumber finansial, akses layanan kesehatan, transportasi, serta kesempatan untuk rekreasi.
6. Domain Spiritualitas/Agama/Keyakinan Pribadi (*Spirituality/Religion/Personal Beliefs*)
Menilai makna hidup, kepercayaan agama atau spiritualitas, penerimaan diri terhadap kondisi kesehatan, dan harapan dalam menghadapi penyakit.

3. Penelitian Terkait

Rendahnya kualitas hidup pada pasien HIV telah dibuktikan melalui berbagai penelitian sebelumnya. Studi yang dilakukan oleh Dwinaputri et al. (2024) menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup dalam kategori kurang baik sebanyak 62 orang (55.9%), sedangkan responden dengan kualitas hidup baik sebanyak 49 orang (44.1%). Hasil serupa juga ditemukan oleh Jahro dan Mulyana (2023), yang melaporkan bahwa 59,2% responden yang memiliki kualitas hidup buruk, dan hanya 40,8% yang memiliki kualitas hidup baik. Penelitian lain oleh Liyanovitasari dan Setyoningrum (2024) juga memperlihatkan 6,7% sangat buruk, 51,1% buruk, 27,8% sedang dan hanya 14,4% yang

memiliki kualitas hidup baik. Temuan serupa dilaporkan dalam penelitian yang dilakukan di Kota Semarang (Monasel et al., 2022), diketahui bahwa mayoritas responden memiliki kualitas hidup yang buruk, diduga dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko yang memperburuk kondisi tersebut.

Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Adawiyah et al. (2024) diketahui dari 31 orang dengan HIV/AIDS (ODHIV) yang tergabung dalam Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) JCC+ Kabupaten Jombang, sebagian besar memiliki kualitas hidup dengan kategori cukup sebanyak 16 responden (50%), kategori baik sebanyak 12 responden (37,5%), dan hanya 3 responden (9,7%) yang memiliki kualitas hidup kurang. Penelitian yang dilakukan oleh Ismillah et al. (2024) juga menunjukkan hal yang sama, diperoleh bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang baik, yaitu sebanyak 54 orang (75,0%). Selain itu, penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Liyanovitasari dan Setyoningrum (2020) didapatkan hasil bahwa mayoritas responden memiliki kualitas hidup dalam kategori sedang sebanyak 39 responden (68,4%), sedangkan yang memiliki kualitas hidup kategori baik sebanyak 17 responden (29,8%). Responden dengan kualitas hidup baik umumnya menyatakan bahwa mereka memiliki kesehatan yang memuaskan, memandang hidupnya bermakna, jarang berfikir negatif, serta mendapatkan dukungan yang baik dari teman dan lingkungan sekitar.

Penelitian yang dilakukan oleh Sumiyati et al. (2022) juga menunjukkan hasil serupa, di mana sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang baik sebanyak 37 responden (66%), sedangkan 12 responden (22%) berada dalam kategori sedang, dan 7 responden (12%) memiliki kualitas hidup yang rendah. Hasil yang sejalan juga ditemukan oleh Liyanovitasari dan Lestari (2020) melalui penelitian yang berjudul "*Hubungan Lama Menderita Dengan Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS Di Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) Kasih Kudus Jawa Tengah*". Penelitian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup dalam kategori cukup, yaitu sebanyak 39 responden (68,4%).

b. Lama Menderita

Seiring berjalannya waktu, jumlah kasus HIV/AIDS terus mengalami peningkatan, sementara penyakit ini bersifat kronis dan akan diidap seumur hidup. Lama menderita HIV/AIDS dapat memicu gangguan mental seperti kecemasan dan depresi, terutama jika mekanisme coping pasien tidak efektif, yang pada akhirnya dapat memengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan. Durasi terapi

HIV/AIDS merujuk pada jangka waktu sejak pasien pertama kali menerima pengobatan hingga waktu sejak pasien pertama kali menerima pengobatan hingga waktu pelaksanaan penelitian (Winangun et al., 2020). Penderita HIV umumnya mengalami stres pada tahap awal infeksi, namun kemampuan beradaptasi cenderung meningkat seiring waktu. Ketika individu mampu menyesuaikan diri dengan kondisi yang dihadapinya, peluang untuk bertahap hidup lebih lama juga meningkat, yang pada akhirnya berdampak positif terhadap kualitas hidup (Victoria et al., 2025).

Sebagian besar penderita HIV diketahui telah terinfeksi rata-rata berkisar ≤ 5 tahun. Pada fase awal infeksi, ODHIV sering kali mengalami tekanan psikologis seperti stres dan depresi, yang sangat dipengaruhi oleh kemampuan individu dalam menghadapi stresor atau tantangan yang dihadapi. Seiring bertambahnya waktu, ODHIV biasanya memperoleh lebih banyak pengalaman dalam menghadapi penyakitnya. Pengalaman ini dapat membantu mereka mengelola stres dengan lebih baik dan menyesuaikan diri, sehingga berdampak positif pada kualitas hidup dibandingkan dengan mereka yang baru terdiagnosis. Penderita yang telah lama hidup dengan HIV umumnya memiliki mekanisme koping yang lebih kuat, yang tercermin dari kepatuhan dalam mengonsumsi ARV secara rutin. Tujuannya adalah untuk menjaga jumlah CD4 yang stabil menunjukkan sistem imun yang cukup baik untuk melindungi tubuh dari infeksi, yang pada akhirnya memungkinkan ODHIV untuk tetap aktif dan menjalani hidup dengan kualitas hidup yang lebih baik (Liyarovitasari dan Lestari, 2020).

c. Lama Terapi

HIV/AIDS menimbulkan dampak negatif pada berbagai aspek kehidupan, termasuk kesehatan, pembangunan sumber daya manusia, dan perekonomian. Untuk meningkatkan kualitas hidup, ODHIV membutuhkan layanan pengobatan dan perawatan guna mencegah progresi HIV menjadi AIDS, yang dapat dicapai melalui pemberian terapi antiretroviral (ARV) sedini mungkin. ARV hingga saat ini merupakan terapi paling efektif bagi pasien terinfeksi HIV, dengan tujuan utama menekankan jumlah virus (*viral load*) hingga <50 *copies/ml* (tidak terdeteksi) dalam 16 – 24 minggu, sehingga status imun pasien membaik dan risiko kematian akibat infeksi oportunistik berkurang (Fahrani et al., 2023).

Terapi antiretroviral (ARV) merupakan bagian penting dari penatalaksanaan HIV/AIDS yang bertujuan mengurangi risiko penularan HIV, mencegah timbulnya infeksi oportunistik, meningkatkan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHIV), serta menurunkan jumlah virus (*viral load*) dalam darah hingga tidak terdeteksi. Tujuan utama terapi ARV adalah menekan replikasi virus secara maksimal dan berkelanjutan, sekaligus meningkatkan jumlah

CD4 (*Cluster of Differentiation 4*) sebagai indikator status imun pasien (Aurellia dan Putri, 2025). Perkembangan terapi ARV telah berkontribusi signifikan dalam menurunkan angka kematian penderita HIV. Dengan kemajuan pengobatan ARV, harapan hidup pasien yang terinfeksi HIV meningkat secara bermakna, sehingga HIV yang sebelumnya dianggap sebagai penyakit fatal kini dapat dikelola sebagai penyakit kronis dengan harapan hidup yang hampir dua kali lipat lebih tinggi. Terapi ARV terbukti mampu memperbaiki status imunologi dan meningkatkan kelangsungan hidup pasien, meskipun tetap memiliki beberapa efek samping. Efek samping tersebut, bersama dengan perjalanan HIV itu sendiri, dapat menimbulkan perubahan komposisi tubuh serta gangguan metabolik yang serius, seperti resistensi insulin, dislipidemia, diabetes mellitus, lipopatrofi dan lipohipertrofi (Mulyati et al., 2017).

Terapi ARV terbukti secara signifikan dapat meningkatkan jumlah sel CD4 dan efeknya bergantung pada durasi pemberian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah 6 bulan menjalani terapi ARV, terjadi peningkatan rata-rata kadar CD4 sebesar 119,62 sel/mm³. Setelah 12 bulan, peningkatan rata-rata mencapai 140,75 sel/mm³, dengan selisih 21,13 sel/mm³ dibandingkan terapi 6 bulan. Jika terapi diteruskan hingga 24 bulan, rata-rata kenaikan CD4 menjadi 207,67 sel/mm³. Selisih antara terapi selama 6 bulan dan 24 bulan adalah 88,05 sel/mm³, sedangkan perbedaan antara terapi 12 bulan dan 24 bulan mencapai 66,92 sel/mm³. Temuan ini menunjukkan bahwa terapi ARV selama 6 bulan sudah cukup untuk mengembalikan kadar CD4 ke tingkat normal, dan semakin lama terapi dijalankan, semakin besar dampaknya terhadap peningkatan CD4 (Hidayat et al., 2023).

Terapi ARV telah terbukti secara efektif memperbaiki prognosis infeksi HIV ke arah yang lebih baik. Awal pemberian terapi ARV merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan pengobatan. Keterlambatan diagnosis serta dimulainya terapi ARV ketika pasien sudah mengalami penyakit akibat penurunan imun dapat menjadi hambatan dalam menurunkan angka kematian pada penderita HIV/AIDS. Salah satu faktor kunci keberhasilan terapi ini adalah waktu dimulainya pengobatan. Keterlambatan diagnosis dan pemberian terapi ARV pada saat pasien telah mengalami komplikasi akibat penurunan sistem kekebalan tubuh menjadi hambatan dalam menurunkan angka kematian akibat HIV/AIDS. Pasien dengan jumlah CD4 <200 sel/ μ L saat pertama kali terdiagnosis memiliki kemungkinan lebih rendah untuk mencapai kualitas hidup yang baik, khususnya dalam aspek psikologis. Sementara itu, pasien yang telah menjalani terapi ARV selama tiga bulan atau lebih cenderung memiliki kualitas hidup 10,27 kali lebih baik. Penelitian oleh Nabilah et al., (2021), menunjukkan adanya peningkatan signifikan dalam kualitas hidup

ODHIV yang telah menjalani terapi ARV >2 tahun dengan perbedaan yang bermakna di seluruh domain kualitas hidup dibandingkan dengan mereka yang baru menjalani terapi ≤ 2 tahun dan >2 tahun (Nabilah et al., 2021).

d. Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan bentuk respon atau umpan balik dari orang lain yang mencerminkan rasa kasih sayang, perhatian, penghargaan, serta penghormatan, yang disertai dengan keterlibatan dalam hubungan komunikasi dan tanggung jawab timbal balik. Sebagai faktor eksternal, dukungan sosial dapat membantu individu dalam mengatasi stres yang muncul akibat tekanan atau konflik. Dukungan ini hadir melalui keberadaan orang-orang yang peduli, menghargai, dan mencintai individu tersebut (Ibda, 2023). Menurut Sarafino dalam buku *The Science of Psychology: An Appreciative View* (2010), dukungan sosial adalah penerimaan dari individu atau kelompok terhadap seseorang yang menimbulkan persepsi bahwa dirinya dicintai, diperhatikan, dihargai dan dibantu (Mahmuda dan Jalal, 2022).

Menurut Likert, (1961), dukungan sosial secara umum didefinisikan sebagai hubungan yang bersifat menolong dan memiliki makna khusus bagi individu yang terlibat di dalamnya. Hubungan semacam ini mencerminkan ikatan sosial yang positif, yakni ketika individu merasa bahwa pengalaman tersebut dapat memenuhi harapan dan aspirasinya serta menjaga harga diri. Dukungan sosial juga dipahami sebagai persepsi seseorang terhadap bantuan yang diterimanya, dan berkaitan erat dengan keyakinan bahwa kebutuhannya akan terpenuhi. Secara lebih luas, dukungan sosial dapat diartikan sebagai persepsi terhadap adanya dukungan umum atau bentuk bantuan tertentu, baik yang tersedia maupun yang diberikan, dari orang-orang di lingkungan sosial. Dukungan ini biasanya berasal dari orang-orang terdekat seperti orang tua, keluarga, sahabat, guru, tetangga, atau kerabat lain yang memiliki makna penting dalam kehidupan individu (Ibda, 2023).

Menurut Prof. Dr. Siti Partini Suardiman (2011), sumber dukungan sosial dapat diperoleh dari berbagai pihak, seperti pasangan, orang tua, saudara, atasan, bawahan, tetangga, relasi kerja, maupun kerabat. Dalam konteks kehidupan, manusia hanya dapat memperlambat proses penuaan, karena sejatinya proses menua merupakan bagian alami dari penurunan fungsi (Mahmuda dan Jalal, 2022). Beberapa ahli juga mengemukakan bahwa dukungan sosial mencakup unsur komunikasi, yang umumnya berbentuk dukungan emosional, seperti mendengarkan dan menunjukkan empati atau dukungan instrumental, yakni bantuan nyata dalam memecahkan suatu permasalahan (Ibda, 2023).

Menurut Sarafino, dukungan sosial dapat dibedakan menjadi lima kategori, yaitu: dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dukungan informasional, serta dukungan jaringan sosial (Mahmuda dan Jalal, 2022).

1. Dukungan emosional mencakup ekspresi empati, perhatian, dan kepedulian yang diberikan kepada individu sebagai bentuk kehadiran emosional dalam menghadapi situasi sulit.
2. Dukungan instrumental merujuk pada bantuan nyata, baik secara langsung maupun tidak langsung, yang bersifat fisik atau materi. Contohnya termasuk memberikan makanan, membersihkan tempat tidur, atau membantu melakukan aktivitas tertentu.
3. Dukungan penghargaan diwujudkan melalui pernyataan positif yang mengakui nilai atau kemampuan individu, memberikan dorongan semangat, menyetujui pandangan atau perasaan individu, serta membandingkan secara positif dirinya dengan orang lain.
4. Dukungan jaringan sosial memberikan rasa keterikatan dan kebermaknaan sebagai bagian dari suatu kelompok atau komunitas, yang menciptakan rasa kebersamaan dan dukungan sosial melalui hubungan antar anggota.
5. Dukungan informasi mencakup pemberian nasihat, saran, atau masukan yang membantu individu dalam memahami situasi dan membuat keputusan yang tepat.

Turner (1981) mengemukakan bahwa persepsi individu terhadap dukungan sosial yang diterimanya dapat dibagi ke dalam dua bentuk. Pertama, jumlah sumber dukungan sosial yang tersedia, yaitu bagaimana individu memandang keberadaan orang-orang yang bisa diandalkan ketika ia membutuhkan bantuan. Kedua, tingkat kepuasan terhadap dukungan yang diterima, yang berhubungan dengan sejauh mana individu merasa kebutuhannya terpenuhi melalui dukungan tersebut. Pemahaman ini penting bagi siapa pun yang ingin memberikan dukungan sosial, karena berkaitan dengan dua aspek utama: ketersediaan (availability) dan kecukupan (adequacy) dukungan (Ibda, 2023).

e. **Stigma**

Stigma berasal bahasa Inggris yang berarti noda, cela, aib, atau bentuk ketidaksetujuan sosial terhadap suatu tindakan, kondisi, atau ciri tertentu yang dianggap negatif oleh masyarakat. Stigma muncul sebagai hasil dari pengaruh lingkungan dan dapat melekat pada seseorang karena adanya penilaian sosial yang merendahkan. Selain itu, stigma juga dapat dimaknai sebagai tindakan pelabelan negatif terhadap individu atau kelompok dengan tujuan memberikan kesan buruk atau merusak citra mereka (Telaumbanua et al., 2024). Menurut

Mansyur, stigma didefinisikan sebagai sifat negatif yang melekat pada seseorang akibat pengaruh lingkungannya. Sementara itu, Sceid dan Brown menyebut stigma sebagai fenomena yang terjadi ketika seseorang diberi label, stereotip atau mengalami diskriminasi. Stigma muncul karena adanya sesuatu yang dianggap berbeda dalam diri seseorang yang dipandang tidak wajar (Widyastutik, 2021). Definisi stigma yang lainnya adalah suatu upaya untuk memberi label tertentu kepada kelompok orang yang dianggap kurang layak dihormati dibandingkan kelompok lainnya (Mikasari, 2022).

Stigma terbentuk karena dipengaruhi oleh berbagai faktor, di antaranya: (1) keterbatasan pengetahuan seseorang mengenai suatu hal, yang berkaitan dengan tingkat pendidikan, pekerjaan, usia, lingkungan, dan latar belakang sosial budaya; (2) adanya persepsi negatif terhadap individu yang dianggap berbeda, yang kemudian memicu munculnya sikap atau perilaku diskriminatif; (3) tingkat pendidikan memicu adanya stigma, di mana individu dengan pendidikan lebih tinggi cenderung memiliki pemahaman yang lebih luas dan terbuka; (4) usia juga menjadi faktor, karena seiring bertambahnya umur, cara berpikir, sikap, dan perilaku seseorang dapat mengalami perubahan; dan (5) tingkat religiositas atau kepatuhan terhadap ajaran agama turut memengaruhi cara pandang dan sikap seseorang terhadap orang lain (Telaumbanua et al., 2024).

Terdapat lima jenis stigma, yaitu: (1) stigma publik, merupakan espons masyarakat berupa penolakan terhadap individu dari kelompok tertentu, yang berujung pada pengucilan. Reaksi negatif ini sering kali juga datang dari keluarga, orang terdekat, maupun lingkungan sekitar terhadap individu yang menderita suatu penyakit.; (2) stigma diri, terjadi ketika individu merasa takut atau malu terhadap dirinya sendiri karena terpengaruh oleh pandangan negatif dari masyarakat (Telaumbanua et al., 2024).

Stigma terhadap ODHIV merupakan sifat yang menghubungkan individu yang terinfeksi HIV dengan nilai-nilai negatif yang diterapkan oleh masyarakat. Stigma ini menyebabkan ODHIV diperlakukan berbeda dibandingkan orang lain. Diskriminasi terkait HIV merujuk pada tindakan yang tidak adil terhadap seseorang yang diketahui atau diduga mengidap HIV (Asra et al., 2020). Salah satu tantangan dalam pengendalian HIV/ AIDS adalah tingginya stigma terhadap Orang Dengan HIV/AIDS (ODHIV) di masyarakat, mengingat HIV/AIDS sering kali diasosiasikan dengan perilaku atau kebiasaan buruk yang dianggap bertentangan dengan norma – norma positif dalam masyarakat (Heru et al., 2023).

Stigma yang berkaitan dengan HIV/AIDS berkontribusi pada meluasnya epidemi karena menghambat akses penderita terhadap layanan kesehatan, interaksi sosial, serta dukungan dari lingkungan

sekitar. Stigma ini juga menyebabkan banyak individu enggan menjalani konseling dan tes sukarela, padahal langkah tersebut merupakan salah satu strategi penting dalam upaya pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS. Sikap negatif seperti sinisme, ketakutan berlebihan, dan penilaian buruk terhadap ODHIV mencerminkan anggapan bahwa mereka layak disalahkan atas kondisi yang mereka alami. Stigma tersebut juga membuat ODHIV merasa takut untuk datang ke fasilitas kesehatan karena khawatir akan mendapat pandangan negatif dari petugas dan pengunjung. Selain itu, diskriminasi dalam layanan kesehatan sering terjadi, seperti perlakuan yang berbeda, ketidaksopanan dari tenaga medis, serta sikap tidak bersahabat dari orang-orang di sekitarnya (Dwina et al., 2024).

Stigma dan diskriminasi terhadap ODHIV dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti pengetahuan, persepsi, pendidikan, jenis kelamin, umur, status ekonomi, paparan terhadap sumber informasi tentang HIV dan AIDS, serta interaksi dengan ODHIV yang dapat memengaruhi pandangan seseorang terhadap ODHIV (Asra et al., 2020). Stigma dapat merusak kualitas hidup, membatasi akses dan penggunaan layanan kesehatan, serta mengurangi kepatuhan terhadap pengobatan antiretroviral. Masalah yang dihadapi ODHIV sangat kompleks, karena mereka tidak hanya menderita secara fisik akibat penyakit, tetapi juga menghadapi penderitaan psikososial yang berat (Heru et al., 2023).

f. Tingkat Efikasi Diri

Salah satu upaya untuk mengurangi dampak psikologis pada penderita HIV adalah dengan meningkatkan efikasi diri (E. S. Wahyuni et al., 2024). Bandura dalam Feist dan Feist (2014), mendefinisikan efikasi diri sebagai keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk mengendalikan perilaku dirinya sendiri dan memengaruhi peristiwa di sekitarnya. Sementara itu, menurut Qudsyi dan Irma (2016), efikasi diri adalah sejauh mana seseorang memiliki kepercayaan terhadap kemampuannya dalam melaksanakan tugas atau tindakan tertentu untuk mencapai tujuan. Berdasarkan definisi-definisi tersebut, efikasi diri dapat disimpulkan sebagai bentuk keyakinan individu dalam menyelesaikan tugas dan menghadapi tantangan secara mandiri (Pratiwi dan Hayati, 2021).

Bandura dalam Ghufro dan Suminta (2013) mengemukakan bahwa efikasi merupakan hasil dari proses kognitif, di mana individu membuat keputusan, membentuk keyakinan, atau harapan mengenai sejauh mana ia mampu melaksanakan suatu tugas atau tindakan tertentu guna mencapai tujuan yang diinginkan. Efikasi diri bukan sekadar soal keterampilan yang dimiliki, melainkan lebih pada sejauh mana seseorang meyakini apa yang dapat ia capai dengan keterampilan tersebut. Selain itu, efikasi diri juga berkaitan dengan

keyakinan individu dalam menghadapi situasi yang kompleks, tidak menentu, dan penuh tekanan (Pratiwi dan Hayati, 2021). Bandura (1994) juga mengidentifikasi beberapa faktor yang memengaruhi efikasi diri, antara lain: a) sifat tugas yang dihadapi; b) penghargaan atau pengakuan dari orang lain; c) posisi atau peran sosial individu dalam lingkungan sekitarnya, dan d) informasi yang dimiliki mengenai keterampilan atau kemampuan pribadi (Athia dan Fatimahtuzzahro, 2024).

ODHIV sebaiknya memiliki tingkat efikasi diri yang baik untuk menunjang kepatuhan dalam mengonsumsi ARV dan meningkatkan keberhasilan terapi. Jika individu tidak memiliki keyakinan terhadap efektivitas pengobatan, maka hal ini bisa menurunkan manfaat dari terapi yang dijalani. Efikasi diri yang rendah pada penderita HIV berisiko menyebabkan kegagalan dalam pengobatan. Keyakinan diri ini sejalan dengan optimisme dalam menjalani hidup sehari-hari. Beberapa faktor yang memengaruhi efikasi diri antara lain usia, tingkat pendidikan, lama terdiagnosis HIV, dukungan sosial serta tingkat pengetahuan tentang HIV. Salah satu cara untuk meningkatkan efikasi diri adalah melalui konseling kelompok yaitu bentuk layanan konseling yang diberikan kepada individu dengan suasana kelompok yang bersifat preventif dan pengembangan, yang bertujuan membantu individu memecahkan masalah secara lebih mudah (E. S. Wahyuni et al., 2024).

Academic Self-Efficacy Scale (TASES) yang dikembangkan oleh Sagone dan Caroli (2014) digunakan untuk mengukur tingkat efikasi diri yang dirasakan dalam konteks akademik dan terdiri dari 25 item. Skala ini mencakup empat dimensi utama yaitu: *self engagement*, pengambilan keputusan yang berorientasi pada diri sendiri, pemecahan masalah yang berorientasi pada orang lain, dan iklim interpersonal. Dimensi pertama (keterlibatan diri), mengacu pada kemampuan individu dalam mengatasi tantangan yang berkaitan dengan keterlibatan pribadi. Dimensi kedua (pengambilan keputusan yang berorientasi pada diri sendiri), menunjukkan kapasitas individu dalam menemukan solusi dengan mengandalkan dirinya sendiri sebagai sumber bantuan. Dimensi ketiga (pemecahan masalah yang berorientasi pada orang lain), mengacu pada keterampilan dalam menyelesaikan masalah kritis dengan dukungan dari orang lain, dan dimensi terakhir (iklim interpersonal), menggambarkan kemampuan individu dalam menciptakan hubungan yang kolaboratif dan prososial dalam interaksi sosial (Athia dan Fatimahtuzzahro, 2024).

1.5.3 Sintesa Literatur Penelitian

Tabel 1. 1 Sintesa Literatur Penelitian

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
1.	Setyoningrum, U. (2024). https://jurnal.unw.ac.id/index.php/JKBS/article/view/3138	Gambaran Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS	<i>cross sectional</i>	90 responden	Kualitas hidup pada ODHIV paling banyak memiliki kualitas hidup pada kategori buruk yaitu sebanyak 46 responden dari 90 responden atau 51,1%. Berdasarkan hasil penelitian yang ditemukan, kualitas hidup merupakan aspek penting dalam kehidupan manusia.
2.	Liyanovitasari, L., dan Lestari, P. (2020). https://jurnal.fk.untad.ac.id/index.php/htj/article/view/94/91	Hubungan Lama Menderita Dengan Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS Di Kelompok Dukungan Sebaya (Kds) Kasih Kudus Jawa Tengah	<i>cross sectional</i>	Sampel sebanyak 57 orang	Didapatkan hasil bahwa responden yang lama menderita HIV/AID \geq 3 Tahun dengan kualitas hidup kategori baik sebanyak 13 responden (59.1%). Responden yang lama menderita \geq 3 Tahun dengan kualitas hidup

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
					kategori cukup sebanyak 9 responden (40.9%).
3.	<p>Nabilah, D. H. I., Nadrizal, N., dan Rahman, A. O. (2021).</p> <p>https://online-journal.unja.ac.id/medic/article/view/13499</p>	<p>Perbedaan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS Yang Mendapat Terapi Antiretroviral Berdasarkan Lama Terapinya Di Yayasan Kanti</p>	<p><i>cross sectional</i></p>	<p>83 responden</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan perbedaan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS yang konsumsi ARV ≤ 2 tahun dan > 2 tahun yang dilihat dari p value $\leq 0,05$. Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup ODHIV berdasarkan lama konsumsinya pada seluruh domain.</p>
4.	<p>Lailiah, N., dan Indarwati, R. (2024)</p> <p>https://journal.binawan.ac.id/bsj/article/view/1574?btwaf=24231348</p>	<p>Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Pada Orang Dengan HIV/AIDS</p>	<p><i>cross sectional</i></p>	<p>Sampel dalam penelitian ini sebanyak 185 ODHIV</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ODHIV telah memperoleh dukungan sosial yang memadai dan memiliki kualitas</p>

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
					hidup dalam kategori tinggi. Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup ODHIV ($p=0,000$) dengan tingkat korelasi sedang ($r=0,460$).
5.	Winangun, I. M. A., Sukmawati, D. D., Gayatri, A. A. A. Y., Utama, I. M. S., Somia, K. A., dan Merati, K. T. P. (2020). https://jpdunud.org/index.php/JPD/article/view/136	Hubungan stigma dan lama terapi HIV/AIDS terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS di Poliklinik VCT RSUP Sanglah Denpasar	<i>cross sectional</i>	76 sampel	Analisis korelasi antara stigma terhadap aspek-aspek dalam kualitas kehidupan pasien HIV/AIDS. Terdapat korelasi antara stigma terhadap aspek psikologis ($p=0,007$, $r=-0,306$) dan stigma terhadap aspek hubungan sosial ($p=0,04$, $r=-0,232$).
6.	Silalahi, H. K. (2025). https://joecy.org/index.php/joecy/article/view/4431	Hubungan Self Efficacy Dengan Kualitas Hidup	<i>cross sectional</i>	67 sampel	Berdasarkan uji statistik spearman rank diperoleh p

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
		Pasien HIV/AIDS di RSUP. H. Adam Malik Medan Tahun 2024			value= 0,001 (p<0,05) menunjukkan bahwa ada hubungan antara self efficacy dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di RSUP. H. Adam Malik Medan Tahun 2024.

Berdasarkan sintesa beberapa penelitian terdahulu, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHIV) dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan. Faktor lama menderita dan lama menjalani terapi antiretroviral menunjukkan hubungan dengan kualitas hidup, di mana ODHIV dengan durasi terapi yang lebih lama cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Selain itu, dukungan sosial terbukti memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup ODHIV, terutama dalam meningkatkan aspek psikososial. Sebaliknya, stigma memiliki hubungan negatif terhadap kualitas hidup, khususnya pada aspek psikologis dan hubungan sosial. Faktor efikasi diri juga berperan penting, di mana tingkat efikasi diri yang tinggi berkaitan dengan kualitas hidup yang lebih baik. Secara keseluruhan, hasil penelitian-penelitian tersebut menunjukkan bahwa kualitas hidup ODHIV bersifat multidimensional dan dipengaruhi oleh faktor klinis, psikososial, serta faktor individu.

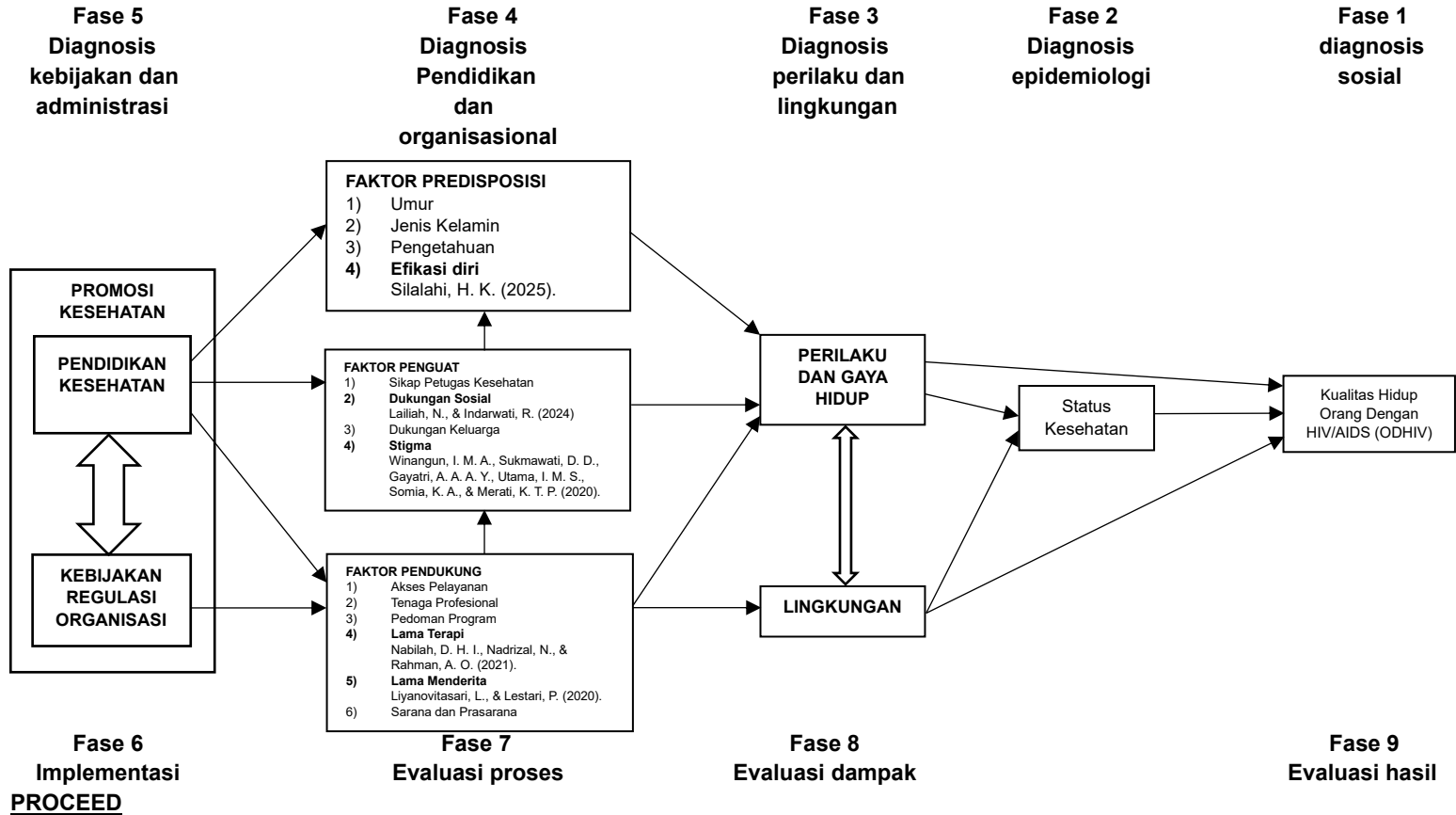
1.6 Kerangka Teori

Teori PRECEDE–PROCEED dikemukakan oleh Lawrence W. Green dan dikembangkan sejak tahun 1980 sebagai kerangka perencanaan dan evaluasi dalam promosi kesehatan. Model ini digunakan untuk memahami masalah kesehatan secara sistematis, mulai dari identifikasi faktor penyebab hingga pelaksanaan dan evaluasi intervensi. PRECEDE–PROCEED menekankan bahwa perilaku kesehatan dan status kesehatan tidak terjadi secara kebetulan, melainkan dipengaruhi oleh berbagai faktor individu, sosial, dan lingkungan. Menurut Lawrence Green, perilaku seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu faktor predisposisi (*Predisposing Factors*) yang meliputi umur, pekerjaan, Tingkat pendidikan, pengetahuan dan sikap, faktor pendukung (*Enabling Factors*) yang berkaitan dengan kondisi lingkungan fisik serta akses terhadap fasilitas kesehatan, dan faktor penguat (*Reinforcing Factors*) yang berasal dari dukungan keluarga maupun tokoh masyarakat (Mayasari et al., 2021).

Model PRECEDE-PROCEED telah terbukti efektif dalam meningkatkan kualitas hidup melalui intervensi edukatif yang dirancang secara sistematis (Rakhshani et al., 2024). Model PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*) merupakan kerangka teoritis yang digunakan untuk mengevaluasi dan memahami faktor-faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan dan kualitas hidup. Model ini menegaskan bahwa perilaku individu tidak hanya ditentukan oleh faktor personal, tetapi juga oleh dukungan sosial dan ketersediaan sumber daya (Sharma, 2021). Sementara itu, konsep PROCEED (Policy, Regulatory, Organizational, Constructs in Educational and Environmental Development) digunakan untuk menetapkan tujuan, kriteria kebijakan, serta sebagai pedoman dalam tahap implementasi dan evaluasi program kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Dalam konteks ODHIV, kualitas hidup merupakan kondisi multidimensional yang mencakup aspek fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritualitas. Kualitas hidup tidak hanya ditentukan oleh kondisi klinis penyakit, tetapi juga oleh faktor psikososial dan perilaku individu.

PRECEDE



Gambar 1. 1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber: Dimodifikasi dan diadaptasi dari Teori Precede Proceed Lawrence Green (1980).

1.7 Dasar Pemikiran Variabel Penelitian

Salah satu pendekatan yang dapat digunakan untuk menilai kondisi kesehatan ODHIV adalah melalui evaluasi terhadap kualitas hidup mereka, mengingat peningkatan kualitas hidup merupakan salah satu tujuan utama dari proses pengobatan. Penilaian ini dapat memberikan gambaran lebih mendalam mengenai bagaimana penyakit serta terapi yang dijalani memengaruhi kehidupan sehari-hari pasien (Dwinaputri et al., 2024). Terdapat 5 faktor utama yang berkontribusi terhadap kualitas hidup ODHIV, yaitu dukungan sosial, kepatuhan dalam mengonsumsi obat dan lama terapi ARV, status diagnosis serta adanya infeksi oportunistik, stigma dan diskriminasi serta kondisi depresi (Maharani et al., 2021).

Berdasarkan WHOQoL-BREF (Power dalam Lopez dan Snyder, 2003), kualitas hidup dibagi ke dalam empat dimensi utama. Pertama, dimensi kesehatan fisik, yaitu mencerminkan sejauh mana kondisi fisik seseorang memengaruhi kemampuannya dalam menjalani berbagai aktivitas. Kedua, dimensi Psikologis, yang mencakup aspek mental dan emosional individu, serta kemampuannya dalam menyesuaikan diri terhadap tuntutan internal maupun eksternal sesuai kapasitasnya. Ketiga, dimensi hubungan sosial, yang menggambarkan interaksi antara individu dengan orang lain, di mana perilaku masing-masing dapat saling memengaruhi dan berkontribusi terhadap perubahan sikap. Terakhir, dimensi lingkungan, yang mencakup kondisi tempat tinggal dan berbagai fasilitas yang tersedia untuk mendukung aktivitas hidup sehari-hari, termasuk adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan (Azzubaidi et al., 2024).

Lama menderita HIV mengacu pada durasi waktu sejak seseorang terdiagnosis HIV hingga saat penelitian dilakukan. Semakin lama seseorang hidup dengan HIV, semakin besar kemungkinan mereka memiliki pengalaman dalam menghadapi tantangan fisik, emosional, dan sosial terkait penyakit tersebut. Pengalaman ini dapat membantu mereka membentuk strategi koping yang lebih adaptif. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ODHIV yang telah lama terinfeksi cenderung memiliki efikasi diri yang lebih baik, kepatuhan yang lebih tinggi, dan kualitas hidup yang lebih stabil dibandingkan dengan yang baru terdiagnosis (Lijanovitasari dan Lestari, 2020; Victoria et al., 2025).

Lama menjalani terapi ARV merupakan indikator penting dalam keberhasilan pengobatan HIV/AIDS. Semakin lama seseorang patuh menjalani terapi, semakin besar peluang untuk mencapai supresi virus dan memperbaiki sistem imun (CD4). Hal ini berdampak langsung terhadap kondisi fisik dan psikologis ODHIV. Studi menunjukkan bahwa pasien yang telah menjalani terapi ARV lebih dari dua tahun memiliki kualitas hidup yang lebih baik di berbagai aspek dibandingkan mereka yang baru memulai terapi (Hidayat et al., 2023; Nabilah et al., 2021).

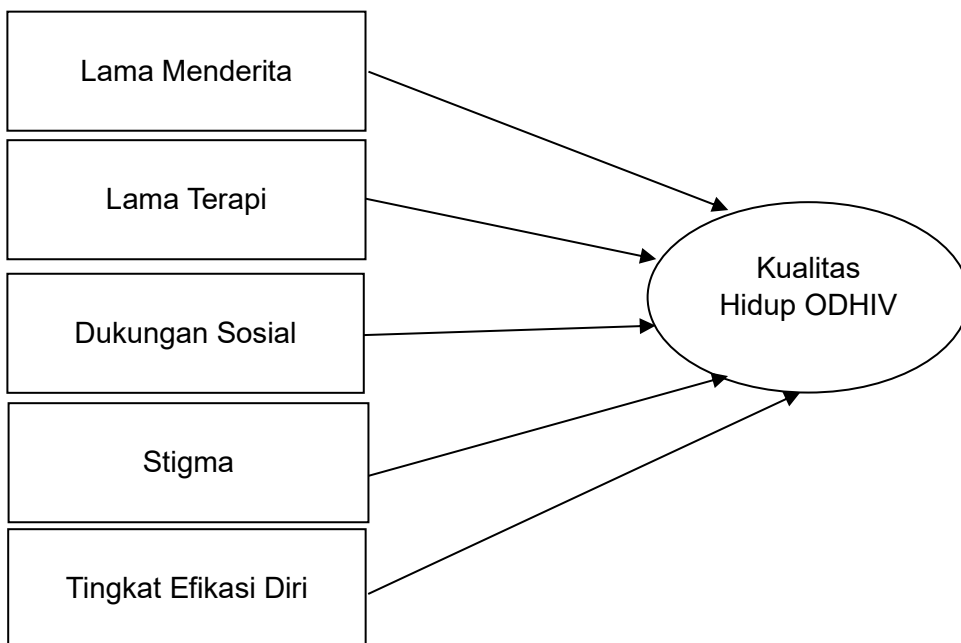
Dukungan sosial adalah persepsi individu terhadap perhatian, kasih sayang, bantuan, dan penerimaan dari lingkungan sosial seperti keluarga, teman, dan masyarakat. Dukungan ini berperan sebagai faktor pelindung yang dapat

mengurangi stres, meningkatkan kepatuhan berobat, dan memperkuat efikasi diri ODHIV. Penelitian menunjukkan bahwa ODHIV dengan dukungan sosial tinggi cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik serta lebih mampu menghadapi stigma dan tekanan sosial (Ibda, 2023; Lailiah dan Indarwati, 2024).

Stigma terhadap ODHIV merupakan bentuk penilaian negatif dari masyarakat yang seringkali mengarah pada diskriminasi. Stigma dapat berasal dari masyarakat umum (*public stigma*), dari dalam diri individu (*self-stigma*), maupun dari pengalaman diskriminatif (*experienced stigma*). Stigma terbukti menghambat akses layanan kesehatan, menurunkan efikasi diri, dan berdampak negatif terhadap kualitas hidup ODHIV. Mengatasi stigma menjadi penting dalam rangka meningkatkan hasil pengobatan dan kesejahteraan psikologis penderita (Dwina et al., 2024; Telaumbanua et al., 2024).

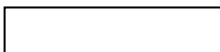
Efikasi diri adalah keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam mengelola situasi tertentu, termasuk dalam hal ini pengelolaan penyakit HIV/AIDS. Efikasi diri yang tinggi membantu ODHIV menghadapi stres, menjalani pengobatan secara konsisten, dan meningkatkan kualitas hidup. Sebaliknya, efikasi diri yang rendah dapat menyebabkan kepatuhan pengobatan yang buruk dan penurunan kondisi psikologis. Faktor-faktor seperti usia, pendidikan, dukungan sosial, dan pengetahuan tentang HIV turut memengaruhi tingkat efikasi diri ODHIV (E. S. Wahyuni et al., 2024).

Kerangka konseptual yang digunakan dalam penelitian “Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHIV) Di Puskesmas Jumpang Baru” disajikan dalam Gambar 3.1 sebagai berikut:

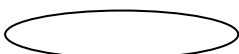


Gambar 1. 1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

 = Variabel Independen (Variabel Bebas)

 = Arah yang menunjukkan kemungkinan terjadinya hubungan

 = Variabel Dependen (Variabel Terikat)

1.8 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1.8.1 Kualitas Hidup

a. Definisi Operasional

Persepsi individu tentang mengenai posisi mereka dalam kehidupan, dilihat dari konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup yang secara kompleks dipengaruhi oleh kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat kemandirian seseorang, hubungan sosial, kepercayaan pribadi dan hubungannya dengan lingkungan.

b. Alat Ukur

Wawancara dengan kuesioner WHOQOL-HIV BREF (*World Health Organization Quality of Life-HIV Bref*) yang terdiri atas 31 pertanyaan dengan rentang jawaban menggunakan skala Likert.

c. Kriteria Objektif

- 1) Baik : jika skor >median
- 2) Kurang baik: jika skor <median

1.8.2 Lama Menderita

a. Definisi Operasional

Satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan seseorang yang dihitung dari waktu awal terdiagnosa HIV sampai mengisi angket penelitian.

b. Alat Ukur

Kuesioner Karakteristik Responden

c. Kriteria Objektif

- 1) Lama: >36 bulan sejak diagnosis
- 2) Baru: ≤36 bulan sejak diagnosis

Sumber: Liyanovitasari, L., dan Lestari, P. (2020).

1.8.3 Lama Pengobatan ARV

a. Definisi Operasional

Satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan seseorang yang dihitung dari waktu awal menggunakan terapi ARV sampai mengisi angket penelitian

b. Alat Ukur

Kuesioner Karakteristik Responden

c. Kriteria Objektif

- 1) >24 bulan

2) ≤ 24 bulan

Sumber: Nabilah et al., (2021)

1.8.4 Dukungan Sosial

a. Definisi Operasional

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

b. Alat Ukur

Wawancara dengan kuesioner *The Medical Outcomes Study Support Survey (MOS)*.

c. Kriteria Objektif

1) Dukungan Optimal: > 62

2) Dukungan Kurang: ≤ 62

Sumber: merujuk pada penggunaan *scoring* kuesioner MOS.

1.8.5 Stigma

a. Definisi Operasional

Cap atau pandangan buruk yang diterima ODHIV selama menjadi penderita HIV/AIDS Alat Ukur

b. Wawancara dengan kuesioner Barger HIV Stigma Scale

c. Kriteria Objektif

Skor berentang 25-125 pengkategorian menggunakan rumus cut off point 60% dari total skor (125):

1) < 75 stigma rendah

2) ≥ 75 stigma tinggi

Sumber: merujuk pada penggunaan *scoring* kuesioner Barger HIV Stigma Scale.

1.8.6 Tingkat Efikasi Diri

a. Definisi Operasional

Tingkat keyakinan akan kemampuan penderita HIV untuk mengatur/melakukan perilaku agar dapat menghadapi masalah terkait penyakit HIV

b. Alat Ukur

Wawancara dengan kuesioner (Martha Shively et al., (2012) dalam Fitriani (2016))

c. Kriteria Objektif

1) Kurang: 34-68

2) Cukup: 69-103

3) Baik: 104-136

1.9 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian adalah pernyataan yang merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah yang sifatnya menduga tetapi didasari oleh teori-teori atau temuan terdahulu (Zaki dan Saiman, 2021).

1.9.1 Hipotesis Null (H₀)

- a. Tidak ada hubungan yang signifikan antara lama menderita dengan kualitas hidup ODHIV.
- b. Tidak ada hubungan yang signifikan antara lama pengobatan ARV dengan kualitas hidup ODHIV.
- c. Tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup ODHIV.
- d. Tidak ada hubungan yang signifikan antara stigma dengan kualitas hidup ODHIV di Puskesmas Jumpandang Baru.
- e. Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat efikasi diri dengan kualitas hidup ODHIV di Puskesmas Jumpandang Baru.

1.9.2 Hipotesis Alternatif (H_a)

- a. Ada hubungan yang signifikan antara lama menderita dengan kualitas hidup ODHIV.
- b. Ada hubungan yang signifikan antara lama pengobatan ARV dengan kualitas hidup ODHIV.
- c. Ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup ODHIV.
- d. Ada hubungan yang signifikan antara stigma dengan kualitas hidup ODHIV di Puskesmas Jumpandang Baru.
- e. Ada hubungan yang signifikan antara tingkat efikasi diri dengan kualitas hidup ODHIV di Puskesmas Jumpandang Baru.

BAB II

METODE PENELITIAN

2.1 Metode, Jenis, dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian kuantitatif survey analitik menggunakan data sekunder dan primer untuk mengetahui hubungan kualitas hidup dengan lama menderita, lama terapi, dukungan sosial, stigma dan tingkat efikasi diri dengan pendekatan *cross sectional*. Desain *cross sectional* merupakan suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Abduh et al., 2023).

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Jumpandang Baru, Kecamatan Tallo, Kota Makassar, dengan pertimbangan bahwa Puskesmas Jumpandang Baru memiliki populasi penilitian terbanyak. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 15 Juli – 26 Agustus 2025.

2.3 Populasi dan Sampel

2.3.1 Populasi Penelitian

Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh pengidap HIV/ADIS sedangkan populasi terjangkau adalah seluruh pasien HIV/AIDS yang mendapatkan pengobatan Antiretroviral (ARV) di Puskesmas Jumpandang Baru. Adapun pasien HIV/AIDS yang menjalani pengobatan ARV di Puskesmas Jumpandang Baru di Kota Makassar sampai pada bulan November 2024 sebanyak 843 orang.

2.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini diambil dari sebagian jumlah populasi yaitu seluruh pasien HIV/AIDS yang mendapatkan pengobatan Antiretroviral (ARV) di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2024. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dari penelitian ini sebagai berikut:

- a) Kriteria inklusi
 - 1) Pasien HIV/AIDS yang mendapatkan pengobatan ARV di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar Tahun 2024
 - 2) Bersedia mengikuti penelitian dengan terlebih dahulu menandatangani *informed consent*
- b) Kriteria Eksklusi
 - 1) Sedang mengalami gangguan fisik yang berat
 - 2) Sedang mengalami gangguan psikiatri yang berat

2.4 Teknik Pengambilan dan Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini diambil menggunakan rumus *Lemeshow* (1997) sebagai berikut

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

Keterangan:

n: Besar Sampel

N: Besar populasi

Z: Tingkat Kepercayaan 95% = 1,96

P: Proporsi dalam populasi (jika tidak diketahui, gunakan 0,1)

q: 1-P

d: Derajat penyimpangan terhadap populasi yaitu 5%=0,05

$$n = \frac{843 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2(843-1) + 1,96^2 \cdot 0,1 \cdot 0,9}$$

$$n = \frac{291,4}{2,450}$$

$$n = 119$$

Maka, jumlah sampel pada penelitian ini yaitu sebanyak 119 sampel. Adapun teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *accidental sampling*, yaitu pengambilan sampel berdasarkan siapa saja yang secara kebetulan ditemui peneliti di Puskesmas Jumpandang Baru dan memenuhi kriteria inklusi. Teknik *accidental sampling* dipilih sebagai metode pengambilan sampel karena peneliti mengalami keterbatasan akses terhadap data identitas penderita yang dikelola oleh pihak pengelola program.

Peneliti terlebih dahulu melakukan koordinasi dengan petugas program HIV/AIDS untuk mendapatkan jadwal layanan pasien ODHIV serta izin pelaksanaan penelitian. Pada saat kegiatan pelayanan berlangsung, peneliti bersama petugas puskesmas mengidentifikasi pasien ODHIV yang hadir sesuai kriteria inklusi penelitian. Responden yang memenuhi kriteria kemudian diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat serta kerahasiaan data responden sebelum meminta persetujuan untuk berpartisipasi. Responden yang bersedia langsung dijadikan sampel penelitian. Jika pasien menolak atau tidak memenuhi kriteria, maka peneliti melanjutkan ke pasien berikutnya yang ditemui. Pengisian data dilakukan melalui wawancara langsung maupun pengisian kuesioner mandiri, tergantung pada kenyamanan responden. Setiap kuesioner yang telah diisi diperiksa kembali oleh peneliti untuk memastikan kelengkapan dan keakuratannya sebelum dianalisis lebih lanjut.

2.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang berisi pertanyaan karakteristik responden, variabel dependen dan variabel independen. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner WHOQOL-HIV BREF untuk variabel dependen, sedangkan untuk kuesioner variabel independen menggunakan kuesioner dukungan sosial dan kuesioner *Berger HIV Stigma Scale*.

1. Kuesioner A adalah kuesioner yang digunakan untuk menilai kualitas hidup pasien HIV/AIDS dengan menggunakan instrumen yang telah dimodifikasi dari WHOQOL-HIV BREF (*World Health Organization Quality of Life-HIV Bref*). Kuesioner ini terdiri dari 31 pertanyaan yang terbagi ke dalam enam domain utama, yaitu:

- 1) Fisik (item 3, 4, 14, 21),
- 2) Psikologis (item 6, 11, 15, 24, 31),
- 3) Kemandirian (item 5, 20, 22, 23),
- 4) Hubungan sosial (item 17, 25, 26, 27, 5)
- 5) Lingkungan (item 12, 13, 16, 18, 19, 28, 29, 30), dan
- 6) Spiritualitas/religiusitas /keyakinan pribadi (item 7, 8, 9, 10).

Setiap pertanyaan memiliki lima pilihan jawaban yang diberikan skor dari 1 hingga 5, dengan skor yang lebih tinggi mencerminkan kualitas hidup yang lebih baik. Skor total berkisar antara 31-155. Semakin tinggi skor yang diperoleh, semakin tinggi pula tingkat kepuasan pasien terhadap berbagai aspek kehidupan, seperti kesehatan fisik, kesehatan mental, hubungan sosial, dan lingkungan. Skor kualitas hidup diperoleh melalui enam domain, yaitu domain fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritual. Setiap item dinilai menggunakan skala Likert 1–5, kemudian dilakukan pembalikan skor (*reverse scoring*) pada item-item yang bermakna negatif, yaitu skor 1 menjadi 5, skor 2 menjadi 4, skor 3 tetap 3, skor 4 menjadi 2, dan skor 5 menjadi 1, sesuai dengan pedoman WHOQOL-HIV BREF. Skor setiap domain diperoleh dengan menjumlahkan seluruh skor item yang termasuk dalam domain tersebut, kemudian dihitung nilai rata-ratanya dengan membagi total skor dengan jumlah item pada domain yang bersangkutan. Selanjutnya, nilai rata-rata tersebut dikalikan dengan angka 4 sehingga diperoleh skor domain pada rentang 4–20 kemudian ditransformasikan ke dalam skala 0–100 agar berada pada rentang yang sama.

Skor *overall quality of life* diperoleh dengan cara menggabungkan seluruh domain kualitas hidup yang telah dinilai secara terpisah. Setiap item pada WHOQOL-HIV BREF dinilai menggunakan skala Likert 1–5, kemudian dilakukan penyesuaian skor sesuai pedoman, termasuk pembalikan skor pada item negatif. Skor setiap domain selanjutnya ditransformasikan ke dalam skala yang sama agar dapat dibandingkan dan digabungkan. Nilai *overall quality of life* dihitung sebagai rata-rata dari keenam domain kualitas hidup, sehingga mencerminkan kondisi kualitas hidup responden secara komprehensif, bukan hanya pada satu aspek tertentu.

2. Kuesioner B adalah kuesioner yang digunakan untuk menilai tingkat dukungan sosial menggunakan kuesioner yang dimodifikasi dari *The Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS). Kuesioner ini terdiri dari 25 pertanyaan yang mencakup berbagai bentuk dukungan sosial, yaitu dukungan instrumental atau materi, dukungan emosional dan psikologis, dukungan penghargaan, dukungan integrasi serta dukungan informasi.

Setiap pertanyaan memiliki empat pilihan jawaban: tidak pernah (0 kali/bulan), jarang (1-2 kali/bulan), sering (5-6 kali/bulan), dan selalu (>6 kali/bulan). Penilaian dilakukan menggunakan skala likert dengan skor 1, 2, 3 dan 4. Berdasarkan hasil penjumlahan skor, rentang nilai dikategorikan menjadi dua: dukungan sosial rendah jika skor ≤ 62 , dan dukungan sosial optimal jika skor > 62 .

3. Kuesioner C adalah kuesioner yang digunakan untuk mengukur stigma yang dirasakan (*perceived stigma*) pada ODHIV, dengan menggunakan kuesioner yang telah dimodifikasi dari *Berger HIV Stigma Scale*. Kuesioner ini telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dan diuji validitas serta reliabilitasnya oleh Nurdin (2013). Instrumen ini menilai stigma melalui 4 dimensi, yaitu:

- 1) *Personalized stigma* (12 soal),
- 2) *Disclosed* (4 soal),
- 3) *Public attitudes* (5 soal), dan
- 4) *Negative self-images* (4 soal).

Perlu dicatat bahwa item nomor 20 muncul pada dua dimensi, yaitu *personalized stigma* dan *public attitudes*. Total terdapat 25 item pertanyaan yang terdiri dari pernyataan positif (*favourable*) dan negatif (*unfavourable*), dan menggunakan skala likert. Terdapat 5 pilihan jawaban yaitu: sangat setuju (5), setuju (4), kurang setuju (3), tidak setuju (2), dan sangat tidak setuju (1). Skor total berkisar antara 25-125 yang diklasifikasikan menggunakan *cut-off point* sesuai dengan rumus dari Arikunto (2002).

Rumus:

$$\begin{aligned} \text{Naturan } \textit{cut-off point} &= (\text{maximum score} + \text{minimum score}) / 2 \\ &= (125 + 25) / 2 \\ &= 75 \end{aligned}$$

Jadi score dalam kuesioner ini adalah 75% dari total skor (125), dengan hasil: ≥ 75 stigma tinggi dan < 75 stigma rendah.

4. Kuesioner D adalah kuesioner yang diadaptasi dari penelitian Martha Shively et al. (2012) dalam Fitiani (2016), yang berjudul *Evaluating Self Efficacy For Hiv Disease Management Skill*. Instrumen ini telah diuji reliabilitasnya dan menunjukkan nilai koefisien *Cronbach's Alpha* sebesar 0,96 yang menandakan reliabilitas sangat tinggi. Kuesioner ini terdiri dari 34 item yang terbagi ke dalam 6 domain yaitu

- 1) Keyakinan atau perilaku dalam mengelola perasaan tertekan (9 item) nomor 1-9
- 2) Mengelola terapi dan kepatuhan berobat (7 item) nomor 10-16
- 3) Mengelola gejala (5 item) nomor 17-21
- 4) Komunikasi dengan penyedia pelayanan kesehatan (4 item) nomor 22-25,
- 5) Mendapatkan dukungan orang lain (5 item) nomor 26-30,
- 6) Mengelola kelelahan (4 item) nomor 31-34.

Kuesioner ini terdiri atas 34 item pertanyaan menggunakan skala likert 1-4, dengan nilai 1: tidak yakin, 2: cukup yakin, 3: yakin dan 4: sangat yakin. Rentang skor dalam penelitian ini adalah 34 – 136.

2.6 Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini yaitu data sekunder dan data primer dengan rincian sebagai berikut:

1. Data Sekunder

Data Sekunder diperoleh dari instansi terkait seperti Dinas Kesehatan Kota Makassar. Adapun data sekunder yang diperoleh adalah situasi testing HIV kota Makassar, situasi kasus HIV positif per kelompok risiko dan faktor risiko sampai dengan November tahun 2024, dan jumlah ODHIV on ARV sampai dengan November tahun 2024 di Kota Makassar.

2. Data Primer

Data primer diperoleh melalui wawancara langsung dengan responden melalui instrumen penelitian berupa kuesioner yang telah disiapkan peneliti. Adapun data yang dikumpulkan yaitu lama menderita, lama terapi, dukungan sosial, stigma dan tingkat efikasi diri.

2.7 Pengolahan dan Analisis Data

Data yang didapat dari lapangan dikumpulkan dan diperiksa serta diteliti ulang, tentang kelengkapannya dengan langkah-langkah sebagai berikut:

2.7.1 Editing

Editing bertujuan untuk mengkoreksi kembali isian lembar kuesioner yang disimpulkan oleh responden dengan memeriksa kelengkapan, kejelasan, kesalahan pengisian dan konsistensi dan setiap jawaban sehingga apabila ada kekurangan dapat segera dilengkapi.

2.7.2 Entry Data

Entry Data ialah dimasukkan (*entry*) data ke dalam program komputer menggunakan software Stata. Pada tahap ini setiap jawaban responden yang sudah diberi kode numerik dimasukkan sesuai variabel penelitian.

2.7.3 Import Data

Jika data awal diinput dalam Microsoft Excel, maka data kemudian di-*import* ke Stata untuk memudahkan proses analisis statistik.

2.7.4 Cleaning Data

Cleaning dilakukan untuk memastikan data yang telah di-*entry* tidak ada kesalahan pengetikan, duplikasi, atau data kosong yang tidak sesuai. Tahapan ini penting untuk menjaga validitas hasil analisis.

2.7.5 Transform Data

Transformasi data dilakukan dengan cara mengubah skor kuesioner menjadi kategori tertentu sesuai kriteria penelitian, misalnya skor kualitas hidup dikategorikan menjadi “baik” dan “kurang”, atau skor dukungan sosial dibagi menjadi “tinggi” dan “rendah” berdasarkan nilai median.

2.7.6 *Tabulating Data*

Data yang telah bersih kemudian ditabulasi ke dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase. Tahapan ini bertujuan untuk mempermudah penyajian dan analisis

2.7.7 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini adalah menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat dimana data diolah secara statistic dengan menggunakan aplikasi Stata versi 17.0 dan *Microsoft Office Excel*. Analisis univariat bertujuan untuk menggambarkan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel secara mandiri. Sementara itu, analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji *Chi-Square* untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas (independen) dan variabel terikat (dependen). Syarat-syarat uji *Chi-Square* ialah pertama, tidak boleh ada sel dengan frekuensi aktual (F_0) bernilai nol, artinya semua sel dalam tabel kontingensi harus memiliki jumlah kasus yang muncul secara nyata. Kedua, untuk tabel kontingensi berukuran 2×2 , hanya diperbolehkan maksimal satu sel yang memiliki frekuensi harapan ($\text{expected count}/F_h$) kurang dari 5. Ketiga, jika bentuk tabel lebih besar, seperti 2×3 atau lebih, maka jumlah sel dengan frekuensi harapan di bawah 5 tidak boleh melebihi 20% dari total sel yang ada. Uji Fisher's Exact adalah salah satu uji statistik yang digunakan untuk melihat hubungan antara dua variabel kategorik dalam tabel kontingensi 2×2 , terutama ketika jika total sampel kecil atau jika ada sel pada tabel yang memiliki frekuensi harapan < 5 , maka uji *Chi-Square* tidak lagi valid. Dalam kondisi seperti ini, Fisher's Exact Test adalah pilihan yang tepat karena hasilnya tetap akurat untuk sampel kecil.

2.7.7.1 Analisis Univariat

Analisis Univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel yaitu umur, jenis kelamin, status pekerjaan, dukungan keluarga, dan stigma.

2.7.7.2 Analisis Bivariat

Analisa bivariat digunakan pada jenis penelitian yang menggunakan dua variabel tujuannya yaitu untuk menarik kesimpulan hipotesis dan melihat makna serta besarnya hubungan antara variabel dependen dan variabel independen. Analisis bivariat merupakan analisis untuk mengetahui interaksi dua variabel baik secara komparatif, asosiatif, maupun korelatif (Arifin et al., 2022). Analisis bivariat menggunakan uji *Chi-Square* dengan kriteria penerimaan dan penolakan hipotesis dalam penelitian ini didasarkan pada nilai *p-value*. Apabila nilai *p-value* $< 0,05$, maka H_0 ditolak, yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik antara variabel yang diuji, Namun, apabila *p-value* $\geq 0,05$, maka H_0 diterima sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan

antara variabel. Pendekatan ini digunakan untuk menentukan signifikansi hasil analisis serta memastikan bahwa keputusan statistik diambil berdasarkan tingkat kepercayaan 95%.

2.8 Penyajian Data

Data yang telah dianalisis kemudian disajikan dalam bentuk tabel seperti tabel frekuensi (*one way tabulation*) dan *cross tabulation (two-way tabulation)* serta grafik dan narasi untuk diinterpretasi serta dibahas.