

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep HIV-AIDS

2.1.1. Definisi HIV-AIDS

HIV adalah virus yang dapat menyerang dan menurunkan sistem kekebalan tubuh manusia sehingga menyebabkan munculnya kumpulan berbagai gejala penyakit yang disebut AIDS (Idrus Alwi 2017).

Orang yang terinfeksi virus HIV belum tentu AIDS. Perlu waktu 3-10 tahun untuk menjadi AIDS. HIV positif belum tentu AIDS, tetapi akhirnya akan menjadi AIDS, dan status HIV positif tidak pernah berubah menjadi HIV negative.

HIV hanya menular antar manusia. Ada virus yang serupa yang menyerang hewan, tetapi virus ini tidak dapat menular pada manusia, dan HIV tidak dapat menular hewan. HIV menyerang sistem kekebalan tubuh, yaitu sistem yang melindungi tubuh terhadap infeksi.

Sistem kekebalan tubuh kita bertugas untuk melindungi kita dari penyakit apa pun yang setiap hari menyerang kita dari luar. Salah satu unsur yang penting dalam sistem kekebalan tubuh adalah sel CD4, salah satu jenis sel darah putih. Namun sel CD4 dibunuh oleh HIV saat menggandakan diri dalam darah. Semakin lama kita terinfeksi HIV, semakin banyak sel CD4 dibunuh, sehingga jumlah sel tersebut menjadi semakin rendah.

Tahun-tahun pertama setelah terinfeksi tidak ada gejala atau tanda infeksi, kebanyakan orang yang terinfeksi HIV tidak mengetahui bahwa dirinya telah terinfeksi. Segera setelah terinfeksi, beberapa orang mengalami gejala yang mirip gejala flu selama beberapa minggu. Penyakit ini disebut sebagai infeksi HIV primer atau akut. Selain itu tidak ada tanda infeksi HIV. Tetapi, virus tetap ada di tubuh dan dapat menular pada orang lain.

Sementara itu, *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* adalah suatu penyakit retrovirus yang disebabkan oleh HIV dan ditandai dengan immunosupresi berat yang menimbulkan infeksi oportunistik, neoplasma sekunder dan manifestasi neurologis. HIV telah ditetapkan sebagai agens penyebab *Acquired Immune Deficiency Syndrom (AIDS)* (Idrus Alwi 2017). AIDS adalah suatu kumpulan kondisi klinis tertentu yang merupakan hasil akhir dari infeksi oleh HIV.

Definisi AIDS yang ditetapkan oleh pusat pengendalian penyakit, telah berubah beberapa waktu sejak gejala pertama ditemukan pada tahun 1981. Secara umum definisi ini menyusun suatu titik dalam kontinum penyimpangan HIV dimana penjamu telah menunjukkan secara klinis disfungsi imun. Jumlah besar infeksi oportunistik dan neoplasma merupakan tanda supresi imun berat sejak tahun 1993. Definisi AIDS telah meliputi jumlah CD4 kurang dari 200 sebagai kriteria ambang batas. Sel CD4 adalah bagian dari limfosit dan satu target sel dari infeksi HIV (P2PL, 2012).

AIDS atau *Acquired Immune Deficiency Sindrome* adalah suatu sindrom (kumpulan gejala) yang menyebabkan turunnya/hilangnya sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS disebabkan oleh HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), yaitu virus yang dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS adalah tahap akhir dari infeksi virus HIV ketika sistem kekebalan tubuh telah sangat rusak, sehingga tidak dapat melawan infeksi ringan sekalipun dan pada akhirnya menyebabkan kematian. HIV dan AIDS secara klinis untuk pertama kali dilaporkan di Amerika Serikat pada tahun 1981, dimana fase penyebaran HIV dan AIDS dimulai (Sholeh. 2013).

2.1.1. Sejarah HIV-AIDS

1. Sejarah 1926

Beberapa ilmuwan menganggap HIV menyebar dari kera ke manusia antara 1926-1946. Penelitian sekarang menunjukkan bahwa HIV kemungkinan pertama meloncat dari simpanse ke manusia pada 1675 tetapi jenis virus itu tidak menetapkan diri sebagai epidemi hingga 1930.

2. Sejarah 1959

Seorang laki-laki meninggal dunia di Kongo dengan apa yang dianggap peneliti sebagai kematian AIDS pertama yang terbukti.

3. Sejarah 1978

Laki-laki gay di AS dan Swedia – dan laki-laki heteroseks di Tanzania dan Haiti – mulai menunjukkan tanda apa yang nantinya akan disebut gejala AIDS.

4. Sejarah 1980

Kematian karena AIDS di AS: 31 (termasuk semua kasus sebelum 1981).

5. Sejarah 1981

Sarkoma Kaposi (KS) adalah bentuk kanker kulit yang jarang dan umumnya relatif tidak ganas, yang cenderung dialami hanya oleh orang lanjut usia. Tetapi pada Maret sedikitnya delapan kasus yang lebih ganas sudah dilaporkan di antara laki-laki muda yang gay di New York, AS. Seorang teknisi obat di *Centers for Disease Control* (CDC), AS, mencatat sejumlah permintaan yang luar biasa tinggi untuk obat pentamidin, obat yang dipakai untuk mengobati pneumonia *Pneumocystis carinii* (PCP). Ini mengakibatkan laporan ilmiah tentang PCP yang luar biasa pada lima laki-laki gay dari Los Angeles, AS.

Penelitian yang dimulai mencari penyebab PCP di Los Angeles dan KS di New York, AS. Calon utama penyebab yang timbul adalah popper atau penghirup nitrat. Penyebab lain yang mungkin adalah unsur menular. Ada berbagai teori mengenai kemungkinan penyebab kasus infeksi oportunistik (IO) ini. Tetapi karena hanya sangat sedikit yang diketahui mengenai penyakit baru ini, ada kekhawatiran mengenai daya menularnya, dan apakah penyakit dapat disebarkan oleh orang tanpa gejala. Pengetahuan mengenai penyakit ini berubah begitu cepat sehingga asumsi yang diambil sering dibuktikan salah setelah hanya beberapa bulan. Contohnya, pada Juli CDC beranggapan bahwa orang bukan gay tidak rentan terhadap penyakit ini. Namun, sebelum akhir tahun, kasus

PCP pertama tampak di antara pengguna narkoba. Pada saat yang sama, kasus pertama dilaporkan dari Inggris. 422 kasus AIDS didiagnosis di AS; 159 meninggal dunia.

6. Sejarah 1982

Penyakit masih belum diberi nama, dengan berbagai kelompok memakai istilah yang berbeda-beda. CDC AS umumnya mengacunya dengan nama IO, contohnya limfadenopati, walau kadang dipakai istilah “*Kaposi’s Sarkoma and Opportunistic Infections (KSIO)*”. Sebaliknya beberapa kelompok masih mengkaitkan penyakit ini dengan kejadian pertama di antara laki-laki gay, dengan surat pada *The Lancet* memakai nama “*gay compromise syndrome*”. Yang lain memakai nama GRID (*Gay-Related Immune Deficiency* – penurunan kekebalan tubuh yang dihubungkan dengan kaum gay), AIDS (*Acquired immunodeficiency disease*), “kanker gay” atau “*community-acquired immune dysfunction*”.

Pada Juni, ada laporan mengenai sekelompok kasus di antara laki-laki gay di California Selatan, yang memberi kesan bahwa penyakit disebabkan oleh suatu unsur yang menular melalui hubungan seks. Nanti, pada bulan yang sama, laporan pertama muncul mengenai penyakit yang terjadi di antara orang Haiti, serta juga orang dengan hemofilia. Ada yang menganggap bahwa ini adalah bukti bahwa epidemi berawal dari Haiti. Kejadian penyakit pada orang non-gay berarti nama seperti GRID tidak cocok lagi.

Pada Juli, akronim AIDS, kependekan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (sindrom dapatan yang disebabkan oleh penurunan sistem kekebalan tubuh) dianjurkan pada pertemuan di AS. Istilah SIDA dipakai dalam bahasa Prancis dan Spanyol.

Pada Agustus, nama AIDS mulai dipakai oleh surat kabar dan jurnal ilmiah, tetapi sindrom baru didefinisikan secara resmi oleh CDC pada September. Beberapa organisasi layanan AIDS sukarela mulai didirikan di AS, termasuk *San Francisco AIDS Foundation (SFAF)*, serta *Gay Men’s Health Crisis (GMHC)* di New York.

Pada November, organisasi AIDS pertama didirikan di Inggris, yaitu Terrence Higgins Trust, yang mengenang orang pertama yang diketahui meninggal karena AIDS di negara itu.

Pada Desember, seorang bayi berusia 20 bulan meninggal karena infeksi terkait AIDS, setelah menerima beberapa transfusi darah. Kasus ini memberi bukti jelas bahwa AIDS disebabkan oleh unsur menular dalam darah, dan menimbulkan kekhawatiran mengenai keamanan transfusi darah. Pada Desember, CDC juga melaporkan kasus pertama penularan yang kemungkinan terjadi dari ibu ke bayi. Oleh karena beberapa kasus ini, semakin banyak orang mulai sadar terhadap penyakit baru ini, karena semakin jelas bahwa kelompok orang yang terpengaruh jauh lebih luas. AIDS dilaporkan terdapat di 14 negara di seluruh dunia.

7. Sejarah 1983

Pada Januari, mulai muncul laporan mengenai AIDS di antara perempuan tanpa faktor risiko lain, yang memberi kesan bahwa penyakit dapat menular melalui hubungan heteroseksual. *AIDS Candlelight Memorial* pertama dilaksanakan di San Francisco, AS.

Pada Mei, para dokter di Institute Pasteur di Prancis memisahkan sebuah virus baru yang mungkin penyebab AIDS. Virus ini disebut virus terkait limfadenopati (*lymphadenopathy-associated virus/LAV*). Contoh dikirim ke CDC dan *National Cancer Institute* (NCI) di AS. Di Eropa, ada dua epidemi AIDS, satu berhubungan dengan Afrika, sementara yang lain berhubungan dengan laki-laki gay yang pernah mengunjungi AS. Laporan resmi pertama tentang AIDS di Inggris dibuat oleh Departemen Kesehatan Inggris. Tiga orang di Inggris telah meninggal. Kematian orang Australia pertama karena AIDS dicatat di Melbourne.

Pada saat ini, dokter yang bekerja di bagian Zambia dan Zaire mengamati munculnya bentuk KS yang sangat ganas. Kanker ini adalah endemik di Afrika Tengah, tetapi sebelumnya hanya berlanjut secara perlahan dan menanggapi pengobatan dengan baik, sementara kasus baru tampaknya jauh berbeda, dan sering mematikan. CDC AS coba memberi

penenteram hati dengan mengumumkan bahwa penyebab AIDS tidak diketahui, tetapi kemungkinan besar disebabkan oleh unsur yang disebarkan oleh hubungan seks dan melalui jarum suntik yang tercemar. Tidak ada bukti bahwa AIDS dapat menyebar melalui udara, atau melalui kontak sehari-hari. Nanti dalam tahun ini, jumlah anak AIDS meningkat, dan ada kesepakatan bahwa anak itu memperoleh infeksi dari ibunya di dalam rahim atau saat persalinan. Juga, jelas virus penyebab AIDS dapat disebarkan melalui transfusi darah.

Konferensi AS pertama tentang AIDS dilaksanakan di Denver pada Juli. Sekelompok aktivis dengan AIDS masuk konferensi tersebut tanpa undangan, dan menyatakan pernyataan yang sekarang diketahui sebagai Asas Denver. Asas mulai dengan desakan agar “Kami menolak ditandai sebagai “korban”, istilah yang berbau kegagalan.”

Dr. Zubairi Djoerban melaksanakan penelitian terhadap 30 waria di Jakarta. Karena rendahnya tingkat limfosit dan gejala klinis, Dr. Zubairi pastikan dua di antaranya terinfeksi.

Pada September, CDC menerbitkan anjuran pertamanya mengenai kewaspadaan untuk petugas layanan kesehatan untuk mencegah penyebaran AIDS. Di Inggris, orang yang mungkin rentan terhadap AIDS diminta agar tidak mendonasi darah.

AIDS telah dilaporkan di 33 negara. 3.000 orang AS AIDS, di antaranya 1.283 telah meninggal.

8. Sejarah 1984

Dr. Robert Gallo, Pada April, pemerintah AS mengumumkan bahwa Dr. Robert Gallo di NCI telah memisahkan retrovirus penyebab AIDS dan itu diberi nama HTLV-III. Diumumkan bahwa sebentar lagi akan tersedia tes darah yang dapat menemukan antibodi terhadap virus.

Sekretaris *Health and Human Service AS*, Margareth Heckler, meramalkan secara yakin bahwa epidemi akan cepat selesai. Dia berkata “akan ada vaksin dalam beberapa tahun dan obat yang menyembuhkan AIDS sebelum 1990.” Ada kemungkinan besar bahwa HTLV-III adalah

sama dengan LAV yang ditemukan oleh Pasteur Institute. Gaetan Dugas, yang disebut “pasien nol”, meninggal dunia. Dia dianggap orang yang “membawa” AIDS ke Amerika Utara. Sebetulnya istilah pasien nol timbul akibat kesalahpahaman; pada awal dia disebut “pasien O’ untuk ‘*Out of California* (di luar California)’, tetapi dibaca ‘pasien 0’. Di San Francisco, AS, semua “tempat pemandian” kaum gay ditutup.

Para peneliti yang mengunjungi Afrika Tengah melaporkan ditemukannya 26 pasien dengan AIDS di Kigali, Rwanda, dan 38 di Kinshasa, Zaire. Penelitian di Rwanda menyimpulkan bahwa keterkaitan antara lingkungan perkotaan, penghasilan yang relatif tinggi, dan ‘seks bebas’ adalah faktor risiko untuk AIDS di Afrika. Penelitian di Zaire menemukan kemungkinan besar ada kaitan dengan penyebaran heteroseksual. Pusat pertukaran jarum suntik pertama dalam skala kecil di buka di Amsterdam, Belanda. Menjelang akhir 1984 7.699 kasus AIDS di antara orang AS, dengan 3.655 di antaranya sudah meninggal. Di Eropa, dilaporkan 762 kasus.

9. Sejarah 1985

Food and Drug Administration (FDA) di AS menyetujui tes diagnosis AIDS dari Gallo yang didasarkan teknik Western blot. Segera setelah itu perangkat tes antibodi komersial pertama disetujui. Nanti dalam tahun ini Institute Pasteur mengajukan tuntutan perkara melawan NCI, menuntut pembagian royalti dari tes darah AIDS yang telah dipatenkan oleh NCI. Ada kekhawatiran mengenai beberapa masalah sosial dan etika terkait tes baru. Terutama adalah masalah terkait kerahasiaan dan artinya/dampak hasil tes yang positif.

RSCM dan FK-UI membentuk satuan tugas untuk mengkaji masalah AIDS, yang dikenal sebagai POKDISUS AIDS.

Konferensi internasional pertama tentang AIDS dilaksanakan di Atlanta, AS, dihadiri oleh 2.000 peserta. Segera setelah konferensi ini, WHO melakukan pertemuan internasional untuk membahas pandemi AIDS dan memulai tindakan sedunia yang terkordinasi. Banyak orang

diketahui terinfeksi di Afrika Tengah. Di Uganda AIDS dikenal sebagai “penyakit kurus,” karena efek wasting yang diakibatkannya.

Pada awal, WHO memakai definisi AIDS pertama yang dikembangkan di AS pada 1982 untuk surveilans. Tetapi definisi ini membutuhkan sarana laboratorium yang tidak tersedia di sebagian besar negara di Afrika. Jadi pada 1985 definisi klinis baru dari World Health Organisation (WHO) tentang AIDS di Afrika disetujui, disebut sebagai definisi Bangui. Pada tahun ini, pengetahuan mengenai cara penularan berkembang lagi, dengan laporan pertama mengenai penularan dari ibu-ke-bayi melalui menyusui.

Menteri Kesehatan RI, Dr. Soewandjono Soerjaningrat, menjawab pertanyaan wartawan, “Kalau kita taqwa pada Tuhan, kita tidak perlu khawatir terjangkit penyakit AIDS.” Menjelang akhir tahun, AIDS dilaporkan terdapat di 51 negara, di semua benua.

10. Sejarah 1986

Program pertukaran jarum suntik pertama dibuka di Inggris. Seorang wanita berusia 25 tahun, meninggal dunia di RSCM, tes darahnya memastikan bahwa dia terinfeksi HTLV-III, dan dengan gejala klinis yang menunjukkan AIDS. Kasus ini tidak dilaporkan oleh Depkes. Menjadi jelas virus LAV dan HTLV-III sebenarnya sama. Suatu panitia internasional menyatakan bahwa kedua nama tersebut sebaiknya dibatalkan dan diganti dengan nama baru, yaitu *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Pada Konferensi AIDS Internasional kedua di Paris, Prancis, ada laporan awal tentang penggunaan obat *zidovudine* (AZT) untuk mengobati AIDS. Tetapi Direktur WHO melaporkan pada konferensi bahwa sampai 10 juta orang di seluruh dunia mungkin sudah terinfeksi HIV.

WHO meluncurkan strategi AIDS sedunia. Pada pertemuan WHO mengenai penyebaran AIDS di antara pengguna narkoba, dianjurkan penyediaan jarum suntik yang steril pada pengguna narkoba sebaiknya di antara tindakan pencegahan oleh negara-negara sendiri untuk mencegah

penyebaran AIDS. Menteri Kesehatan (Surgeon General) AS menerbitkan laporan utama tentang AIDS. Laporan ini adalah pernyataan besar pertama mengenai apa yang harus dilakukan di AS untuk mencegah AIDS. Menteri Kesehatan Uganda mengatakan bahwa negaranya terserang AIDS, dan negara Afrika lain mengikuti dengan mengajukan permintaan untuk mendapatkan bantuan WHO. Departemen Kesehatan Zambia meluncurkan program pendidikan nasional tentang AIDS, membawa pendidikan AIDS ke sekolah dan kelompok masyarakat melalui tarian, sandiwara, dan lagu.

Seperti di negara maju, AIDS di Afrika ditemukan terutama pada orang muda dan usia pertengahan, sering yang belum menikah. Juga diakui bahwa sebagian infeksi terjadi akibat penggunaan jarum suntik secara bergantian dalam sarana kesehatan. Di Inggris, pemerintah membentuk Panitia Kabinet tentang AIDS.

Pada akhir 1986, 85 negara sudah melaporkan 38.401 kasus AIDS pada WHO, dengan 84 di antaranya di Asia. (Dirjen P3L. 2017).

2.1.2. Etiologi

AIDS disebabkan oleh virus yang disebut HIV. Virus ini ditemukan oleh Montagnier, seorang ilmuwan Perancis (Institute Pasteur, Paris 1983) yang mengisolasi virus dari seorang penderita dengan gejala limfadenopati, sehingga pada waktu itu dinamakan *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV). Robert Gallo (*National Institute Of Health*, USA 1984) menemukan virus *THLV-III (Human T Lymphotropic Virus)* yang juga adalah penyebab AIDS. Pada penelitian lebih lanjut dibuktikan bahwa kedua virus ini sama, sehingga berdasarkan hasil pertemuan International Committee On Taxonomy Of Viruses (1986). WHO memberikan nama resmi HIV (Nisa, 2007).

HIV adalah suatu retrovirus anggota subfamili lentivirinae, penyebab *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah virus RNA famili Retrovirus, subfamili Lentiviridae. Sampai sekarang baru dikenal 2

serotipe HIV yaitu HIV-1 sebagai penyebab sindrom defisiensi imun (AIDS) dan HIV-2 yang dikenal sebagai *Lymphadenopathy Associated Virus* type-2 (LAV-2). Secara morfologik HIV-1 berbentuk bulat dan terdiri dari inti (core) dan selubung (envelope). Inti tersusun dari protein genom RNA dan enzim reverse transcriptase yang membuatnya mampu memperbanyak diri secara khusus, sedangkan selubung terdiri dari suatu glikoprotein (Brooks, 2001). Retrovirus berdiameter 70-130 nm (Longo, 2005). Masa inkubasi virus ini selama sekitar 10 tahun (Kayser et al, 2005). Virion HIV matang memiliki bentuk hampir bulat. Selubung luarnya, atau kapsul viral, terdiri dari lemak lapis ganda yang banyak mengandung tonjolan protein. Duri-duri ini terdiri dari dua glikoprotein; gp120 dan gp41. Terdapat suatu protein matriks yang disebut gp17 yang mengelilingi segmen bagian dalam membran virus. Sedangkan inti dikelilingi oleh suatu protein kapsid yang disebut p24. Di dalam kapsid terdapat dua untai RNA identik dan molekul preformed reverse transcriptase, integrase dan protease yang sudah terbentuk. Reverse transcriptase adalah enzim yang mentranskripsikan RNA virus menjadi DNA setelah virus masuk ke sel sasaran (Lan, 2005).

2.1.3. Patogenesis

Masa klinis bisa berlangsung selama 10 tahun. Selama masa ini, terjadi banyak replikasi virus. Waktu virus dalam plasma sekitar 6 jam, dan siklus hidup virus (dari saat infeksi sel ke saat produksi keturunan baru yang menginfeksi sel berikutnya) rata-rata 2,6 hari. Limfosit TCD4+, target utama yang bertanggung jawab pada produksi virus tampaknya mempunyai angka pembalikan yang sama tinggi. Akhirnya, pasien akan menderita gejala-gejala konstitusional dan penyakit klinis yang nyata, seperti infeksi oportunistik atau neoplasma (Brooks G. F., 2005). Dalam tubuh ODHA, partikel virus akan bergabung dengan DNA sel pasien, sehingga orang yang terinfeksi HIV seusia hidup akan tetap terinfeksi. Sebagian pasien memperlihatkan gejala tidak khas seperti

demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, atau batuk pada 3-6 minggu setelah infeksi. Seiring dengan makin memburuknya kekebalan tubuh, ODHA mulai menampilkan gejala akibat infeksi oportunistik (penurunan berat badan, demam lama, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes dan lain-lain (Nursalam, 2007).

2.1.4. Cara Penularan

HIV terdapat dalam darah dan cairan tubuh seseorang yang telah tertular, walaupun orang tersebut belum menunjukkan keluhan atau gejala penyakit. HIV hanya dapat ditularkan bila terjadi kontak langsung dengan cairan tubuh atau darah. Dosis virus memegang peranan penting. Semakin besar jumlah virus yang terdapat dalam tubuh maka semakin besar kemungkinan terinfeksi. Jumlah virus terbanyak terdapat dalam darah, sperma, cairan vagina dan serviks serta cairan dalam otak. Sedangkan di dalam saliva, air mata, urine, keringat dan air susu hanya ditemukan sedikit sekali.

Adapun cara penularan dari HIV/ AIDS dilakukan dengan beberapa cara, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Hubungan Seksual

Hubungan seksual, baik secara vaginal, oral, maupun anal dengan seorang pengidap. Ini adalah faktor risiko yang paling umum terjadi, meliputi 80-90% dari total kasus sedunia. Penularan mudah terjadi apabila terdapat lesi penyalit kelamin dengan ulkus atau peradangan jaringan seperti herpes genetalis, sifilis, gonorea, klamidia, kankroid, dan trikomoniasis. Risiko pada seks anal lebih besar dibandingkan seks vagina, dan risiko lebih besar pada reseptif daripada insertif.

2. Kontak Langsung

Kontak langsung dengan Darah, Produk Darah, atau Jarum Suntik Transfusi darah atau produk darah yang tercemar mempunyai

risiko sampai >90%, ditemukan 3-5% total kasus sedunia. Pemakaian jarum suntik tidak steril atau pemakaian bersama jarum suntik dan spuitnya pada pecandu narkotik berisiko 0,5-1%, ditemukan 5-10% total kasus sedunia. Penularan melalui kecelakaan tertusuk jarum pada petugas kesehatan mempunyai risiko 0,5%, dan mencakup <0,1% total kasus sedunia.

3. Melalui Kehamilan, Persalinan, dan Air Susu Ibu (ASI)

Penularan ini dimungkinkan dari seorang ibu hamil yang HIV positif, dan melahirkan lewat vagina, kemudian menyusui bayinya dengan ASI. Kemungkinan penularan dari ibu ke bayi (*mother-to-child transmission*) berkisar antara 30%, artinya dari setiap 10 kehamilan ibu HIV positif kemungkinan ada 3 bayi yang lahir dengan HIV positif (KPAN, 2010).

2.1.5. Manifestasi Klinis

Fase-fase perkembangan infeksi HIV pada diri seseorang bisa di klasifikasikan sebagai berikut (Shams, 2008) :

1. Stadium Infeksi Primer

Pada stadium infeksi HIV primer biasanya belum ditemukan gejala apapun, tetapi pada 30-60% setelah 6 minggu terinfeksi, penderita dapat mengalami gejala- gejala ringan, seperti influenza, demam, lelah, sakit pada otot dan persendian, sakit pada saat menelan, dan pembengkakkan kelenjar getah bening. Ada juga yang menunjukkan gejala radang selaput otak , sakit kepala, hingga terjadi kejang dan kelumpuhan sarah otak (Shams, 2008). Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologis ketika antibodi terhadap virus tersebut berubah dari negatif menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibodi terhadap HIV menjadi positif disebut window period. Lama window period antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang

berlangsung sampai enam bulan. Gejala ini biasanya sembuh dengan sendirinya tanpa pengobatan khusus (Nursalam, 2007).

2. Stadium Tanpa Gejala

Stadium ini merupakan lanjutan dari infeksi primer yang di mulai sejak terinfeksi atau setelah sembuh dari gejala infeksi primer sampai beberapa bulan/ tahun setelah infeksi. Selama bertahun-tahun juga tidak terlihat gejala apapun, bahkan yang bersangkutan tidak mengetahui dan tidak merasa dirinya tertular HIV karena tetap merasa sehat seperti biasanya, pada stadium ini hanya tes darah yang dapat memastikan bahwa yang bersangkutan telah tertular HIV. Ini yang di sebut sebagai *silence periode* (Shams, 2008). Tanpa gejala berarti bahwa di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung selama 5-10 tahun. Cairan tubuh pasien HIV/AIDS yang tampak sehat sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain (Nursalam, 2007).

3. Stadium Dengan Gejala (Ringan/ Berat)

Setelah melewati masa beberapa tahun tanpa gejala, akan mulai timbul gejala ringan pada kulit, kuku, dan mulut. Beberapa infeksi jamur, sariawan berulang-ulang, dan peradangan sudut mulut atau bercak-bercak kemerahan akan muncul di kulit. Gejala pada mulut berakibat pada penurunan nafsu makan dan diare ringan. Berat badan pasien juga akan menurun, tetapi tidak mencolok (sekitar 10% dari berat badan sebelumnya) (Shams, 2008). Sering juga ada infeksi saluran nafas bagian atas yang berulang, tapi penderita masih bisa beraktivitas, seperti biasanya (Yuly, 2011). Kemudian seiring dengan berjalannya waktu, gejala seperti itu akan semakin berat. Beberapa gejala tersebut bisa timbul secara bersamaan sekaligus. Sering terjadi infeksi paru (*pneumonia*) bacterial, atau berup TBC (*tuberculosis*) yang berat. Aktivitas sudah menurun dan karena sakit, pada bulan terakhir, penderita bisa berada di tempat tidur hampir dua belas jam setiap hari. Juga terjadi pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan

merata (*persistent generalized lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung lebih dari satu bulan (Nursalam, 2007).

4. Stadium AIDS

Pada tahap ini, berat badan menurun lebih dari 10% dari berat badan sebelumnya, ada pneumonia yang berat, toksoplasmosis otak, demam terus-menerus atau berulang lebih dari satu bulan, diare juga terjadi karena berbagai sebab misalnya, jamur kriptosporidiosis, virus sitomegalo (CMV), infeksi virus herpes, jamur kandida pada kerongkongan, jamur saluran napas, atau infeksi jamur lainnya. Disamping itu dapat juga di temukan kanker kelenjar getah bening. Aktivitas sangat berkurang dan dalam bulan terakhir penderita sudah berada di tempat tidur lebih dari dua belas jam sehari, lebih lama dari pada stadium sebelumnya. Stadium ini juga disebut dengan istilah masa baring (Shams, 2008).

2.1.6. Diagnosis HIV-AIDS

Diagnosis HIV pada orang dewasa mengikuti prinsip-prinsip khusus. Baik diagnosis klinik maupun laboratorium dikembangkan untuk menentukan diagnosis negatif atau positif. Tanda dan gejala infeksi HIV awal bisa sangat tidak spesifik dan menyerupai infeksi virus lain yaitu: alergi, malaise, sakit tenggorokan, mialgia (nyeri otot), demam, dan berkeringat. Pasien mungkin mengalami beberapa gejala, tetapi tidak mengalami keseluruhan gejala tersebut diatas. Pada stadium awal, pemeriksaan laboratorium merupakan cara terbaik mengetahui apakah pasien infeksi virus HIV atau tidak.

ELISA merupakan tes yang baik, tetapi hasilnya mungkin akan negatif sampai 6-12 minggu pasien setelah terinfeksi. Jika terdapat tanda-tanda infeksi akut pada pasien dan hasil ELISA negatif, maka pemeriksaan ELISA perlu diulang. Gejala infeksi akut yang mirip dengan gejala flu ini akan sembuh dan pasien tidak menunjukkan tanda-tanda terinfeksi virus

HIV sampai dengan beberapa tahun. Periode ini disebut periode laten dan berlangsung selama 8-10 tahun. Selama periode laten, virus HIV terus menerus menyerang kekebalan tubuh penderita meskipun tidak tampak tanda dan gejala infeksi HIV. Stadium lanjut infeksi HIV dimulai ketika pasien dimulai mengalami penyakit AIDS. Gejala paling sering dijumpai pada stadium ini adalah penurunan berat badan, diare dan kelemahan. Ada dua sistem klasifikasi yang bisa dipakai yaitu menurut sistem klasifikasi WHO dan CDC (Nursalam, 2007: 57).

2.1.7. Pengobatan

Infeksi HIV/AIDS merupakan suatu penyakit dengan perjalanan yang panjang. Sistem imunitas menurun secara progresif sehingga muncul infeksi-infeksi oportunistik yang dapat muncul secara bersama dan berakhir pada kematian. Sementara itu belum ditemukan obat maupun vaksin yang efektif, sehingga pengobatan HIV/AIDS dapat dibagi dalam tiga kelompok antara lain:

1. Pengobatan Suportif

Adalah pengobatan untuk meningkatkan keadaan umum penderita. Pengobatan ini terdiri dari pemberian gizi yang baik, obat simptomatik, vitamin, dan dukungan psikososial agar penderita dapat melakukan aktivitas seperti semula/seoptimal mungkin. Pengobatan infeksi oportunistik dilakukan secara empiris.

Pengobatan Infeksi Oportunistik Adalah pengobatan yang ditujukan untuk infeksi oportunistik dan dilakukan secara empiris.

2. Pengobatan Antiretroviral

ARV bekerja langsung menghambat perkembangbiakan HIV. ARV bekerja langsung menghambat enzim reverse transcriptase atau menghambat enzim protease. Kendala dalam pemberian ARV antara lain kesukaran ODHA untuk minum obat secara langsung, dan resistensi HIV terhadap obat ARV (Depkes RI, 2006).

2.2. Konsep Kepatuhan

Kepatuhan atau ketaatan (*compliance/adherence*) adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain (Smet, 1994). Kepatuhan pasien sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Niven, 2002). Atau juga dapat didefinisikan kepatuhan atau ketaatan terhadap pengobatan medis adalah suatu kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang telah ditentukan (Gabit, 1999, *Improving Compliance by Gabit Ismailov Dunst*). Kepatuhan terhadap pengobatan membutuhkan partisipasi aktif pasien dalam manajemen perawatan diri dan kerja sama antara pasien dan petugas kesehatan (Robert, 1999, *Enhancing Medication Compliance for People*).

Menurut Cuneo dan Snider, (1989, *Enhancing Patient Compliance with Tuberculosis Therapy Clinic in Chest Medicine*) pengobatan memerlukan jangka waktu yang panjang akan memberikan pengaruh-pengaruh pada penderita seperti:

1. Merupakan suatu tekanan psikologis bagi seorang penderita tanpa keluhan atau gejala penyakit saat di nyatakan sakit dan harus menjalani pengobatan sekian lama.
2. Bagi penderita dengan keluhan atau gejala penyakit setelah menjalani pengobatan 1-2 bulan atau lebih lama keluhan akan segera berkurang atau hilang sama sekali penderita akan merasa sembuh dan malas untuk meneruskan pengobatan kembali.
3. Datang ke tempat pengobatan selain waktu yang tersisa juga menurunkan motivasi yang akan semakin menurun dengan lamanya waktu pengobatan.
4. Pengobatan yang lama merupakan beban di lihat dari segi biaya yang harus dikeluarkan.
5. Efek samping obat walaupun ringan tetap akan memberikan rasa tidak enak terhadap penderita.
6. Sukar untuk menyadarkan penderita untuk terus minum obat selama jangka waktu yang ditentukan. Karena jangka waktu pengobatan yang

ditetapkan lama maka terdapat beberapa kemungkinan pola kepatuhan penderita yaitu penderita berobat teratur dan memakai obat secara teratur, penderita tidak berobat secara teratur (*defaulting*), penderita sama sekali tidak patuh dalam pengobatan yaitu putus berobat (*droup out*).

Oleh karena itu menurut Cramer (1991, *Compliance and Medical Practice Clinical Trial*), kepatuhan penderita dapat dibedakan menjadi:

1. Kepatuhan penuh (*Total compliance*)

Pada keadaan ini penderita tidak hanya berobat secara teratur sesuai batas waktu yang ditetapkan melainkan juga patuh memakai obat secara teratur sesuai petunjuk.

2. Penderita yang sama sekali tidak patuh (*Non compliance*)

Yaitu penderita yang putus berobat atau tidak menggunakan obat sama

2.3. Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum ARV

Kepatuhan atau tidak patuh terhadap terapi antiretroviral (ART) adalah kunci keberhasilan pengobatan infeksi HIV, karena ART berkelanjutan mampu menekan HIV hingga tak terdeteksi, mengurangi risiko resistensi obat, meningkatkan kualitas dan kelangsungan hidup, meningkatkan kesehatan secara keseluruhan serta mengurangi risiko penularan HIV. Sebaliknya, ketidakpatuhan terhadap pengobatan merupakan penyebab utama kegagalan terapi.

Information Motivation and Behavioral Skills (IMB) model diperkenalkan oleh Fisher dan Fisher tahun 1992, model ini dirancang untuk mengidentifikasi kepatuhan berhubungan dengan informasi, motivasi dan keterampilan berperilaku sebagai determinan kritis kepatuhan ART (Amico, et al., 2006). IMB model berpendapat bahwa informasi, motivasi, dan keterampilan berperilaku merupakan faktor utama yang dapat mempengaruhi perilaku pencegahan seseorang terhadap penyakit. Melalui informasi, motivasi, dan keterampilan berperilaku untuk mengurangi risiko penularan, perilaku pencegahan terhadap penyakit juga lebih mudah terwujud.

Informasi berhubungan dengan pengetahuan dasar mengenai penyakit, kondisi kesehatan, maupun perilaku pencegahan yang dianjurkan. Sementara itu motivasi dipengaruhi oleh motivasi individu dan motivasi sosial. Motivasi individu didasarkan pada sikap terhadap perilaku pencegahan, norma subjektif, persepsi mengenai kerentanan terhadap penyakit, keuntungan dan hambatan dari perilaku pencegahan, 'biaya' yang ditimbulkan dari perilaku berisiko. Motivasi sosial didasarkan pada norma sosial, persepsi individu mengenai dukungan sosial, serta adanya saran dari orang lain. Sementara itu keterampilan berperilaku merupakan kemampuan individu untuk melakukan tindakan pencegahan, memastikan bahwa seseorang mempunyai keterampilan alat dan strategi untuk berperilaku yang didasarkan pada keyakinannya (*self efficacy*) dan perasaan bahwa ia dapat mempengaruhi keadaan/situasi (*perceived behavioural control*) untuk melakukan perilaku tersebut. Keterampilan berperilaku merupakan prasyarat yang menentukan apakah informasi dan motivasi yang bagus mampu mendorong tindakan pencegahan atau perubahan perilaku yang efektif.

Model ini beranggapan bahwa informasi dan motivasi masing-masing dapat memiliki pengaruh secara langsung maupun tidak langsung terhadap perilaku seseorang. Pengaruh tidak langsung yaitu melalui kerja sama antara informasi dan motivasi dengan keterampilan berperilaku. Model ini juga berpendapat bahwa informasi dapat mempengaruhi motivasi seseorang, begitu juga sebaliknya.

2.3.1. Informasi

Informasi ini meliputi tentang regimen, penggunaan ARV yang benar, kepatuhan yang adekuat, tentang efek samping dan reaksi obat-obatan, tentang metode dan teori lengkap mengenai kepatuhan (Fisher, 2006). Informasi berhubungan dengan pengetahuan dasar mengenai penyakit, kondisi kesehatan, maupun perilaku pencegahan yang dianjurkan (WHO, 2003 dalam Amico 2006).

Informasi terkait kepatuhan meliputi informasi akurat yang dimiliki seseorang tentang regimen ART dalam hal bagaimana dan kapan dosis harus diambil, potensi efek samping, dan keputusan mengenai kepatuhan yang mungkin tidak akurat (misalnya, percaya bahwa obat dapat dilewati jika sudah merasa baik) atau akurat (misalnya, memahami bahwa tingkat ketidakpatuhan yang rendah dapat menghambat penekanan virus) (Fisher, 2006). Pengetahuan ODHA tentang terapi ARV dapat mempengaruhi kepatuhan dalam mengikuti aturan-aturan yang telah disepakati dalam terapi ARV.

Kepatuhan yang tinggi diperlukan untuk keberhasilan program terapi. Aturan minum obat ARV harus ditaati dengan baik, efek samping yang mungkin terjadi, serta mencari pertolongan bila terjadi efek samping pada pasien. Hal ini sangatlah penting untuk menghindari terjadinya putus obat ataupun ketidakpatuhan dalam menjalankan terapi ARV (Amico, et al. 2005). Pasien HIV yang kurang mengetahui pengobatan sering tidak mengetahui aturan pengobatan yang diberikan oleh petugas kesehatan dan oleh karena itu tingkat kepatuhan pengobatan lebih rendah. Keterbatasan pengetahuan pengobatan adalah hambatan terhadap kepatuhan yang berpotensi untuk diubah (Ubra, 2012).

2.3.2. Motivasi

Motivasi individu didasarkan pada sikap terhadap perilaku pencegahan, norma subjektif, persepsi mengenai kerentanan terhadap penyakit, keuntungan dan hambatan dari perilaku pencegahan, biaya yang ditimbulkan dari perilaku berisiko. Motivasi sosial didasarkan pada norma sosial, persepsi individu mengenai dukungan sosial, serta adanya saran dari orang lain (WHO, 2003 dalam Amico 2006). Motivasi meliputi sikap tentang dampak dari perilaku kepatuhan dan ketidakpatuhan dan evaluasi hasil perilaku tersebut serta persepsi

dukungan dari orang lain untuk patuh dalam minum obat dan motivasi untuk memenuhi harapan orang lain (Fisher, 2006).

Motivasi sangat diperlukan dalam menjalankan kepatuhan terapi ARV, tanpa adanya motivasi terapi ARV tidak dapat dilanjutkan (Nursalam dan Ninuk, 2007). Motivasi individu didasarkan pada sikap terhadap perilaku pencegahan, norma subjektif, persepsi mengenai kerentanan terhadap penyakit, keuntungan dan hambatan dari perilaku pencegahan. Motivasi sosial didasarkan pada norma sosial, persepsi individu mengenai dukungan sosial, serta adanya saran dari orang lain.

2.3.3. Keterampilan Berperilaku

Keterampilan berperilaku ini meliputi keterampilan untuk memperoleh dan mengelola sendiri terapi ARV, untuk memasukkan ke dalam regimen ekologi sosial kehidupan sehari-hari, untuk meminimalkan efek samping, untuk memperbarui kepatuhan dalam terapi ARV sesuai keperluan, untuk memperoleh dukungan sosial dan instrumental untuk mendukung kepatuhan dan sebagai penguatan diri untuk patuh dari waktu ke waktu (Fisher, 2006).

Keterampilan berperilaku merupakan kemampuan individu untuk melakukan tindakan pencegahan, memastikan bahwa seseorang mempunyai keterampilan alat dan strategi untuk berperilaku yang didasarkan pada keyakinan (*self efficacy*) dan perasaan bahwa ia dapat mempengaruhi keadaan/situasi (*preceived behavioural control*) untuk melakukan perilaku tersebut. Keterampilan berperilaku merupakan prasyarat yang menentukan apakah informasi dan motivasi yang bagus mampu mendorong tindakan pencegahan atau perubahan perilaku yang efektif (Amico, et al, 2005).

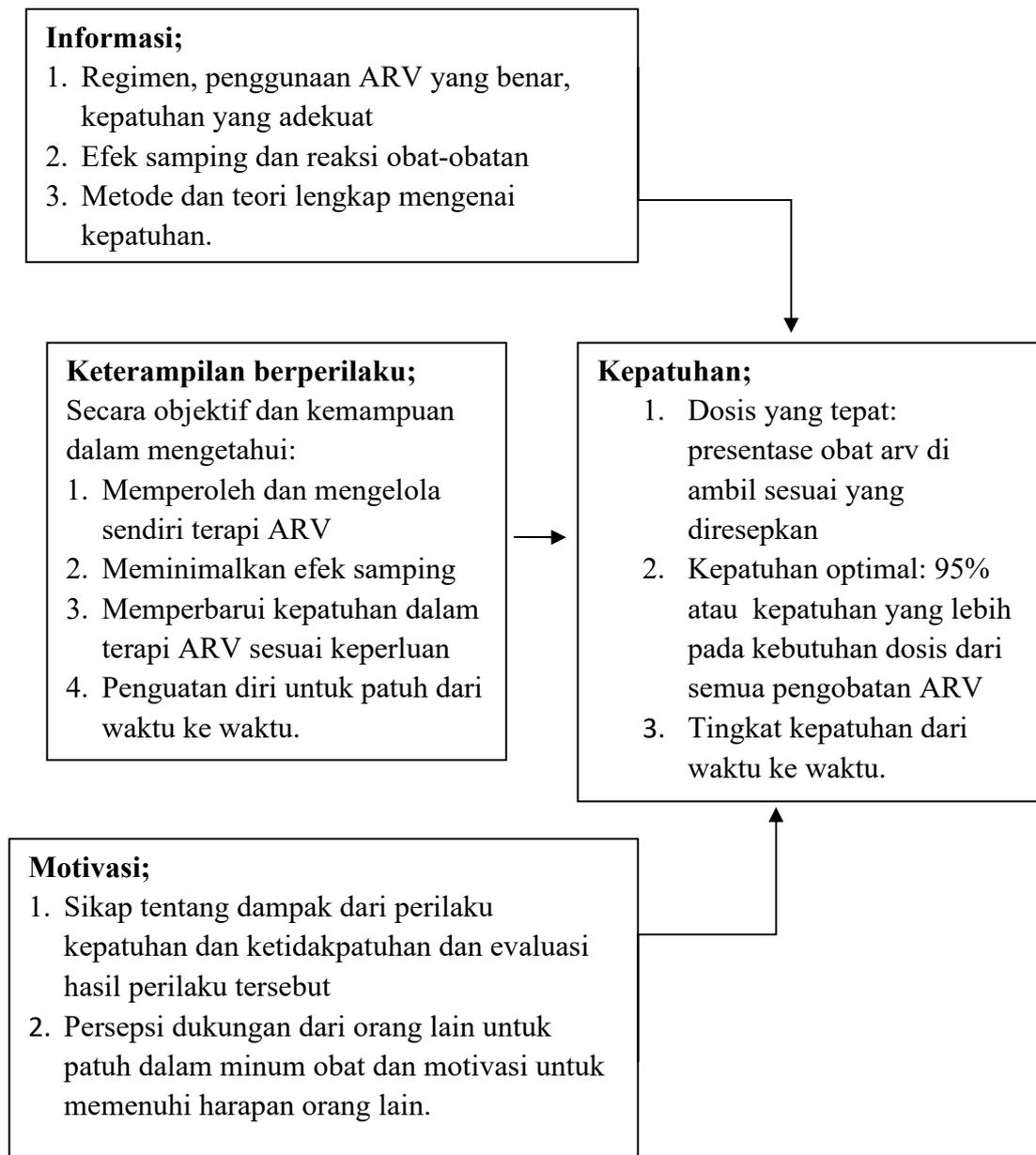
Kepatuhan berhubungan dengan informasi dan motivasi keduanya berhubungan dengan tampilan keterampilan berperilaku dalam kepatuhan minum ARV, secara spesifik ketika seseorang telah memiliki informasi yang baik mengenai ART dan termotivasi, mereka

berperilaku adekuat dan konsisten untuk mencapai kepatuhan dalam ART. Kepatuhan berhubungan dengan keterampilan berperilaku terdiri dari kemampuan objektif dan keyakinan (*self efficacy*) untuk menampilkan perilaku yang kritis, seperti menerima dan mengatur sendiri pengobatan ART secara konsisten setiap waktu, mencapai kecocokan antara regimen yang satu dengan ekologi alam dalam kehidupan sehari-hari, mengambil langkah untuk mengurangi efek, mendapatkan informasi mengenai ART dan mendukung ketika dibutuhkan, dan membangun strategi untuk menghargai dan memperkuat perilaku kepatuhan ART (Amico, et al., 2005).

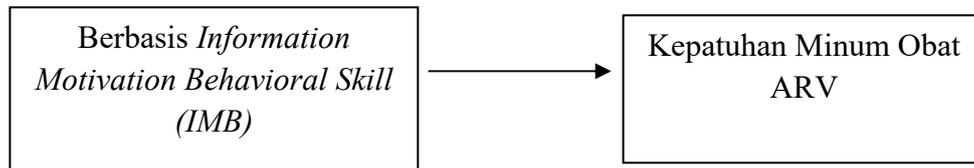
Ada 3 faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat ARV menurut IMB Model of ART Adherence (Fisher, 2006) yaitu; (1) Informasi berhubungan dengan pengetahuan dasar mengenai penyakit, kondisi kesehatan, maupun perilaku pencegahan yang dianjurkan. Informasi ini meliputi tentang regimen, penggunaan ARV yang benar, kepatuhan yang adekuat, tentang efek samping dan reaksi obat-obatan, tentang metode dan teori lengkap mengenai kepatuhan, (2) Motivasi meliputi sikap tentang dampak dari perilaku kepatuhan dan ketidakpatuhan dan evaluasi hasil perilaku tersebut serta persepsi dukungan dari orang lain untuk patuh dalam minum obat dan motivasi untuk memenuhi harapan orang lain (3) Keterampilan berperilaku dipengaruhi oleh motivasi dan informasi. Keterampilan berperilaku ini meliputi keterampilan untuk memperoleh dan mengelola sendiri terapi ARV, untuk meminimalkan efek samping, untuk memperbaiki kepatuhan dalam terapi ARV sesuai keperluan dan sebagai penguatan diri untuk patuh dari waktu ke waktu. Ketiga faktor tersebut mempengaruhi kepatuhan pasien HIV untuk mencapai kepatuhan dalam minum ARV. Kepatuhan (*compliance atau adherence*) menggambarkan sejauh mana pasien berperilaku untuk melaksanakan aturan dalam pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh tenaga kesehatan (Bart, 2004). Kepatuhan dalam minum ARV ditunjukkan dengan dosis yang tepat: presentase obat ARV di ambil sesuai yang diresepkan, kepatuhan optimal: 95% atau kepatuhan yang lebih pada

kebutuhan dosis dari semua pengobatan ARV dan tingkat kepatuhan dari waktu ke waktu.

2.4. Kerangka Teori



2.5. Kerangka Konsep



Gambar 2.1. Kerangka konseptual yang di adaptasi dari *Information Motivation Behavioral Skills (IMB) Model of ART Adherence* (Fisher, et al, 2006) .

2.6. Hipotesis

Ha:

1. Ada hubungan informasi dengan kepatuhan minum obat ARV pada pasien HIV+ di Polik VCT RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah.
2. Ada hubungan motivasi dengan kepatuhan minum obat ARV pada pasien HIV+ di Polik VCT RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah.
3. Ada hubungan keterampilan berperilaku dengan kepatuhan minum obat ARV pada pasien HIV+ di Polik VCT RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian non-eksperimen deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional, yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Pada penelitian ini, variabel dependen dan variabel independen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut (Nursalam, 2013). Peneliti membagikan kuesioner kepada responden yakni pasien HIV+ yang dalam terapi ARV yang berkunjung ke Polik VCT RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah satu kali pada saat tersebut.

3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1. Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di ruangan Polik VCT RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah yang merupakan Rumah Sakit rujukan untuk perawatan pasien HIV dan layanan ARV

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada bulan Juli-Agustus 2018

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi

Populasi adalah sebagian besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu. Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria

dalam penelitian dan biasanya dapat di jangkau oleh peneliti (Nursalam 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang sedang mengkonsumsi ARV selama trisemester pertama tahun 2018 (bulan Januari 50 orang, Februari 62 orang dan Maret 55 orang). Mengingat kunjungan pengambilan ARV setiap bulan dengan orang yang sama, maka Populasi untuk pasien yang mengkonsumsi ARV pada penelitian ini berjumlah 56 Orang.

3.3.2. Sampel

Peneliti dalam pemilihan subjek penelitian ini menentukan sampel berdasarkan faktor spontanitas (Aksidental Sampling) namun sesuai dengan karakteristik yang di inginkan, yakni memenuhi kriteria Inklus.

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi.

Kriteria Inklusi:

1. Pasien HIV+ yang terdaftar dalam rekam medik RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah.
2. Pasien HIV+ yang bertempat tinggal di wilayah Sulawesi Tengah.
3. Pasien HIV+ yang datang sendiri mengambil obat.
4. Pasien HIV+ yang bisa baca tulis.
5. Pasien HIV+ yang bersedia jadi informan

Penentuan besaran sampel menurut Nursalam (2013) jika Populasi finit (Populasi di ketahui):

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

Ket:

n = Besar sampel

p = Estimator proporsi populasi (jika tidak diketahui dianggap 50%)

q = 1-p (100%-p)

Z_{α}^2 = Harga kurva normal yang tergantung dengan alfa ($Z_{\alpha} 0,05 = 1,96$)

N = Besar uni populasi

d = Toleransi kesalahan yang dipilih ($d=0,05$)

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q} \\
 &= \frac{56 \times (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}{(0,05)^2 \times (56-1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)} \\
 &= \frac{56 \times 3,8416 \times 0,25}{0,0025 \times 55 + 3,8416 \times 0,25} \\
 &= \frac{53,784}{0,1375 + 0,9604} \\
 &= \frac{53,784}{1,0979} \\
 &= 48,9880 = \text{di bulatkan menjadi } 49
 \end{aligned}$$

Jadi sampel pada penelitian ini sebanyak 49 orang.

3.3.3. Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah Aksidental Sampling yakni teknik penentuan sampel berdasarkan faktor spontanitas, artinya siapa saja pasien HIV+ yang sedang mengkonsumsi ARV yang secara tidak sengaja

bertemu dengan peneliti di Polik VCT RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah dan sesuai dengan karakteristik, maka pasien tersebut dapat digunakan sebagai sampel.

3.4. Variabel Penelitian

Menurut Soeparto, et al. (dalam Nursalam, 2013) variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dll). Semua variabel yang diteliti telah diidentifikasi terlebih dahulu oleh peneliti, dan di klasifikasikan menjadi variabel bebas (independent), dan variabel tergantung (dependent).

3.4.1. Klasifikasi variabel

1. Variabel Bebas (Independent)

Dalam penelitian ini variabel independen adalah informasi, motivasi dan keterampilan berperilaku.

2. Variabel Tergantung (Dependent)

Variabel dependen pada penelitian ini adalah kepatuhan minum obat ARV pada Pasien HIV+

3.5. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan uraian tentang batasan variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan. Definisi operasional dirumuskan untuk kepentingan akurasi, komunikasi, dan replikasi (Nursalam, 2013; Notoadmojo, 2010). Berikut adalah definisi operasional pada penelitian ini.

3.5.1. Variabel Independent

A. Informasi

Definisi : Sekumpulan data/fakta terkait ART yang dimiliki pasien dengan HIV+

Alat Ukur : Kuisisioner
Cara Ukur : Pengisian Kuisisioner
Skala Ukur : Nominal
Hasil Ukur : Sangat setuju dengan nilai 1 dan Tidak Setuju dengan nilai 0.

B. Motivasi

Definisi : Dorongan kehendak yang menyebabkan pasien dengan HIV+ melakukan suatu perbuatan untuk mencapai tingkat kepatuhan dalam minum ARV.

Alat Ukur : Kuisisioner
Cara Ukur : Pengisian Kuisisioner
Skala Ukur : Nominal
Hasil Ukur : Sangat setuju dengan nilai 1 dan Tidak Setuju dengan nilai 0.

C. Berperilaku

Definisi : Kemampuan atau cara yang dilakukan pasien dengan HIV+ untuk mencapai kepatuhan dalam minum ARV

Alat Ukur : Kuisisioner
Cara Ukur : Pengisian Kuisisioner
Skala Ukur : Nominal
Hasil Ukur : Sangat setuju dengan nilai 1 dan Tidak Setuju dengan nilai 0.

3.5.2. Variabel Dependent

A. Kepatuhan minum ARV

Definisi	: Kepatuhan atau ketaatan penderita HIV+ terhadap pengobatan lanjutan sesuai waktu/jadwal yang telah ditentukan.
Alat Ukur	: Medical Record
Cara Ukur	: Crosscheck MR
Skala Ukur	: Nominal
Hasil Ukur	: Patuh nilai 1 jika setiap hari meminum ARV Tidak patuh nilai 0 jika dalam sehari tidak meminum ARV

3.6. Instrumen Penelitian

Berdasarkan topik penelitian yang diteliti, peneliti memilih beberapa instrumen yang di gunakan untuk mengumpulkan data yakni:

a. Kuisisioner

Berisi sejumlah pertanyaan yang harus di jawab oleh responden.

b. Dokumentasi

Dokumen yang di pakai dalam penelitian ini merupakan catatan rekam medik pasien.

c. Observasi

Dalam penelitian ini, peneliti mengamati dan mencatat kejadian-kejadian faktual yang terjadi selama pelaksanaan penelitian.

Kuesioner ini terdiri dari 34 pertanyaan, 9 pertanyaan mengenai informasi meliputi cara mengkonsumsi obat, ketepatan minum obat, efek samping obat, dampak minum obat, 10 pertanyaan mengenai motivasi meliputi pengaruh status dan obat HIV pada kehidupan, dan 15 pertanyaan mengenai keterampilan berperilaku meliputi keterampilan dalam melakukan pengobatan dan minum obat.

Pertanyaan mengenai informasi, skor sangat setuju bernilai 1, respon lain bernilai 0. Pertanyaan I3 dan I5 skor sangat tidak setuju bernilai 1, respon lain bernilai 0. Kemudian jumlahkan semua item untuk skor total yang benar. Pertanyaan mengenai motivasi, skor sangat tidak setuju bernilai 1, respon lain bernilai 0, pertanyaan M4 dan M5 skor sangat setuju bernilai 1, respon lain bernilai 0. Kemudian jumlahkan semua item untuk skor total yang benar. Pertanyaan mengenai keterampilan berperilaku, pertanyaan B1 skor sangat setuju dan tidak minum alkohol atau obat-obatan bernilai 1, respon lain bernilai 0. Pertanyaan B2-B10 skor sangat mudah bernilai 1, respon lain bernilai 0. Kemudian jumlahkan semua item untuk skor total yang benar.

Mengukur tingkat kepatuhan pasien HIV+ dalam minum ARV menggunakan medical record. Setelah didapatkan data dari medical record maka hasilnya dapat kita kategorikan menjadi patuh dengan nilai 1 = minum ARV setiap hari dan tidak patuh nilai 0 = dalam sehari tidak meminum ARV. Dapat juga dilihat dari presentase pengambilan obat ARV sesuai yang diresepkan dan tingkat kepatuhan dari waktu ke waktu.

3.7. Teknik Pengumpulan Data

Pengambilan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Pengambilan dan pengumpulan data dalam penelitian dibagi menjadi beberapa tahap, yaitu :

1. Tahap administratif

Pada tahap ini peneliti mengajukan pembuatan surat izin penelitian dari Prodi Keperawatan STIKes Widya Nusantara Palu dengan tembusan Bidang Diklat RSUD Undata Palu Provinsi Sulawesi Tengah, kemudian dari Bidang Diklat turun surat ke Polik VCT untuk dilakukan pengambilan data awal.

2. Tahap tahap pencarian dan penentuan responden

Peneliti mencari dan menentukan responden penelitian yang sesuai dengan kriteria inklusi. Peneliti menggunakan responden Pasien HIV+ yang datang berobat ke Poli VCT RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah. Pada tahap ini penelitian dilaksanakan setiap hari kerja (Senin-Sabtu) sesuai dengan jadwal penelitian.

3. Tahap informed consent

Pada tahap ini peneliti memberikan information for consent dan menjelaskan kepada responden tentang masalah, tujuan, dan manfaat penelitian. Selanjutnya responden diberikan informed consent dan kuesioner serta penjelasan tentang cara pengisian dan memfasilitasi apabila ada kemungkinan terdapat kebingungan atau kesalahan dalam pengisian kuesioner.

4. Tahap pengumpulan data

Pada tahap ini dilakukan proses pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner, data rekam medik dan crosscheck secara langsung untuk melihat kepatuhannya dalam minum obat. Setiap responden diberikan masing-masing kuesioner yang berisi data demografi, informasi, motivasi, kemampuan berperilaku tentang kepatuhan minum obat ARV. Sebelum mengisi kuesioner, responden diberikan penjelasan terkait mengapa mereka dikumpulkan, manfaat penelitian, dan mereka dipersilahkan mundur jika tidak bersedia menjadi responden penelitian ini. Setelah itu, diberikan sesi tanya jawab jika ada yang belum paham terkait dengan poin-poin pada kuesioner. Kemudian setiap responden dipersilakan mengisi kuesioner dengan diberikan waktu 15 menit untuk 30 pernyataan.

3.8. Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan, dimana tujuan pokok penelitian adalah menjawab pertanyaan peneliti dalam mengungkapkan fenomena (Nursalam, 2013). Data yang

telah terkumpul melalui kuesioner yang dibagikan kepada responden selanjutnya diolah melalui beberapa tahapan menurut Hartono (2006), yaitu:

1. Editing peneliti memeriksa kembali kelengkapan pada kuesioner yang telah diisi responden. Dalam penelitian ini kelengkapan tersebut meliputi data persetujuan/informed consent, kelengkapan lembar kuesioner (menjaga kemungkinan lembar hilang atau rusak), serta kelengkapan isian item oleh responden.
2. Coding pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kelompok (klasifikasi data). Coding merupakan kegiatan merubah bentuk data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Kegunaan dari coding adalah untuk mempermudah entry data. Pengkodeannya dilakukan pada:
 - (1) Informasi: Sangat setuju= 1, respon lain= 0.
 - (2) Motivasi: Sangat tidak setuju= 1, respon lain= 0. Untuk M4 dan M5, sangat setuju= 1, respon lain= 0.
 - (3) Keterampilan berperilaku: Sangat mudah= 1, respon lain= 0. Pertanyaan B1, Sangat setuju= 1, respon lain= 0 .
3. Processing, adalah tahapan dalam memproses data agar dapat dilihat dan dianalisis. Peneliti memproses data dengan cara memasukkan data kuesioner ke dalam program computer. Setelah presentase diketahui dan hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria Indikator Tinggi dengan skor 2, dan Rendah dengan skor 1 berdasarkan uji normalitas data.
4. Cleaning, adalah pembersihan data dengan cara melakukan pengecekan kembali data yang sudah di proses, untuk dianalisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan mungkin bisa terjadi saat kita memasukkan data ke komputer (Hartono, 2006) .

Data yang telah dikumpulkan kemudian diuji statistik Chi-Square dengan derajat kemaknaan atau tingkat signifikansi $\alpha < 0,05$. Peneliti menggunakan uji statistik Chi-Square karena tujuan penelitian, skala data dan variabel penelitian ini sesuai dengan ketentuan penggunaan Chi-Square.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Penelitian dilakukan pada tanggal 12 Juli sampai dengan 4 Agustus di Poli VCT/PDP RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah. RSUD Undata yang terletak di Jl. R.E Marthadinata No. 14, Kelurahan Tondo, Kecamatan Mantikulore, Kota Palu. Poli VCT/PDP merupakan unit rawat jalan yang melayani konsultasi mengenai Perawatan, Dukungan dan Pengobatan pasien HIV+. Selain kegiatan konsultasi, poli VCT/PDP juga melayani pemantauan keberhasilan terapi ARV melalui pemeriksaan CD4. Poli VCT/PDP buka setiap senin-sabtu jam 08.00 – 13.00. petugas dalam pelayanan VCT/PDP terdiri dari 1 (satu) orang perawat, 1 (satu) orang perawat konselor dan 1 (satu) orang dokter spesialis kesehatan jiwa. Dalam layanan PDP, Poli VCT/PDP menjalin kerjasama dengan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bergerak di bidang penjangkauan dan dukungan pasien HIV+ yakni Palu Plus Support (P2P), yang biasa di sebut Teman Sebaya, dimana volunteer dari LSM ini ada kumpulan ODHA yang sedang terapi ARV, dengan tujuan saling memberikan dukungan bagi mereka yang terinfeksi HIV dan dalam pengobatan ARV.

4.1.1. Karakteristik Responden

Responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini sebanyak 49 orang dengan karakteristik sebagai berikut.

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Distribusi frekuensi responden penelitian berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Di Poli VCT RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah

Umur	f	%
17-25	13	26,5
26-35	20	40,8
36-46	10	20,4
46-55	5	10,2
55-65	1	2,0
Total	49	100

Sumber : Data Primer (2018), Kategori Umur Depkes (2006)

Berdasarkan pada tabel 4.1 dapat dilihat bahwa jumlah responden terbanyak yang berumur 26-35 yaitu 20 orang (40,8%) dan jumlah responden paling sedikit umur 55-65 yaitu 1 orang (2,0%).

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Distribusi frekuensi responden penelitian berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Poli VCT RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah

Jenis Kelamin	f	%
Pria	36	73,5
Wanita	13	26,5
Total	49	100

Sumber : Data Primer (2018)

Berdasarkan pada tabel 4.2 dapat dilihat bahwa jumlah responden terbanyak adalah jenis kelamin Pria yaitu 36 (73,5%) dan jumlah responden paling sedikit berjenis kelamin Wanita yaitu 13 (26,5%).

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Distribusi frekuensi responden penelitian berdasarkan pendidikan dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Di Poli VCT RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah

Pendidikan Terakhir	f	%
SMP	2	4,1
SMA/Sederajat	33	67,3
Sarjana	14	28,6
Total	49	100

Sumber : Data Primer (2018)

Berdasarkan pada tabel 4.3 dapat dilihat bahwa jumlah responden terbanyak pendidikan SMA/Sederajat sebanyak 33 (67,3%) dan jumlah responden paling sedikit berpendidikan SMP sebanyak 2 (4,1%).

d. Karakteristik Responden Menurut Pekerjaan

Distribusi frekuensi responden penelitian berdasarkan pendidikan dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Di Poli VCT RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah

Pekerjaan	f	%
PNS	9	18,4
Wiraswasta	11	22,4
Karyawan	15	30,6
Lain-Lain	14	28,6
Total	49	100

Sumber : Data Primer (2018)

Berdasarkan pada tabel 4.4 dapat dilihat bahwa jumlah responden terbanyak dengan pekerjaan sebagai Karyawan sebanyak

15 (30,6%) dan jumlah responden paling sedikit dengan pekerjaan sebagai PNS sebanyak 9 (18,4%).

4.1.1. Analisa Univariat

Analisa Univariat digunakan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi dari setiap variabel. Distribusi frekuensi masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Tingkat Informasi pada pasien yang mengkonsumsi ARV

Informasi	F	%
Tinggi	30	61,2
Rendah	19	38,8
Total	49	100

Sumber : Data Primer (2018)

Berdasarkan pada tabel 4.5 dapat dilihat bahwa presentasi responden dengan tingkat informasi tinggi sebanyak 30 responden (61,2%), tingkat informasi rendah sebanyak 19 responden (38,8%).

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Tingkat Motivasi pada pasien yang mengkonsumsi ARV

Motivasi	f	%
Tinggi	29	59,2
Rendah	20	40,8
Total	49	100

Sumber : Data Primer (2018)

Berdasarkan pada tabel 4.6 dapat dilihat bahwa presentasi responden dengan tingkat motivasi tinggi sebanyak 29 responden (59,2%), tingkat motivasi rendah sebanyak 20 responden (40,8%).

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Tingkat Keterampilan Berperilaku pada pasien yang mengkonsumsi ARV

Keterampilan Berperilaku	f	%
Tinggi	25	51,0
Rendah	24	49,0
Total	49	100

Sumber : Data Primer (2018)

Berdasarkan pada tabel 4.7 dapat dilihat bahwa presentasi responden dengan keterampilan berperilaku tinggi sebanyak 25 responden (51,0%), keterampilan berperilaku rendah sebanyak 24 responden (49,0%).

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepatuhan Minum Obat ARV

Kepatuhan Minum Obat ARV	f	%
Patuh	39	79,6
Tidak Patuh	10	20,4
Total	49	100

Sumber : Data Primer (2018)

Berdasarkan pada tabel 4.8 dapat dilihat bahwa presentasi responden patuh minum obat ARV sebanyak 39 responden (79,6%), dan yang tidak patuh sebanyak 10 responden (20,4%).

4.1.2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara kedua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen.

a. Hubungan Informasi Dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat ARV

Hasil analisis bivariat hubungan informasi dengan tingkat kepatuhan minum obat ARV dapat dilihat pada tabel berikut ini

Tabel 4.9 Hubungan Informasi Dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat ARV

Informasi	Tingkat Kepatuhan				Total		P Value	OR
	Patuh		Tidak Patuh					
	f	%	f	%	F	%		
Tinggi	21	70,0	9	30,0	30	100	0,037	0,130
Rendah	18	94,7	1	5,3	19	100		
Total	39		10		49			

Sumber : Data Primer (2018)

Hasil penelitian pada tabel 4.9 menunjukkan bahwa dari 30 orang dengan informasi tinggi, 21 (70,0%) yang patuh dan 9 (30,0%) tidak patuh dalam minum obat. Sedangkan dari 19 orang yang penerimaan informasi rendah, 18 (94,7%) yang patuh dan 1 (5,3%) yang tidak patuh minum obat.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square*, dapat dilihat bahwa Informasi memiliki nilai $p=0.037$ ($p<0,05$) yang artinya H_a diterima, Ada hubungan informasi dengan kepatuhan minum obat ARV, dengan nilai Odd Ratio (OR) = 0,130 yang berarti bahwa tingginya informasi mempunyai peluang 0,1 kali untuk selalu patuh terhadap pengobatan ARV.

b. Hubungan Motivasi Dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat ARV

Hasil analisis bivariat hubungan motivasi dengan tingkat kepatuhan minum obat ARV dapat dilihat pada tabel berikut ini

Tabel 4.10 Hubungan Motivasi Dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat ARV

Motivasi	Tingkat Kepatuhan				Total		P value	OR
	Patuh		Tidak Patuh					
	f	%	f	%	F	%		
Tinggi	26	89,7	3	10,3	29	100	0,041	4,667
Rendah	13	65,0	7	35,0	20	100		
Total	39		10		49			

Sumber : Data Primer (2018)

Hasil penelitian pada tabel 4.10 menunjukkan bahwa dari 29 orang dengan motivasi tinggi, 26 (89,7%) yang patuh dan 3 (10,3%) tidak patuh dalam minum obat. Sedangkan dari 20 orang yang penerimaan motivasi rendah, 13 (65,0%) yang patuh dan 7 (35,0%) yang tidak patuh minum obat.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square*, dapat dilihat bahwa Motivasi memiliki nilai $p=0.041$ ($p<0,05$) yang artinya H_0 diterima, Ada hubungan motivasi dengan kepatuhan minum obat ARV, dengan nilai Odd Ratio (OR) = 4,667 yang berarti bahwa tingginya motivasi mempunyai peluang 5 kali untuk selalu patuh terhadap pengobatan ARV.

c. Hubungan Keterampilan Berperilaku Dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat ARV

Hasil analisis bivariat hubungan keterampilan berperilaku dengan tingkat kepatuhan minum obat ARV dapat dilihat pada tabel berikut ini

Tabel 4.11 Hubungan Keterampilan Berperilaku Dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat ARV

Keterampilan Berperilaku	Tingkat Kepatuhan				Total	P value	OR
	Patuh		Tidak Patuh				
	f	%	f	%	F	%	
Tinggi	23	92,0	2	8,0	25	100	0,031 5,750
Rendah	18	66,7	6	33,3	24	100	
Total	41		8		49		

Sumber : Data Primer (2018)

Hasil penelitian pada tabel 4.11 menunjukkan bahwa dari 25 orang dengan keterampilan berperilaku tinggi, 23 (92,0%) yang patuh dan 2 (8,0%) tidak patuh dalam minum obat. Sedangkan dari 24 orang yang keterampilan berperilaku rendah, 18 (66,7%) yang patuh dan 6 (33,3%) yang tidak patuh minum obat.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square*, dapat dilihat bahwa keterampilan berperilaku memiliki nilai $p=0.031$ ($p<0,05$) yang artinya H_a diterima, Ada hubungan keterampilan berperilaku dengan kepatuhan minum obat ARV, dengan nilai Odd Ratio (OR) = 5,750 yang berarti bahwa tingginya keterampilan berperilaku mempunyai peluang 6 kali untuk selalu patuh terhadap pengobatan ARV.

4.2. Pembahasan

4.2.1. Analisa Univariat

a. Informasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat informasi yang di terima oleh penderita HIV belum baik, dibuktikan dari 49 responden, yang memiliki tingkat informasi tinggi dan patuh sebanyak 21 responden (70,0%). Dari pertanyaan dalam kuisisioner informasi, nilai terendah dari total responden adalah 3 poin untuk pertanyaan I5 yakni “Selama saya merasa sehat, tidak apa untuk melupakan obat-obat HIV saya dari waktu ke waktu”. Sebagian besar menjawab Setuju, ini menandakan bahwa informasi terkait ARV tidak diterima dengan baik, sesuai regimen ART berdasarkan panduan tata laksana layanan ARV yang dikeluarkan oleh Dirjen P3L Kemenkes (2017), bahwa tidak boleh dalam 24 jam tidak mengkonsumsi ARV, karena beresiko membuat virus menjadi resisten.

Informasi terkait kepatuhan meliputi informasi akurat yang dimiliki seseorang tentang regimen ART dalam hal bagaimana dan kapan dosis harus diambil, potensi efek samping, dan keputusan mengenai kepatuhan yang mungkin tidak akurat (misalnya, percaya bahwa obat dapat dilewati jika sudah merasa baik) atau akurat (misalnya, memahami bahwa tingkat ketidakpatuhan yang rendah dapat menghambat penekanan virus). Pengetahuan ODHA tentang terapi ARV dapat mempengaruhi kepatuhan dalam mengikuti aturan-aturan yang telah disepakati dalam terapi ARV.

Informasi ini meliputi tentang regimen, penggunaan ARV yang benar, kepatuhan yang adekuat, tentang efek samping dan reaksi obat-obatan, tentang metode dan teori lengkap mengenai kepatuhan. Informasi berhubungan dengan pengetahuan dasar mengenai penyakit, kondisi kesehatan, maupun perilaku pencegahan yang dianjurkan.

b. Motivasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat motivasi yang di terima oleh penderita HIV belum baik, dibuktikan dari 49 responden, yang memiliki tingkat motivasi tinggi dan patuh sebanyak 26 responden (89,7%). Dari pertanyaan dalam kuisisioner motivasi, nilai terendah dari total responden adalah 3 poin untuk pertanyaan M1 yakni “Saya khawatir jika orang lain melihat saya saat saya sedang mengkonsumsi obat-obat HIV, mereka akan menyadari bahwa saya HIV +”. Sebagian besar menjawab Setuju, ini menandakan bahwa motivasi diri dari pasien yang mengkonsumsi ARV belum terpenuhi. Dalam mengkonsumsi ARV, hal paling utama untuk tetap patuh adalah motivasi. Merasa takut diketahui oleh orang lain dengan status mengkonsumsi ARV beresiko membuat ketidak patuhan.

Motivasi sangat diperlukan dalam menjalankan kepatuhan terapi ARV, tanpa adanya motivasi terapi ARV tidak dapat dilanjutkan. Motivasi individu didasarkan pada sikap terhadap perilaku pencegahan, norma subjektif, persepsi mengenai kerentanan terhadap penyakit, keuntungan dan hambatan dari perilaku pencegahan. Motivasi sosial didasarkan pada norma sosial, persepsi individu mengenai dukungan sosial, serta adanya saran dari orang lain.

Motivasi meliputi sikap tentang dampak dari perilaku kepatuhan dan ketidakpatuhan dan evaluasi hasil perilaku tersebut serta persepsi dukungan dari orang lain untuk patuh dalam minum obat dan motivasi untuk memenuhi harapan orang lain.

c. Keterampilan Berperilaku

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat keterampilan berperilaku yang di terima oleh penderita HIV belum baik, di buktikan dari 49 responden, yang memiliki tingkat informasi tinggi dan patuh sebanyak 23 responden (92,0%). Dari pertanyaan dalam kuisioner motivasi, nilai terendah dari total responden adalah 11 poin untuk pertanyaan B3 yakni “Sulit atau mudah bagi Anda untuk mendapatkan dukungan yang Anda butuhkan dari orang lain untuk minum obat HIV anda (misalnya dari teman, keluarga, dokter, atau, orang farmasi)?”. Sebagian besar menjawab Mudah, ini menandakan bahwa mereka belum bisa mengelolah perilaku mereka untuk mencari dukungan yang dibutuhkan. Kita ketahui bahwa RSUD Undata memiliki Polik VCT dan PDP (Perawatan Dukungan dan Pengobatan), yang bisa di akses pada jam kerja baik secara tatap muka atau melalui media komunikasi untuk selalu berkonsultasi mengenai regimen terapi, dan di dukung oleh sebuah LSM P2+ (Lembaga Swadaya Masyarakat Palu Plus Support) yang merupakan komunitas teman sebaya.

Keterampilan berperilaku merupakan kemampuan individu untuk melakukan tindakan pencegahan, memastikan bahwa seseorang mempunyai keterampilan alat dan strategi untuk berperilaku yang didasarkan pada keyakinan (*self efficacy*) dan perasaan bahwa ia dapat mempengaruhi keadaan/situasi (*preceived behavioural control*) untuk melakukan perilaku tersebut. Keterampilan berperilaku merupakan prasyarat yang menentukan apakah informasi dan motivasi yang bagus mampu mendorong tindakan pencegahan atau perubahan perilaku yang efektif.

4.2.2. Analisa Bivariat

a. Hubungan Informasi Dengan kepatuhan Minum Obat ARV

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 49 responden yang memiliki tingkat informasi tinggi berjumlah 30 orang dimana 21 (70,0%) yang patuh dan 9 (30,0%) tidak patuh, sedangkan yang memiliki tingkat

informasi rendah berjumlah 19 orang dimana 18 (94,7%) yang patuh dan 1 (5,3%) tidak patuh. Selanjutnya pada uji *chi-square* dengan nilai signifikan $\alpha = 0,05$ menunjukkan hasil *p value* = 0,037, secara statistik menunjukkan bahwa Ada hubungan informasi dengan kepatuhan minum obat ARV.

Hasil penelitian yang telah dilakukan di Polik VCT/PDP RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah pada pasien ODHA yang mengkonsumsi ARV, terdapat responden yang tidak patuh walaupun tingkat informasi yang di terimanya tinggi. Ini menandakan bahwa ada faktor lain yang menyebabkan ketidak patuhan minum obat ARV. dari data domisili pasien ODHA yang mengkonsumsi ARV, ada yang bertempat tinggal di luar kota palu, sedangkan di daerahnya akses obat ARV belum tersedia yang menyebabkan pasien harus datang ke RSUD Undata setiap bulan untuk pengambilan ARV, menurut informasi dari petugas VCT/PDP yang mengatakan bahwa akses penyediaan obat ARV masih merupakan hambatan bagi mereka. Ini artinya bahwa akses transportasi juga merupakan salah satu yang menyebabkan ketidakpatuhan meminum obat ARV walaupun informasi mengenai kepatuhan ARV sudah di terima dengan baik. Domisili menjadi penyebab akses informasi yang di terima oleh pasien HIV kurang, kasus HIV di sulawesi tengah terbanyak berdomisili di kabupaten yang ada di Provinsi Sulawesi Tengah. Diantara responden ada juga yang patuh meminum obat ARV walaupun tingkat informasi yang diterima rendah. Informasi mengenai regimen terapi mencakup kapan pengambilan obat, dimana pengambilan obat, dosis dan potensi efek samping.

Dari hasil analisis, walapun penerimaan informasi rendah, tapi mereka meyakini bahwa dengan minum obat ARV akan membuat mereka sehat, walaupun secara medis bahwa obat ARV tidak menyembuhkan tetapi membantu menekan perkembangbiakan virus HIV. Ini berarti bahwa walaupun tingkat informasi yang diterima rendah, tapi keyakinan dan harapan untuk sehat tetap dimiliki oleh sebagian penderita HIV.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori IMB (Fisher, 2006) yang berpendapat bahwa informasi merupakan salah satu faktor utama yang dapat mempengaruhi perilaku pencegahan seseorang terhadap penyakit dan kepatuhan terhadap pengobatan. Informasi juga berhubungan erat dengan pengetahuan dasar mengenai penyakit, kondisi kesehatan, maupun perilaku pencegahan yang dianjurkan. Informasi terkait kepatuhan meliputi informasi akurat yang dimiliki seseorang tentang regimen ART dalam hal bagaimana dan kapan dosis harus diambil, potensi efek samping, dan keputusan mengenai kepatuhan yang mungkin tidak akurat (misalnya, percaya bahwa obat dapat dilewati jika sudah merasa baik) atau akurat (misalnya, memahami bahwa tingkat ketidakpatuhan yang rendah dapat menghambat penekanan virus). Pengetahuan ODHA tentang terapi ARV dapat mempengaruhi kepatuhan dalam mengikuti aturan-aturan yang telah disepakati dalam terapi ARV.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan teori dimana Pasien HIV yang kurang mengetahui informasi pengobatan dengan baik sering tidak mengetahui aturan pengobatan yang diberikan oleh petugas kesehatan dan oleh karena itu tingkat kepatuhan pengobatan lebih rendah. Keterbatasan pengetahuan pengobatan adalah hambatan terhadap kepatuhan yang berpotensi untuk diubah (Ubra 2012).

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari DE (2016) mengenai Analisis faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat ARV di Polik UPIPI RSUD Dr. Sutomo Surabaya dengan 71 sampel. Hasil penelitian Puspitasari menunjukkan tidak ada hubungan informasi dengan kepatuhan minum obat ARV. Puspitasari mengatakan bahwa informasi yang sedang tidak memiliki pengaruh terhadap kepatuhan minum obat ARV, dan perlu informasi yang sangat baik untuk meningkatkan kepatuhan minum obat ARV.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Veronica, dkk (2013) mengenai faktor-faktor yang

berhubungan dengan kepatuhan ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) dalam menjalani terapi antiretroviral Di RSUD. Dr. Pirngadi, Medan dengan 59 sampel. Hasil penelitian Veronica menunjukkan tidak ada hubungan informasi dan pengetahuan dengan kepatuhan minum obat ARV. Veronica mengatakan bahwa kepatuhan terjadi hanya karena ada dorongan, bimbingan dan konsultasi yang diberikan oleh petugas kesehatan.

b. Hubungan Motivasi Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 49 responden yang memiliki motivasi tinggi, 26 (89,7%) yang patuh dan 3 (10,3%) tidak patuh dalam minum obat. Sedangkan penerimaan motivasi rendah, 13 (65,0%) yang patuh dan 7 (35,0%) yang tidak patuh. Selanjutnya pada uji *chi-square* dengan nilai signifikan $\alpha = 0,05$ menunjukkan hasil *p value* = 0,041, secara statistik menunjukkan bahwa Ada hubungan motivasi dengan kepatuhan minum pasien obat ARV.

Melihat hasil penelitian yang telah dilakukan di Polik VCT/PDP RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah pada pasien ODHA yang mengkonsumsi ARV, terdapat responden yang tidak patuh walaupun tingkat motivasi yang di terimanya tinggi. Ini menandakan ada faktor lain yang menyebabkan kepatuhan rendah walaupun motivasi yang diterima oleh pasien ODHA tinggi. Seperti pada tingkat informasi, bahwa salah satu faktor pendukung ketidakpatuhan ODHA dalam minum obat ARV adalah jarak domisili dan tempat penyediaan ARV. Menurut informasi dari petugas VCT/PDP yang mengatakan bahwa dari pengakuan beberapa pasien HIV yang mengambil ARV di polik VCT RSUD Undata mengaku merasa kesusahan mengambil obat ARV karena domisili mereka di luar kota yang dimana daerah mereka tidak memiliki layanan ARV. saat ini sudah tersedia volunteer untuk memaksimalkan dukungan atau motivasi bagi penderita HIV-AIDS, namun volunteer tersebut tidak tersebar secara merata, karena hanya berpusat di Kota Palu. Dan saat ini

akses digital sudah terbuka, namun masih ada daerah-daerah tertentu yang tidak memiliki akses layanan digital sehingga menyulitkan para penderita HIV-AIDS mengakses layanan dukungan dan pengobatan ARV. Diantara responden ada juga yang patuh meminum obat ARV walaupun tingkat motivasi yang diterima rendah, tapi mereka meyakini bahwa dengan minum obat ARV akan membuat mereka sehat, walaupun secara medis bahwa obat ARV tidak menyembuhkan tetapi membantu menekan perkembangbiakan virus HIV. Ini berarti bahwa walaupun tingkat motivasi yang diterima rendah, tapi keyakinan dan harapan untuk sehat tetap dimiliki oleh sebagian penderita HIV.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori IMB (Fisher, 2006) yang mengatakan bahwa motivasi individu didasarkan pada sikap terhadap perilaku pencegahan, norma subjektif, persepsi mengenai kerentanan terhadap penyakit, keuntungan dan hambatan dari perilaku pencegahan, biaya yang ditimbulkan dari perilaku berisiko. Motivasi meliputi sikap tentang dampak dari perilaku kepatuhan dan ketidakpatuhan dan evaluasi hasil perilaku tersebut serta persepsi dukungan dari orang lain untuk patuh dalam minum obat dan motivasi untuk memenuhi harapan orang lain.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan teori oleh Nursalam dan Ninuk (2007) yang mengatakan bahwa motivasi sangat diperlukan dalam menjalankan kepatuhan terapi ARV, tanpa adanya motivasi terapi ARV tidak dapat dilanjutkan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Veronica, dkk (2013) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) dalam menjalani terapi antiretroviral Di RSUD. Dr. Pirngadi, Medan dengan 59 sampel. Hasil penelitian Veronica menunjukkan ada hubungan motivasi dan dukungan sosial dengan kepatuhan minum obat ARV. Veronica mengatakan bahwa kepatuhan terjadi karena ada dorongan, bimbingan dan konsultasi yang diberikan oleh petugas kesehatan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari DE (2016) mengenai Analisis faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat ARV di Polik UPIPI RSUD Dr. Sutomo Surabaya dengan 71 sampel. Hasil penelitian Puspitasari menunjukkan ada hubungan motivasi dengan kepatuhan minum obat ARV.

c. Hubungan Keterampilan Berperilaku dengan kepatuhan Minum Obat ARV

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 49 responden yang memiliki keterampilan berperilaku tinggi, 23 (92,0%) yang patuh dan 2 (8,0%) tidak patuh dalam minum obat. Sedangkan yang keterampilan berperilaku rendah, 18 (66,7%) yang patuh dan 6 (33,3%) yang tidak patuh. Selanjutnya pada uji *Chi-Square*, memiliki nilai $p\text{ value}=0.031$ ($p<0,05$), secara statistik menunjukkan bahwa Ada hubungan keterampilan berperilaku dengan kepatuhan minum obat ARV.

Melihat hasil penelitian yang telah dilakukan di Polik VCT/PDP RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah pada pasien ODHA yang mengkonsumsi ARV, terdapat 2 responden yang tidak patuh walaupun tingkat keterampilan berperilaku tinggi. Ini menandakan bahwa masih ada yang percaya bahwa melewati beberapa regimen terapi tidak mempengaruhi kondisi kesehatannya. saat ini sudah tersedia volunteer untuk memaksimalkan dukungan atau motivasi bagi penderita HIV-AIDS, namun volunteer tersebut tidak tersebar secara merata, karena hanya berpusat di kota palu. Dan juga saat ini akses digital sudah terbuka, namun masih ada daerah-daerah tertentu yang tidak memiliki akses layanan digital sehingga menyulitkan para penderita HIV-AIDS mengakses layanan dukungan dan pengobatan ARV. Diantara responden ada juga yang patuh meminum obat ARV walaupun tingkat keterampilannya rendah, sebab mereka meyakini bahwa dengan minum obat ARV akan membuat mereka sehat, walaupun secara medis bahwa obat ARV tidak menyembuhkan tetapi membantu menekan

perkembangbiakan virus HIV. Ini berarti bahwa walaupun tingkat keterampilan berperilaku yang diterima rendah, tapi keyakinan dan harapan untuk sehat tetap dimiliki oleh sebagian penderita HIV

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Amico, et al (2005), Keterampilan berperilaku merupakan kemampuan individu untuk melakukan tindakan pencegahan, memastikan bahwa seseorang mempunyai keterampilan alat dan strategi untuk berperilaku yang didasarkan pada keyakinan (*self efficacy*) dan perasaan bahwa ia dapat mempengaruhi keadaan/situasi (*preceived behavioural control*) untuk melakukan perilaku tersebut. Keterampilan berperilaku merupakan prasyarat yang menentukan apakah informasi dan motivasi yang bagus mampu mendorong tindakan pencegahan atau perubahan perilaku yang efektif.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Fisher 2016, bahwa keterampilan berperilaku erat kaitannya dengan kepatuhan, dalam hal ini adalah keterampilan untuk memperoleh dan mengelola sendiri terapi ARV, untuk memasukkan ke dalam regimen ekologi sosial kehidupan sehari-hari, untuk meminimalkan efek samping, untuk memperbarui kepatuhan dalam terapi ARV sesuai keperluan, untuk memperoleh dukungan sosial dan instrumental untuk mendukung kepatuhan dan sebagai penguatan diri untuk patuh dari waktu ke waktu.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari DE (2016) mengenai Analisis faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat ARV di Polik UPIPI RSUD Dr. Sutomo Surabaya dengan 71 sampel. Hasil penelitian Puspitasari menunjukkan tidak ada hubungan keterampilan berperilaku dengan kepatuhan minum obat ARV. Puspitasari mengatakan bahwa hal ini disebabkan karena keterampilan berperilaku yang rendah sehingga menyebabkan ketidak patuhan terhadap regimen terapi ARV.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sugiharti (2012) mengenai Kepatuhan orang dengan HIV/AIDS

(ODHA) dalam minum obat ARV di Bandung Jawa Barat, dengan 11 sampel. Hasil penelitian Sugiharti mengatakan, kemampuan berperilaku serta faktor internal dalam diri individu mempengaruhi kepatuhan dalam mengkonsumsi ARV.