

ARTIKEL PENELITIAN**Determinan Akses Pelayanan Kesehatan Rendah pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Jambi**Eliza Syafni,¹ Nur Alam Fajar,² Rico Januar Sitorus³¹ Mahasiswa Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya, Indonesia^{2,3} Dosen Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya, Indonesia**Abstrak**

Peningkatan jumlah orang yang hidup dengan HIV disebabkan oleh kurangnya akses ke layanan pengobatan dan pencegahan HIV. Hal ini akan berdampak pada penurunan kesehatan ODHA. Tujuan penelitian ini, yaitu menganalisis determinan rendahnya akses pelayanan kesehatan pada orang dengan HIV/AIDS di Kota Jambi. Penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif dengan pendekatan *crosssectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* sehingga diperoleh 244 responden terinfeksi HIV/AIDS. Lokasi penelitian berada di Fasilitas Kesehatan Kota Jambi dan dilaksanakan pada 21 Maret–31 April tahun 2022. Hasil penelitian menunjukkan bahwa di antara 244 responden, 57,4% memiliki kualitas layanan yang buruk dan 42,6% berpendapat bahwa kualitas fasilitas sanitasi lebih baik. Hasil uji *chi-square* menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan signifikan dengan akses pelayanan kesehatan adalah sanitasi ($p = 0,000$), pengetahuan ($p = 0,000$), dan lingkungan ($p = 0,003$), sedangkan variabel stigma ($p = 0,852$), dukungan keluarga ($p = 0,243$), pendidikan ($p = 0,569$), jenis kelamin ($p = 1,000$), usia ($p = 0,260$) tidak berhubungan secara signifikan. Selain itu, hasil uji regresi logistik berganda diperoleh variabel yang memengaruhi akses pelayanan kesehatan pada orang dengan HIV/AIDS, yaitu pengetahuan tentang ARV setelah dikontrol oleh variabel jenis kelamin dan kualitas pelayanan kesehatan yang paling dominan memengaruhi akses pelayanan kesehatan dengan nilai Exp (B) 8,220. ODHA yang berpengetahuan kurang tentang ARV akan berisiko 8 kali lebih mungkin mengakses pelayanan kesehatan yang kurang baik dibanding dengan ODHA yang berpengetahuan baik.

Kata kunci: Akses ke pelayanan kesehatan, HIV/AIDS, ODHA**Determinants of Low Health Service Access for People with HIV/AIDS (PLWHA) in Jambi City****Abstract**

The increase in the number of people living with HIV is due to a lack of access to HIV treatment and prevention services. This will have an impact on decreasing the health of PLWHA. The purpose of this study was to analyze the determinants of low access to health services for people with HIV/AIDS in Jambi City. This study uses a quantitative research design with a cross-sectional approach. The sampling technique used purposive sampling so that 244 respondents were infected with HIV/AIDS. The research location is at the Jambi City Health Facility and was carried out on March 21-April 31, 2022. The results showed that among 244 respondents, 57.4% had poor service quality and 42.6% thought that the quality of sanitation facilities was better. The results of the chi-square test showed that the variables that were significantly related to access to health services were sanitation ($p = 0.000$), knowledge ($p = 0.000$) and the environment ($p = 0.003$), while the stigma variable ($p = 0.852$), family support ($p = 0.243$), education ($p = 0.569$), gender ($p = 1.000$), age ($p = 0.260$) were not significantly related. In addition, the results of the multiple logistic regression test obtained that the variables that affect access to health services for people with HIV/AIDS are knowledge of ARVs after being controlled by the variables of sex and the quality of health services that most dominantly affect access to health services with an Exp (B) value of 8.220. PLWHA who have less knowledge about ARV will be at risk 8 times more likely to access poor health services than PLWHA who have good knowledge.

Keywords: Access to health services, HIV/AIDS, PLHA

Received: 29 Jul 2022; Revised: 24 Agu 2022; Accepted: 25 Agu 2022; Published: 31 Jul 2022

Korespondensi: Eliza Syafni, Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya, Indonesia. I.Palembang Prabumulih Km.32 Indralaya Sumatera Selatan 30662, Provinsi Sumatera Selatan. E-mail: elizasyafni451@yahoo.com

Pendahuluan

Human immunodeficiency virus (HIV) adalah virus yang memerangi sistem imun tubuh, melemahkannya dan mengakibatkan orang rentan terkena beranekaragam penyakit. *Acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS) adalah sekelompok gejala yang mengurangi kemampuan untuk mempertahankan diri yang disebabkan oleh virus HIV.¹ Kasus AIDS sendiri telah menjadi masalah di dunia hingga 680.000 orang meninggal karena AIDS.² Di Indonesia, 427.201 kasus ODHA (kasus HIV) telah tercatat secara kumulatif per Maret 2021, sedangkan 131.417 kasus HIV telah dilaporkan secara kumulatif pada bulan yang sama. Antara Januari 2021 hingga Maret 2021 (TW I) ditemukan 7.650 ODHA dan 6.762 ODHA di seluruh provinsi di Indonesia, terutama pada kelompok usia 25–49 (71,3%) dan laki-laki (69%). Faktor risiko sebanyak 27,2% homoseksual adalah LSL (26,3%) dan waria (0,9%). Jumlah kasus HIV-positif yang dilaporkan di Provinsi Jambi adalah 131 orang HIV dan AIDS 11 orang.⁴

Peningkatan tahunan jumlah orang yang hidup dengan HIV disebabkan oleh kurangnya akses ke layanan pengobatan dan pencegahan HIV. Strategi Jalur Cepat UNAIDS 2020 menyatakan bahwa negara-negara harus mencapai target untuk pengendalian AIDS global: pada tahun 2020 ada 5,90% orang dengan status HIV yang diketahui, 90% orang yang menerima layanan perawatan dan pengobatan, dan mengurangi infeksi baru menjadi 500.000 dan tanpa diskriminasi.⁵ Orang yang hidup dengan HIV memiliki akses yang lebih sedikit ke perawatan kesehatan karena takut dites HIV disebabkan mereka akan dikeluarkan jika hasilnya terungkap. Hal ini menyebabkan mereka menunda akses terhadap pelayanan kesehatan yang akan berdampak pada penurunan kesehatan ODHA.⁶ Orang yang hidup dengan HIV dan terlebih lagi orang yang diduga mengidap HIV mengalami pelecehan emosional, fisik, dan struktural.⁷ Takut mengalami stigma ini dapat menjadi penghalang utama untuk pengobatan.⁸ ODHA tidak hanya dipengaruhi oleh penyakit yang dideritanya, tetapi juga oleh stigma dan diskriminasi terkait penyakit.⁹

Data dari Dinas Kota Jambi jumlah kumulatif orang yang pernah masuk perawatan ke pelayanan kesehatan sebanyak 1.079 orang. ODHA yang mendapatkan pelayanan memilih lokasi perolehan pelayanan yang dekat dengan tempat tinggalnya (84%).¹⁰ Hal ini sejalan dengan regulasi yang diharapkan BPJS sehingga dipilih fasilitas kesehatan dasar (FKTP) yang dekat dengan tempat tinggal mereka. Namun, satu dari empat orang yang hidup dengan HIV menggunakan layanan medis di luar alamat rumah mereka, terutama pekerja seks perempuan. Alasannya karena institusi medis yang menangani kasus ini terbatas, tidak mau orang lain tahu, atau karena pekerjaannya.¹¹

Stigma negatif terhadap ODHA menyebabkan terabaikannya pengelolaan penyakit, terutama jika stigma dan diskriminasi datang dari petugas kesehatan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Davies & Najmah, 2020) didapatkan bahwa stigma negatif terkait HIV dari tenaga kesehatan belum hilang yang mengakibatkan orang dengan HIV positif apabila mengakses layanan kesehatan cenderung akan menutupi status HIV mereka. Untuk meningkatkan akses ke layanan kesehatan maka stigma, rasa malu serta kerahasiaan seputar HIV harus dihilangkan.¹²

Penelitian (Basri, 2018) menyatakan bahwa faktor internal utama yang mendukung kepatuhan dalam akses ke layanan perawatan kesehatan adalah intrinsik untuk kelangsungan hidup pasien, kesadaran yang tinggi akan fungsi dan manfaat obat antiretroviral, dan keyakinan terhadap agama/keyakinan mereka. Alasan kepatuhan yang paling sering dikutip adalah motivasi pasien untuk hidup atau sembuh.¹³ Menurut penelitian (Dewi dkk., 2019) menyatakan bahwa determinan penentu kesehatan adalah faktor ekonomi seperti status kerja, kemiskinan, pengangguran yang merupakan penentu dalam mempengaruhi kesehatan. Orang yang hidup dengan HIV/AIDS akan bergantung secara finansial sehingga membatasi akses mereka ke layanan medis dan harus menunda tes bahkan jika mereka memiliki gejala penyakit karena mereka menunggu sampai biaya pengobatan dapat dibayar.¹⁴ Tujuan penelitian ini adalah mengetahui determinan rendahnya akses pelayanan kesehatan di Kota Jambi.

Metode

Pendekatan *cross sectional* dan desain penelitian kuantitatif digunakan dalam penelitian ini. Survei digunakan sebagai metode dalam penelitian ini. Variabel independen, yaitu karakteristik responden, dukungan keluarga, fasilitas pelayanan, pengetahuan ARV, dan stigma ODHA. Variabel dependen, yaitu akses ke pelayanan kesehatan. Cara mengukur semua variabel menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitas.

Teknik pengambilan sampel adalah *purposive sampling*. Lokasi penelitian berada di Fasilitas Kesehatan Kota Jambi (Puskesmas, RS Raden Mataher Jambi, RS Abdul Manap, RS Theresia dan LSM Kanti Sehati Jambi). Penelitian dilaksanakan pada 21 Maret–31 April tahun 2022. Kriteria pengambilan sampel, yaitu orang dengan HIV/AIDS yang melakukan kunjungan ke Pusat Pelayanan Kesehatan di Kota Jambi, ODHA yang tidak memiliki keterbatasan mental, ODHA yang tidak tunawicara dan tunarungu, serta kooperatif. Jumlah responden adalah 244 orang.

Analisis yang digunakan adalah analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis univariat bertujuan mengetahui distribusi frekuensi dan

persentase variabel independen yang meliputi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan), dukungan keluarga, fasilitas pelayanan, pengetahuan ARV, dan stigma ODHA; serta variabel dependen, yaitu akses ke pelayanan kesehatan. Analisis bivariat bertujuan menganalisis dan mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen penelitian ini adalah karakteristik responden, dukungan keluarga, fasilitas pelayanan, pengetahuan ARV, dan stigma ODHA. Sementara itu, variabel dependen adalah akses pelayanan kesehatan. Analisis bivariat menggunakan *chi-square*. Analisis multivariat bertujuan menganalisis hubungan antara variabel independen yang lebih dominan dalam memengaruhi variabel independen. Analisis multivariat menggunakan regresi logistik. Penelitian ini telah disetujui secara etik oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya, Nomor 091/UN9.FKM/TU.KKE/2022.

Hasil

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Karakteristik

Variabel	Jumlah (n=244)	Persentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	184	75,4
Perempuan	60	24,6
Usia (tahun)		
≤45	210	86,1
> 45	34	13,9
Pendidikan		
Pendidikan Tinggi (Tamat SMA/ Sederajat, tamat D3, Tamat S1)	58	23,8
Pendidikan Rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD, tamat SD, SMP)	186	76,2
Terinfeksi		
Hubungan seks	203	83,2
Transfusi darah	1	0,4
Penggunaan jarum suntik	27	11,1
Transplantasi organ	1	0,4
Ibu ke anak	9	3,7
Lainnya	1	0,4
Tidak menjawab	2	0,8
Mengalami stigma negatif		
Ya	30	12,3
Tidak	213	87,3
Tidak menjawab	1	0,4
Status Pernikahan		
Menikah	73	29,9
Tidak menikah	131	53,7
Janda	21	8,6
Duda	19	7,8
Pekerjaan		
PNS	7	2,9
Pegawai swasta	54	22,1
Wiraswasta	79	32,4
Buruh	29	11,9
Pelajar/mahasiswa	17	7,0
IRT	35	14,3
Tidak bekerja	23	9,4

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (75,4%). Usia ≤45 tahun (86,1%). Mayoritas memiliki tingkat pendidikan rendah (76,2%). Mayoritas responden tertular melalui hubungan seks (83,2%), mayoritas responden tidak mengalami stigma negatif (87,3%), sedangkan responden yang mengalami stigma negatif sebanyak 12,3% dan 0,8% sisanya memilih tidak menjawab pertanyaan.

Mayoritas akses pelayanan kesehatan memiliki akses yang baik, yaitu sebanyak 55%. Kebanyakan responden memiliki dukungan keluarga yang baik (82,3%). Mayoritas responden memiliki pelayanan fasilitas kesehatan yang kurang baik (57,4%). Lebih dari setengah responden memiliki pengetahuan tentang ARV yang baik (69,1%). Sebagian besar memiliki stigma pada ODHA yang kurang baik, yaitu sebanyak 51,8%. Kebanyakan responden berstatus menikah (53%). Responden paling banyak memiliki pekerjaan sebagai wiraswasta sebesar 32,7%.

Tabel 2 Hubungan Usia dengan Akses ke Pelayanan Kesehatan

Variabel	Akses ke Faskes						PR (95% CI)	Nilai P
	Kurang Baik		Baik		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Usia (tahun)							0,784	
≤45	92	43,8	118	56,2	210	100	(0,560-	
> 45	19	55,9	15	44,1	34	100	1,097)	
Jenis kelamin							1,014	
Laki-laki	84	45,7	100	54,3	184	100	(0,736-	
Perempuan	27	45	33	55	60	100	1,399)	
Pendidikan							0,885	
Rendah	24	41,4	34	58,6	58	100	(0,628-	
Tinggi	87	46,8	99	53,2	186	100	1,246)	
Dukungan keluarga							1,2	
Kurang Baik	61	49,6	14	62	123	100	(0,91-	
Baik	50	43,1	71	58,7	121	100	1,5683)	
Fasilitas kesehatan							2,006	
Kurang Baik	81	57,9	59	42,1	140	100	(1,437-	
Baik	30	28,8	74	71,2	104	100	2,799)	
Stigma							1,036	
Kurang Baik	59	46,5	68	53,5	127	100	(0,786-	
Baik	52	44,4	65	55,6	117	100	1,364)	
Pengetahuan							3,281	
Kurang	48	69,6	21	30,4	69	100	(2,198-	
Cukup	52	47,7	57	52,3	109	100	4,896)	
Baik	11	16,7	55	83,3	66	100		

Hasil analisis bivariat usia dengan akses ke pelayanan kesehatan menggunakan *chi square*, didapatkan nilai p sebesar 0,260 nilai ini lebih besar dari α (0,05) maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia dan akses ke pelayanan

kesehatan.

Setelah melakukan pengujian *confounding*, tahap selanjutnya adalah *final modeling*. Hasil pemodelan akhir dari analisis multivariat penelitian ini ditunjukkan pada tabel. Hasil analisis multivariat menunjukkan faktor yang memengaruhi akses

Tabel 3 Hasil Pemodelan Akhir Analisis Multivariat Faktor yang Memengaruhi Akses Ke Pelayanan Kesehatan

Variabel	Nilai P	OR	95%CI	
			Low	Up
Jenis Kelamin	0,878	1,052*	0,551	2,007
Fasilitas Kesehatan	0,085	1,735*	0,928	3,245
Pengetahuan ARV	0,00	8,220	3,331	20,285

pelayanan pada ODHA di Jambi adalah pengetahuan tentang ARV setelah dikontrol oleh variabel jenis kelamin dan kualitas pelayanan kesehatan. Faktor pengetahuan inilah yang merupakan faktor paling dominan dalam memengaruhi akses pelayanan pada ODHA di Jambi. ODHA yang berpengetahuan kurang tentang ARV akan berisiko 8 kali lebih mungkin untuk mengakses pelayanan kesehatan yang kurang baik dibanding dengan ODHA yang berpengetahuan baik.

Pembahasan

Seseorang dengan usia yang semakin bertambah maka akan cenderung lebih memperhatikan kesehatannya. Responden dengan kategori usia ≤ 45 tahun cenderung memiliki akses yang baik ke pelayanan kesehatan; sedangkan kategori usia < 45 tahun sebaliknya, yaitu kurang baik. Hal ini berkaitan dengan faktor-faktor lain yang lebih dominan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan juga dapat dipengaruhi oleh kebutuhan individu masing-masing. Kebutuhan tersebut dapat berupa kerentanan terhadap penyakit dan harapan individu tentang manfaat yang dapat diperoleh dari pelayanan kesehatan. Ada beberapa faktor yang memengaruhi perilaku menggunakan pelayanan kesehatan, seperti sikap, pengetahuan, stigma, dukungan keluarga, dan jenis kelamin.¹⁵ Berdasarkan hasil penelitian dan studi literatur terdahulu maka terlihat bahwa tidak ada hubungan antara usia dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Usia bukanlah variabel utama dalam mengakses layanan kesehatan. Hal ini terjadi sebagai akibat dari variabel-variabel yang terhubung lebih lanjut yang membatasi akses ODHA terhadap layanan di Kota Jambi.

Tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin responden dan akses ke pelayanan kesehatan. Remaja yang sering menggunakan pelayanan kesehatan

reproduksi adalah laki-laki. Jenis kelamin tidak hanya berbeda secara biologis, tetapi juga berkaitan dengan peran dan tanggung jawab setiap orang. Oleh karena itu, dalam penelitian ini, laki-laki dan perempuan diklasifikasikan menurut akses mereka ke pelayanan kesehatan. Bahkan, selain variabel jenis kelamin, mungkin ada faktor lain yang memengaruhi.¹⁶

Menurut temuan penelitian dan kajian penelitian terdahulu, dapat diketahui bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dan akses ke pelayanan kesehatan di Kota Jambi. Secara data statistik, responden laki-laki dan perempuan juga tergolong dalam kategori baik dalam memperoleh akses ke pelayanan kesehatan. Dengan demikian, perlu dilakukan analisis mengenai variabel atau faktor-faktor lainnya yang dapat memengaruhi akses ke pelayanan kesehatan. Terdapat 41,4% responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah dan memiliki akses ke fasilitas kesehatan yang kurang, sedangkan terdapat 58,6% memiliki tingkat pendidikan tinggi dan memiliki akses ke fasilitas kesehatan yang baik.

Tidak terdapat hubungan tingkat pendidikan responden dengan akses fasilitas kesehatan. Di sisi lain, penelitian yang konsisten dengan hasil ini memaparkan bahwa tidak ada hubungan tingkat pendidikan dan kepuasan pasien dengan konseling kesehatan reproduksi.¹⁷ Penelitian lain juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara variabel pendidikan dan perilaku pencegahan HIV pada ODHA wanita.¹⁸ Berdasarkan penelitian dan analisis yang dilakukan, tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dan kemampuan responden dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hal ini karena mayoritas responden baik dengan tingkat pendidikan rendah maupun tinggi sama-sama memiliki akses ke pelayanan kesehatan dengan kategori baik. Pendidikan yang tinggi dapat memberikan pemahaman terkait wawasan yang lebih baik tentang akses pelayanan kesehatan khususnya bagi ODHA di Kota Jambi.

Variabel dukungan keluarga responden dan akses terhadap pelayanan kesehatan tidak memiliki hubungan. Temuan ini menguatkan temuan penelitian yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dan sering menggunakan layanan CST.¹⁵ Studi lain, dipandu oleh LSM Graha Mitra Semarang menunjukkan korelasi antara motivasi dan dukungan keluarga di antara individu yang terinfeksi dan kepatuhan terhadap pengobatan ARV.¹⁶ Hasil yang sesuai juga berdasarkan penelitian Susyanty dkk. bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat ARV pada ODHA KDS Sehati Madiun, 2016. Di sinilah penting dukungan keluarga dalam memacu ODHA untuk menguatkan dan memberikan semangat yang lebih untuk kesembuhan. Oleh karena itu, variabel dukungan keluarga menjadi penting agar ODHA termotivasi untuk memanfaatkan akses pelayanan kesehatan.¹⁷ Kualitas fasilitas

kesehatan berhubungan dengan akses ke fasilitas kesehatan. Nilai *Prevalence Risk* menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan yang kurang baik akan berisiko 2 kali lebih besar memiliki akses ke fasilitas kesehatan yang kurang baik. Penelitian Supriyantoro dkk. meyakini 95% bahwa kualitas fasilitas kesehatan yang buruk merupakan faktor risiko kurang baiknya akses ke fasilitas kesehatan dengan rentang CI antara 1,437–2,799.²⁴

Seperti yang juga dikemukakan oleh teori Lawrence Green, perilaku dipengaruhi oleh faktor pendukung, yaitu fasilitas, sarana, atau prasarana yang memfasilitasi perilaku seseorang menjadi teratur.²¹ Seseorang yang akan melakukan konsultasi atau pemeriksaan terhadap penyakit yang dideritanya cenderung akan mudah apabila tersedia fasilitas yang memadai dan terjangkau. Berdasarkan temuan tersebut dapat dilihat ada hubungan antara sanitasi dan akses pelayanan kesehatan yang artinya sangat berpengaruh. Oleh karena itu, fasilitas menjadi salah satu faktor penting yang memengaruhi akses pelayanan kesehatan di Kota Jambi.²¹

Tidak terdapat hubungan antara stigma pada ODHA dan akses ke fasilitas kesehatan. Temuan ini sejalan dengan temuan sebelumnya tentang hubungan stigma dengan interaksi sosial ODHA.¹⁵ Stigma negatif pada ODHA yang masih tinggi di kalangan masyarakat dapat memengaruhi mental psikologis pada ODHA. Oleh karena itu, perlu dilakukan sosialisasi atau pemberian informasi kepada masyarakat agar tidak terjadi stigma negatif dan memunculkan diskriminasi. Selain itu, stigma negatif juga dapat menurunkan motivasi ODHA untuk melakukan pengobatan di pelayanan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara stigma pada ODHA dan akses ke pelayanan kesehatan di Kota Jambi.

Pengetahuan tentang ARV berhubungan dengan akses ke fasilitas kesehatan. Nilai *Prevalence risk* menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang kurang akan berisiko 3,2 kali lebih besar untuk memiliki akses ke fasilitas kesehatan yang kurang baik. Temuan ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Duong dkk. terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, pengetahuan tentang pengobatan ARV menjadi sangat penting untuk diketahui oleh ODHA. Selain itu, tingkat pengetahuan yang tinggi terkait HIV/AIDS dapat mentransformasi perilaku dan mengelola status penyakit, memungkinkan mereka untuk bertahan hidup lebih lama, dan sering kali lebih dapat menerima obat antiretroviral.²⁵

Analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor yang memengaruhi akses pelayanan ODHA di Jambi adalah pengetahuan tentang obat antiretroviral sesudah dikontrol dengan variabel jenis kelamin dan kualitas pelayanan kesehatan. Temuan ini

sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Situmeang, bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, pengetahuan tentang pengobatan ARV menjadi sangat penting untuk diketahui oleh ODHA. Selain itu, tingkat pengetahuan HIV/AIDS yang tinggi dapat mengubah perilaku dan mengendalikan status penyakit, memungkinkan mereka bertahan hidup lebih lama, dan cenderung mematuhi pengobatan antiretroviral.¹⁵

Keputusan berobat juga dipengaruhi oleh faktor pendorong yang mungkin terjadi secara individu/bersamaan bergantung pada nilai, keyakinan dan sikap, termasuk tingkat keparahan penyakit, interaksi sosial, dan kondisi orang yang mengalami gejala. Gangguan tersebut memengaruhi aktivitas sosial dan dukungan sosial/lainnya. Perawatan yang direkomendasikan jika gejala tidak sembuh dalam jangka waktu tertentu jika gejala dianggap oleh terapis mengganggu aktivitas fisik.²⁵

Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian antara lain masih terdapat ODHA yang takut pada saat pengambilan data. Masih terdapat ODHA yang tidak bersedia menjadi responden pada saat pengambilan data sehingga beberapa informasi tidak dapat didokumentasikan.

Simpulan

Faktor yang memengaruhi akses pelayanan pada ODHA di Jambi adalah pengetahuan tentang ARV setelah dikontrol oleh variabel jenis kelamin dan kualitas pelayanan kesehatan. Faktor pengetahuan inilah yang merupakan faktor paling dominan dalam memengaruhi akses pelayanan pada ODHA di Jambi. Pengetahuan yang baik tentang ARV di layanan kesehatan berhubungan positif dengan penggunaan layanan kesehatan, meskipun stigma masih ada di layanan kesehatan. ODHA yang berpengetahuan kurang tentang ARV akan berisiko 8 kali lebih mungkin untuk mengakses pelayanan kesehatan yang kurang baik dibanding ODHA yang berpengetahuan baik. Dukungan sosial yang lebih tinggi yang diterima dikaitkan dengan pemanfaatan layanan kesehatan yang lebih tinggi untuk wanita yang hidup dengan HIV/AIDS.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang terlibat dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Basri A. Determinan sosial “quality of life” orang dengan HIV dan AIDS (ODHA). *Indones J Health Promotion*. 2018;1(3),104–11. Tersedia dari: <https://doi.org/10.31934/mppki.v1i3.313>
2. Berek PAL, Bubu W. Hubungan antara umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dengan stigmatisasi terhadap orang dengan HIV/AIDS di RSUD Mgr.. *J Sahabat Keperawatan*. 2019;1:36–43.
3. Bruchfeld J, Correia-Neves M, Källenius G. Tuberculosis and HIV coinfection: cold spring. *Harb Perspect Med*. 2015;5(7):a017871.
4. Bustreo F, Say L, Koblinsky M, Pullum TW, Temmerman M, Pablos-Méndez A. Ending preventable maternal deaths: the time is now. *Lancet Glob Health*. 2013;(4):e176–7.
5. Dalimunthe EM, Sitompul SA. Pengaruh penyuluhan HIV/AIDS dengan metode ceramah terhadap tingkat pengetahuan siswa SMA Negeri 4 Kota Padangsidimpuan tahun 2016. *J Keperawatan UNSRAT*. 2016;1(2),7.
6. Davies SG, Najmah. Im/moral healthcare: HIV and universal health coverage in Indonesia. *Sexual Reproductive Health Matters*. 2020;28(2), 1785377. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1785377>
7. Dewi DMSK, Wulandari LPL, Wirawan DN. Determinan sosial kerentanan perempuan terhadap penularan IMS dan HIV. *J of Public Health Res Community Health Development*. 2019;2(1),22. Tersedia dari: <https://doi.org/10.20473/jphrecode.v2i1.16250>
8. Elianda Y, Rahmawati DE. Collaborative governance in HIV and AIDS prevention in Sleman District 2018. *J Gov Civ Soc*. 2020;4(1):99.
9. Fauci AS, Marston HD. Ending the HIV–AIDS pandemic — follow the science. *N Engl J Med*. 2015;3(23):2197–9.
10. Komariah K, Perbawasari S, Nugraha AR, Budiana HR. Pola komunikasi kesehatan dalam pelayanan dan pemberian informasi mengenai penyakit tbc pada puskesmas di Kabupaten Bogor. *J Kaji Komun*. 2013;1(2):13.
11. Kristina Y, Suweni K, Tiku I. The difference medical compliance ARV in patients non- TB HIV and TB-HIV patients in the Dots Room Jayapura Public Hospital. *HIV Med*. 2021;2(5):4.
12. Lahdji A, Setiawan MR, Purnamasari WI. Faktor faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien BPJS di Klinik Penyakit Dalam RSUD Sunan Kalijaga Demak periode Mei-Oktober 2015. *Media Kesehat*.2016;5(2):7.
13. Maharani R. Stigma dan diskriminasi orang dengan HIV/AIDS (ODHA) pada pelayanan kesehatan di Kota Pekanbaru tahun 2014. *J Kesehat Komunitas*. 2014;2(5):8.
14. Pulerwitz J, Michaelis A, Weiss E, Brown L, Mahendra V. Reducing HIV-related stigma: lessons learned from Horizons Research and Programs. *Public Health Rep*. 2010;(2):272–81.
15. Situmeang R. Pengaruh pengawasan dan pengalaman kerja terhadap kinerja karyawan pada PT Mitra Karya Anugrah. *Asian J Innovation Entrepreneurship*. 2017;2(2):148–60.
16. Susilowati T, Sofro MA, Sari AB. Faktor risiko yang mempengaruhi kejadian HIV/AIDS di Magelang. *Rekam Medis Informasi Kesehatan*. 2020;11.
17. Susyanty AL, Handayani RS, Sugiharti S. Keterjangkauan biaya untuk mendapatkan pengobatan pada anak dengan HIV AIDS dan infeksi oportunistik. *Media Peneliti Pengembangan Kesehat*. 2017;27(3):161–8.
18. Giedion U, Andres E, Diaz Y, The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. *Universal Health Coverage Studies Series (UNICO)*. 2013.
19. DJSN. Peta Jalan menuju jaminan kesehatan nasional 2012-2019. Edisi Ringkas. Jakarta: DJSN; 2012.
20. BPJS Kesehatan, Peserta Program JKN, Website BPJS Kesehatan. 2019 [Daring]. (di unduh 23 Maret 2019. Tersedia dari: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>.
21. Kemenkes RI. ODHA berhak mendapatkan jaminan kesehatan. Kemenkes RI. 2012. [Daring]. 2012. (di unduh 05 Maret 2019. Tersedia dari: <http://www.depkes.go.id/article/view/2142/odha-berhak-mendapatkan-jaminan-kesehatan.html>.
22. Ryan. *Sample size determination and power*. Chicago:John Wiley & Sons;2013.
23. Kemenkes RI, IAC. *Buku panduan jaminan kesehatan nasional (JKN) bagi populasi kunci*. Jakarta: Kemenkes RI; 2016.
24. Supriyantoro, Harimat Hendarwan, Youth Savithri. Studi kasus implementasi paket manfaat jaminan kesehatan daerah (Jamkesda), *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2014;17(4):327–36.

25. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Pham TV, Pham KM, Truong TQ, dkk. Measuring health literacy in Asia: validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol.* 2017;27(2):80–6.