

# Hubungan Faktor Sosial Orang Dengan HIV/AIDS Dengan Akses Pelayanan Antiretroviral Selama Pandemi COVID-19 Di Kabupaten/Kota Kediri

Forman Novrindo Sidjabat, Betty Lania Arrumasari,  
Ni Putu Priyanka Ayu Ratnanggana, Silvia Tri Ambarwati

Fakultas Teknologi Manajemen Kesehatan, Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri

## Abstrak

**Pendahuluan:** Terjadi penurunan akses layanan antiretroviral (ARV) yang disebabkan kekuatiran ODHA terinfeksi COVID-19, anjuran karantina oleh pemerintah dan fungsi fasilitas kesehatan yang difokuskan menangani keadaan darurat COVID-19. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor sosial orang dengan HIV/AIDS dengan akses layanan ARV selama pandemi COVID-19 di Kabupaten/Kota Kediri.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan desain potong lintang dengan 107 responden. Faktor sosial meliputi variabel status hubungan, dukungan sosial, status tempat tinggal dan keikutsertaan komunitas sebaya. Variabel akses layanan ARV merupakan tindakan mengunjungi layanan ARV secara mandiri selama pandemi. Data dikumpulkan dengan teknik snowball sampling menggunakan kuesioner online dan dianalisis menggunakan uji chi-square.

**Hasil:** Mayoritas responden berusia 26-35 tahun (57,9%), berjenis kelamin laki-laki (56,1%), dan berorientasi heteroseksual (74,8%). Variabel yang memiliki hubungan bermakna dengan akses layanan ARV meliputi status hubungan ( $p < 0,05$ ), dukungan sosial ( $p < 0,05$ ), dan status tempat tinggal ( $p < 0,05$ ). Sedangkan tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara variabel keikutsertaan komunitas sebaya dengan akses layanan ARV ( $p = 0,69$ ).

**Kesimpulan:** Ada hubungan faktor sosial meliputi status hubungan, dukungan sosial, dan status tempat tinggal orang dengan HIV/AIDS dengan akses layanan ARV selama pandemi. Perlu dilakukan pelibatan dan penguatan peran sosial masyarakat terkhusus keluarga dengan memberikan pelatihan dan edukasi terkait pemahaman tentang HIV/AIDS, kebutuhan dan motivasi ODHA.

**Kata Kunci:** Akses ARV, Dukungan Sosial, Orang dengan HIV/AIDS, Pandemi COVID-19

## **The Relationship of Social Factors of People Living with HIV/AIDS with Access to Antiretroviral Services during COVID-19 Pandemic in Kediri Regency/City**

Forman Novrindo Sidjabat, Betty Lania Arrumasari,  
Ni Putu Priyanka Ayu Ratnanggana, Silvia Tri Ambarwati

Faculty of Technology and Health Management,  
Institusi Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri

### **Abstract**

**Introduction:** There has been a decrease in access to antiretroviral (ARV) services due to concerns of PLHIV infected with COVID-19, recommendations for quarantine by the government and health facility functions that are focused on dealing with the COVID-19 emergency. This study aims to determine the relationship between social factors of people living with HIV/AIDS and access to ARV services during the COVID-19 pandemic in Kediri Regency/City.

**Method:** This study used a cross-sectional design with 107 respondents. Variables of social factors are relationship status, social support, residence status and peer community participation. The variable of access to ARV services is the act of visiting ARV services independently during a pandemic. Data were collected used snowball sampling techniques by online questionnaires and analyzed by chi-square test.

**Result:** The majority of the respondents were 26-35 years old (57.9%), male (56.1%), and heterosexual (74.8%). Variables that had a significant relationship with access to ARV services included relationship status ( $p < 0.05$ ), social support ( $p < 0.05$ ), and residence status ( $p < 0.05$ ). Meanwhile, no significant relationship was found between the peer community participation variable and access to ARV services ( $p = 0.69$ ).

**Conclusion:** There was a relationship between social factors including relationship status, social support, and residence status of people living with HIV/AIDS with access to ARV services during the pandemic. It is necessary to engage and strengthen the social role of the community, especially families, by providing training and education related to understanding about HIV/AIDS, the needs and motivations of PLWHA

**Keywords:** ARV access, Social Support, People Living with HIV/AIDS, COVID-19 Pandemic

## **Pendahuluan**

Pandemi COVID-19 adalah situasi darurat kesehatan masyarakat yang belum pernah terjadi sebelumnya dan menyebabkan krisis sosial-ekonomi yang besar dalam waktu singkat. Pandemi memberi dampak buruk pada lebih dari 37 juta orang dengan HIV/AIDS secara global, banyak dari mereka hanya mendapatkan sedikit akses perlindungan sosial, bahkan ada yang tidak mendapatkan sama sekali.<sup>1</sup> Jumlah infeksi HIV/AIDS di Indonesia sebelum pandemi COVID-19 telah mengalami peningkatan kasus. Pada tahun 2019, orang dengan HIV diketahui sebanyak

50.282 orang dengan jumlah kasus AIDS sebanyak 7.036 orang.<sup>2</sup> Data ini meningkat dari jumlah kasus HIV di tahun 2018, yaitu sebanyak 46.659 orang dengan kasus AIDS sebanyak 10.190 orang.<sup>3</sup> Sementara, untuk kasus HIV/AIDS tertinggi di Indonesia berdasarkan Provinsi yang dilaporkan tahun 2019, yaitu Jawa Timur sebesar 8.935 kasus, DKI Jakarta sebesar 6.701 kasus, Jawa Barat sebesar 6.066 kasus, Jawa Tengah sebesar 5.630 kasus, dan Papua sebanyak 3.753 kasus. Wilayah Kediri sendiri termasuk dalam 10 besar tertinggi kasus HIV/AIDS di Provinsi Jawa Timur dengan masing-masing angka kasus pada Kabupaten Kediri sebesar 148 kasus dan Kota Kediri se-

besar 108 kasus.<sup>2</sup>

Mayoritas orang yang hidup dengan HIV/AIDS berusia produktif, sehingga mereka dituntut untuk tetap sehat, produktif dan kebutuhan hidup mereka mau tidak mau harus terpenuhi.<sup>1</sup> Salah satu cara meningkatkan kesehatan ODHA adalah dengan mengikuti program pengobatan antiretroviral (ARV). Namun, kebijakan pembatasan kegiatan perekonomian dan arahan melakukan karantina selama pandemi COVID-19 berakibat pada melambatnya layanan pencegahan, pemeriksaan HIV berupa voluntary, counseling dan testing, serta pengobatan HIV/AIDS.<sup>1</sup> Hal tersebut membuat ODHA tertunda mendapatkan layanan ARV dan mengalami kesulitan dalam mengakses layanan ARV, karena fasilitas kesehatan sepenuhnya dilibatkan dalam menangani keadaan darurat COVID-19. Beberapa layanan kesehatan akhirnya mengantisipasi gangguan tersebut dengan menyediakan fasilitas telehealth seperti yang dilakukan beberapa layanan kesehatan di Amerika.<sup>4</sup> Layanan telehealth yang diberikan pada proses pengobatan ODHA bukan tanpa kendala, seringkali jangkauan layanan tidak menyeluruh dan terbatas pada beberapa klien yang disebabkan kurangnya kemampuan mengakses telehealth dan pengetahuan teknologi yang kurang.<sup>5</sup>

WHO dan UNAIDS juga menyatakan bahwa harus dilakukan upaya untuk mengatasi gangguan dalam akses pelayanan kesehatan selama pandemi COVID-19, termasuk gangguan pengobatan antiretroviral (ARV) selama enam bulan. Menurut WHO, jika hal tersebut tidak dikendalikan maka dapat menyebabkan lebih dari 500.000 kematian tambahan akibat penyakit terkait AIDS.<sup>6</sup> Pada kondisi normal, orang dengan HIV/AIDS tidak memiliki akses yang memadai dalam hal perlindungan sosial, sehingga beberapa ODHA yang berada di negara berkembang menerima pengobatan antiretroviral secara gratis yang dibayarkan oleh pemerintah.<sup>1</sup> Terbatasnya perlindungan sosial dan akses layanan kesehatan bagi ODHA akan semakin buruk akibat dampak krisis COVID-19. Berdasarkan studi pemodelan di Amerika, ditunjukkan bahwa kematian

terkait HIV dapat meningkat sebesar 1 hingga 20 persen, dibandingkan sebelum terjadinya pandemi COVID-19.<sup>7</sup>

Tanpa kemudahan akses pengobatan antiretroviral, ODHA tidak akan mencapai kesehatan fisik dan mental yang sepenuhnya.<sup>8</sup> Selain terbatasnya layanan ARV di masa pandemi, ketakutan terinfeksi COVID-19 menjadi penghalang internal ODHA untuk bepergian ke layanan kesehatan.<sup>1,9</sup> Pada dasarnya, ODHA lebih berisiko tertular infeksi lainnya seperti tuberkulosis, pneumonia dan lainnya termasuk COVID-19 yang dapat menyebabkan komplikasi peradangan dibandingkan mereka yang tanpa HIV.<sup>10-12</sup> Dalam kondisi mendesak, untuk mencapai kesehatan yang maksimal ODHA harus mengunjungi tempat layanan kesehatan disaat masa pandemi setidaknya untuk mengobati infeksi penyerta yang dialami. Namun, kondisi pelayanan kesehatan yang difokuskan pada kegiatan pencegahan dan pengendalian penyebaran COVID-19, menyebabkan ODHA harus menunggu dan meningkatkan risiko tertular COVID-19 di layanan kesehatan.<sup>1,9</sup>

Kondisi diatas menyebabkan meningkatkan risiko kecemasan dan stress pada ODHA dibandingkan masyarakat lain.<sup>13</sup> Stres selama pandemi dapat menyebabkan coping yang maladaptif pada ODHA seperti mengkonsumsi alkohol, melakukan perilaku seksual berisiko sehingga memperparah kondisi kesehatan ODHA.<sup>14</sup> Depresi dan tekanan psikologis sendiri telah terbukti dalam berbagai penelitian menjadi faktor yang berkontribusi terhadap dampak negatif kesehatan dan ketidapatuhan terhadap perawatan medis.<sup>15,16</sup> Dukungan sosial telah terbukti berkontribusi positif pada individu telah mengungkapkannya status HIVnya untuk merasa aman dan patuh menjalankan pengobatan.<sup>17,18</sup>

Masalah di atas mengindikasikan ODHA mengalami banyak hambatan internal dan eksternal saat mengakses layanan ARV di masa pandemi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor sosial orang dengan HIV/AIDS dengan akses layanan ARV selama pandemi COVID-19 di Kabupaten/Kota Kediri.

## Metode

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan kuantitatif menggunakan desain penelitian *cross-sectional* atau survei potong lintang yakni suatu penelitian dimana variabel yang menjadi paparan dan variabel efek diamati dalam satu waktu yang sama.<sup>19,20</sup> Penelitian ini menggunakan kuesioner untuk menggali informasi variabel independen dan khusus untuk dukungan sosial menggunakan instrumen baku *Multi-dimensional Scale Perceived Social Support* (MSPSS); kemudian, kuesioner disebar secara online pada bulan September-November 2020. Responden dalam penelitian ini adalah orang dengan HIV/AIDS dengan kriteria menjalankan pengobatan ARV minimal satu bulan, berdomisili di Kabupaten/Kota Kediri, dan tidak disertai dengan infeksi oportunistik stadium lanjut.

Jumlah sampel minimal penelitian ini ditentukan menggunakan rumus perhitungan sampel dengan nilai proporsi pada studi *cross-sectional* dengan rumus sebagai berikut:<sup>19</sup>

$$n = \frac{\left(\frac{Z\alpha}{2} + Z\beta\right)^2 \frac{P(1-P)(r+1)}{(d^*)^2 r}$$

Dengan rumus  $d^*$  dan  $\underline{P}$  :

$$d^* = P_1 - P_0 \quad \underline{P} = \frac{P_1 + r \cdot P_0}{1+r}$$

Keterangan :

$n$  : Jumlah sampel yang diperlukan

$\alpha$  : Nilai signifikansi, dengan nilai  $\alpha = 5\%$  (1,96)

$1-\beta$  : Power atau kekuatan study yang diinginkan = 0,90

$Z\alpha$  : Standar deviasi normal untuk  $\alpha$

$Z\beta$  : Standar deviasi normal untuk  $\beta$

$p_1$  : Proporsi individu yang terpapar diantara yang memiliki outcome

$p_0$  : Proporsi individu yang tidak terpapar diantara yang memiliki outcome

$d^*$  : Perbedaan proporsi yang ingin dideteksi

$r$  : Rasio jumlah individu yang tidak terpapar terhadap yang terpapar (peneliti mengambil rasio 1:1)

$(Z\alpha/2 + Z\beta)^2$  : 10,507 (Nilai ini didapatkan dari

nilai table untuk kombinasi tingkat signifikansi dan power dalam perhitungan sampel).

Penelitian ini menggunakan tingkat kemaknaan sebesar 95 persen ( $\alpha = 0,05$ ) untuk uji dua arah sebesar 1,96 dengan kekuatan/power 90 persen sebesar 10,507. Besar nilai  $p_1$  dan  $p_0$  yang digunakan yaitu proporsi kelompok yang mendapatkan dukungan sosial pada ODHA yang menjalankan pengobatan ARV sebesar 20 persen.<sup>21</sup> Berdasarkan rumus di atas, maka jumlah sampel minimal yang didapat adalah  $20 \times 2 = 40$  orang. Dalam perhitungan sampel dikali 2 disesuaikan dengan desain penelitian yang digunakan untuk melihat dan mengharapkan dapat menjaring responden dengan paparan (variabel independen) dan variabel *outcome* pada satu waktu (secara bersamaan). Namun, pada pelaksanaannya terjadi penambahan jumlah ODHA yang bersedia menjadi responden sebanyak 107 responden.

Pengambilan sampel dalam penelitian ini ditentukan melalui skrining berdasarkan kriteria inklusi dan survei pendahuluan untuk memastikan status HIV positif. Cara pemilihan sampel adalah dengan “*snowball sampling*” hal ini berkaitan dengan jenis penyakit HIV yang sulit diketahui dan kemungkinan kelompok ODHA tidak ingin identitasnya diketahui. Penelitian ini bersifat anonim dan memberikan persetujuan ikut serta dalam penelitian (*informed consent*). Penelitian ini telah disetujui oleh Komite Etik Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri dengan nomor kelayakan etik 1010/PP2M-KE/IX/2020. Faktor sosial terdiri dari variabel dukungan sosial, status hubungan, keikutsertaan kelompok dukungan sebaya, status tempat tinggal, dan variabel akses pelayanan pengobatan ARV sebagai variabel terikat. Setiap variabel diukur berdasarkan pengalaman responden selama pandemi COVID-19.

## Hasil

Penelitian ini dilakukan pada 107 orang dengan HIV/AIDS yang berdomisili di Kabupaten/Kota Kediri. Hasil uji univariat terlihat pada tabel 1 dan hasil uji bivariat

antar variabel independen meliputi dukungan sosial, status hubungan, keikutsertaan kelompok dukungan sebaya (KDS), dan status tempat tinggal dengan variabel dependen akses layanan ARV terlihat pada tabel 2.

( $p=0,001$ ;  $PR=1,26$  ;  $CI=1,43$ ). Namun, pada variabel dukungan sosial belum dapat dipastikan kemaknaan nilai efek secara statistik karena rentang nilai efek melewati angka 1 ( $p = 0,05$ ;  $PR=1,14$  dan  $CI 0,98-1,33$ ).

**Table 1. Distribusi Karakteristik Responden**

Variabel	Frekuensi (n=107)	%
<b>Usia</b>		
17-25 Tahun	24	22,4%
26-35 Tahun	62	57,9%
36-45 Tahun	15	14%
46-55 Tahun	6	5,6%
<b>Gender</b>		
Laki-Laki	60	56,1%
Perempuan	41	38,3%
Transpuan	5	4,7%
Tidak ingin menyebutkan	1	0,9%
<b>Orientasi seksual</b>		
Heteroseksual	80	74,8%
Homoseksual	27	25,2%
<b>Status Pernikahan</b>		
Belum Menikah	45	42,1%
Menikah	54	50,5%
Duda/Janda Meninggal	4	3,7%
Duda/Janda Cerai	4	3,7%

Tabel 1 menunjukkan mayoritas responden berusia antara 26-35 tahun (57,9%) diikuti usia 17-25 tahun (22,4%) serta memilih pemaknaan gender sebagai laki-laki (56,1%) dan 0,9 persen responden memilih tidak ingin menyebutkan pemaknaan gendernya. Sebanyak 74,8 persen responden berorientasi heteroseksual dan 25,2 persen berorientasi homoseksual. Responden yang telah menikah sebanyak 50,5 persen dan pernah menikah namun bercerai atau ditinggal meninggal pasangan masing-masing sebanyak 3,7 persen.

Tabel 2 menunjukan dari empat variabel yang diuji statistik menggunakan uji chi square didapatkan hasil variabel yang bermakna dan berhubungan dengan akses layanan ARV, yaitu status tempat tinggal ( $p=<0,001$  ;  $PR=1,29$  ;  $CI 1,1-1,51$ ) dan status hubungan

## Diskusi

Pada penelitian ini, ditemukan mayoritas responden berusia antara 26-35 tahun (57,9%) dan diikuti usia 17-25 tahun (22,4%). Dalam hal akses pengobatan usia muda akan bergantung pada orang dewasa untuk proses perawatan dan pengawasannya.<sup>22,23</sup> Namun formulasi obat yang tidak enak, adanya efek samping obat, dan proses pengobatan yang kurang mengedepankan privasi membuat remaja sering tidak patuh menjalankan pengobatan ARV.<sup>22,23</sup> Sementara, pada orang dewasa melakukan pengobatan ARV yang terjadwal sering kali mengganggu peran sosial dan rutinitasnya terkhusus pada mereka yang sudah menikah.<sup>24</sup>

Bagi kelompok perempuan yang ber-



**Tabel 2. Hubungan Dukungan Sosial, Keikutsertaan KDS, Status Tempat Tinggal, dan Status Hubungan dengan Akses Pelayanan Antiretroviral Selama Pandemi COVID-19 di Kabupaten/Kota Kediri**

Variabel	Akses layanan ARV						Nilai P	PR	CI 95%	
	Ya		Tidak		Total				Bawah	Atas
	n	%	n	%	n	%				
1. Dukungan sosial										
Tinggi	55	51,4%	4	3,7%	59	55,1%	0,05	1,14	0,98	1,33
Rendah	39	36,4%	9	8,4%	48	44,9%				
Total	94	87,9%	13	12,1%	107	100%				
2. Keikutsertaan KDS										
Ya	70	65,4%	9	8,4%	79	73,8%	0,692	-	-	-
Tidak	24	22,4%	4	3,7%	28	26,2%				
Total	94	87,9%	13	12,1%	107	100%				
3. Status tempat tinggal										
Dengan keluarga	56	52,3%	1	0,9%	57	53,3%	<0,001	1,29	1,1	1,51
Sendiri	38	35,5%	12	11,2%	50	46,7%				
Total	94	87,9%	13	12,1%	107	100%				
4. Status hubungan										
Ya	45	42,1%	0	0%	45	42,1%	0,001	1,26	1,11	1,43
Tidak	49	45,8%	13	12,1%	62	57,9%				
Total	94	87,9%	13	12,1%	107	100%				

peran sebagai ibu dan memegang tanggung jawab domestik membuat perempuan sulit mengutamakan kesehatan mereka dan menjalani pengobatan ARV.<sup>25</sup> Sedangkan, kelompok laki-laki biasanya akan mengalami kesulitan untuk mengakses layanan ARV karena bertentangan dengan identitas maskulin mereka sebagai pemimpin namun harus mematuhi aturan pada proses pengobatan dan berakibat pada seringnya kelompok laki-laki melakukan pengobatan jika mengalami gangguan klinis yang telah parah.<sup>26</sup> Sementara, bagi kelompok homoseksual sering kali hambatan mengakses layanan ARV diakibatkan karena menghadapi diskriminasi terkait gaya hidup dan nilai sosial.<sup>27</sup> Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki lain biasanya disebabkan karena tekanan dan godaan yang didapatkan.<sup>28</sup>

ODHA perlu mengunjungi secara teratur penyedia layanan kesehatan dan mematuhi pengobatan terutama karena HIV merupakan penyakit menular yang bersifat kronis, sehingga disiplin menjadi kunci untuk pengelolaan kesehatannya dengan baik.<sup>29</sup> Meski de-

mikian, ODHA yang tetap mempertahankan kepatuhan pengobatan ARVnya kerap menghadapi banyak tantangan dan hambatan selama melakukan proses pengobatan.<sup>30</sup> Hal ini disebabkan karena ODHA memiliki keyakinan diri dan mendapatkan dukungan emosional, praktis, ataupun finansial sehingga membuat mereka merasa diterima dan memotivasi ODHA mengatasi masalah dan mengikuti pengobatan ARV.<sup>30</sup> Dukungan sosial dari lingkungan sekitar yang dirasakan ODHA selama menjalani pengobatan ARV dapat meningkatkan semangat dan kualitas hidup ODHA.<sup>31</sup> Dukungan sosial dari keluarga tidak hanya menguntungkan bagi ODHA, melainkan turut menciptakan kondisi keluarga yang memahami masalah HIV/AIDS dan dapat memberikan perhatian keperawatan bagi anggota keluarga lain yang berstatus HIV positif.<sup>32</sup>

Dukungan sosial bagi ODHA tidak hanya dalam bentuk motivasi tapi dapat pula berbentuk pemberian informasi, pengingat minum obat, dan bantuan jasa dan/atau materi lain sehingga ODHA akan merasa aman

dilingkungannya.<sup>33,34</sup> Rasa aman akan membuat ODHA tidak mengasingkan diri dan berani mengakses layanan ARV.<sup>33</sup> Faktor sosio-demografis seperti status perkawinan, secara signifikan berkaitan dengan peningkatan pengetahuan tentang ARV. Hal ini terjadi karena ada kontribusi interaksi dinamika sosial untuk memperoleh informasi yang benar terkait kesehatan.<sup>35</sup>

Pada studi ini didapatkan bahwa ODHA yang tinggal dengan keluarga atau saudara berpotensi 1,29 kali lipat untuk mengakses layanan ARV disaat pandemi COVID-19 dibanding ODHA yang tinggal sendiri. Mitra, teman, anggota keluarga dan yang lain dapat memfasilitasi penerimaan dan motivasi orang dengan HIV-positif untuk mengikuti pengobatan ARV.<sup>30,36,37</sup> Idealnya, keluarga merupakan lingkungan terdekat seseorang yang menjadi wadah berbagi suatu cerita maupun pengalaman hidup yang dialami. Keluarga memiliki peran yang penting dalam keberhasilan mengakses layanan kesehatan bagi ODHA dengan cara memberikan dukungan (motivasi).<sup>38</sup> Pemberian motivasi pada ODHA bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan dan keteraturan praktik minum obat ARV dengan waktu yang tepat sesuai dengan anjuran dokter.<sup>32</sup> Sebanyak 88,9% ODHA yang memiliki dukungan keluarga baik ditemukan akan memiliki kualitas hidup baik pula sehingga mereka merasa perlu melakukan pengobatan HIV.<sup>39</sup>

Kondisi pasien yang hidup tanpa keluarga akan menyebabkan perasaan kesepian, dan orang dengan HIV cenderung akan mengalami perasaan kesepian dan depresi.<sup>40</sup> Kesepian, depresi dan gangguan mental yang berkembang pada ODHA sudah terbukti menjadi penghambat kepatuhan berobat atau penurunan motivasi menjalankan pengobatan ARV.<sup>41</sup> Tinggal bersama dengan keluarga atau saudara akan memberikan keuntungan bagi ODHA dalam hal memiliki dukungan bagi dirinya untuk menerima status dan menjalani pengobatannya. Dukungan keluarga tidak terbatas pada orang tua namun juga pasangan. Studi menyebutkan pasangan tetap (seperti istri) akan membantu proses pemaknaan

hidup, penerimaan, dan mengurangi stigma pada ODHA.<sup>42</sup> Ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan akses terapi ARV di pelayanan kesehatan.<sup>43</sup> Walau ODHA yang menikah cenderung mempunyai sikap yang positif sehingga akses dan kepatuhan pada terapi ARV meningkat; namun, beberapa penelitian juga menemukan ODHA yang tidak melanjutkan pengobatan karena tidak ingin diketahui pasangannya.<sup>34</sup>

Penelitian ini mendapatkan ODHA yang memiliki pasangan tetap 1,26 kali akan mengakses layanan ARV selama pandemi COVID-19 dibandingkan ODHA yang tidak memiliki pasangan tetap. Status pernikahan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi individu dalam pencarian pengobatan. Pasangan yang sudah menikah akan saling mengingatkan untuk minum obat.<sup>34</sup> Pemanfaatan yang rendah pada ibu yang berstatus janda atau belum menikah mungkin dipengaruhi oleh faktor lain seperti ketidakterbukaan terhadap status penyakit, faktor ekonomi karena tidak ada penghasilan sejak ditinggal pasangan, dan tidak bekerja.<sup>43</sup> Walaupun obat ARV saat ini disediakan gratis oleh pemerintah; tetapi, untuk mengakses pelayanan perawatan lain tetap memerlukan biaya. Pasien yang telah menikah cenderung lebih rutin datang mengambil ARV (75%) daripada pasien yang belum menikah.<sup>44,45</sup> Pengobatan ARV secara rutin dan terus menerus sangat diperlukan oleh ODHA, karena itu diperlukan bantuan keluarga dan orang-orang terdekat untuk membantu mengingatkan penderita dalam mengkonsumsi obat pada jam yang tetap setiap hari, membawa obat saat bepergian, dan merencanakan kapan mendapatkan obat selanjutnya setelah persediaan obat telah habis.<sup>32,42</sup>

Penelitian ini menemukan adanya hubungan antara dukungan sosial pada ODHA dengan akses layanan ARV ( $p$  value=0,05), namun peneliti masih meragukan kekuatan besar efek yang dihasilkan karena melewati rentang keyakinan antara 0,98-1,33. Hal ini bisa terjadi karena keseragaman responden yang berkontribusi bagi penelitian ini sehingga menyebabkan kecenderungan terjadinya

bias. Keseragaman dapat terlihat dari proporsi antara kelompok responden dengan dukungan sosial tinggi dan mengakses layanan ARV (51,4%) dengan kelompok responden dengan dukungan sosial sedang dan mengakses layanan ARV (36,4%). Namun, beberapa penelitian telah menyebutkan ODHA yang mendapat dukungan sosial akan memanfaatkan pelayanan kesehatan karena kepercayaan diri dan merasa tidak mendapatkan penolakan.<sup>37,41,43</sup> Dukungan sosial membuat penderita HIV/AIDS merasa tidak sendiri dan masih disayangi, mempunyai pengetahuan yang tinggi dengan saling berbagi informasi terkait HIV/AIDS, meningkatkan kepatuhan terapi ARV, mampu memberdayakan diri sendiri dan meningkatkan mutu hidup. Di Nigeria, dukungan sosial berperan dalam memunculkan sikap positif ODHA untuk mengoptimalkan manfaat ARV dan teratur mengakses pelayanan kesehatan.<sup>35</sup> Dukungan sosial yang baik dari orang-orang terdekat bisa menjadi penyemangat dalam menjalankan rutinitas pengobatan.<sup>46</sup>

Pada penelitian ini, diketahui bahwa tidak terdapat hubungan antara mengikuti kelompok dukungan sebaya dengan akses layanan ARV. Hal ini bisa terjadi karena karakteristik responden yang tidak mengikuti kelompok dukungan sebaya sudah memahami benar pentingnya pengobatan yang teratur sehingga mereka yang tidak tergabung pada kelompok dukungan sebaya tetap mengakses layanan ARV. Walaupun demikian, beberapa penelitian telah menunjukkan keuntungan ODHA mengikuti dukungan sebaya diantaranya ODHA akan merasakan penerimaan sosial, dukungan timbal balik, pemberdayaan diri sendiri, dan mampu menghadapi tantangan termasuk saat kehilangan motivasi pengobatan.<sup>47</sup> Kegiatan KDS mampu memberikan dukungan sosial bagi mereka antara lain dukungan informasi seputar pengobatan dan perkembangan penyakit HIV/AIDS, dukungan emosional, dukungan harga diri, dan dukungan jaringan seperti adanya komunikasi intensif dan persahabatan yang kuat, dan bantuan nyata berupa bantuan modal usaha, keterampilan usaha, dan pendampingan

akses pengobatan.<sup>45</sup>

ODHA yang mengikuti kelompok dukungan sebaya akan mengalami peningkatan pengetahuan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan HIV karena mereka mendapatkan pelatihan secara berkala mengenai HIV dengan adanya komunitas ini juga mendorong rekan sebaya untuk mendapatkan pengetahuan personal yang baru mengenai HIV.<sup>33</sup> Komunitas sendiri memiliki dua peran yaitu sebagai inisiatif dalam upaya peningkatan efektivitas dan efisiensi pengobatan dengan cara menyediakan layanan kesehatan seperti dukungan sosial, dan peran kedua yaitu sebagai bagian integral dari respon terhadap HIV/AIDS untuk peningkatan kemampuan dan keterampilan guna melindungi dan mendukung sesama yang anggota.<sup>48</sup>

## **Kesimpulan**

Faktor sosial meliputi dukungan sosial, status hubungan, dan status tempat tinggal memiliki hubungan yang bermakna secara statistika bagi ODHA untuk mengakses layanan ARV selama pandemi. Besar efek masing-masing variabel adalah tinggal dengan keluarga atau saudara 1,29 kali meningkatkan akses layanan ARV disaat pandemi COVID-19, dan memiliki pasangan tetap 1,26 kali meningkatkan akses layanan ARV. Namun, pada variabel dukungan sosial besar efek berada pada rentang 0,98-1,33 sehingga ada kemungkinan terjadi bias. Variabel keikutsertaan pada kelompok dukungan sebaya (KDS) tidak memiliki hubungan yang bermakna secara statistik untuk ODHA mengakses layanan ARV selama pandemi.

## **Saran**

Institusi kesehatan bersama LSM dan unsur lain perlu melakukan melibatkan dan penguatan peran sosial masyarakat terkhusus keluarga dengan memberikan pelatihan dan edukasi terkait pemahaman tentang HIV/AIDS, kebutuhan dan motivasi ODHA sehingga tercipta lingkungan yang ramah bagi ODHA sehingga memberikan kepercayaan diri, rasa



nyaman dan motivasi untuk tetap mengakses layanan ARV sekalipun di masa pandemi penyakit lain. Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan desain penelitian lebih baik sehingga dapat mengontrol terjadinya bias.

### Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada KDS *Friendship Plus* dan Yayasan Redline atas bantuan pendekatan dan penyebaran kuesioner pada ODHA di Kabupaten/Kota Kediri.

### Daftar Pustaka

1. ILO. Risalah Kebijakan yang hidup dengan HIV. Jakarta; 2020.
2. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Perkembangan HIV/AIDS dan PIMS (TRIWULAN IV) TAHUN 2019. Jakarta; 2019.
3. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Perkembangan HIV/AIDS dan PIMS (TRIWULAN III) TAHUN 2019. Jakarta; 2019.
4. Galewitz P. Telemedicine Surges, Fueled By Coronavirus Fears And Shift In Payment Rules. Kaiser Heal News [Internet]. 2020;1–4. Available from: <https://khn.org/news/telemedicine-surges-fueled-by-coronavirus-fears-and-shift-in-payment-rules/>
5. Siwicki B. Telemedicine during COVID-19: Benefits, limitations, burdens, adaptation [Internet]. HealthcareITNews. 2020 [cited 2020 Nov 22]. Available from: <https://www.healthcareitnews.com/news/telemedicine-during-covid-19-benefits-limitations-burdens-adaptation>
6. UNAIDS. Report on the global HIV [Internet]. AIDS epidemic, 2002. Switzerland, Geneva; 2002. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Report+on+the+global+HIV++AIDS#5%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Report+on+the+global+HIV#3>
7. Hogan AB, Jewell B, Sherrard-smith E, Vesga J, Watson OJ, Whittaker C, et al. Report 19: The Potential Impact of the COVID-19 Epidemic on HIV, TB and Malaria in Low- and Middle-Income Countries. Imp Coll London. 2020;(May):1–29.
8. WHO. Disruption in HIV, Hepatitis and STI services due to COVID-19 [Internet]. Geneva; 2020. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/hiv-hq/presentation-disruption-in-services-international-aids-conference-2020.pdf?sfvrsn=d4bf1f87\\_7](https://www.who.int/docs/default-source/hiv-hq/presentation-disruption-in-services-international-aids-conference-2020.pdf?sfvrsn=d4bf1f87_7)
9. Collins A. Preventing Health Care-Associated Infections. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. p. 547–70.
10. Mirzaei H, McFarland W, Karamouzian M, Sharifi H. COVID-19 Among People Living with HIV: A Systematic Review. AIDS Behav [Internet]. 2020;30:1–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02983-2>
11. Department of Veteran Affairs. Preventing Opportunistic Infections (OIs) [Internet]. hiv.va.gov. [cited 2020 Nov 22]. Available from: <https://www.hiv.va.gov/patient/diagnosis/OI-prevention.asp>
12. Prabhu S, Poongulali S, Kumarasamy N. Impact of COVID-19 on people living with HIV: A review. J Virus Erad [Internet]. 2020;6(4):100019. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jve.2020.100019>
13. Centers for Disease Control and Preventing. Coping with Stress [Internet]. cdc.gov. 2020 [cited 2020 Nov 22]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html>
14. Artavia D. Mixing Alcohol With Your HIV Meds: What You Need to Know [Internet]. hivplusmag.com. 2017 [cited 2020 Nov 22]. Available from: <https://www.hivplusmag.com/medications/2017/5/02/mixing-alcohol-your-hiv-meds-what-you-need-know>
15. Sumari-De Boer IM, Sprangers MAG, Prins JM, Nieuwkerk PT. HIV stigma and depressive symptoms are related to adherence and virological response to antiretroviral treatment among immigrant and indigenous HIV infected patients. AIDS Behav. 2012;16(6):1681–9.
16. Sagarduy JLY, López JAP, Ramírez MTG, Dávila LEF. Psychological model of ART adherence behaviors in persons living with HIV/AIDS in Mexico: a structural equation analysis. Rev Saude Publica. 2017;51:81.
17. Huynh AK, Kinsler JJ, Cunningham WE, Sayles JN. The role of mental health in mediating the relationship between social support and optimal ART adherence. AIDS Care

- Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV. 2013;25(9):1179–84.
18. Waddell EN, Messeri PA. Social support, disclosure, and use of antiretroviral therapy. *AIDS Behav.* 2006;10(3):263–72.
  19. Kelsey JL, Whittemore AS, Ecans AS, Thompson WD. *Methods in Observational Epidemiology*. Second. New York: Oxford University Press; 1996.
  20. Creswell JW. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. London: SAGE Publications Inc; 2014.
  21. Ubra RR. FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PADA PASIEN HIV DI KABUPATEN MIMIKA - PROVINSI PAPUA TAHUN 2012. Universitas Indonesia; 2012.
  22. Mutumba M, Bauermeister JA, Musiime V, Byaruhanga J, Francis K, Snow RC, et al. Psychosocial challenges and strategies for coping with HIV among adolescents in Uganda: A qualitative study. *AIDS Patient Care STDS.* 2015;29(2):86–94.
  23. Mutwa PR, Van Nuil JI, Asiimwe-Kateera B, Kestelyn E, Vyankandondera J, Pool R, et al. Living Situation Affects Adherence to Combination Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Adolescents in Rwanda: A Qualitative Study. *PLoS One.* 2013;8(4).
  24. Mendelsohn JB, Rhodes T, Spiegel P, Schilperoord M, Burton JW, Balasundaram S, et al. Bounded agency in humanitarian settings: A qualitative study of adherence to antiretroviral therapy among refugees situated in Kenya and Malaysia. *Soc Sci Med [Internet]*. 2014;120:387–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.010>
  25. Wouters E, De Wet K. Women's experience of HIV as a chronic illness in South Africa: Hard-earned lives, biographical disruption and moral career. *Sociol Heal Illn.* 2016;38(4):521–42.
  26. Mburu G, Ram M, Siu G, Bitira D, Skovdal M, Holland P. Intersectionality of HIV stigma and masculinity in eastern Uganda: Implications for involving men in HIV programmes. *BMC Public Health.* 2014;14(1):1–9.
  27. Nakanwagi S, Matovu JKB, Kintu BN, Kaharuza F, Wanyenze RK. Facilitators and Barriers to Linkage to HIV Care among Female Sex Workers Receiving HIV Testing Services at a Community-Based Organization in Periurban Uganda : A Qualitative Study. 2016;2016.
  28. Sidjabat FN, Setyawan H, Hadisaputro S. Lelaki Seks Lelaki: Aktivitas Seksual dan Bagaimana Mereka Memulainya? (Studi Kesehatan Reproduksi pada Komunitas LSL di Kota Semarang) MEN. *J IKESMA.* 2016;12(1):65–76.
  29. National Institute of Allergy and Infectious Disease. Seeing Your Health Care Provider [Internet]. *hiv.gov.* 2020 [cited 2020 Nov 22]. Available from: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/staying-in-hiv-care/provider-visits-and-lab-test/seeing-your-health-care-provider>
  30. Russell S, Martin F, Zalwango F, Namukwaya S, Nalugya R, Muhumuza R, et al. Finding meaning: HIV self-management and wellbeing among people taking antiretroviral therapy in Uganda. *PLoS One.* 2016;11(1):1–16.
  31. Srikartika VM, Intannia D, Aulia R. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien HIV/AIDS Rawat Jalan dalam Pengobatan Terapi Antiretroviral (ART) di Rumah Sakit Dr.H.Moch.Ansari Saleh Banjarmasin. *J Pharmascience.* 2019;6(1):97.
  32. Mahardining AB. Hubungan Antara Pengetahuan, Motivasi, Dan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Terapi Arv Odha. *J Kesehatan Masy.* 2010;5(2):131–7.
  33. Mardhiati R. Hubungan Pengetahuan dan Percaya Diri Pada Orang dengan HIV / AIDS (ODHA) Dengan Keikutsertaan Pelatihan Berkala. *J ARKESMAS.* 2016;55–63.
  34. Sugiharti, Yuniar Y, Heny Lestary. Gambaran Kepatuhan Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) dalam Minum Obat ARV di Kota Bandung, Provinsi Jawa Barat, Tahun 2011-2012 Adherence Profile of People Living With HIV-AIDS (PLWHs) on Taking Antiretroviral In Bandung, West Java, 2011-2012. 2014;1–11.
  35. Afolabi MO, Ijadunola KT, Fatusi AO, Olosode O. Knowledge of and attitude towards antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in Nigeria. *TAF Prev Med Bull.* 2010;9(3):201–8.
  36. Campbell C, Scott K, Skovdal M, Madanhire C, Nyamukapa C, Gregson S. A good patient? How notions of “a good patient” affect patient-nurse relationships and ART adherence in Zimbabwe. *BMC Infect Dis [Internet]*. 2015;15(1):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-015-1139-x>
  37. Wolf HT, Halpern-Felsher BL, Bukusi EA,

- Agot KE, Cohen CR, Auerswald CL. "It is all about the fear of being discriminated [against] the person suffering from HIV will not be accepted": A qualitative study exploring the reasons for loss to follow-up among HIV-positive youth in Kisumu, Kenya. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1–11.
38. Knodel J, Kespichayawattana J, Saengtienchai C, Wiwatwanich S. The role of parents and family members in ART treatment adherence : Evidence from Thailand. *Res Aging*. 2010;32(1):19–39.
39. Novrianda D, Nurdin Y, Ananda G. Dukungan Keluarga Dan Kualitas Hidup Orang Dengan Hiv/Aids Di Lantera Minangkabau Support. *J Ilmu Keperawatan Med Bedah*. 2018;1(1):26.
40. Greene M, Hessol NA, Perissinotto C, Zepf R, Hutton Parrott A, Foreman C, et al. Loneliness in Older Adults Living with HIV. *AIDS Behav*. 2018;22(5):1475–84.
41. Heestermans T, Browne JL, Aitken SC, Vervoort SC, Klipstein-Grobusch K. Determinants of adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults in sub-Saharan Africa: A systematic review. *BMJ Glob Heal*. 2016;1(4):1–13.
42. Öktem P. The Role of the Family in Attributing Meaning to Living With HIV and Its Stigma in Turkey. *SAGE Open*. 2015;5(4).
43. Burhan R. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Perempuan Terinfeksi HIV/AIDS. *Kesmas Natl Public Heal J*. 2013;8(1):33.
44. Wulandari Y. Hubungan Karakteristik Pasien dengan Tingkat Kepatuhan Terapi ARV di Rawat Jalan UPIPI Rumah Sakit DR. Soetomo. *Kesmas Natl Public Heal J*. 2015;9(1):1–6.
45. Sofro MAU, Hidayanti E. A social support for housewives with HIV/AIDS through a peer support group. *Psikohumaniora J Penelit Psikol*. 2019;4(1):77.
46. Galistiani GF, Lia Mulyaningsih. Kepatuhan Pengobatan Antiretroviral Pada Pasien HIV/AIDS di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Media Farm J Ilmu Farm*. 2013;10(2):94–103.
47. Marino P, Simoni JM, Louise Bordeaux Silverstein. Peer Support to Promote Medication Adherence Among People Living with HIV/AIDS: The Benefits to Peers. *Soc Work Heal Care*. 2007;45(1):67–80.
48. Wouters E, Van Rensburg DJ, Meulemans H. Role of communities in HIV/AIDS care. *Health Aff*. 2010;29(6):1275. 