

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PASIEN HIV/AIDS DENGAN
KEPATUHAN TERAPI ARV DI POLI VCT TAHUN 2015**



Oleh :

FERA AYUDIATI SHINTA

11046927101

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2015

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PASIEN HIV/AIDS DENGAN
KEPATUHAN TERAPI ARV DI POLI VCT TAHUN 2015**



Oleh :

FERA AYUDIATI SHINTA

11046927101

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2015

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PASIEN HIV/AIDS DENGAN
KEPATUHAN TERAPI ARV DI POLI VCT TAHUN 2015**

SKRIPSI

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA
2015**



SURAT PERNYATAAN

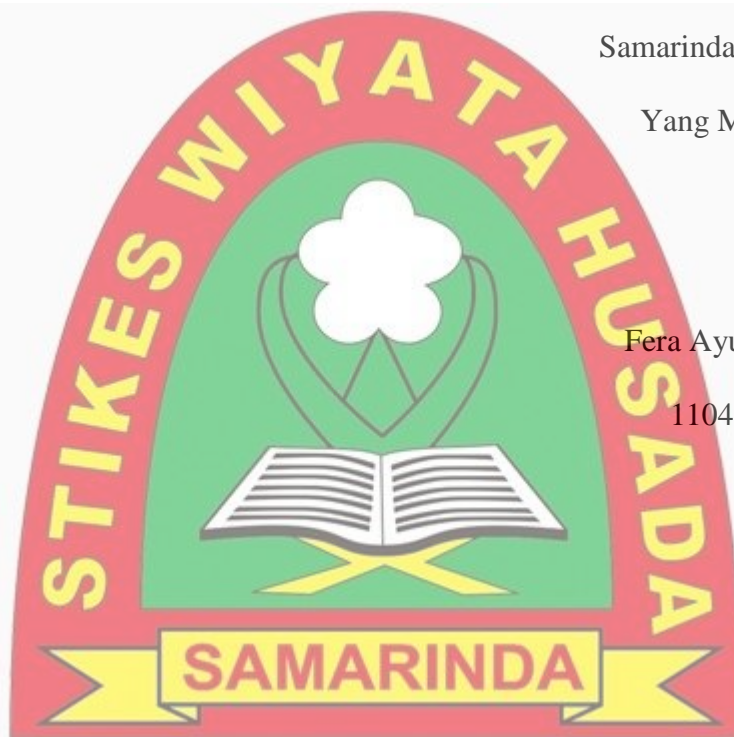
Saya bersumpah usulan penelitian ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi Manapun.

Samarinda, Januari 2015

Yang Menyatakan

Fera Ayudiati Shinta

11046927101



HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PASIEN HIV/AIDS DENGAN
KEPATUHAN TERAPI ARV DI POLI VCT
TAHUN 2015**

Disusun Oleh:

FERA AYUDIATI SHINTA
11.0469.271.01

Telah dipertahankan ~~didepan~~ dewan penguji
Pada tanggal 15 Agustus 2015

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. **Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep** (.....)
NIK:113072.83.11.023
2. **Sholichin, S.Kp., M.Kep., CWCCSA** (.....)
NIDN:3409047001
3. **Ns. Siti Kholifah, S.Kep** (.....)
NIK:113072.89.13.039

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi
SI Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Muljono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.74.13.045

Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.82.09.006

ABSTRAK

HUBUNGAN PENGETAHUAN PASIEN HIV/AIDS DENGAN KEPATUHAN TERAPI ARV DI POLI VCT TAHUN 2015

Oleh : Fera Ayudiati Shinta

AIDS (*Acquireed Imuno Deficiency Syndrome*) adalah sekumpulan gejala penyakit yang menyerang tubuh manusia sesudah system kekebalan tubuhnya dirusak oleh virus HIV (*Human Deficiency Virus*). Sehingga penderita AIDS mudah terserang berbagai jenis infeksi yang bersifat oportunistik. ARV (anti retroviral) adalah terapi yang diberikan kepada penderita AIDS untuk menghentikan aktifitas virus HIV memulihkan sistem imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik, memperbaiki kualitas hidup dan menurunkan kecacatan. Tingkat kepatuhan tinggi diperlukan untuk mendapatkan keberhasilan terapi ARV dan mencegah terjadinya resistensi. Salah satu faktor yang menentukan kepatuhan terapi ARV. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan pengetahuan pasien HIV/AIDS dengan kepatuhan terapi ARV di poli VCT.

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *Descriptive Correlation* dengan pendekatan *cross sectional*. Tehnik sampling yang digunakan *Accidental Sampling* dan menggunakan uji *Chi Square*. Sampel dalam penelitian ini didapatkan 64 responden. Pengetahuan dan Kepatuhan diukur dengan menggunakan kuisioner.

Hasil uji didapatkan nilai $p=0,150 > (0,05)$. Melihat dari hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa tidak ada hubungan pengetahuan pasien HIV/AIDS dengan kepatuhan terapi ARV di poli VCT.

Kata kunci : ARV, HIV/AIDS, Pengetahuan, Kepatuhan.

ABSTRACT

RELATIONSHIP STUDY BETWEEN HIV/AIDS PATIENTS KNOWLEDGE ABOUT
HIV/AIDS TREATMENT WITH ARV TREATMENT WITH ARV TREATMENT
ADHERENCE IN VCT CLINIC, 2015

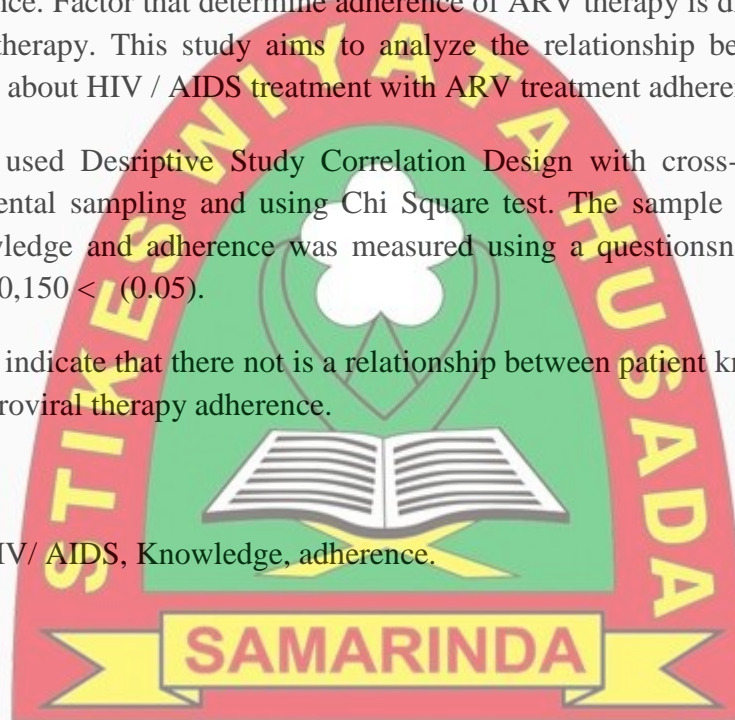
By : Fera Ayudiati Shinta

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) is a set of symptoms of a disease that attacks the human body after her immune system damaged by HIV (Human Deficiency Virus). So, AIDS patients prone to various types of opportunistic infections. ARV (anti-retroviral) therapy is given to patients with AIDS to stop the activity of the virus, restoring the immune system and reduce the occurrence of opportunistic infections, improve quality of life and decrease disability. High level of adherence is required to get success in antiretroviral therapy and prevent resistance. Factor that determine adherence of ARV therapy is disease understanding and antiretroviral therapy. This study aims to analyze the relationship between HIV / AIDS patients knowledge about HIV / AIDS treatment with ARV treatment adherence in VCT clinic.

This study used Descriptive Study Correlation Design with cross-sectional. Sampling technique in accidental sampling and using Chi Square test. The sample in this study are 64 respondents. Knowledge and adherence was measured using a questionnaire. The test results obtained $p \text{ value} = 0,150 < (0,05)$.

Based on the result indicate that there not is a relationship between patient knowledge about HIV / AIDS with antiretroviral therapy adherence.

Keyword: ARV, HIV/ AIDS, Knowledge, adherence.



KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat yang selalu berlimpah kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS dengan Kepatuhan Terapi ARV Di Poli Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda” telah selesai. Skripsi ini disusun dalam rangkaian persyaratan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S1) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.

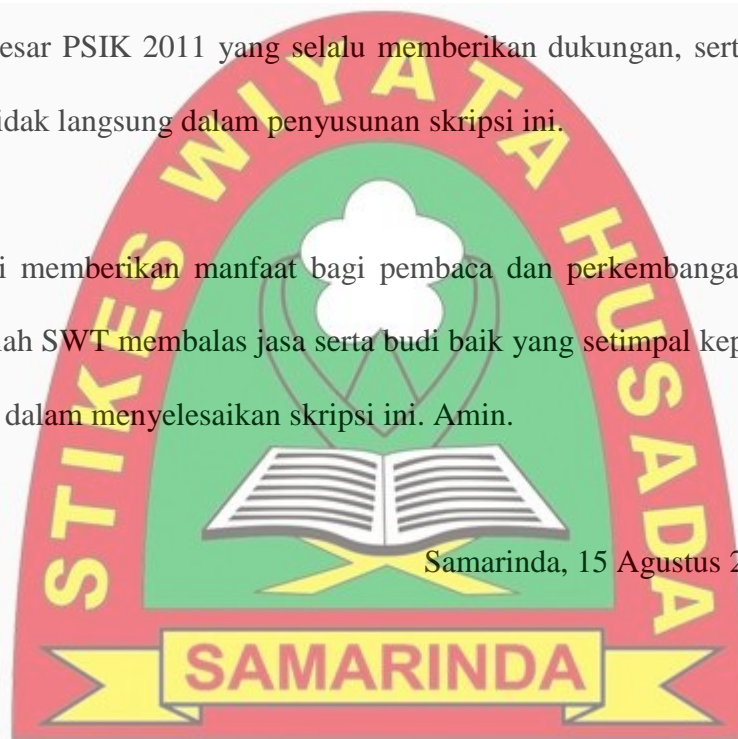
Penulisan Skripsi ini dapat terselesaikan atas dukungan berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Ns. Edy Mulyono M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. dr. Rachim Dinata, Sp.B., selaku Direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang telah memberikan izin untuk melakukan studi pendahuluan.
3. Ns. Sumiati Sinaga M.Kep., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
4. Ns. Chrisyen Damanik, M.Kep selaku Penguji Sidang Skripsi yang telah memberikan petunjuk dan bimbingan kepada penulis.
5. Ns. Sholichin M.Kep., selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan masukan, bimbingan, arahan dan saran dengan penuh kesabaran.

6. Ns. Siti Kholifah S.Kep., selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan masukan, bimbingan, arahan dan saran dengan penuh kesabaran.
7. Ayah dan Ibu saya tercinta beserta keluarga yang saya sayangi yang telah banyak membantu memberikan motivasi dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini
8. Seluruh sahabat saya Sugiarti Indah Sari Amd.Keb, Dwi Binti Sulikah, Riezha Eko Hermawan, Eko Prawito D.S., I Wayan Sana, Meki Susanto, Yelin, Deddy N.J. dan Muhammad Syahrani yang telah membantu dan mendukung dalam penyusunan skripsi ini.
9. Seluruh keluarga besar PSIK 2011 yang selalu memberikan dukungan, serta bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Skripsi ini memberikan manfaat bagi pembaca dan perkembangan di masa yang akan datang. Dan semoga Allah SWT membalas jasa serta budi baik yang setimpal kepada pihak-pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Amin.

Samarinda, 15 Agustus 2015



Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul	i
Halaman persetujuan.....	ii
Halaman penetapan penelitian penguji	iii
Daftar isi.....	iv
Daftar skema	vi
Daftar Tabel	vii
Daftar lampiran	viii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah.....	4
C. Tujuan penelitian	5
1. Tujuan umum	5
2. Tujuan khusus.....	5
D. Manfaat penelitian.....	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori dan Konsep Terkait

I. Pengetahuan	7
a. Pengertian	7
b. Tingkat Pengetahuan.....	7
c. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	9
d. Katagori Pengetahuan	11
e. Pengukuran Pengetahuan	12
II. HIV/AIDS	12
a. Definisi HIV	12
b. Definisi AIDS	12
c. Etiologi HIV/AIDS	13
d. Cara Penularan HIV/AIDS	14
e. Patogenesis HIV/AIDS	16
f. Patofisiologi HIV/AIDS.....	18
g. Manifestasi Klinis	19
h. Pemeriksaan Laboratorium HIV/AIDS.....	22
i. Kebijakan dan Upaya Penanggulangan	23
III. Kepatuhan	25
a. Definisi	25
b. Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan	25
c. Tiga Langkah Proses Kepatuhan	27
d. Unsur konseling Untuk Kepatuhan Berobat	28

IV. Terapi Antiretroviral (ARV)	29
a. Definisi	29
b. Tata Laksana Pemberian Terap ARV	30
c. Jenis ARV	32
d. Efek Samping.....	33
e. Tujuan Terapi ARV	35
f. Kriteria Untuk Memberikan Terapi ARV	36
V. Penelitian Terkait.....	37
B. Kerangka Teori	39
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL, HIPOTESA DAN	
DEFINISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Konsep Penelitian	40
B. Hipotesa Penelitian.....	41
C. Definisi Oprasional.....	41
BAB IV METODELOGI PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	44
B. Populasi dan Sampel	44
C. Tempat dan Waktu Penelitian	47
D. Alat Pengumpulan Data.....	47
E. Prosedur Pengumpulan Data	51
F. Pengolahan Data	52
G. Analisa Data	53
H. Etika Penelitian.....	55
BAB V HASIL PENELITIAN	
A. Deskripsi Lokasi Penelitian.....	58
B. Hasil Uji Normalitas Data.....	61
C. Hasil Analisa Univariat	62
D. Hasil Analisa Bivariat	64
BAB VI PEMBAHASAN	
A. Analisis Univariat.....	65
B. Analisis Bivariat	72
C. Keterbatasan Penelitian	73
BAB VII PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	75
B. Saran	75
Daftar Pustaka	

DAFTAR SKEMA

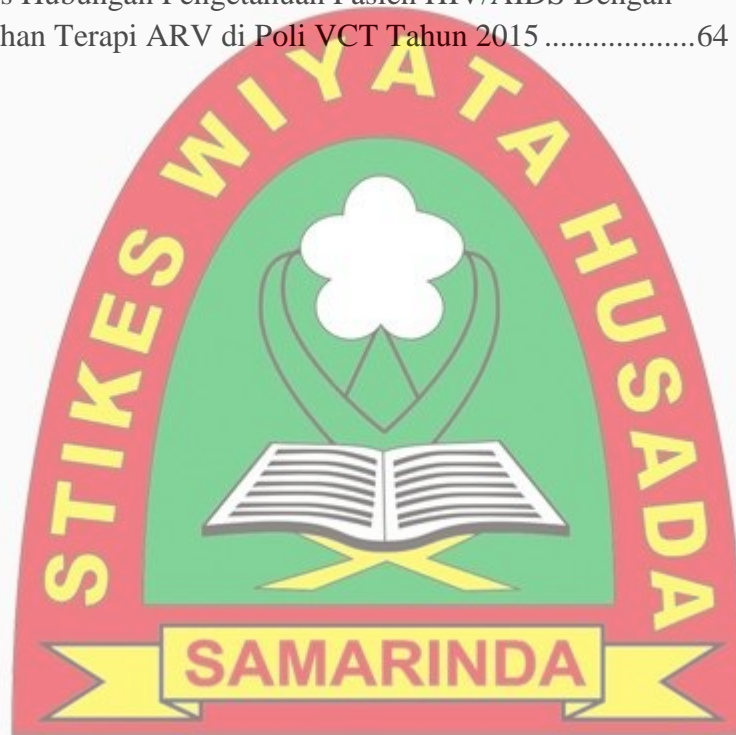
		Halaman
Skema 2.1	Kerangka Teori	40
Skema 3.1	Kerangka Konsep.....	41



DAFTAR TABEL

Ha laman

Table 2.1	Saat Memulai Terapi Pada ODHA	31
Tabel 3.2	Definisi Operasional	41
Tabel 5.1	Hasil Uji Normalitas Data Variabel Kepatuhan Terapi ARV di Poli VCT Tahun 2015	61
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS di Poli VCT Tahun 2015.....	62
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Pasien HIV/ AIDS di Poli VCT Tahun 2015.....	62
Tabel 5.4	Analisis Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS Dengan Kepatuhan Terapi ARV di Poli VCT Tahun 2015	64



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	A-1
Lampiran 2	B-1
Lampiran 3	C-1

Halaman



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus*, yaitu virus yang menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. Gejala-gejala timbul tergantung dari infeksi oportunistik yang menyertainya. Infeksi oportunistik terjadi oleh karena menurunnya daya tahan tubuh (kekebalan) yang disebabkan rusaknya sistem imun tubuh akibat infeksi HIV tersebut. AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome* yang merupakan dampak atau efek dari perkembangan biakan virus HIV dalam tubuh makhluk hidup. Sindrom AIDS timbul akibat melemah atau hilangnya sistem kekebalan tubuh karena sel CD4 pada sel darah putih yang banyak dirusak oleh Virus HIV (Depkes RI, 2003).

Sel darah putih yaitu CD4+ limfosit akan dimusnahkan secara progresif oleh HIV. Oleh karena limfosit bertindak sebagai pertahanan tubuh terhadap benda asing, infeksi dan kanker, maka apabila HIV telah memusnahkan CD4+ limfosit, tubuh lebih rentan untuk terkena infeksi (WHO, 2008). Menurut data dari *World Health Organization* (WHO) 2007 menunjukkan bahwa lebih kurang 33,2 juta orang terinfeksi dengan HIV, 2,5 juta mendapat infeksi itu per tahun dan 2,1 juta orang meninggal karena AIDS per tahun. Indonesia merupakan Negara di Asia yang mengalami jumlah penambahan yang tercepat (Hanifah, 2010).

Dalam waktu tiap 25 menit di Indonesia, terdapat satu orang baru terinfeksi HIV. Satu dari setiap lima orang yang terinfeksi di bawah usia 25 tahun. Proyeksi Kementerian Kesehatan Indonesia menunjukkan bahwa tanpa percepatan program penanggulangan HIV, lebih dari setengah juta orang di Indonesia akan positif HIV pada tahun 2014.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Velisitas Lumbanbatu dengan judul “faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) dalam menjalani terapi antiretroviral di RSUD DR. Pirngadi Medan tahun 2012” dari uji statistik menunjukkan bahwa adanya hubungan pengetahuan dengan kepatuhan ODHA menjalani terapi ARV.

Penyebaran virus HIV/AIDS di Provinsi Kalimantan Timur sudah tergolong tinggi yakni mencapai angka 2.070 orang penderita dari jumlah penduduk provinsi itu yang hanya sekitar 3,5 juta jiwa. sebaran kasus HIV/AIDS hampir seluruh daerah di Kaltim yakni Samarinda, Balikpapan, Tarakan, Kutai Kartanegara, Nunukan, Malinau, Kutai Timur, Kutai Barat, Berau, Paser, Bulungan, Panajam Paser Utara, Bontang, dan Tana Tidung. Kasus HIV/AIDS Kaltim menduduki urutan ke-17 dari 33 Provinsi di Indonesia. Posisi tersebut sangat mengkhawatirkan, bahkan Kota Samarinda menduduki urutan pertama dari 14 kabupaten/kota yang ada di Kaltim. penularan HIV/AIDS di Kaltim kebanyakan disebabkan penyalahgunaan narkoba, menggunakan jarum suntik dan hubungan seksual yang tidak aman dengan berganti-ganti pasangan. Adapun kelompok yang rentan terinfeksi HIV/AIDS adalah pada kelompok usia produktif yaitu usia 15-19 tahun, 20-29 tahun, 30-39 tahun. Sedangkan persentase terbesar pengidap HIV/AIDS berada di kelompok umur 20-29 tahun yang mencapai 54 persen (antarakaltim).

Penggunaan ARV (antiretroviral) pada pasien dengan hasil tes HIV positif merupakan upaya untuk memperpanjang umur harapan hidup penderita HIV/AIDS yang dikenal dengan istilah ODHA. Pendapat dari Notoadmojo (2010) bahwa pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin baik pula tingkat pengetahuannya. Penderita HIV yang berpengetahuan cukup akan berobat secara teratur dan terhindar dari ketidak patuhan, hal ini dapat dipahami karena dengan pengetahuannya tentang penyakit HIV, tentang pentingnya kesehatan dan perlunya berobat teratur maka mereka akan terdorong berobat secara teratur. Begitupun sebaliknya tingkat pengetahuan rendah akan mempunyai resiko tidak patuh karna kurang memahami tentang penyakit yang dideritanya sehingga cenderung malas minum obat dan hanya akan mencari pengobatan jika keadaan penyakitnya sudah parah. Perawatan komprehensif berkesinambungan adalah perawatan yang melibatkan suatu tim atau jejaring sumber daya dan pelayanan dukungan secara holistik untuk ODHA dan keluarganya, baik di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit sepanjang perjalanan penyakitnya dan seumur hidup (Kemenkes RI, 2011).

Berbagai kendala dialami ODHA dalam mengakses ARV, di antaranya keterbatasan pelayanan kesehatan seperti lokasi rumah sakit rujukan yang berada di perkotaan, serta pemeriksaan darah dan konseling secara rutin yang memerlukan biaya. Selain itu pemakaian jangka panjang menyebabkan timbulnya rasa bosan, kurang disiplin dan kekhawatiran akan timbulnya efek samping. Kemudian perilaku ODHA yang pola hidupnya tidak teratur, serta menghadapi stigma dan diskriminasi merupakan faktor lain yang menghambat penggunaan ARV.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Lumanbatu (2012) membuktikan bahwa dari hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan ODHA menjalani terapi ARV.

Studi awal pada hari Kamis 11 Desember 2014 tentang kepatuhan terhadap pengobatan HIV di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pasien yang berkunjung di klinik VCT pada tahun 2013 berjumlah 154 pasien, sedangkan pada tahun 2014 sampai bulan Nopember 2014 berjumlah 179 pasien. Dari hasil wawancara kepada 11 responden di dapatkan hasil 4 orang patuh dan 7 orang tidak patuh. Berdasarkan hasil wawancara didapatkan 11 orang responden yang berpengetahuan baik sebanyak 5 orang dan yang kurang baik sebanyak 6 orang. Beberapa orang responden memberikan keterangan bahwa jarak antara rumah mereka dengan klinik VCT sangat jauh dari tempat tinggal mereka sehingga mereka cenderung tidak disiplin dalam pengambilan obat ARV dan itu mempengaruhi kepatuhan mereka dalam meminum obat ARV. Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik mengambil riset dengan judul Hubungan Pengetahuan Pada Pasien HIV/AIDS Dengan Kepatuhan Terapi ARV Di Poli VCT RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan dari latar belakang tersebut, maka rumusan masalahnya adalah “Apakah Ada Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS Dengan Kepatuhan Terapi ARV Di Poli VCT”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui Adanya Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS Dengan Kepatuhan Terapi ARV Di Poli VCT RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi Pengetahuan Pasien HIV/AIDS Di Poli VCT RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- b. Mengidentifikasi Kepatuhan Terapi ARV Di Poli VCT RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- c. Mengidentifikasi Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS Dengan Kepatuhan Terapi ARV Di Poli VCT RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

1. Manfaat Teoritis

a. Intansi Pendidikan

Dari segi pengembangan ilmu, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan teori yang didapat dari



akademik untuk diterapkan di lapangan.

b. Instansi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam upaya keberhasilan terapi ARV pada penderita HIV/AIDS.

c. Bagi Responden

Diharapkan hasil penelitian ini mampu memberikan informasi tentang pengetahuan dengan kepatuhan terapi ARV kepada pasien HIV/AIDS untuk mengurangi tingkat ketidakpatuhan melaksanakan terapi ARV.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

I. Pengetahuan

a. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil “Tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu yang mana penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba yang sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2010).

Sesuai dengan pendapat Kuncoroningrat yang dikutip Nursalam & Siti Pariani (2001) bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai baru yang diperkenalkan.

b. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003) membagi 6 tingkat pengetahuan. Ada 6 tingkat pengetahuan yang dicapai dalam domain kognitif yaitu:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali terhadap

suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Untuk mengukur bahwa seseorang, tabu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefenisikan, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (*Comprehention*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar, orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya, aplikasi ini diartikan dapat sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*Analysys*)

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisa ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja dapat menggambarkan, membedakan, mengelompokkan dan seperti sebagainya. Analisis merupakan kemampuan untuk mengidentifikasi, memisahkan dan sebagainya.



5) Sintesis (Syntesis)

Adalah suatu kemampuan untuk meletakkan atau menggabungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formasi baru dari informasi-informasi yang ada misalnya dapat menyusun menggunakan dapat meringkaska, dapat menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responder kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui dapat kita lihat sesuai dengan tingkatan-tingkatan diatas.

c. **Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Ada beberapa factor yang mempengaruhi pengetahuan, yaitu :

1) Faktor Internal

a) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk

mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Menurut YB Mantra yang dikutip Notoatmodjo (2003), pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan (Nursalam, 2003) pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

b) Pekerjaan

Menurut Thomas yang dikutip oleh Nursalam (2003), pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Sedangkan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga.

c) Umur

Menurut Elisabeth BH yang dikutip Nursalam (2003), usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Sedangkan menurut Huclok (1998) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam

berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini akan sebagai dari pengalaman dan kematangan jiwa.

2) Faktor Eksternal

a) Faktor Lingkungan

Manurut Ann.Mariner yang dikutip dari Nursalam (2003) lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang ayau kelompok.

b) Sosial Budaya

System social budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

d. Katagori Pengetahuan

Menurut (Arikunto, 2006) mengemukakan bahwa untuk mengetahui secara kualitas tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang dapat dibagi

menjadi empat tingkat yaitu :

- 1) Tingkat pengetahuan baik bila skor atau nilai 76-100 %
- 2) Tingkat pengetahuan cukup bila skor atau nilai 56-75 %
- 3) Tingkat pengetahuan kurang bila skor atau nilai <56 %

e. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas. (Notoatmodjo, 2003).

II. HIV/AIDS

a. Definisi HIV

HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus* yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia sehingga tubuh menjadi rentan terhadap berbagai penyakit.

HIV merupakan singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus*, yaitu virus yang menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. Gejala-gejala timbul tergantung dari infeksi oportunistik yang menyertainya. Infeksi oportunistik terjadi oleh karena menurunnya daya tahan tubuh (kekebalan) yang disebabkan rusaknya sistem imun tubuh akibat infeksi HIV tersebut.

(Depkes RI, 2003).

b. Definisi AIDS

AIDS merupakan singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome* yang merupakan dampak atau efek dari berkembang biak virus HIV dalam tubuh makhluk hidup. Sindrom AIDS timbul akibat melemah atau menghilangnya

sistem kekebalan tubuh karena sel CD4 pada sel darah putih yang banyak dirusak oleh Virus HIV. (Depkes RI, 2003).

AIDS merupakan singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome* adalah suatu penyakit retrovirus yang disebabkan oleh HIV dan ditandai dengan imunosupresi berat yang menimbulkan infeksi oportunistik, neoplasma sekunder dan manifestasi neurologis (Vinnay Kumar, 2007).

HIV telah ditetapkan sebagai agens penyebab Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) AIDS adalah kumpulan kondisi klinis tertentu yang merupakan hasil akhir dari infeksi oleh HIV. (Sylvia Anderson Price, 2006).

c. Etiologi HIV/AIDS

Penyebab AIDS adalah sejenis virus yang tergolong Retrovirus yang disebut *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Virus ini pertama kali diisolasi oleh Montagnier dan kawan-kawan di Prancis pada tahun 1983 dengan nama Lymphadenopathy Associated Virus (LAV), sedangkan Gallo di Amerika Serikat pada tahun 1984 mengisolasi (HIV) III. Kemudian atas kesepakatan internasional pada tahun 1986 nama virus diubah menjadi HIV.

Human Immunodeficiency Virus adalah sejenis Retrovirus RNA. Dalam bentuknya yang asli merupakan partikel yang inert, tidak dapat berkembang atau melukai sampai ia masuk ke dalam sel target. Sel target virus ini terutama sel Lymphosit T, karena ia mempunyai reseptor untuk virus HIV yang disebut CD-4. Didalam sel Lymphosit T, virus dapat berkembang dan seperti retrovirus yang lain, dapat hidup lama dalam sel dalam keadaan inaktif. Walaupun demikian virus

dalam tubuh pengidap HIV selalu dianggap Infectious yang setiap saat dapat aktif dan dapat ditularkan selama hidup penderita tersebut.

Secara morfologis HIV terdiri atas 2 bagian besar yaitu bagian inti (core) dan bagian selubung (envelop). Bagian inti berbentuk silindris tersusun atas 2 untaian RNA (*Ribonucleic Acid*). *Enzym reverse transcriptase* dan beberapa jenis protein. Bagian selubung terdiri atas lipid dan glikoprotein (gp 41 dan gp 120). Gp 120 berhubungan dengan reseptor Lymfosit (T4) yang rentan. Karena bagian luar virus (lemak) tidak tahan panas, bahan kimia, maka HIV termasuk virus sensitive terhadap pengaruh lingkungan seperti air mendidih, sinar matahari dan mudah dimatikan dengan berbagai desinfektan seperti eter, aseton, alcohol, jodium hipoklorit dan sebagainya, tetapi relatif resisten terhadap radiasi dan sinar ultraviolet.

Virus HIV hidup dalam saliva, darah, semen, air mata dan mudah mati di luar tubuh. HIV dapat juga ditemukan dalam sel monosit, makrotag dan sel glia jaringan otak (Siregar, 2008).

d. Cara Penularan HIV/AIDS

Penularan HIV dapat terjadi melalui cairan tubuh yang mengandung HIV yaitu : air mani, darah, cairan vagina, ASI, air mata, air seni, air liur, air ketuban dan cairan serebrospinal. Akan tetapi yang potensial sebagai media penularan hanya air mani, darah dan cairan vagina. Hingga saat ini cara penularan yang diketahui adalah : (DepKes RI, 2001)

1. Penularan Melalui Hubungan Seksual

Hubungan seksual lewat liang dubur, lewat liang vagina, kontak dengan menggunakan mulut dan ciuman.

2. Penularan Melalui Darah


Transmisi melalui transfuse darah, penularan melalui alat suntik atau alat medis lainnya yang tidak steril dan pada penyalahgunaan narkotika yang menggunakan jarum suntik yang tidak steril dan bergantian.

3. Penularan Melalui Cairan Tubuh Lain

Dapat terjadi penerimaan organ, jaringan atau air mani.

4. Penularan Secara Perinatal

Ibu hamil yang terinfeksi HIV dapat menularkan kepada bayi yang dikandungnya terutama terjadi sewaktu proses persalinan. Bayi dapat pula tertular dari ibu sewaktu masih dalam kandungan atau tertular melalui ASI.



Berdasarkan data Departemen Kesehatan RI (2001), penularan HIV/AIDS sebagian besar melalui hubungan seksual dengan pasangan yang berlainan jenis atau heteroseksual (61,7%), disusul dengan homoseksual-biseksual (20,3%), *Injecting Drug User/IDU* (15,7%), perinatal (1,2%), dan transfusi darah (0,7%). (Aprilianingrum, 2002).

Menurut Nettelman (2013), proses penularan HIV bisa terjadi dengan beberapa cara :

1. Melalui hubungan seksual yang tidak aman dengan seseorang yang terinfeksi HIV.

2. Melalui jarum suntik yang terkontaminasi dengan cairan dari orang yang terinfeksi HIV.
3. Penularan dari ibu yang menderita HIV ke anaknya sewaktu kehamilan, persalinan maupun menyusui.
4. Mendapat transfusi darah yang telah terkontaminasi HIV.
5. Melalui transpalasi organ atau jaringan dari penderita HIV.

HIV tidak dapat ditularkan melalui cairan tubuh lainnya seperti air liur, air mata. HIV juga tidak dapat ditularkan hanya dengan berjabat tangan, pelukan, ciuman dibibir, kontak sosial sehari-hari sewaktu kerja, di sekolah atau dimanapun, air atau udara (misalnya bersin, batuk, berenang bersama penderita HIV), barang-barang (seperti handuk, pakaian, sabun dan serangga seperti gigitan nyamuk atau serangga lainnya). (*PubMed Health*, 2012).

e. Patogenesis HIV AIDS

Dasar utama patogenesis HIV adalah kurangnya jenis limfosit T helper atau inducer yang mengandung marker CD4 (sel T4). Limfosit T4 merupakan pusat dan sel utama yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung dalam menginduksi fungsi-fungsi imunologik. Menurun atau hilangnya sistem imunitas seluler, terjadi karena HIV secara selektif menginfeksi sel yang berperan membentuk zat antibodi pada sistem kekebalan tersebut, yaitu sel limfosit T4. Setelah HIV mengikat diri pada molekul CD4, virus masuk ke dalam target dan ia melepaskan bungkusnya kemudian dengan enzim reverse transcriptase ia merubah

bentuk RNA agar dapat bergabung dengan DNA sel target.

Selanjutnya sel yang berkembang biak akan mengundang bahan genetik virus. Infeksi HIV dengan demikian menjadi irreversibel dan berlangsung seumur hidup. Pada awal infeksi, HIV tidak segera menyebabkan kematian dari sel yang di infeksinya tetapi terlebih dahulu mengalami replikasi (penggandaan), sehingga ada kesempatan untuk berkembang dalam tubuh penderita tersebut, yang lambat laun akan menghabiskan atau merusak sampai jumlah tertentu dari sel limfosit T4. Setelah beberapa bulan sampai beberapa tahun kemudian, barulah pada penderita akan terlihat gejala klinis sebagai dampak dari infeksi HIV tersebut.

Masa antara terinfeksinya HIV dengan timbulnya gejala-gejala penyakit (masa inkubasi) adalah 6 bulan sampai lebih dari 10 tahun, rata-rata 21 bulan pada anak-anak dan 60 bulan pada orang dewasa. Masa inkubasi adalah waktu yang diperlukan sejak seseorang terpapar virus HIV sampai dengan menunjukkan gejala-gejala AIDS. Pada fase ini terdapat masa dimana virus HIV tidak dapat terdeteksi dengan pemeriksaan laboratorium kurang lebih 3 bulan sejak tertular virus HIV yang dikenal dengan "masa window period".

Infeksi oleh virus HIV menyebabkan fungsi kekebalan tubuh rusak yang mengakibatkan daya tahan tubuh berkurang atau hilang, akibatnya mudah terkena penyakit-penyakit lain seperti penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri, protozoa, dan jamur dan juga mudah terkena penyakit kanker seperti sarkoma kaposi. HIV mungkin juga secara langsung menginfeksi sel-sel syaraf, menyebabkan kerusakan neurologis (Faizah A. Siregar, 2008).

f. **Patofisiologi HIV/AIDS**

HIV tergolong ke dalam kelompok virus yang dikenal sebagai retrovirus yang menunjukkan bahwa virus tersebut membawa materi genetiknya dalam asam ribonukleat (RNA) dan bukan dalam deoksiribonukleat (DNA). Virion HIV (partikel virus yang lengkap dibungkus oleh selubung pelindung) mengandung RNA dalam inti berbentuk peluru yang terpancung di mana p24 merupakan komponen structural yang utama.

Tombol (knob) yang menonjol lewat dinding virus terdiri atas protein gp120 yang terkait pada protein gp41. Bagian yang secara selektif berikatan dengan sel-sel CD4 positif adalah gp120 dari HIV.

Sel CD4 positif mencakup monosit, makropag dan limposit T4 helper (dinamakan sel-sel CD4+ kalau dikaitkan dengan infeksi HIV). Limposit T4 helper ini merupakan sel yang paling banyak diantara ketiga sel di atas. Sesudah terikat dengan membran sel T4 helper HIV akan menginjektikan dua utas benang RNA yang identik ke dalam sel T4 helper, dengan menggunakan enzim yang dikenal sebagai reverse transcriptase HIV akan melakukan pemrograman ulang materi genetic dari sel T4 yang terinfeksi untuk membuat double stranded DNA (DNA atau ganda). DNA ini akan disatukan ke dalam nucleus sel T4 sebagai sebuah provirus dan kemudian infeksi yang permanen.

Siklus replikasi HIV dibatasi dalam stadium ini sampai sel yang terinfeksi diaktifkan. Aktivitas sel yang terinfeksi dapat dilaksanakan oleh antigen, mitogen, sitogen (TNF alfa atau interleukin I) atau produk gen virus seperti :
CMV (cytomegalovirus), virus Epstein Barr, herpes simplek dan hepatitis.

Sebagai akibatnya pada sel T4 yang terinfeksi diaktifkan, replikasi serta pembentukan tunas HIV akan terjadi dan sel T4 dihancurkan. HIV yang baru ini kemudian dilepas ke dalam plasma darah dan menginfeksi CD4+ lainnya. Kalau fungsi limfosit T4 terganggu mikroorganisme yang biasanya tidak menimbulkan penyakit akan memiliki kesempatan untuk menginvasi dan menyebabkan sakit yang serius. Infeksi dan malignansi yang timbul sebagai akibat dari gangguan sistem imun dinamakan infeksi oportunistik. (Brunner & Suddart, 2002). Infeksi monosit dan makrofag berlangsung secara persisten dan tidak mengakibatkan kematian sel yang bermakna, tetapi sel-sel ini menjadi reservoir bagi HIV sehingga virus tersebut dapat tersembunyi dari sistem imun dan terangkut ke seluruh tubuh lewat sistem ini untuk menginfeksi pelbagai jaringan tubuh.

g. Manifestasi Klinis

Tanda-tanda gejala-gejala (symptom) secara klinis pada seseorang penderita AIDS adalah diidentifikasi sulit karena symptomasi yang ditunjukkan pada umumnya adalah bermula dari gejala-gejala umum yang lazim didapati pada berbagai Penderita penyakit lain, namun secara umum dapat kiranya dikemukakan

sebagai berikut :

- a. Rasa lelah dan lesu
- b. Berat badan menurun secara drastis
- c. Demam yang sering dan berkeringat diwaktu malam
- d. Mencret dan kurang nafsu makan
- e. Bercak-bercak putih di lidah dan di dalam mulut

- f. Pembengkakan leher dan lipatan paha
- g. Radang paru
- h. Kanker kulit

Gejala klinis pada stadium AIDS menurut Nursalam (2007) dibagi antara lain:

1. Gejala utama atau mayor

- a. Demam berkepanjangan lebih dari 3 bulan
- b. Diare kronis lebih dari 1 bulan berulang maupun terus-menerus
- c. Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam 3 bulan

2. Gejala minor

- a. Batuk kronik selama lebih dari 1 bulan
- b. Infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan jamur *candida albicans*
- c. Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap diseluruh tubuh
- d. Munculnya *herpes zooster* berulang dan bercak-bercak gatal diseluruh tubuh.

Manifestasi klinik utama dari penderita AIDS pada umumnya ada 2 hal antara lain tumor dan infeksi oportunistik :

2) Manifestasi tumor diantaranya

➤ **Sarkoma kaposi** ; kanker pada semua bagian kulit dan organ tubuh.

Frekuensi kejadiannya 36-50% biasanya terjadi pada kelompok homoseksual, dan jarang terjadi pada heteroseksual serta jarang menjadi

sebab kematian primer.

- **Limfoma ganas** ; terjadi setelah sarkoma kaposi dan menyerang syaraf, dan bertahan kurang lebih 1 tahun.

3) Manifestasi Oportunistik diantaranya

a) Manifestasi pada Paru

- Pneumonia Pneumocystis (PCP)

Pada umumnya 85% infeksi oportunistik pada AIDS merupakan infeksi paru PCP dengan gejala sesak nafas, batuk kering, sakit bernafas dalam dan demam.

- Cytomegalo Virus (CMV)

Pada manusia virus ini 50% hidup sebagai komensial pada paru-paru tetapi dapat menyebabkan pneumocystis. CMV merupakan penyebab kematian pada 30% penderita AIDS.

- Mycobacterium Avium

Menimbulkan pneumoni difus, timbul pada stadium akhir dan sulit Disembuhkan.

- Mycobacterium Tuberculosis

Biasanya timbul lebih dini, penyakit cepat menjadi miliar dan cepat menyebar ke organ lain diluar paru.

b) Manifestasi pada Gastrointestinal

Tidak ada nafsu makan, diare khronis, berat badan turun lebih 10% perbulan.

c) Manifestasi Neurologis

Sekitar 10% kasus AIDS menunjukkan manifestasi Neurologis, yang biasanya timbul pada fase akhir penyakit. Kelainan syaraf yang umum adalah ensefalitis, meningitis, demensia, mielopati dan neuropari perifer (Siregar, 2008).

h. Pemeriksaan Laboratorium HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus dapat di isolasi dari cairan-cairan yang berperan dalam penularan AIDS seperti darah, semen dan cairan serviks atau vagina. Diagnosa adanya infeksi dengan HIV ditegakkan di laboratoruim dengan ditemukannya antibodi yang khusus terhadap virus tersebut.

- 1) Untuk pemeriksaan pertama biasanya digunakan Rapid tes untuk melakukan uji tapis. Saat ini tes yang cukup sensitif dan juga memiliki spesifitas yang tinggi. Hasil yang positif akan diperiksa ulang dengan menggunakan tes yang memiliki prinsip dasar tes yang berbeda untuk meminimalkan adanya hasil positif palsu yaitu Rapid Tes hasilnya bisa dilihat dalam waktu kurang lebih 20 menit.
- 2) *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA), bereaksi terhadap adanya antibody. Dalam serum dengan memperlihatkan warna yang lebih jelas apabila terdeteksi jumlah virus yang lebih besar. Biasanya hasil uji ELISA mungkin masih akan negatif 6 sampai 12 minggu setela pasien terinfeksi. Karena hasil positif palsu dapat menimbulkan dampak psikologis yang besar, maka hasil uji ELISA yang positif diulang dan apabila keduanya

positif maka dilakukan uji yang lebih spesifik yaitu Western Blot.

- 3) Western Blot merupakan elektroporesis gel poliakrilamid yang digunakan untuk mendeteksi rantai protein yang spesifik terhadap DNA. Jika tidak ada rantai protein yang ditemukan berarti tes negatif. Sedangkan bila hampir atau semua rantai protein ditemukan berarti western blot positif. Tes ini harus diulangi lagi setelah 2 minggu dengan sampel yang sama. Jika western blot tetap tidak bisa disimpulkan maka tes western blot harus diulangi lagi setelah 6 bulan. Jika tes tetap negatif maka pasien dianggap HIV negatif.
- 4) PCR (*Polymerase Chain Reaction*) Untuk DNA dan RNA virus HIV sangat sensitive dan spesifik untuk infeksi HIV. Tes ini sering digunakan bila tes yang lain tidak jelas. (Nursalam, 2007).

i. Kebijakan dan Upaya Penanggulangan

Infeksi HIV/AIDS merupakan suatu penyakit dengan perjalanan yang panjang. Sistem imunitas menurun secara progresif sehingga muncul infeksi-infeksi oportunistik yang dapat muncul secara bersamaan pula dan berakhir pada kematian. Sementara itu hingga saat ini belum ditemukan obat maupun vaksin yang efektif.

Pengobatan HIV/AIDS dapat dibagi dalam tiga kelompok yaitu :

1) Pengobatan suportif

Yaitu pengobatan untuk meningkatkan keadaan umum penderita. Pengobatan ini terdiri dari pemberian gizi yang baik, obat sintomatik, vitamin dan dukungan psikososial agar penderita dapat melakukan aktivitas seperti

semula/seoptimal mungkin.

2) Pengobatan infeksi oportunistik

Yaitu pengobatan yang ditujukan untuk infeksi oportunistik dan dilakukan secara empiris

3) Pengobatan antiretroviral

Saat ini telah ditemukan beberapa obat antiretroviral (ARV) yang dapat menghambat perkembangan HIV. ARV bekerja langsung menghambat enzim, reverse transcriptase atau penghambat kerja enzim protease. Pengobatan ARV terbukti bermanfaat memperbaiki kualitas hidup, menjadikan infeksi oportunistik menjadi lebih jarang ditemukan dan lebih mudah diatasi sehingga menekan morbiditas dan mortalitas dini, tetapi ARV belum dapat menyembuhkan atau membunuh virus. Kendala dalam pemberian ARV antara lain kesukaran Odha untuk minum obat secara teratur, adanya efek samping obat, harga yang relative mahal dan timbulnya resistensi HIV terhadap obat ARV.

Karena belum ditemukan obat yang efektif maka pencegahan penularan menjadi sangat penting. Dalam hal ini pendidikan kesehatan dan peningkatan pengetahuan yang benar mengenal patofisiologi HIV dan cara penularannya menjadi sangat penting untuk diketahui oleh setiap orang terutama mengenal fakta penyebaran penyakit pada kelompok risiko rendah (bukan hanya pada kelompok yang berisiko tinggi) dan perilaku yang dapat membantu mencegah penyebaran HIV.

III. Kepatuhan

a. Definisi

Kepatuhan (*adherence*) adalah suatu bentuk perilaku yang timbul akibat adanya interaksi antara petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien mengerti rencana dengan segala konsekwensinya dan menyetujui rencana tersebut serta melaksanakannya (Kemenkes R.I.,2011). Kepatuhan pada pasien menurut Sackett yaitu “Sejauh mana perilaku individu sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh petugas kesehatan” (Notoatmodjo, 2004). Kepatuhan sebagai suatu proses yang dinamis, dipengaruhi oleh berbagai faktor yang tidak berdiri sendiri, memerlukan suatu kombinasi strategi promosi, memerlukan sebuah tim yang terdiri dari multidisiplin profesi yang terintegrasi dan dapat bekerjasama dengan baik dalam memberikan perawatan komprehensif berkesinambungan.

b. Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Faktor yang mempengaruhi rendahnya kepatuhan berobat termasuk hubungan yang kurang serasi antara pasien dan petugas kesehatan, jumlah pil yang harus diminum setiap hari, lupa, depresi, rendahnya tingkat pendidikan, kurangnya pemahaman pasien tentang obat-obatan yang harus ditelan, tantang toksisitas obat dan pasien terlalu sakit untuk menelan obat.

Menurut Hidayat (2004) faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien terhadap terapi :

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil “Tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu yang mana penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba yang sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003).

2. Derajat penyakit

Semakin tinggi derajat kesehatan seseorang semakin tinggi pula tingkat kepatuhan pada terapi yang dilakukan.

3. Efek samping terapi

Jika terapi yang diberikan menimbulkan efek samping yang tidak sesuai dengan kepentingan atau kebutuhan pasien maka pasien cenderung tidak patuh.

4. Tenaga medis

Pemberian motivasi oleh tenaga medis yang baik akan memberikan motivasi pada pasien untuk melaksanakan terapi secara patuh.

5. Keluarga

Keluarga akan memberikan motivasi terbesar bagi pasien untuk melaksanakan terapi dengan patuh.

6. Masyarakat

Pengkondisian di masyarakat kadang menghalangi pasien untuk melaksanakan terapi secara patuh.



Niven (2002) pengukuran kepatuhan dikategorikan menjadi :

a) Patuh

Bila perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.

b) Tidak patuh

Bila pasien menunjukkan ketidaktaatan terhadap instruksi yang diberikan.

c. Tiga Langkah Proses Kepatuhan

1. Memberikan Informasi

Klien diberikan informasi dasar yang dapat membangkitkan komitmen serta kepatuhan untuk berobat yang tinggi. Informasi dapat diberikan secara individual atau berkelompok bila petugas menguasai cara untuk mengendalikan diskusi kelompok.

2. Konseling Perorangan

Bantu klien untuk mengeksplorasi perasaannya. Kebanyakan klien sudah jenuh dengan beban keluarga atau rumah tangga, pekerjaan dan tidak dapat menjamin kepatuhan berobatnya sampai ia dapat melepaskan

beban tersebut.

Banyak diantara klien yang tidak memiliki tempat atau ruang pribadi untuk menyimpan obat mereka sehingga tidak mungkin untuk menjaga kerahasiaan statusnya. Ketidakrelaan untuk membuka status kepada orang lain juga sering menjadi hambatan dalam hal menjaga

kepatuhan. Klien perlu menghadapi kenyataan dan menentukan siapa yang perlu mengetahui statusnya.

3. Mencari Penyelesaian Masalah Praktis dan Membuat Rencana Terapi

Harus direncanakan waktu untuk mengingatkan klien dengan bertemu atau telepon klien pada hari-hari pertama terapi dimulai dan untuk membahas masalah yang timbul. Akhirnya membina hubungan saling percaya antara klien dan petugas kesehatan merupakan faktor yang penting.

Perjanjian berkala dan kunjungan ulang menjadi kunci kesinambungan perawatan dan pengobatan pasien. Sikap petugas kesehatan yang mendukung dan peduli tidak mengadili, akan mendorong klien untuk bersikap jujur tentang kepatuhan makan obatnya. Tim HIV di sarana kesehatan harus selalu memutakhirkan pengetahuan dan keterampilannya tentang terapi ARV dan kepatuhan, dan menjalani pelatihan bila perlu.

Masalah kesehatan yang baru muncul akan mengganggu kepatuhan berobat. Penghentian sementara dari semua obat akan lebih

baik daripada kepatuhan berobat yang tidak jelas.

d. Unsur Konseling Untuk Kepatuhan Berobat

Paduan obat ARV harus disederhanakan untuk mengurangi jumlah pil yang harus diminum dan frekuensinya (dosis sekali sehari atau dua kali sehari) dan meminimalkan efek samping obat. Semakin sederhana paduan obat ARV

semakin tinggi angka kepatuhan minum obat. Kepatuhan dapat dinilai dari laporan pasien sendiri, dengan menghitung sisa obat yang ada dan laporan pelaku rawatnya. Selama terapi, pasien perlu mengikuti konseling kepatuhan berulang kali.

IV. Terapi Antiretroviral (ARV)

a. Definisi

Terapi antiretroviral berarti mengobati infeksi HIV dengan obat-obatan. Obat tersebut disebut obat Anti Retro Viral (ARV) tetapi tidak dapat membunuh virus itu. Meskipun demikian, obat tersebut dapat memperlambat pertumbuhan virus. Waktu pertumbuhan virus diperlambat, begitu juga HIV. Karena HIV adalah retrovirus, obat-obatan ini biasa disebut sebagai terapi antiretroviral (ART). Setiap jenis atau 'golongan' ARV menyerang HIV dengan cara yang berbeda.

Penyakit yang disebabkan Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS) sampai sekarang masih ditakuti karena sangat mematikan. Yang sekarang banyak diupayakan adalah pengobatan suportif, pengobatan infeksi oportunistik, dan antiretroviral.

Pengobatan suportif dimaksudkan untuk meningkatkan kondisi umum orang dengan HIV/AIDS (Odha). Cara yang ditempuh adalah pemberian gizi, obat, vitamin, dan kondisi psikososial yang baik. Dengan cara ini, Odha dapat melakukan aktivitas layaknya manusia sehat. Pengobatan suportif sangat perlu

dan dapat dilaksanakan di rumah atau tempat pelayanan kesehatan yang sederhana.

Pengobatan terhadap infeksi oportunistik dilakukan karena kekebalan tubuh Odha sangat menurun. Pola infeksi oportunistik berbeda-beda bergantung pada pola mikroba dalam tubuh Odha dan kondisi lingkungannya.

Pengobatan antiretroviral dimaksudkan untuk mengurangi jumlah virus di dalam tubuh. Obat ini menghambat replikasi virus HIV dengan menghambat enzim pembalik transcriptase. Biasanya obat antiretroviral dipakai dalam dua atau tiga kombinasi untuk mencegah resistensi. Antiretroviral terdiri dari kombinasi golongan Nukleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI), Non-Nukleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI) dan Protease Inhibitor (PI).

NRTI dan NNRTI dipakai secara bersama-sama agar tubuh semakin kuat menghambat perkembangan (replikasi) virus. Kedua golongan obat ini bekerja pada tahap awal perkembangan virus, saat proses perubahan Deoxyribo Nucleic Acid (DNA) menjadi Ribo Nucleic Acid (RNA). NRTI dan NNRTI menghambat terbentuknya RNA. Sedangkan antiretroviral golongan PI berfungsi menghambat terbentuknya protein baru yang bakal menjadi virus baru.

b. Tata laksana pemberian terapi ARV

Tata laksana pemberian ARV menurut Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV Dan Terap ARV Tahun 2011 (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2011). Untuk memulai melakukan terapi ARV perlu dilakukan pemeriksaan jumlah CD4 (bila ada) dan penentuan stadium klinis infeksi HIV-

nya. Hal tersebut adalah untuk menentukan apakah penderita sudah memenuhi syarat terapi ARV atau belum. Berikut adalah rekomendasi cara memulai terapi ARV pada ODHA dewasa :

1) Tidak tersedia pemeriksaan CD4

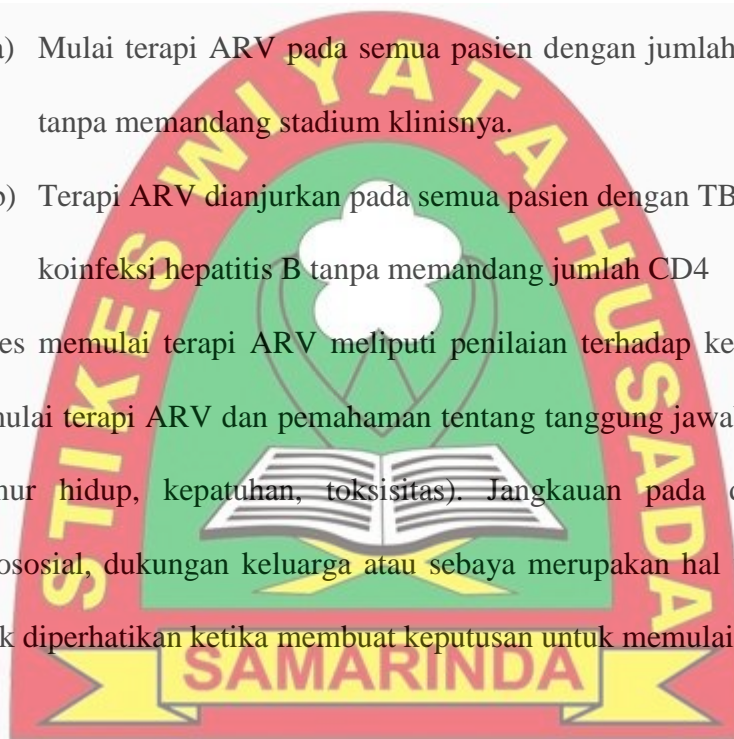
Penentuan mulai terapi ARV adalah didasarkan pada penilaian klinis.

2) Tersedia pemeriksaan CD4

Rekomendasi :

- a) Mulai terapi ARV pada semua pasien dengan jumlah $CD4 < 350 \text{ sel/mm}^3$ tanpa memandang stadium klinisnya.
- b) Terapi ARV dianjurkan pada semua pasien dengan TB aktif, ibu hamil dan koinfeksi hepatitis B tanpa memandang jumlah CD4

Proses memulai terapi ARV meliputi penilaian terhadap kesiapan pasien untuk memulai terapi ARV dan pemahaman tentang tanggung jawab selanjutnya (terapi seumur hidup, kepatuhan, toksisitas). Jangkauan pada dukungan gizi dan psikososial, dukungan keluarga atau sebaya merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan ketika membuat keputusan untuk memulai terapi ARV.



Tabel 2.1 Saat Memulai Terapi Pada ODHA Dewasa

Target Populasi	Stadium Klinis	Jumlah Sel CD4	Rekomendasi
ODHA dewasa	Stadium klinis 1 dan 2	>350 sel/ mm ³	Belum mulai terapi. Monitor gejala klinis dan jumlah CD4 setiap 6-12 bulan.
		>350 sel/ mm ³	Mulai terapi
	Stadium klinis 3 dan 4	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai terapi
Pasien dengan koinfeksi TB	Apapun stadium klinis	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai terapi
Pasien dengan koinfeksi hepatitis B kronik aktif	Apapun stadium klinis	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai terapi
Ibu hamil	Apapun stadium klinis	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai terapi

c. Jenis ARV

Ada tiga golongan ARV yang tersedia di Indonesia : (DepKes RI, 2003)

1) *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI)

Berfungsi menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA. Obat yang termasuk dalam golongan ini adalah zidovudine (ZDN/AZT), lamivudine, didanosine, zalcitabine, stavudine dan abacavir.

2) *Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI)

Obat ini berbeda namun memiliki fungsi yang hampir sama dengan NRTI. Obat yang termasuk dengan golongan ini adalah nevirapine (NVP), efavirenz (EFV) dan delavirdine (DLV).

3) *Protease Inhibitor* (PI)

Obat ini bekerja untuk menghambat enzim protease yang memotong rantai panjang asam amino yang menjadi protein yang lebih kecil. Obat yang termasuk dalam golongan ini adalah indinavir (IDV), nelvinavir (NFV), saquinavir (SQV), ritonavir (RTV), amprenavir (APV) dan lopinavir (LPV).

d. **Efek Samping**

Efek samping yang sering dijumpai adalah anemia karena pemakaian AZT, gangguan saraf pusat karena penggunaan Efavirenz (EFV), merusak hati, diare, dan kemerahan pada kulit karena pemakaian Nevirapine (NVP). Efek lain yaitu gangguan pertukaran zat yang meliputi pembentukan dan penguraian zat organik dalam tubuh (metabolisme) yang disebabkan oleh PI. Kemungkinan lainnya, yaitu rusaknya janin karena pemakaian EFV.

Sekitar 25% penderita menghentikan terapi pada tahun pertama karena efek samping obat. Dan 25% penderita tidak minum dosis yang dianjurkan karena takut akan efek samping yang ditimbulkan oleh ARV (Ammassari, 2001).

Untuk itu seorang ODHA harus memiliki pengetahuan tentang pengobatan AIDS, bagaimana terapi itu bekerja, apa manfaat ART, siapa saja yang membutuhkan ART, apa indikasi untuk memulai ART dan efek samping obat antiretrovirus. (Chris, 2009).

Efek samping obat berdasarkan Kelas ARV (Nursalam dkk, 2007) :

- 1) NRTI, pada umumnya obat-obat jenis ini memiliki efek samping berupa terjadinya toksisitas mitokondrial dan asidosis laktat atau toksisitas hepar. Gejala yang muncul biasanya berupa mual, muntah, nyeri perut, hepatomegali, dispnoe atau takipnue, fatigue dan penurunan berat badan secara cepat tanpa sebab yang diketahui. Jika terjadi gejala seperti itu segera hentikan penggunaan ARV. Jika terjadi Asosiasi laktat, maka restart ARV. Setelah terjadi perbaikan gejala maka restart ARV dengan 1 PI, 1 NNRTI, dan ABC atau TDF, sedangkan AZT, 3Tc, d4T harus dihindari.
- 2) NNRTI, efek sampingnya adalah adanya ruam kulit dan hepatitis. Penggunaan non nukleosida RT inhibitors menyebabkan terjadinya ruam kulit. Ruam eritematous dan macula popular dapat berkembang menjadi Steven Johnson syndrome atau toxic epidermal necrolysis. Ruam karena nevirapine lebih umum dan lebih berat dialami wanita (12% vs 8%). Biasanya terjadi dalam empat minggu pertama pengobatan ruam kulit karena NNRTIs.
- 3) PI, efek sampingnya adalah diare, hiperglikemia, perpindahan lemak (lipodistrofi) kelainan lipid.

Standar operasional prosedur (SOP) pemberian terapi ARV di Poli VCT RSUD

AWS :

Tabel 2.2 Tingkat Kepatuhan dan Efektifitas Terapi.

Kepatuhan	Efektifitas (VL <50)
>95%	100%
89-90%	64%
80-89%	50%
70-79%	25%
<70%	6%

Kepatuhan > 95% berarti hanya lupa atau telat memakai tiga dosis perbulan dengan jadwal dua kali sehari.

Bentuk ketidak patuhan:

- Tidak minum satu obat dari dua dosis obat yang diberikan
- Tidak minum obat beberapa hari.
- Tidak mematuhi waktu aturan minum obat.

e. **Tujuan Terapi ARV**

Tujuan dari terapi antiretroviral adalah : (DepKes RI,2003)

- 1) Mengurangi morbiditas dan mortalitas terkait HIV.
- 2) Memperbaiki mutu hidup
- 3) Memulihkan dan memelihara fungsi kekebalan tubuh.
- 4) Menekan replikasi virus semaksimal mungkin dalam waktu yang lama.

f. Kriteria untuk memberikan terapi antiretrovirus sebagai berikut :

- 1) Tes HIV secara sukarela disertai konseling yang mudah dijangkau untuk mendiagnosis HIV secara dini.
- 2) Tersedia dana yang cukup untuk membiayai Anti Retrovirus Terapi (ART) selama sedikitnya 1 tahun
- 3) Konseling bagi pasien dan pendamping untuk memberikan pengertian tentang ART, pentingnya kepatuhan pada terapi, efek samping yang mungkin terjadi, dll.
- 4) Konseling lanjutan untuk memberi dukungan psikososial dan mendorong kepatuhan serta untuk menghadapi masalah nutrisi yang dapat timbul akibat ART
- 5) Laboratorium untuk memantau efek samping obat termasuk Hb, tes fungsi hati, dll.
- 6) Kemampuan untuk mengenal dan menangani penyakit umum dan infeksi oportunistik akibat HIV
- 7) Tersedianya obat yang bermutu dengan jumlah yang cukup, termasuk obat untuk infeksi oportunistik dan penyakit yang berhubungan dengan HIV.
- 8) Tersedianya tim kesehatan termasuk dokter, perawat, konselor, pekerja sosial, dukungan sebaya. Tim ini seharusnya membantu pembentukan kelompok dukungan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) dan pendampinya.
- 9) Adanya pelatihan, pendidikan berkelanjutan, pemantauan dan umpan balik tentang penatalaksanaan penyakit HIV yang efektif termasuk sistem untuk menyebar luaskan informasi dan pedoman baru.



Waktu HIV menggandakan diri, sebagian bibit HIV baru menjadi sedikit berbeda dengan aslinya. Jenis berbeda ini disebut mutasi. Sebagian besar mutasi langsung mati, tetapi sebagian lainnya terus menggandakan diri. Walaupun memakai ARV, ternyata mutasi tersebut kebal terhadap obat. Jika terjadi hal tersebut, ini berarti bahwa obat yang dikonsumsi sudah tidak bekerja lagi dan ‘mengembangkan resistensi’. Jika hanya satu jenis obat yang dipakai virus mudah mengembangkan resistensi terhadapnya. Tetapi, jika dua jenis obat dipakai sekaligus, virus bermutasi harus unggul terhadap dua jenis obat. Jika tiga jenis obat yang dipakai, kemungkinan mutasi dapat sekaligus unggul terhadap semuanya sangat kecil.

Pemakaian kombinasi tiga jenis obat berarti pengembangan resistensi memakan jauh lebih banyak waktu. Oleh karena itu, penggunaan satu jenis obat (yang disebut monoterapi) sangat tidak dianjurkan. Satu hal yang harus diingat adalah bahwa obat ini tidak dapat menyembuhkan HIV/AIDS, tetapi obat ini dapat meningkatkan kemungkinan Odha untuk hidup lebih lama dengan cara menekan jumlah virus yang ada di dalam darah. (Lembaran Informasi tentang HIV/AIDS Orang dengan HIV/AIDS, 2008).

V. PENELITIAN TERKAIT

Sejauh penelusuran peneliti, penelitian ini belum ada tetapi ada penelitian yang hampir serupa yaitu yang dilakukan oleh :

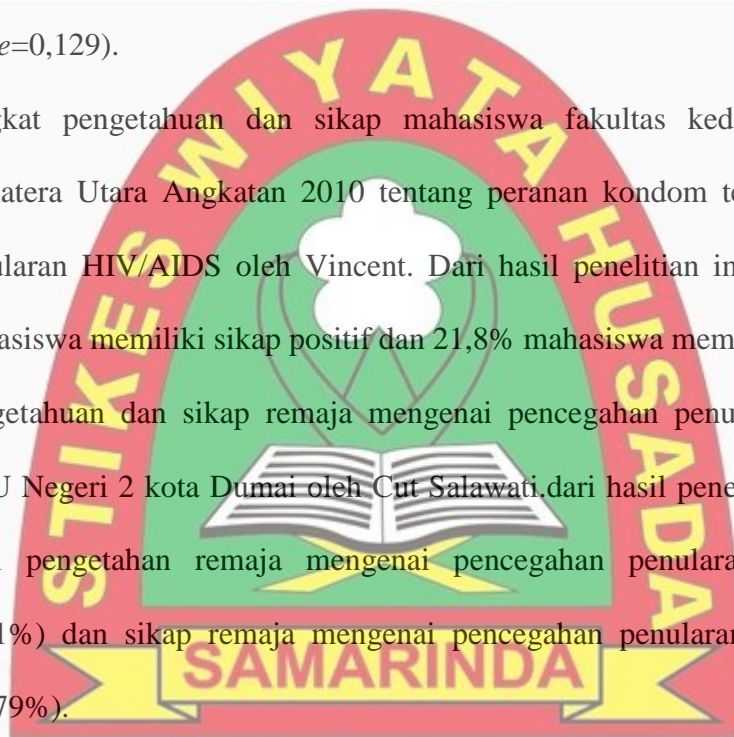
- 1) Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) dalam menjalani terapi antiretroviral di RSUD Dr.Pirngadi Medan

tahun 2012 oleh Veronica Velisitas Lumbanbatu. Dari uji statistic menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan ODHA menjalani terapi ARV.

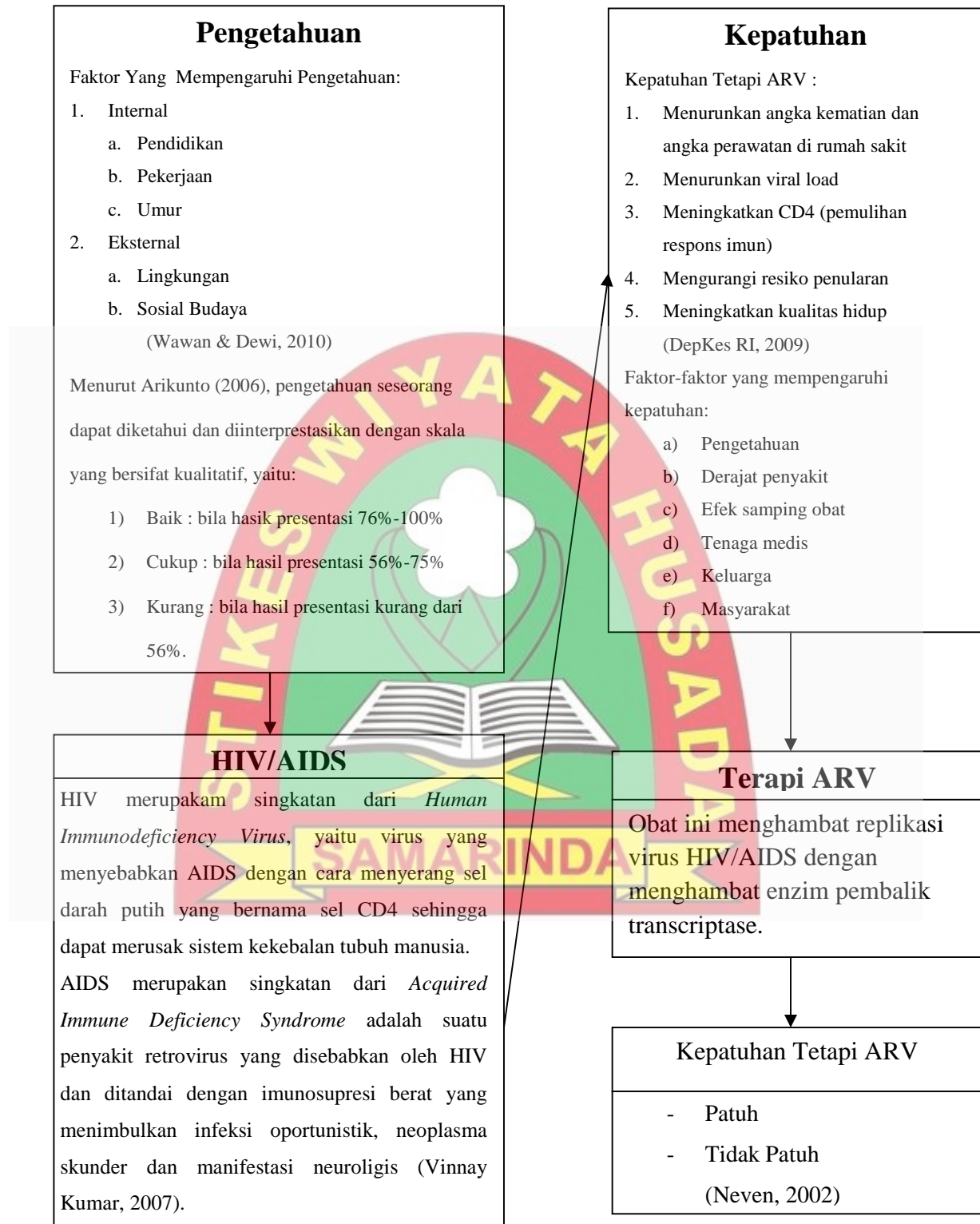
2) Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS di SMA Negeri 1 Medan Tahun 2012 oleh Novika Marshanti Siregar. Dari uji statistik hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan sikap siswa-siswi SMA Negeri 1 Medan tentang HIV/AIDS (p -value=0,129).

3) Tingkat pengetahuan dan sikap mahasiswa fakultas kedokteran Universitas Sumatera Utara Angkatan 2010 tentang peranan kondom terhadap pencegahan penularan HIV/AIDS oleh Vincent. Dari hasil penelitian ini didapatkan 78,2% mahasiswa memiliki sikap positif dan 21,8% mahasiswa memiliki sikap negatif.

4) Pengetahuan dan sikap remaja mengenai pencegahan penularan HIV/AIDS di SMU Negeri 2 kota Dumai oleh Cut Salawati. dari hasil penelitian ini didapatkan hasil pengetahuan remaja mengenai pencegahan penularan HIV/AIDS baik (56,1%) dan sikap remaja mengenai pencegahan penularan HIV/AIDS cukup (61,79%).



B. KERANGKA TEORI



Skema 2.1 Kerangka Teori

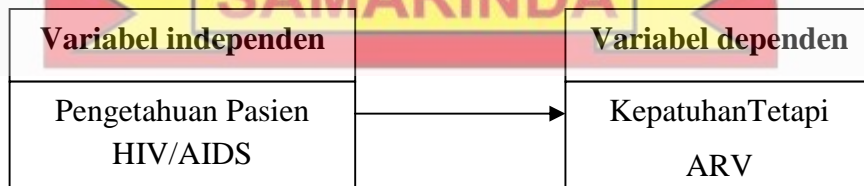
BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESA DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep lainnya dari suatu masalah yang ingin diteliti (Setiadi, 2007). Kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seseorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa factor yang dianggap penting untuk masalah. Singkatnya, kerangka konsep membahas saling ketergantungan antar variabel yang dianggap perlu untuk melengkapi dinamika situasi atau hal yang sedang atau akan diteliti (Aziz Alimul, 2007)

Berdasarkan tujuan penelitian dan tinjauan teori, maka dapat dirumuskan kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

B. Hipotesa

Secara etimologi, hipotesis berasal dari bahasa Yunani: *hypo* : dibawah dan *thesis* : pendirian : pendirian, pendapat yang dapat ditegakkan, kepastian. Hipotesis adalah asumsi atau dugaan mengenai sesuatu hal yang dibuat untuk menjelaskan hal tersebut yang sering dituntut untuk melakukan pengecekannya (Riwidikdo, 2013).

Diajukan hipotesa kerja :

1. Hipotesis nol (H_0) ; tidak ada hubungan antara pengetahuan pasien HIV/AIDS dengan kepatuhan terapi ARV di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ($p > 0,05$).
2. Hipotesis alternative (H_a) ; ada hubungan antara pengetahuan pasien HIV/AIDS dengan kepatuhan terapi ARV di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ($p \leq 0,05$).

C. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan bagaimana menentukan variabel dan mengukur suatu variabel, sehingga definisi operasional ini merupakan suatu informasi ilmiah yang akan membantu peneliti lain yang ingin menggunakan variabel yang sama (Setiadi, 2007). Definisi Operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dengan sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2011).

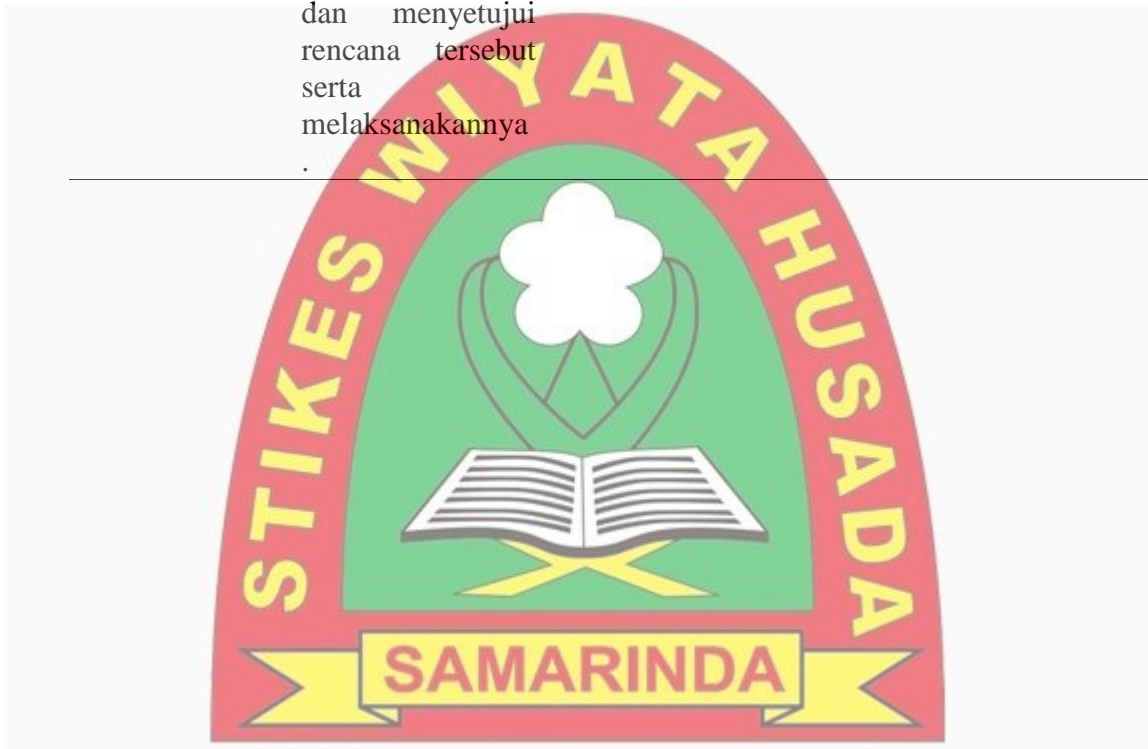
Di dalam definisi operasional terdapat beberapa hal penting yang perlu dicantumkan untuk mempermudah pembaca dalam mencerna penelitian yang akan dilakukan, diantaranya adalah variabel, definisi variabel, cara ukur, hasil ukur dan skala pengukuran. Definisi operasional dalam penelitian hubungan pengetahuan dan sikap pasien HIV/AIDS dengan kepatuhan terapi ARV di poli RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda dapat dilihat pada table 3.1

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Definisi operasional hubungan pengetahuan dan sikap pasien HIV/AIDS dengan kepatuhan terapi ARV di Poli VCT

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1	Variabel Independen: Pengetahuan	Pengetahuan adalah merupakan hasil “Tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu yang mana penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba yang sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.	Menggunakan Teknik Kuesioner	1. Pengetahuan di katakan baik jika nilai 76-100%. 2. Pengetahuan di katakan cukup jika nilai 56-75%. 3. Pengetahuan di katakan kurang jika nilai <56%.	Ordinal

2	Variabel Dependen: Kepatuhan Terapi ARV	Kepatuhan (<i>adherence</i>) adalah suatu bentuk perilaku yang timbul akibat adanya interaksi antara petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien mengerti rencana dengan segala konsekwensinya dan menyetujui rencana tersebut serta melaksanakannya	Menggunakan Teknik Kuesioner	1. Katagori Patuh median=1,00 2. Katagori Tidak patuh median =1,00	Ordinal
---	---	---	------------------------------	---	---------



BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Metode penelitian adalah sebagai suatu cara untuk memperoleh kebenaran ilmu pengetahuan atau pemecahan suatu masalah yang dasarnya menggunakan metode ilmiah (Notoatmodjo, 2010). Desain penelitian adalah macam atau jenis penelitian tertentu yang terpilih untuk dilaksanakan dalam rangka mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan (Azwar, 2005)

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif korelasi, dengan pendekatan *Cross Sectional* dimana data yang menyangkut variabel bebas atau resiko dan variabel terikat atau variabel akibat, akan dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan. Tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan. (Notoatmodjo, 2010).

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek yang memenuhi criteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008). Populasi adalah semua individu yang menjadi sumber pengambilan sampel (Mardalis, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien HIV/ AIDS yang melakukan Terapi ARV di Poli VCT di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Jumlah populasi pada penelitian

ini adalah jumlah rata-rata pasien yang melakukan terapi ARV di Poli VCT RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, yaitu sebesar 179 pasien.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan subjek penelitian (Nursalam, 2008). Sampel adalah bagian atau wakil dari populasi yang diteliti (Arikunto, 2006). Pengambilan sampel penelitian jika dalam jumlah populasi yang besar dapat diambil dengan presentase yaitu 10%-15% atau 20%-25% (Arikunto, 2006). Sampel pada penelitian ini adalah beberapa pasien yang melakukan terapi ARV di Poli VCT. Adapun cara pengambilan sampel pada penelitian ini melalui *accidental sampling*, dengan kriteria subjek yang diteliti sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

1. Semua pasien yang mendapatkan terapi ARV di Poli VCT di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
2. Pasien yang dapat membaca dan menulis.
3. Pasien dalam tingkat kesadaran optimal (sadar penuh).
4. Dapat berkomunikasi.

b. Kriteria Eksklusi

1. Pasien yang mengalami kesulitan dalam berkomunikasi.
2. Pasien belum dewasa.
3. Tidak bersedia menjadi responden

Rumus yang digunakan untuk menghitung sampel (Notoatmodjo, 2010) adalah :

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah Sampel

N = Jumlah Populasi

d = Tingkat signifikansi (p) = 0,10

Menurut perhitungan rumus penentuan sampel dalam penelitian ini



The image shows the logo of STIKES WIYATAHUSADA SAMARINDA, which is a red archway containing a green field with a white cloud and an open book. The text 'STIKES WIYATAHUSADA' is written in yellow along the arch, and 'SAMARINDA' is written in red on a yellow banner at the bottom. Overlaid on the logo are several mathematical steps for calculating the sample size (n):

$$n = \frac{179}{1 + 179(0,10)^2}$$
$$n = \frac{179}{1 + 179(0,01)}$$
$$n = \frac{179}{2,79}$$
$$n = 64,1$$

= 64,1 Sampel responden

Tekhnik pengumpulan sampel yang akan digunakan adalah *accidental sampling*, dimana dijelaskan dalam Notoatmodjo (2010) tehnik pengambilan data ini dilakukan dengan cara mengambil responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian. Jumlah sampel yang digunakan pada penelitian ini berjumlah 64 sampel

Apabila dijumpai adanya kesalahan yang mutlak bukan suatu kesengajaan, tetapi suatu insiden, maka untuk tetap mempertahankan akurasi maka peneliti harus melaporkan dalam hasil penelitian tentang masalah yang

dihadapi (Nursalam, 2008). Masalah yang mungkin dijumpai dalam proses pengumpulan data diantaranya apabila subjek mungkin setuju untuk menjadi responden, akan tetapi terjadi kesalahan dalam pengisian atau tidak lengkap atau subjek tidak mengembalikan daftar isian dari kuesioner atau subjek terganggu kesehatannya sehingga subjek dikeluarkan dari penelitian. Untuk mencegah kurangnya data yang terkumpul maka peneliti dapat menambah jumlah kuesioner yang digunakan sebagai pengumpulan data.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

Lokasi penelitian ini dilakukan di poli VCT RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Waktu

Waktu penelitian ini dilakukan selama satu bulan, dimulai pada bulan Juli sampai dengan Agustus 2015.

D. Alat Pengumpul Data

Instrumen yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang dibaca dan dijawab oleh responden penelitian (Putra, 2012). Pada penelitian ini karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan.

Kuesioner yang digunakan peneliti adalah kuesioner yang pernah dilakukan uji validitas dan reliabilitas sebelumnya oleh Veronica Velisitas

Lumbanbatu dalam penelitiannya yang berjudul faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) dalam menjalani Terapi Antiretroviral Di Rumah Sakit Umum Dr. Pirngadi Medan Tahun 2012.

Kisi-kisi kuesioner yang akan dijadikan acuan atau indikator dalam memberikan pertanyaan atau pernyataan sebagai berikut :

a. Data demografi, berisi tentang karakteristik responden, yang terdiri dari 4 pertanyaan antara lain seperti umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan.

b. Kuesioner A

Berisi pertanyaan atau pernyataan Pengetahuan tentang HIV/AIDS yang terdiri dari 21 pertanyaan atau pernyataan. Skala pengukuran pengetahuan ini berdasarkan pada skor jawaban yang diperoleh dari responden terhadap semua pertanyaan yang diberikan. Alternative jawaban ini menggunakan skala *Likert* dengan pertanyaan favorabel dan unfavorabel. Pada item favorabel skala yang dipakai 1 = sangat tidak setuju, 2 = tidak setuju, 3 = setuju, 4 = sangat setuju. Pada item unfavorabel sebaliknya yaitu 1 = sangat setuju, 2 = setuju, 3 = tidak setuju, 4 = sangat tidak setuju.

c. Kuesioner B

Kuesioner B berisi pertanyaan tentang kepatuhan penderita HIV/AIDS dengan terapi ARV, alternative jawaban ini menggunakan skala *Likert* dengan pertanyaan favorabel dan unfavorabel. Pada item favorabel skala yang dipakai 1 = selalu, 2 = sering, 3 = pernah, 4 = tidak pernah. Pada item unfavorabel sebaliknya yaitu 1 = tidak pernah, 2 = pernah, 3 = sering, 4 = selalu.

1. Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kesahihan suatu instrumen. Suatu instrumen yang sah atau valid mempunyai validitas tinggi. Sebaliknya, instrumen yang kurang valid berarti memiliki validitas rendah. Suatu instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan. Tinggi rendahnya validitas instrumen menunjukkan sejauh mana data yang terkumpul tidak menyimpang dari gambaran tentang variabel yang dimaksud (Arikunto,2006).

Menurut Santjaka (2008), rumus korelasi yang dapat digunakan dalam uji validitas adalah rumus yang dikemukakan oleh Pearson yang dikenal dengan rumus *product moment*.

Rumusnya sebagai berikut:

$$r = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2]} \sqrt{[N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

r = korelasi *Product Moment*

N = jumlah sampel

X = skor variabel X

Y = skor variabel Y

XY = skor variabel X dikalikan skor variabel Y

$$r = \frac{20.587571 - (843)(697)}{\sqrt{[20(38341) - (843)^2] - \sqrt{[20(26443) - (697)^2]}}$$

$$r = \frac{11751420 - 587571}{\sqrt{766820 - 710649} - \sqrt{528860 - 485809}}$$

$$r = \frac{11163849}{\sqrt{56171} - \sqrt{43051}}$$

$$r = 46,8$$

2. Reliabilitas

Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya dan tetap konstan apabila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama (Notoatmodjo,2005). Uji reliabilitas hanya digunakan pada pertanyaan-pertanyaan yang telah valid. Menurut Arikunto (2008), reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup diukur berkali-kali dalam waktu yang berlainan. Reliabilitas pertanyaan dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan analisis *Alpha-Cronbach* yang dapat digunakan baik untuk instrumen yang jawabannya berskala maupun yang bersifat dikotomis (hanya mengenal dua jawaban yaitu benar dan salah).

Rumus koefisien reliabilitas *Alpha-Cronbach* (Arikunto,2008) :

$$r = \left(\frac{k}{(k - 1)} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right)$$

Keterangan :

r = reliabilitas instrument

k – Jumlah butir pertanyaan (soal)

$\sum \sigma_b^2$ = Varians butir-butir pertanyaan (soal)

σ^2 = Varians total

Kriteria pengujian:

1. Jika r hitung $\geq r$ tabel, berarti kuesioner reliable
2. Jika r hitung $< r$ tabel, berarti kuesioner tidak reliable

Bila hasilnya sama atau lebih dari angka kritis pada derajat kepercayaan 0,05 maka alat ukur tersebut reliabel (Saryono, 2011).

E. Prosedur Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dengan menggunakan alat instrument atau kuesioner yang telah disusun. Kuesioner yang telah diisi kemudian dikumpulkan untuk diperiksa kelengkapannya. Pengumpulan data secara langsung kepada responden di Poli VCT sebagai berikut :

1. Berdasarkan surat pengantar dari Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda untuk memperoleh perijinan dalam melakukan penelitian di RS Abdul Wahab Sjahrani Samarinda.
2. Peneliti menyerahkan surat permohonan ijin penelitian kepada Direktur Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahrane Samarinda untuk melakukan penelitian

dengan membawa surat pengantar dari Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.

3. Setelah mendapat perijinan dari Kepala Rumah Sakit, peneliti kembali memohon ijin kepada kepala Seksi Keperawatan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
4. Meminta ijin Kepala Poli VCT untuk memperoleh ijin operasional
5. Peneliti meminta bantuan perawat pelaksana di Poli VCT.

6. Peneliti menentukan hari yang akan diambil sebagai hari dalam penelitian dan penelitian akan dilakukan pada siang hari selama bulan Februari-Maret 2015.
7. Peneliti menentukan responden yang memenuhi kriteria inklusi kemudian peneliti memberikan lembar penjelasan penelitian yang akan di lakukan kepada responden.
8. Peneliti memberikan lembar persetujuan (*informed consent*) kepada responden.

F. Pengolahan Data

Pengolahan data dimulai setelah data terkumpul, tahapan yang dilakukan pada pengumpulan data adalah sebagai berikut :

1. Editing, yaitu merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian kuesioner tersebut. Memeriksa daftar pertanyaan apakah sudah lengkap pertanyaan yang akan diajukan, tidak ada yang kosong dan seluruh tulisan dapat dibaca dengan jelas.

2. Coding, yaitu mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. Atau mengklasifikasikan variabel-variabel dari para responden kedalam katagori dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban dalam kuesioner.
3. Entry data, yaitu jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukan kedalam program atau “software” komputer. Hal ini merupakan proses dimana jawaban-jawaban yang sudah diberi kode katagori kemudian dimasukan ke dalam table dengan cara menghitung frekuensi data.
4. Cleaning, yaitu pembersihan data dan melihat variabel apakah data-data yang ada sudah benar atau belum.

G. Analisis Data

1. Analisis Univariate (Analisis Deskriptif)

Analisis univariate bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariate tergantung dari jenis datanya. Untuk data numeric digunakan nilai mean atau rata-rata, median dan standar deviasi. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel. Misalnya distribusi frekuensi responden berdasarkan : umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan sebagainya. Demikian juga penyebaran penyakit-penyakit yang ada didaerah tertentu, distribusi pemakaian jenis kontrasepsi, distribusi kasus malnutrisi pada anak balita dan sebagainya.

Rumus yang digunakan :

$$P = \frac{F}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Presentase

F = Frekuensi responden untuk setiap katagori yang ada

n = jumlah sampel

2. Analisis Bivariate

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Dalam analisis ini dapat dilakukan pengujian statistik, misalnya dengan *Chi-Square* (X^2), t test, z test, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2002). Analisa bivariat adalah analisis yang menghubungkan dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat (Arikunto, 2006).

Rumus *Chi Square* (Sugiyono, 2003) :

$$x^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(f_0 - f_h)^2}{f_h}$$

Keterangan :

f_0 : Nilai hasil pengukuran atau pengamatan

f_h : Nilai harapan

Keputusan Uji :

1. Apabila P value $< 0,05$ dan X^2 hitung $> X^2$ tabel, maka H_0 ditolak
2. Apabila P value $\geq 0,05$ dan X^2 hitung $< X^2$ tabel, maka H_0 gagal ditolak.

Aturan yang berlaku pada Uji *Chi-Square* :

1. Bila tabel 2×2 dijumpai nilai E (harapan) < 5 , maka uji yang digunakan adalah *Fisher Exact*
2. Bila pada tabel 2×2 dan tidak ada nilai E < 5 , maka uji yang dipakai sebaiknya *Continuity Correction*
3. Bila tabelnya lebih dari 2×2 , misalnya 2×3 , 2×4 , maka gunakan uji *Pearson Chi-Square*
4. Uji *Likelihood Ratio* dan *Linear-by Linear Association*, biasanya digunakan untuk keperluan lebih spesifik misalnya untuk analisa statistik pada bidang epidemiologi dan juga untuk mengetahui hubungan linear antara variabel kategorik, sehingga kedua jenis ini jarang digunakan.

H. Etika Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti mendapatkan rekomendasi dari Stikes Wiyata Husada Samarinda dan persetujuan dari Direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Setelah mendapatkan persetujuannya kemudian dilakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi (Setiadi, 2007).

1. *Informed Consent*

Lembar persetujuan diberikan pada subjek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan peneliti dilakukan. Jika subjek bersedia diteliti maka harus mendatangi lembar persetujuan. Jika subyek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

2. *Anonimity (tanpa nama).*

Untuk menjaga kerahasiaan identitas, peneliti tidak mencantumkan nama subyek pada lembar observasi. Lembar tersebut hanya diberi inisial nama atau kode tertentu.

3. *Confidentiality (kerahasiaan)*

Kerahasiaan informasi responden akan dijamin oleh peneliti hanya data tertentu saja yang berubungan yang akan dituliskan sebagai hasil penelitian.

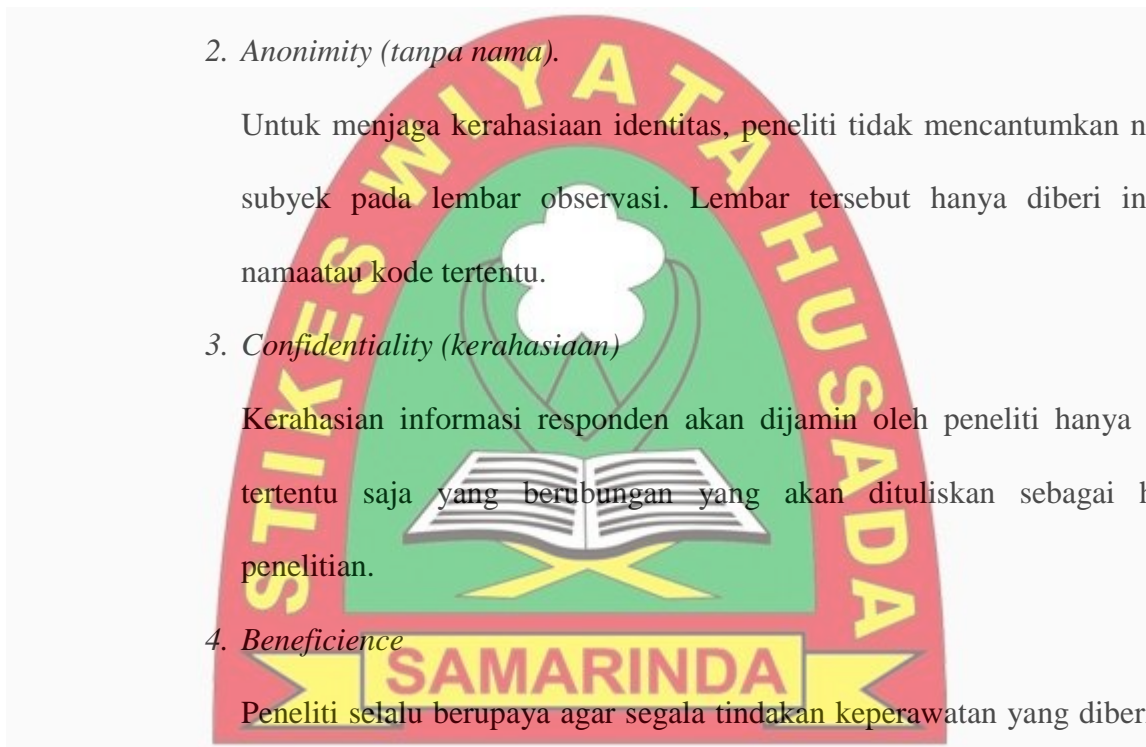
4. *Beneficience*

Peneliti selalu berupaya agar segala tindakan keperawatan yang diberikan kepada responden mengandung prinsip kebaikan.

5. *Veracity*

Peneliti harus menjelaskan kepada responden tentang proses dan tujuan dari penelitian yang akan dilaksanakan.

6. *Justice*



Peneliti bersikap adil pada semua responden dan dalam pengambilan keputusan yang diambil tidak berdampak buruk bagi responden.

7. *Fidelity*

Responden diharapkan menjawab kuesioner dengan jujur tanpa rasa tidak enak.

8. *Nonmaleficence*

Peneliti memberikan keyakinan atau kesepakatan dengan responden bahwa penelitian yang dilaksanakan akan bermanfaat bagi pasien.



BAB V

HASIL PENELITIAN

B. Deskripsi Lokasi Penelitian

1. Profil dan Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie

Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie terletak di JL. Palang Merah Indonesia, kecamatan Samarinda Ulu kota Samarinda. Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie adalah Rumah Sakit TOP REFERAL dan sebagai Rumah Sakit Kelas A satu-satunya di Kalimantan Timur Terhitung mulai bulan Januari 2014.

Rumah Sakit Umum dibangun tahun 1993 kepunyaan Kerajaan Kutai (Landschap = Kerajaan, sehingga diberi nama Landschap Hospital) yang terletak di JL. Juliana atau Emma (sekarang JL. Gurami). Mengingat lokasi yang kecil dan sulit dikembangkan maka Rumah Sakit Umum dipindahkan ke JL. Palang Merah Indonesia atau JL. Dr. Soetomo. Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebagai unit swadana daerah dan melaksanakan manajemen revolving funds system untuk obat-obatan dan bahan atau alat kesehatan habis pakai serta bahan makanan sejak tahun 1990 berdasarkan SK Gubernur kepala daerah tingkat 1 Propinsi Kalimantan Timur No. 528 Tahun 1990 yang ditetapkan di Samarinda pada tanggal 31 Desember 1990. Sejak kepindahan pada tahun 1984, telah memperoleh beberapa penghargaan.

2. Motto, Falsafah, Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Jangka Menengah dan Peran

Adapun Motto, Falsafah, Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Jangka Menengah dan Peran Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yaitu:

a. Motto

Bersih, Aman, Kualitas, Tertib dan Informatif.

b. Falsafah

Menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia dalam pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian.

c. Visi

Menjadi Rumah Sakit Dengan Pelayanan Bertaraf Internasional.

d. Misi

- 1) Menyiapkan dan mengembangkan sumber daya.
- 2) Memberikan pelayanan prima.
- 3) Meningkatkan kesejahteraan karyawan.
- 4) Memobilisasi, partisipasi dan dana masyarakat.

e. Tujuan

- 1) Peningkatan kualitas pelayanan sesuai standar JCI.
- 2) Peningkatan akses pelayanan.
- 3) Terwujudnya Rumah Sakit penelitian tingkat Nasional.

f. Sarana Jangka Menengah

- 1) Meningkatkan kompetensi SDM.
- 2) Meningkatkan kapasitas sarana dan prasarana.
- 3) Meningkatkan system manajemen dan administrasi keuangan.



- 4) Meningkatkan system manajemen pelayanan medic dan keperawatan.
- 5) Meningkatkan kinerja *research hospital*.

g. Peran

- 1) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- 2) Sebagai rujukan puncak Rumah Sakit lain di Propinsi Kalimantan Timur.
- 3) Pembinaan manajemen dan fungsional Rumah Sakit se Kalimantan Timur.
- 4) Sebagai pusat kegiatan penelitian dan pengembangan serta pendidikan dan pelatihan.

3. Fasilitas Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Sebagai Rumah Sakit yang baik dan demi tercapainya pelayanan yang optimal, maka Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dilengkapi berbagai fasilitas yaitu fasilitas air bersih, fasilitas listrik, fasilitas gas, fasilitas telekomunikasi dan fasilitas pengobatan air limbah.

4. Program Unggulan, Sikap dan Jenis Pelayanan

Program unggulan, sikap dan jenis pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah

Abdul Wahab Sjahranie Samarinda meliputi :

- a. Program Unggulan : Pelayanan Jantung, *Revolving Fund System*, Subsidi Silang, *Mother and Baby Friend* dan Bisnis Strategi.
- b. Sikap : Senyum, Salam, Sapa dan Ucapan Terima Kasih
- c. Jenis Pelayanan meliputi 34 macam pelayanan meliputi : poli kebidanan dan kandungan, poli penyakit dalam, poli anak, poli bedah umum, poli anak, poli

bedah tulang, poli bedah saraf, poli bedah urologi, poli saraf, poli penyakit kulit dan kelamin, poli paru, poli THT, poli mata, poli jantung, poli gigi dan mulut, polikeluarga berencana, poli gizi, poli laktasi, poli khusus karyawan, poli VCT, rehabilitasi medic, instalasi gawat darurat, radiologi: USG C-T Scan, hyperthermia, MRI, angiografi, patologi klinik, patologi anatomi, hemodialisa, instalasi kedokteran, kehakiman, instalansi farmasi, rujukan spesialis ke Rumah Sakit Tipe C, D, puskesmas, layanan paviliun teratai, ambulance 118 emergency dan layanan kesehatan diluar Rumah Sakit.

5. Jenis Bangunan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Jenis bangunan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda meliputi gedung : Administrasi, Poliklinik, Radiologi, OK Sentral. OK IGD, Laundry, Gizi dan Farmasi, IPSRS, Hemodialisa, Fisioterapi, Paviliun Teratai 1,2,3,4, Paviliun Sakura, Laboratorium, Perawatan (Mawar, Melati, Cempaka, Anggrek, Flamboyan Seruni, Angsoka dan Dahlia), PICU/NICU, ICU dan ICCU.

C. Hasil Uji Normalitas Data

Peneliti melakukan uji normalitas data bertujuan untuk melihat sebaran data pada saat mengkatagorikan kepatuhan terapi dengan asumsi H_0 = distribusi berbentuk normal dan H_a =distribusi berbentuk tidak normal. Hasil uji normalitas data pada variable kepatuhan terapi di penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 5.1

Hasil Uji Normalitas Data Variable Kepatuhan Terapi ARV Di Poli VCT Tahun 2015

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Mak	95% CI	Kolmogorov Smirnov
Kepatuhan Terapi ARV	1,30	1,00	0,460	1-2	1,18-1,41	0,000

Hasil Analisis diatas merupakan :

Hasil uji kolmogorov smirnov Kepatuhan Terapi dengan *p value* 0.000 lebih kecil dari nilai alpha (0.10), berarti distribusi variabel kepatuhan terapi berbentuk tidak normal.

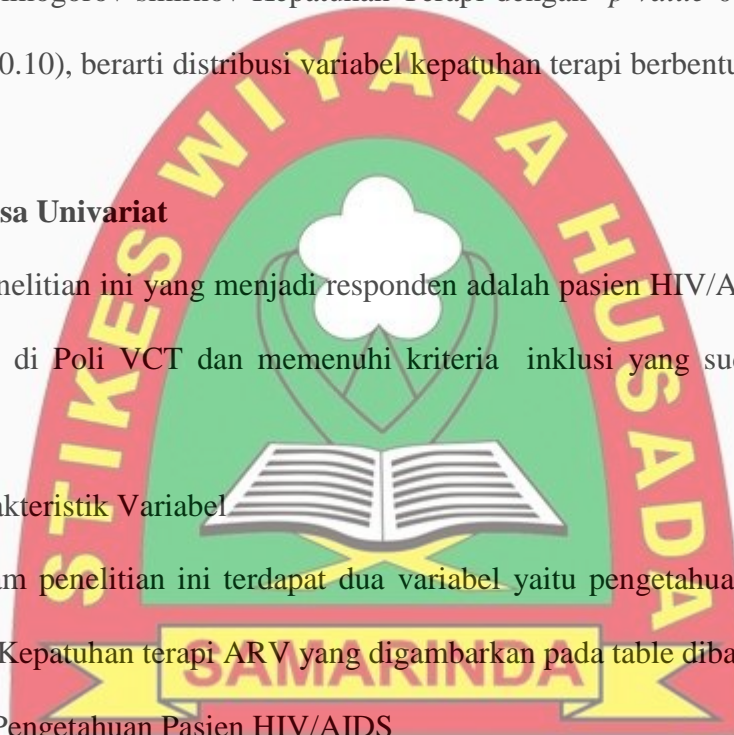
D. Hasil Analisa Univariat

Pada penelitian ini yang menjadi responden adalah pasien HIV/AIDS yang menjalani terapi ARV di Poli VCT dan memenuhi kriteria inklusi yang sudah ditentukan oleh peneliti.

1. Karakteristik Variabel

Dalam penelitian ini terdapat dua variabel yaitu pengetahuan pasien HIV/AIDS dan Kepatuhan terapi ARV yang digambarkan pada table dibawah ini :

a. Pengetahuan Pasien HIV/AIDS



Tabel 5.2

Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS di Poli

VCT Tahun 2015

No.	Pengetahuan	Jumlah	Presentase
1.	Baik	24	37.5 %
2.	Cukup	40	62.5 %
Total		64	100 %

Dari tabel 5.2 diatas diperoleh data bahwa dari 64 responden mayoritas memiliki pengetahuan cukup tentang penyakit HIV/AIDS yaitu sebanyak 40 orang (62.5 %).

b. Kepatuhan Terapi ARV

Tabel 5.3

Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Pasien HIV/AIDS di Poli

VCT Tahun 2015

No.	Kepatuhan	Jumlah	Presentase
1.	Patuh	45	70.3 %
2.	Tidak Patuh	19	29.7 %
Total		64	100 %

Dari tabel 5.3 diatas diperoleh data bahwa dari 64 responden mayoritas kepatuhan terapi ARV pasien HIV/AIDS yaitu sebanyak 70,3 %.

E. Hasil Analisa Bivariat

Dari data diatas dianalisis menggunakan Uji *Chi Square* dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.4

Analisis Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS dengan Kepatuhan Terapi ARV di Poli VCT Tahun 2015

No.	Pengetahuan	Kepatuhan		Total	OR 95%	P Value
		Patuh	Tidak Patuh			
1.	Baik	19 79.2%	5 20.8%	24 100%	0.489 0.150-	0.150
2.	Cukup	26 65.0%	14 35.0%	40 100%	1.591	
	Total	45 70.3%	19 29.7%	64 100%		

Dari Tabel 5.5 didapatkan hasil analisis Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS dengan Kepatuhan Terapi ARV mayoritas responden yang mempunyai pengetahuan baik dan patuh terhadap terapi sebanyak 19 orang (79,2%) dan responden yang mempunyai pengetahuan baik namun tidak patuh sebanyak 5 orang (20,8%), sedangkan responden yang mempunyai pengetahuan cukup dan patuh terhadap terapi sebanyak 26 orang (65%) dan responden yang mempunyai pengetahuan cukup namun tidak patuh terhadap terapi sebanyak 14 orang (35%). Hasil uji didapatkan nilai $p=0,150 > (0,05)$.

BAB VI

PEMBAHASAN

B. Analisis Univariat

Pada penelitian tentang Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS dengan Kepatuhan Terapi ARV di Poli VCT Tahun 2015 ini melibatkan 64 responden. Analisis dilakukan terhadap data yang diperoleh dengan menyebarkan kuisioner oada responden yang berjumlah 64 orang. Data yang diperoleh sebagian berbentuk numeric dan sebagian berbentuk katagorik. Kemudian peneliti melakukan analisis univariat dengan hasil sebagai berikut :

1. Karakteristik Variabel

a. Pengetahuan Pasien

Dari hasil analisis data pada table 5.3 menunjukkan bahwa dari 64 responden terkait pengetahuan pasien HIV/AIDS lebih banyak yang mempunyai pengetahuan cukup tentang penyakit HIV/AIDS yaitu sebanyak 40 orang (62.5 %).

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan merupakan proses hasil tau dan ini terjadi setelah responden melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pengalaman sendiri maupun dari orang lain. Secara garis besar menurut Notoatmodjo (2005) domain tingkat pengetahuan (kognitif) mempunyai enam tingkatan, meliputi: mengetahui, memahami, menggunakan, menguraikan, menyimpulkan, dan mengevaluasi. Cirri pokok dalam taraf pengetahuan adalah ingatan tentang

sesuatu yang diketahuinya baik melalui pengalaman, belajar, ataupun informasi yang diterima dari orang lain.

Sesuai dengan pendapat Kuncoroningrat yang dikutip Nursalam & Siti Pariani (2001) bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai baru yang diperkenalkan.

Pengetahuan (kognitif) merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (overt behavior). Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu :

- a. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.
- b. *Interest*, yakni orang mulai tertarik pada stimulus.
- c. *Evaluation* yakni (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya)
- d. *Trial* adalah orang yang telah mulai mencoba perilaku baru
- e. *Adoption*, adalah subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, dari penelitian selanjutnya disimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu mengikuti tahap-tahap tersebut di atas. Idealnya, suatu perilaku baru terbentuk dimulai dari adanya pengetahuan terhadap suatu stimulus yang kemudian diikuti dengan sikap individu terhadap stimulus tersebut, sehingga menimbulkan rangsang untuk berperilaku. Namun, menurut Notoatmodjo (2003), dalam kenyataan tidak selalu harus seperti itu. Seseorang dapat berperilaku baru tanpa terlebih dahulu didasari oleh pengetahuan dan sikap. Pengetahuan mempunyai beberapa tingkatan, yaitu:

- 1) Tahu (*know*) adalah mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari adalah menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.
- 2) Memahami (*comprehension*) adalah suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar.
- 3) Aplikasi (*application*) adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).
- 4) Analisis (*analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- 5) Sintesis (*synthesis*) adalah kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (*evaluation*) adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun dari pengalaman orang lain. Pengetahuan seseorang dikumpulkan dan diterapkan secara bertahap, mulai dari tahap yang paling sederhana ke tahap yang lebih lengkap, tahap tersebut adalah :

- a. Orang yang n mengetahui akan pengetahuan yang baru.
- b. Orang merasa tertarik untuk mendapatkan pengetahuan tersebut.
- c. Orang mulai menilai pengetahuan yang diperolehnya.
- d. Orang menerapkan pengetahuan tersebut dalam kehidupan sehari-hari.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003) adalah sebagai berikut:

- 1) Tingkat pendidikan

Pendidikan merupakan upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat.

- 2) Pengalaman

Sesuatu yang pernah dilakukan seseorang akan menambah pengetahuan

tentang suatu yang bersifat informal.

- 3) Informasi

Seseorang yang mendapatkan informasi lebih banyak akan menambah pengetahuan menjadi lebih luas.

4) Budaya


Tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhan yang meliputi sikap dan kepercayaan

Menurut (Arikunto, 2006) mengemukakan bahwa untuk mengetahui secara kualitas tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang dapat dibagi menjadi tiga tingkat yaitu :

4) Tingkat pengetahuan baik bila skor atau nilai 76-100 %

5) Tingkat pengetahuan cukup bila skor atau nilai 56-75 %

6) Tingkat pengetahuan kurang bila skor atau nilai <56 %



Berdasarkan penelitian Tay Chiu Mei tentang “Tingkat Pengetahuan dan Sikap Pelajar SMA Negeri dan Swasta Tentang HIV/AIDS di Kota Medan tahun 2010”, menunjukkan bahwa sebanyak 200 responden, diantaranya 32 responden yang berpengetahuan baik (16%), 163 reponden (81,5%) berpengetahuan sedang dan 5 reponden (2,5%) yang berpengetahuan kurang. Dari hasil tersebut terlihat bahwa mayoritas pengetahuan tentang HIV/AIDS pada pelajar SMA Negeri dan Swasta di kota Medan berada pada tingkat sedang. Dari penelitian ini tidak terdapat perbedaan yang sangat jauh tentang pengetahuan HIV/AIDS pada kedua sekolah SMA, ini mungkin disebabkan lingkungan sosial, budaya juga berperan terhadap pengetahuan mereka.

Menurut asumsi peneliti dari jumlah 64 responden yang mempunyai pengetahuan baik sebanyak 24 orang, cukup sebanyak 40 orang, hal ini mungkin dikarenakan masih banyak dari responden yang belum bisa memaksimalkan manfaat fasilitas poli VCT.

b. Kepatuhan Terapi

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Poli VCT ditemukan dari 64 responden terkait kepatuhan terapi ARV lebih banyak responden yang patuh terhadap terapi ARV sebanyak 70,3 %.

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (pranoto,2007), patuh adalah suka menurut perintah, sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Sarafino (1990) dikutip oleh (Slamet B, 2007), mengdefinisikan kepatuhan (ketaatan) sebagai tingkatan penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau orang lain. Kepatuhan yang disarankan sebagai perilaku positif penderita dalam mencapai tujuan terapi (Degresi,2005).

Kepatuhan pasien sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Niven, 2002). Dan faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah: pendidikan, akomodasi, modifikasi factor lingkungan dan social, perubahan model terapi, meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien, pengetahuan, usia, dan dukungan keluarga.

Menurut Gennaro (2000) dalam Van Anthony (2011), parameter kepatuhan penggunaan obat terdiri dari keberhasilan menebus resep, ketepatan dosis (frekuensi dan jumlah), ketepatan dalam penggunaan dan ketepatan waktu agar obat bekerja dengan baik. Dan menurut Horne (2006) mengenai hal yang mempengaruhi kepatuhan dalam minum obat, yaitu perilaku responden (misalnya

keyakinan, sikap dan harapan yang akhirnya memengaruhi motivasi pasien untuk mulai dan menjaga perilaku minum obat), adanya hubungan interaksi dan komunikasi antara dokter dan pasien dan intervensi agar kepatuhan minum obat terjadi (misalnya petugas meminta pasien mengingat tentang aturan minum obat).

Menurut asumsi peneliti, hasil dari 64 responden terdapat 45 responden yang patuh terhadap terapi dan 19 responden tidak patuh. Mayoritas responden sudah patuh terhadap terapi ARV dan menjalankan terapi dengan baik serta selalu control ke poli VCT rutin dalam setiap bulannya. Hal ini mungkin disebabkan oleh keinginan responden yang ingin memacu dirinya untuk sembuh dari penyakit tersebut dan tersedianya obat yang diperlukan pasien, fasilitas yang lumayan lengkap dan petugas kesehatan yang selalu ada di Rumah Sakit tersebut dan sudah banyak responden yang memahami tentang pentingnya terapi ARV dalam kelanjutan hidupnya. Ketidak patuhan ini banyak yang disebabkan oleh hambatan-hambatan dalam pengobatan diantaranya : ada yang merasa takut terhadap efek samping yang dialami, hambatan dalam pengambilan obat ARV dan hambatan waktu dalam kesibukkan kerja mereka.

C. Analisis Bivariat

Data dari table 5.4 didapatkan hasil analisis Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS dengan Kepatuhan Terapi ARV di Poli VCT Tahun 2015 mayoritas responden yang mempunyai pengetahuan baik dan patuh terhadap terapi sebanyak 19 orang (79,2%) dan responden yang mempunyai pengetahuan baik namun tidak patuh sebanyak 5 orang (20,8%), sedangkan responden yang mempunyai pengetahuan cukup

dan paut terhadap erapi sebanyak 26 orang (65%) dan responden yang mempunyai pengeahuan cukup namun idak paut erhadap erapi sebanyak 14 orang (35%).

Berdasarkan tabel silang Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS dengan Kepatuhan Terapi ARV di Poli VCT Tahun 2015 ini yang melibakan 64 responden didapatkan hasil p value 0,150 yang lebih besar dari nilai (0,05) dalam hal ini berarti hipotesa nol ditolak yang menunjukkan tidak ada Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS dengan Kepatuhan Terapi ARV di Poli VCT Tahun 2015.

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003), seseorang yang memiliki pengetahuan kurang cenderung memiliki perilaku yang kurang baik dalam perilakunya, sehingga peluang untuk menerapkan konsep dasar ilmu yang ia miliki juga kurang. Semakin tinggi pengetahuan pasien HIV/AIDS tentang HIV/AIDS dan ARV maka semakin besar kemungkinannya untuk patuh terhadap terapi ARV.

Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggipta B.M dengan judul Hubungan antara pengetahuan, motivasi dan dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi ARV pada ODHA (Bimbingan LSM Graha Mitra Semarang) tahun 2010. Berdasarkan hasil uji bivariat, menunjukkan bahwa tiga variabel yang diteliti yaitu pengetahuan, motivasi dan dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan Terapi ARV.

Menurut asumsi peneliti, bahwa pengetahuan tentang terapi ARV lebih mempengaruhi kepatuhan terapi ARV dibandingkan dengan pengetahuan pasien

HIV/AIDS dengan kepatuhan terapi ARV, karena pasien HIV/AIDS tidak begitu perlu untuk memiliki pengetahuan yang baik untuk dapat patuh terhadap terapi. Dari hasil penelitian saya ini, pasien yang berpengetahuan baik lebih sedikit dari pada yang berpengetahuan cukup dan yang patuh lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak patuh.

D. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai keterbatasan yaitu;

1. Jumlah Sampel

Semakin banyak sampel maka hasil penelitian pun akan menjadi semakin representative dan dapat memberikan gambaran tentang populasi yang sesungguhnya.

2. Variabel Independen

Pada penelitian ini variabel independen terbatas hanya pada pengetahuan pasien HIV/AIDS, sementara masih banyak lagi faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi ARV ini, seperti motivasi, dukungan keluarga dan efek samping obat.



BAB VII

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Dari 64 responden terkait pengetahuan pasien HIV/AIDS lebih banyak yang mempunyai pengetahuan cukup, yaitu sebanyak 40 orang (62,5 %) dan mempunyai pengetahuan baik sebanyak 24 orang (37,5 %).
2. Dari 64 responden terkait kepatuhan terapi ARV lebih banyak responden yang patuh terhadap terapi ARV sebanyak 45 orang (70,3 %) dan yang tidak patuh sebanyak 19 orang (29,7 %).
3. Dari hasil uji statistik untuk mengetahui Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS dengan Kepatuhan Terapi ARV di Poli VCT Tahun 2015 ini yang melibatkan 64 responden didapatkan hasil p value 0,150 yang lebih besar dari nilai (0,05) dalam hal ini berarti hipotesa nol diterima yang menunjukkan tidak ada Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS dengan Kepatuhan Terapi ARV di Poli VCT Tahun 2015

B. Saran

Dalam penelitian ini dari uraian pembahasan dan kesimpulan tersebut, penulis memberikan saran:

1. Instisusi Pendidikan.

Pendidikan dapat memberikan materi tentang HIV/AIDS dan terapi ARV serta materi tentang hubungan antara kepatuhan terapi ARV dalam keberhasilan terapi pada penatalaksanaan penderita dengan HIV/AIDS dan dapat mengaplikasikan

ilmu yang di peroleh diklinik pada saat praktik lapangan. Serta dapat diharapkan ada PKL untuk langsung mengaplikasikan materi yang diperoleh dalam proses belajar.

2. Rumah Sakit

Dalam peningkatan pengetahuan, Rumah Sakit dapat berperan secara aktif dalam setiap proses perawatan dan pengobatan penderita HIV/AIDS, perawat dan konselor di Rumah Sakit juga lebih giat dalam kegiatan pertemuan rutin yang telah ada dan selalu meningkatkan peran serta keluarga dalam keberhasilan terapi ARV.

3. Peneliti Selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian berkelanjutan tentang faktor-faktor lain yang mempengaruhi tingkat kepatuhan terapi ARV, diantaranya hubungan antara motivasi, dukungan keluarga, dan peran serta petugas kesehatan terhadap kepatuhan terapi ARV. Dan juga dapat menggunakan tehnik random dalam penentuan tehnik sampling sehingga memberikan peluang yang sama kepada seluruh calon responden untuk terlibat dalam penelitian dan perlu dilakukan pendekatan terlebih dahulu kepada calon responden yang bertujuan agar calon responden dapat bersifat terbuka dan memberikan informasi yang diperlakukan, sehingga didapat jumlah sampel yang representative. Deperlakukan juga data yang mengungkapkan riwayat responden sebelumnya sehingga diketahui hubungan sebab akibat.



Daftar Pustaka

- Anggipta, B. M. (2010). Hubungan antara Pengetahuan , Motivasi dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA (Bimbingan LSM Graha Mitra Semarang). *Hubungan antara Pengetahuan , Motivasi dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA (Bimbingan LSM Graha Mitra Semarang)*. , <http://Anggipta B.M.ac.id>.
- Aprilianingrum, F. (2002). *Survey Penyakit sifilis dan infeksi HIV pada pekerja seks komersial resosialisasi Argoreja Kelurahan Kalibanteng Kulon Kecamatan Semarang Barat kota Semarang*. <http://www.health-Irc.or.id>.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Pendekatan Praktek Edisi Revisi VI*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, A. (2005). *Metode Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuh Medika.
- Dahlan, M. S. (2014). *Langkah-Langkah : Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan (ed. 2)*. Jakarta: Sagung Seto.
- Dahlan, M. S. (2014). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan : Deskriptif, Bivariat dan Multivariat (ed. 6)*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia (Pstat-Consulting).
- Gede, I Dewa; Wiyono, Suko; Sudarsono. (2014). *Filsafat Ilmu*. Malang : madani.
- Health, P. (2012). AIDS. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001620>.
- Hidayat, A. A. (2005). *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Indonesia,U.N.(2013,Desember26).HIV/AIDSProgramme.<http://www.undp.or.id/programme/pro-poor/hiv-aids.asp>.
- Jihad, A., & Suyanto. (2014). *Cara Cepat Belajar Menulis Karya Ilmiah*. Yogyakarta: Multi Pressindo.
- Kemenkes, R. (2011). *Pedoman Tata Laksana Terapi ARV pada ODHA*.
- M.,N.(2013).*HIV/AIDSTransmission*.http://www.emedicinehealth.com/hiv aids/page2_em.htm#hiv aids_transmission
- Nasronudin, & Margarita. (2007). *konseling, dukungan, perawatan dan pengobatan ODHA*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Niven, N. (2002). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, & Kurniawati, D. (2007). *Askep Pada Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, & Ninuk. (2007). *Asuhan keperawatan pada pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Priyanto, D. (2009). *Mandiri Belajar SPSS*. Yogyakarta: MediaKom.
- PubMed,H.(2012).AIDS. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001620>.
- Putra, S. R. (2012). *Pengantar Riset Keperawatan dan Penulisan Ilmiah*. Yogyakarta: D-Medika.
- RI, K. (2011). http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf_thesis/unud-922-185482673-bab%20ii%20kajian%20pustaka.pdf.
- Riwidikdo, H. (2013). *Statistik Kesehatan dengan Aplikasi SPSS dalam Prosedur Penelitian*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Setiadi. (2007). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sugiyono. (2006). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfa Beta.
- Vincent. (2013). tingkat pengetahuan dan sikap mahasiswa fakultas kedokteran Universitas Sumatera Utara Angkatan 2010 tentang peran kondom terhadap pencegahan penularan HIV/AIDS. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/40601>.
- Wawan, A., & Dewi, M. (2011). *Teori dan Pengukuran : Pengetahuan, Sikap dan Prilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.

KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN PENGETAHUAN PASIEN HIV/AIDS DENGAN KEPATUHAN
TERAPI ARV DI POLI VCT

DATA DEMOGRAFI

Lingkarkanlah pilihan yang telah disediakan sesuai dengan jawaban anda

No. Responden :

Umur : Tahun

A. PENGETAHUAN

1. Baca dengan teliti pertanyaan sebelum memberi jawaban.
2. Jawab dengan jujur tanpa pengaruh orang lain
3. Berilah tanda () pada jawaban yang telah disediakan sesuai dengan keadaan dan pendapat anda.

Keterangan :

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	HIV/AIDS dapat menyebabkan kematian pada siapa saja.				
2.	Tidak mampu bila ARV tidak gratis lagi.				
3.	Jika tidak minum obat, penyakit lain akan masuk				

	kedalam tubuh.				
4.	Takut adanya diskriminasi atau dijauhi di lingkungan ketika tahu sttus anda dan menjalani ARV.				
5.	Peningkatan jumlah CD4 adalah manfaat terapi ARV.				
6.	HIV/AIDS dapat menyerang siapa saja.				
7.	Lingkungan memiliki peran yang signifikan terhadap penyebaran virus HIV.				
8.	Penyebab AIDS adalah sejenis virus yang tergolong Retrovirus.				
9.	HIV menular melalui air mani, air mata, air liur.				
10.	Infeksi oleh virus HIV menyebabkan fungsi kekebalan tubuh rusak.				
11.	Gejala HIV/AIDS adalah berat badan menurun secara drastis.				
12.	Infeksi HIV/AIDS merupakan suatu penyakit dengan perjalanan yang panjang.				
13.	Terapi antiretroviral berarti mengobati infeksi HIV dengan obat-obatan.				
14.	Untuk memulai melakukan terapi ARV perlu dilakukan pemeriksaan jumlah CD4.				
15.	Tujuan terapi ARV adalah memulihkan dan memelihara fungsi kekebalan tubuh.				

B. Kepatuhan

1. Baca dengan teliti pertanyaan sebelum memberi jawaban.
2. Jawab dengan jujur tanpa pengaruh orang lain
3. Berilah tanda () pada jawaban yang telah disediakan sesuai dengan keadaan dan pendapat anda.

Keterangan :

S : Selalu

SR : Sering

P : Pernah

TP : Tidak Pernah

No	Item	SS	SR	P	TP
1.	Apakah tidak adanya perubahan selama minum obat menjadi alasan anda untuk tidak mengambil ARV?				
2.	Apakah setiap obat yang anda ambil di Rumah Sakit anda minum sesuai dengan petunjuk yang diberikan?				
3.	Apakah anda minum obat ARV ketika sedang bersama seseorang?				
4.	Apakah efek samping dari ARV menjadi kendala anda untuk minum obat secara teratur?				
5.	Apakah lupa dalam meminum obat ARV menjadi kendala anda untuk minum obat secara teratur?				
6.	Apakah motivasi yang baik akan membuat anda melakukan terapi secara teratur?				

7.	Apakah keluarga memberikan motivasi untuk melakukan terapi secara teratur?				
8.	Apakah informasi mengenai terapi ARV diberikan secara jelas petugas kesehatan?				
9.	Apakah anda memiliki tempat atau ruangan pribadi untuk menyimpan obat anda?				
10.	Apakah selama terapi anda mengikuti konseling kepatuhan minum obat?				
11.	Apakah selama mengkonsumsi obat NRTI anda merasa mual, muntah dan nyeri perut?				
12.	Apakah selama mengkonsumsi obat NNRTI menyebabkan anda ruam kulit?				
13.	Apakah anda pernah tidak mematuhi waktu aturan minum obat?				
14.	Apakah jarak antara rumah anda ke poli VCT menjadi kendala anda untuk tidak mematuhi pengambilan obat?				
15.	Apakah pekerjaan anda menjadi kendala anda untuk tidak mematuhi pengambilan obat?				



LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Samarinda, Juni 2015

Kepada

Yth, Calon Responden

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fera Ayudiati Shinta

Nim : 11.0469.271.01

Saya adalah mahasiswi Stikes Wiyata Husada Samarinda Program Studi Ilmu Keperawatan yang sedang melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS Dengan Kepatuhan Terapi ARV di Poli VCT”.

Untuk itu saya mengharapkan partisipasi bapak/ibu/saudara/saudari agar bersedia mengisi lembar pertanyaan atau menjawab pertanyaan-pertanyaan yang di ajukan oleh peneliti. Apapun yang diberikan akan dirahasiakan dan digunakan oleh peneliti untuk penelitian. Dalam kesempatan ini saya memohon bapak/ibu/saudara/saudari menjawab dengan sebenar-benarnya karena jawaban saudara/i sangat mempengaruhi hasil penelitian saya.

Atas partisipasi dan kesediaan saudara/i dalam kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Peneliti,

Fera Ayudiati Shinta



LEMBAR BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, maka saya bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul “Hubungan Pengetahuan Pasien HIV/AIDS Dengan Kepatuhan Terapi ARV di Poli VCT” yang dilakukan oleh mahasiswiStikes Wiyata Husada Samarinda jurusan Keperawatan.

Saya memahami bahwa hasil penelitian ini tidak akan berakibat negatif atau merugikan saya serta segala informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya. Saya memahami bahwa hasil penelitian ini akan menjadi bahan informasi atau masukan untuk kepentingan penelitian. Oleh karena itu jawaban yang saya berikan adalah jawaban yang sebenarnya.

Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan penelitian dan telah mendapatkan jawaban yang memuaskan. Berdasarkan semua penjelasan yang saya terima, saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Responden,

.....

