

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Data *World Health Organization* (WHO) diketahui bahwa sebanyak 35 juta orang di dunia pada akhir tahun 2013 terkena *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV/AIDS), pada tahun yang sama sebanyak 2,1 juta orang terinfeksi dan 1,5 juta meninggal karena HIV/AIDS tersebut (WHO, 2015). Proyeksi penyebab kematian penduduk dunia tahun 2030, secara umum kematian akibat penyakit menular semakin menurun, tetapi kematian karena HIV/AIDS terus meningkat. Seberapa besar peningkatannya, sangat tergantung pada seberapa besar akses masyarakat terhadap obat antivirus dan seberapa besar peningkatan upaya pencegahan penularan HIV/AIDS yang dilakukan (Mathers dan Loncar, 2006).

Data Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam triwulan Juli sampai dengan September 2014 dilaporkan tambahan kasus HIV sebanyak 7.335 dan AIDS sebanyak 176 (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2014). Pada tahun 2014 di Jawa Tengah diketahui kasus HIV sebanyak 9.032 orang dan kasus AIDS sebanyak 3.767 orang. Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Solo mencatat kasus orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Solo menembus 1.212 jiwa. Dari jumlah tersebut, 376 di antaranya meninggal dunia. Temuan ini merujuk pendataan KPA Solo medio Oktober 2005 hingga Januari 2014 (KPAD Solo, 2014).

Puskesmas Manahan tahun 2006 ditunjuk sebagai salah satu puskesmas pelaksana program *Harm Reduction* dengan kegiatan pertamanya adalah pelayanan Klinik IMS (Infeksi Menular Sexual), kemudian dilanjutkan sebagai Klinik Program Terapi Methadon pada tahun 2009. Klinik ini bertujuan untuk mengurangi penularan virus HIV yang melalui jarum suntik bagi para pengguna heroin substitusi ke Metadon, bersamaan itu berdiri Klinik VCT (*Voluntary Counseling Testing*) sebagai pelaksana screening

HIV/AIDS. Kemudian dalam rangka peningkatan dan pelayanan bagi penderita HIV/AIDS pada tahun 2010 didirikan Klinik Comprehensif yang meliputi pelayanan IMS, PTRM, VCT, CST (*Care Support Treatment*) sampai saat ini menjadi Klinik Satelit bagi Rumah Sakit Dr. Moewardi dan merupakan Puskesmas terbaik di Jawa Tengah untuk penanganan HIV/AIDS dengan jumlah pasien sebanyak 40 orang.

Faktor-faktor risiko penularan HIV/AIDS sangat banyak, tetapi yang paling utama adalah faktor perilaku seksual parenteral dan riwayat penyakit Infeksi Menular Seksual yang pernah diderita sebelumnya. Perilaku seksual yang berisiko merupakan faktor utama yang berkaitan dengan penularan HIV/AIDS. Partner seks yang banyak dan tidak memakai kondom dalam melakukan aktivitas seksual yang berisiko merupakan faktor risiko utama penularan HIV/AIDS. Padahal, pemakaian kondom merupakan cara pencegahan penularan HIV/AIDS yang efektif. Seks anal juga merupakan faktor perilaku seksual yang memudahkan penularan HIV/AIDS. Pemakaian narkotika dan obat-obatan terlarang (narkoba) secara suntik/injeksi atau *Injecting Drug Users* (IDU) merupakan faktor utama penularan HIV/AIDS, termasuk di Indonesia (Laksana dan Lestari, 2010).

Infeksi HIV saat ini belum ditemukan pengobatannya, sehingga sangat memungkinkan seseorang yang menderita AIDS sering mengalami masalah-masalah psikologis, terutama kecemasan, depresi, rasa bersalah akibat perilaku seks dan penyalahgunaan obat, marah dan timbulnya dorongan untuk bunuh diri. Perasaan depresi juga dapat menekan sistem imun, sehingga individu lebih rentan terhadap penyakit dan kesakitan. Dampak yang diakibatkan dari suatu penyakit tersebut berdasar pada pemahaman penderita terhadap penyakit dan terapi yang dilakukan yang ternyata berdampak terhadap fungsi dan kondisi sehat dari sudut pandang penderita. Penilaian tersebut dikenal sebagai kualitas hidup dan dianjurkan sebagai pencerminan bagaimana penderita tersebut merespon suatu penyakitnya atau tindakan medis ber-dasar kondisi yang dialami penderita (Rachmawati, 2013).

Secara fisiologis HIV menyerang sistem kekebalan tubuh penderitanya dan jika ditambah dengan stress psikososial spiritual yang berkepanjangan akan mempercepat terjadinya AIDS, bahkan meningkatkan angka kematian. AIDS memang tidak bisa disembuhkan, tetapi usia harapan hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) bisa diperpanjang dengan pengobatan ARV (*antiretroviral*). Pengobatan ini dapat meningkatkan kekebalan tubuh ODHA sehingga kualitas hidupnya pun meningkat (Rachmawati, 2013).

Penggunaan ARV pada pasien dengan hasil tes HIV positif merupakan upaya untuk memperpanjang umur harapan hidup penderita HIV-AIDS yang dikenal dengan istilah ODHA (orang dengan HIV AIDS). ARV bekerja melawan infeksi dengan cara memperlambat reproduksi HIV dalam tubuh. Umumnya ARV efektif digunakan dalam bentuk kombinasi, bukan untuk menyembuhkan, tetapi untuk memperpanjang hidup ODHA, membuat mereka lebih sehat, dan lebih produktif dengan mengurangi viraemia dan meningkatkan jumlah sel-sel CD4+ 5. Selain dalam bentuk kombinasi, penggunaan ARV harus terus menerus, sehingga sangat rentan mengalami ketidakpatuhan yang dapat menumbuhkan resistensi HIV (Yuniar, *et al*, 2013).

Penggunaan obat ARV diperlukan tingkat kepatuhan tinggi untuk mendapatkan keberhasilan terapi dan mencegah resistensi. Untuk mendapatkan respon penekanan jumlah virus sebesar 85% diperlukan kepatuhan penggunaan obat 90-95%, sehingga obat tidak dapat berfungsi atau gagal (Martoni, 2012). Ketidakpatuhan terhadap ARV bukan hanya masalah medis, tetapi juga dipengaruhi oleh sosial budaya masyarakat setempat. Perspektif sosial dapat membantu pemahaman bahwa kesehatan dan pelayanan kesehatan tidak semata-mata sebagai isu medis, tetapi juga merupakan isu sosial. Ketika pendekatan sosial dan pendekatan medis dilakukan bersama, maka penekanannya tidak hanya pada proses sosial terjadinya suatu penyakit dan sakit, tetapi juga pada intervensi di dalam struktur sosial dan budaya untuk mencegah atau bahkan mengobati penyakit tersebut (Yuniar, *et al*, 2013).

Pengetahuan menjadi faktor penting terhadap kepatuhan hal ini karena banyak pasien HIV/AIDS yang sudah menjalani terapi tetapi masih belum mengerti secara jelas mengenai semua aspek pengobatannya, termasuk dampak dari kepatuhan, efek samping, dan kombinasi obat, atau bagaimana menjangkau obat tersebut. Namun pengetahuan dan kesadaran tinggi yang dibutuhkan agar terapi ARV tetap efektif. Jadi sebelum mulai memakai ARV sangat penting untuk mengerti tentang macam atau jenis pengobatan ARV tersebut. Nasronudin (2007) menyatakan bahwa pemberian terapi ARV perlu mempertimbangkan berbagai faktor dari segi pengetahuan, kemampuan, kesanggupan pengobatan jangka panjang, resistensi obat, efek samping, jangkauan memperoleh obat, serta saat yang tepat untuk memulai terapi.

Health Belief Model (HBM) merupakan salah satu model atau teori dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat yang digunakan untuk menjelaskan tentang perubahan perilaku individu dalam kesehatan. Model ini menyebutkan bahwa perilaku kesehatan akan dipengaruhi oleh faktor, meliputi persepsi kerentanan terhadap penyakit (*perceived susceptibility*), persepsikeseriusan terhadap ancaman kesehatan (*perceived seriousness*), persepsi manfaat dan hambatan terhadap perubahan perilaku kesehatan (*perceived benefit and barrier*), *self efficacy*, serta faktor pendorong (*cues to action*) (Mabachi, 2008).

Seseorang yang memiliki *perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan), artinya persepsi individu tentang kemungkinannya terkena suatu penyakit akan mempengaruhi perilaku mereka khususnya untuk melakukan pencegahan atau mencari pengobatan. Mereka yang merasa dapat terkena penyakit tersebut akan lebih cepat merasa terancam. Seseorang akan bertindak untuk mencegah penyakit bila ia merasa bahwa sangat mungkin terkena penyakit tersebut. Kerentanan dirasakan setiap individu berbeda tergantung persepsi tentang risiko yang dihadapi individu pada suatu keadaan tertentu. Semakin individu menganggap kondisi kesehatannya semakin serius dan memburuk, rentan terkena HIV/AIDS dan adanya peringatan-peringatan mengenai masalah kesehatan maka akan meningkatkan kecenderungan

individu untuk segera mengambil tindakan pengobatan dengan memanfaatkan layanan kesehatan. (Fibriana, 2013).

Teori *Health Belief Model* juga menyatakan bahwa dalam melakukan suatu tindakan pencegahan maupun pengobatan penyakit akan dipengaruhi oleh *perceived benefit* (persepsi tentang manfaat bila melakukan tindakan). Persepsi tentang hambatan dalam melakukan tindakan pencegahan maupun pengobatan HIV/AIDS dipengaruhi oleh *perceived cost* yaitu merupakan persepsi terhadap biaya/aspek negatif yang menghalangi individu untuk melakukan tindakan kesehatan termasuk dalam melakukan terapi, misalnya mahal, bahaya, pengalaman tidak menyenangkan, rasa sakit, harus menyediakan waktu, tempat terapi yang jauh, rasa takut dan malu dengan petugas kesehatan, prosedur yang lama dan rumit. Demikian juga dengan *perceived benefits and barriers*. Semakin individu merasakan bahwa dampak yang dihasilkan pada kesehatannya semakin positif maka individu tersebut akan memperoleh keuntungan setelah memanfaatkan layanan kesehatan tertentu dan demikian juga dengan sebaliknya (Fibriana, 2013).

Dukungan sosial keluarga memberikan pengaruh penting terhadap kepatuhan ODHA dalam minum ARV. Bagi ODHA yang sudah diketahui statusnya oleh keluarga dan keluarganya dapat menerima kondisi mereka, maka faktor keluarga biasanya menjadi pendukung utama. Orang tua, suami/istri, anak menjadi orang-orang terdekat yang mengingatkan untuk minum obat. Keluarga dalam hal ini bisa berfungsi menjadi Pengawas Minum Obat (PMO) bagi ODHA (Yuniar, *et al.*, 2013)

Ketidakpatuhan (*loss to follow up*) dari pasien HIV/AIDS atau berhenti memakai ARV akan meningkatkan resistensi terhadap ARV, meningkatkan risiko untuk menularkan HIV pada orang lain, serta meningkatkan risiko kematian pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Berdasarkan hal tersebut maka dalam upaya untuk mengurangi persentase jumlah *loss to follow up* perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang dapat meningkatkan

kepatuhan pasien HIV/AIDS untuk melakukan terapi ARV di Kota Surakarta dengan judul : “Hubungan Pengetahuan tentang Terapi *AntiRetroViral* Persepsi Keseriusan Penyakit, Manfaat dan Hambatan Serta Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Terapi ARV Pada Pasien HIV/AIDS di Puskesmas Manahan Kota Surakarta”

B. Rumusan Masalah

Perumusan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Apakah pengetahuan tentang ARV berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS ?
2. Apakah persepsi keseriusan penyakit berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS ?
3. Apakah manfaat dan hambatan berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS ?
4. Apakah dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS ?
5. Variabel manakah antara pengetahuan tentang ARV, persepsi keseriusan penyakit, persepsi manfaat dan risiko serta dukungan keluarga yang dominan berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui “Hubungan antara pengetahuan tentang ARV, persepsi keseriusan penyakit, manfaat dan hambatan serta dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS di Puskesmas Manahan Kota Surakarta”

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan tentang ARV dengan kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS di Puskesmas Manahan Kota Surakarta.

- b. Untuk mengetahui hubungan persepsi keseriusan penyakit dengan kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS di Puskesmas Manahan Kota Surakarta.
- c. Untuk mengetahui hubungan manfaat dan hambatan dengan kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS di Puskesmas Manahan Kota Surakarta.
- d. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS di Puskesmas Manahan Kota Surakarta.
- e. Untuk mengetahui variabel pengetahuan tentang ARV, persepsi keseriusan penyakit, manfaat dan hambatan serta dukungan keluarga yang mempunyai hubungan dominan dengan kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS di Puskesmas Manahan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan dalam pengembangan pengetahuan tentang faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV.

2. Manfaat praktis

a. Bagi Dinas Kesehatan Kota Surakarta

Sebagai masukan dalam upaya penanggulangan infeksi HIV, guna mencegah terus meningkatnya kejadian resistensi obat pada ODHA yang dapat menambah beban biaya pengobatan pada pasien HIV/AIDS.

b. Bagi Akademisi

Manfaat akademis bagi ilmu pengetahuan adalah dapat memberikan gambaran tentang faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian resistensi obat di kalangan ODHA, dan bagi peneliti yang tertarik pada masalah kepatuhan minum obat ARV pada pasien ODHA di masa yang akan datang.

c. Bagi Masyarakat

Dapat memberikan pemahaman kepada masyarakat untuk lebih meningkatkan upaya-upaya pencegahan terjadinya infeksi HIV dengan mempertimbangkan faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan infeksi HIV/AIDS serta penatalaksanaan terapi ARV.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca indera (Nuraeni, *et al.*, 2013).

Pengetahuan merupakan penalaran, penjelasan dan pemahaman manusia tentang segala sesuatu, juga mencakup praktek atau kemampuan teknis dalam memecahkan berbagai persoalan hidup yang belum dibuktikan secara sistematis (Purba, 2010).

a. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Wawan dan Dewi (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu :

1) Faktor Internal

a) Pendidikan

Pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh, perlindungan, dan bantuan yang diberikan kepada anak yang tertuju kepada kedewasaan. Sedangkan GBHN Indonesia mendefinisikan labahwa pendidikan sebagai suatu usaha dasar untuk menjadi kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup.

b) Minat

Minat diartikan sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu dengan adanya pengetahuan yang tinggi didukung minat yang cukup dari seseorang sangatlah mungkin seseorang tersebut akan berperilaku sesuai dengan apa yang diharapkan.

c) Pengalaman

Pengalaman adalah suatu peristiwa yang dialami seseorang, bahwa tidak adanya suatu pengalaman sama sekali. Suatu objek psikologis cenderung akan bersikap negatif terhadap objek tersebut untuk menjadi dasar pembentukan sikap pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan, pengalaman akan lebih mendalam dan lama membekas.

d) Usia

Usia individu dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya, makin tua seseorang maka makin kondusif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi.

2) Faktor Eksternal

a) Ekonomi

Dalam memenuhi kebutuhan primer ataupun sekunder, keluarga dengan status ekonomi baik lebih mudah tercukupi dibanding dengan keluarga dengan status ekonomi rendah, hal ini akan mempengaruhi kebutuhan akan informasi termasuk kebutuhan sekunder. Jadi dapat disimpulkan bahwa ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang berbagai hal.

b) Informasi

Informasi adalah keseluruhan makna, dapat diartikan sebagai pemberitahuan seseorang adanya informasi baru mengenai suatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif dibawa oleh informasi tersebut apabila arah sikap tertentu. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggunakan kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi yang berpengaruh perubahan perilaku, biasanya digunakan melalui media masa.

c) Kebudayaan/lingkungan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pengetahuan kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang.

2. HIV/AIDS

a. Pengertian

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus golongan *Rubonucleat Acid* (RNA) yang spesifik menyerang sistem kekebalan tubuh/imunitas manusia dan menyebabkan *Acquired Immunodeficiency Symndrome* (AIDS). HIV positif adalah orang yang telah terinfeksi virus HIV dan tubuh telah membentuk antibodi (zat anti) terhadap virus. Mereka berpotensi sebagai sumber penularan bagi orang lain. adalah kumpulan gejala klinis akibat penurunan sistem imun yang timbul akibat infeksi HIV. AIDS sering bermanifestasi dengan munculnya berbagai penyakit infeksi oportunistik, keganasan, gangguan metabolisme dan lainnya (Nuraeni, *et al*, 2013).

AIDS merupakan sindrom dengan gejala penyakit infeksi oportunistik atau kanker tertentu akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh infeksi HIV (Daili, *et al*, 2009). HIV merupakan virus

sitopatik diklasifikasikan dalam famili Retrovirus, subfamili Lentivirinae, genus Lentivirus. Menurut Nursalam (2009), ada dua tipe HIV yang dapat menyebabkan AIDS, yaitu HIV-1 dan HIV-2.

HIV adalah virus golongan *Rubonucleat Acid* (RNA) yang spesifik menyerang sistem kekebalan tubuh/imunitas manusia dan menyebabkan AIDS. HIV positif adalah orang yang telah terinfeksi virus HIV dan tubuh telah membentuk antibodi (zat anti) terhadap virus. Mereka berpotensi sebagai sumber penularan bagi orang lain. AIDS adalah kumpulan gejala klinis akibat penurunan sistem imun yang timbul akibat infeksi HIV. AIDS sering bermanifestasi dengan munculnya berbagai penyakit infeksi oportunistik, keganasan, gangguan metabolisme dan lainnya (DepKes RI, 2008).

AIDS adalah penyakit yang disebabkan oleh virus yang disebut HIV. HIV terus menerus merusak kekebalan tubuh. Sistem kekebalan yang sehat mengendalikan kuman (infeksi ikutan), kurang lebih 7-10 tahun setelah penularan oleh HIV. AIDS belum bisa disembuhkan, namun infeksi ini dapat dikendalikan dengan obat antiretroviral (ARV) (Martoni, 2012).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa AIDS adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang didapat. AIDS tersebut disebabkan virus HIV di dalam tubuh virus HIV ini hidup di dalam empat cairan tubuh manusia yaitu cairan darah, cairan sperman, cairan vagina dan air susu ibu.

b. Penyebab HIV/AIDS

HIV tidak dapat tersebar dengan sendirinya atau bertahan lama diluar tubuh manusia. Virus tersebut membutuhkan cairan tubuh manusia untuk bisa hidup, bereproduksi dan mampu menularkan ke orang lain. Virus tersebut ditularkan melalui darah, air mani, cairan vagina, dan air susu ibu dari pengidap HIV. Widjajanti (2009)

mengatakan ada tiga metode penyebaran virus HIV tersebut, yaitu sebagai berikut :

1) Hubungan seks tidak aman

Hubungan seks melalui vagina, anal, dan oral dengan pengidap HIV atau penderita AIDS merupakan cara yang banyak terjadi pada penularan HIV dan AIDS, dimana hubungan seks penetrative (penis masuk ke dalam vagina/ anus) tanpa menggunakan kondom sehingga memungkinkan tercampurnya cairan sperma dengan cairan vagina (untuk hubungan seks lewat vagina), atau tercampurnya cairan sperma dengan darah yang mungkin terjadi dalam hubungan seks lewat anus. Selain itu cara penularan HIV melalui kontak seksual heteroseksual, homoseksual dan biseksual.

2) Melalui Darah yang Tercemar HIV

Penyebaran virus HIV juga terjadi ketika orang menggunakan jarum suntik atau alat injeksi yang tidak steril secara bersama, biasanya terjadi di kalangan para pengguna narkoba yang di antara mereka ada yang mengidap HIV. Penyebaran juga terjadi di beberapa tempat-tempat perawatan kesehatan yang tidak memenuhi standar atau melalui transfusi darah yang belum dilakukan *screening* terhadap HIV. Penggunaan peralatan tato dan alat tindik yang tidak steril dapat juga menyebarkan virus HIV.

3) Melalui Ibu kepada Anaknya

Seorang wanita yang mengidap HIV dapat menularkan virus HIV kepada anaknya pada saat kehamilan, kelahiran atau pada masa menyusui. 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*) ini berkisar hingga 30% artinya dari setiap 10 kehamilan dari ibu HIV positif kemungkinan ada 3 bayi yang lahir dengan HIV positif.

HIV dan virus-virus sejenisnya umumnya ditularkan melalui kontak langsung antara lapisan kulit dalam (membran mukosa) atau aliran darah, dengan cairan tubuh yang mengandung HIV, seperti darah, air mani, cairan vagina, cairan preseminal, dan air susu ibu. Penularan dapat terjadi melalui hubungan intim (vaginal, anal, ataupun oral), transfusi darah, jarum suntik yang terkontaminasi, antara ibu dan bayi selama kehamilan, bersalin, atau menyusui, serta bentuk kontak lainnya dengan cairan-cairan tubuh tersebut (Zeth, *et al*, 2010).

HIV memang ditemukan dalam air ludah, air mata, air kencing, serta tinja penderita. Tetapi jumlahnya sangat sedikit, dan karena itu tidak pernah dilaporkan berperan sebagai sumber penularan. Bersalaman dan atau berpelukan dengan penderita AIDS tidak akan menularkan AIDS. Nasehat untuk tidak sampai menimbulkan luka memang sangat dianjurkan, terutama untuk petugas kesehatan yang merawat penderita AIDS. Memakai peralatan minum dan makan penderita AIDS, mandi dalam satu kolam renang dengan penderita AIDS, menggunakan kamar mandi atau kakus yang sama dengan penderita AIDS, dan atau gigitan atau serangga yang telah menggigit penderita AIDS, juga tidak akan menularkan HIV (Harahap dan Andayani, 2004).

c. Gejala

Penyakit ini disertai kumpulan gejala (*syndrome*) antara lain gejala infeksi dan penyakit oportunistik yang timbul akibat menurunnya daya tahan tubuh penderita. Menurunnya kekebalan menjadikan penderita rentan terhadap infeksi oportunitik dimana infeksi mikroorganisme yang dalam keadaan normal bersifat apatogen. Pada penderita AIDS mikroorganisme yang bersifat apatogen dapat menjadi pathogen (Djoerban dan Syamsuridjal, 2009). Adapun yang termasuk gejala mayor yaitu: berat badan menurun lebih dari 10% dalam 1 bulan, diare kronik berlangsung lebih dari 1 bulan, demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan, penurunan kesadaran dan gangguan

neorologis, demensia atau HIV ensepalopati. Sedangkan beberapa gejala minor antara lain : batuk menetap lebih dari 1 bulan, dermatitis generalisata yang gatal, adanya *Herpes Zoster Multisegmental* dan atau berulang, kandidiasis orofariengeas, herpes Simpleks kronik progresif, limfadenopati generalisata (pembesaran kelenjar getah bening) dan infeksi jamur berulang pada alat kelamin.

d. Perilaku Beresiko Tinggi Tertular HIV/AIDS

Perilaku beresiko tinggi tertular HIV/AIDS adalah melakukan sesuatu yang membawa resiko tinggi terkena infeksi pada dirinya atau orang lain baik melalui hubungan seks yang tidak aman di dalam dan di luar nikah dengan pasangan yang berganti-ganti, menerima transfusi darah yang terinfeksi dan memakai jarum suntik secara bersama-sama secara bergiliran dan bergantian (Harahap dan Andayani, 2004).

e. Pencegahan Penularan HIV/AIDS

Pencegahan penularan HIV pada wanita dilakukan secara primer, yang mencakup mengubah perilaku seksual dengan menetapkan prinsip ABC, yaitu *Abstinence* (tidak melakukan hubungan seksual), *Be faithful* (setia pada pasangan), dan kondom. Wanita juga disarankan tidak menggunakan narkoba, terutama narkoba suntik dengan pemakaian jarum bergantian, serta pemakaian alat menoreh kulit dan benda tajam secara bergantian dengan orang lain (misalnya tindik, tato, silet, cukur, dan lain-lain). Petugas kesehatan perlu menetapkan kewaspadaan universal dan menggunakan darah serta produk darah yang bebas dari HIV untuk pasien (Nursalam, 2009).

WHO mencanangkan empat strategi untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi dan anak, yaitu dengan mencegah jangan sampai wanita terinfeksi HIV/AIDS. Apabila sudah dengan HIV/AIDS, dicegah supaya tidak hamil. Apabila sudah hamil, dilakukan pencegahan supaya tidak menular pada bayi dan anaknya, namun bila ibu dan anaknya sudah terinfeksi, maka sebaiknya diberikan dukungan dan perawatan bagi ODHA dan keluarganya (Nursalam, 2009).

1) Area Pencegahan HIV dan AIDS

Penyebaran HIV dipengaruhi oleh perilaku berisiko kelompok-kelompok masyarakat. Pencegahan dilakukan kepada kelompok-kelompok masyarakat sesuai dengan perilaku kelompok dan potensi ancaman yang dihadapi. Kegiatan-kegiatan dari pencegahan dalam bentuk penyuluhan, promosi hidup sehat, pendidikan sampai kepada cara penggunaan alat pencegahan yang efektif dikemas sesuai dengan sasaran upaya pencegahan. Program-program pencegahan pada kelompok sasaran meliputi:

a) Kelompok Tertular (*Infected People*)

Kelompok tertular adalah mereka yang sudah terinfeksi HIV. Pencegahan ditujukan untuk menghambat lajunya perkembangan HIV, memelihara produktifitas individu dan meningkatkan kualitas hidup.

b) Kelompok Berisiko Tertular Atau Rawan Tertular (*High-Risk People*)

Kelompok berisiko tertular adalah mereka yang berperilaku sedemikian rupa sehingga sangat berisiko untuk tertular HIV. Dalam kelompok ini termasuk penjaja seks baik perempuan maupun laki-laki, pelanggan penjaja seks, penyalahguna napza suntik dan pasangannya, waria penjaja seks dan pasangannya, serta lelaki suka lelaki. Karena kekhususannya, narapidana termasuk dalam kelompok ini. Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan untuk mengubah perilaku berisiko menjadi perilaku aman.

c) Kelompok Rentan (*Vulnerable People*)

Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang karena lingkup pekerjaan, lingkungan, ketahanan dan atau kesejahteraan keluarga yang rendah dan status kesehatan yang labil, sehingga rentan terhadap penularan HIV. Termasuk dalam kelompok rentan adalah orang dengan mobilitas tinggi baik sipil

maupun militer, perempuan, remaja, anak jalanan, pengungsi, ibu hamil, penerima transfusi darah dan petugas pelayanan kesehatan. Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan agar tidak melakukan kegiatan-kegiatan yang berisiko tertular HIV (menghambat menuju kelompok berisiko).

d) Masyarakat Umum (*General Population*)

Masyarakat umum adalah mereka yang tidak termasuk dalam ketiga kelompok terdahulu. Pencegahan ditujukan untuk meningkatkan kewaspadaan, kepedulian dan keterlibatan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungannya.

f. Pengobatan HIV/AIDS

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 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

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

2) Pengobatan Infeksi Oportunistik

Pengobatan infeksi oportunistik adalah pengobatan yang ditujukan untuk infeksi oportunistik dan dilakukan secara empiris.

3) Pengobatan Antiretroviral (ARV)

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, 2008).

3. Persepsi

a. Pengertian

Persepsi merupakan suatu proses yang didahului oleh penginderaan yaitu merupakan proses yang berwujud diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indera atau juga disebut proses sensoris (Walgito, 2010).

Persepsi adalah proses yang menyangkut masuknya pesan atau informasi kedalam otak manusia, melalui persepsi manusia terus menerus mengadakan hubungan dengan lingkungannya. Hubungan ini dilakukan lewat inderanya, yaitu indera pengelihat, pendengar, peraba, perasa, dan pencium (Slameto, 2010).

Persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan (Rahkmat, 2007). Persepsi adalah memberikan makna pada stimuli inderawi, atau menafsirkan informasi yang tertangkap oleh alat indera (Suranto, 2011).

Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa persepsi adalah anggapan seseorang terhadap sesuatu. Anggapan tersebut muncul setelah seseorang menerima informasi ataupun stimulus yang telah dialami sebelumnya untuk dijadikan suatu referensi dalam bertindak. Meskipun persepsi muncul secara disadari ataupun tidak disadari oleh seseorang.

b. Proses Pembentukan Persepsi

Menurut Walgito (2010), proses terbentuknya persepsi didasari pada beberapa tahapan.

1) Stimulus atau rangsangan

Terjadinya persepsi diawali ketika seseorang dihadapkan pada suatu stimulus atau rangsangan yang hadir dari lingkungannya.

2) Registrasi

Dalam proses registrasi, suatu gejala yang nampak adalah mekanisme fisik yang berupa penginderaan dan syaraf seseorang berpengaruh melalui alat indera yang dimilikinya. Seseorang dapat mendengarkan atau melihat informasi yang terkirim kepadanya. Kemudian mendaftarkan semua informasi yang terkirim kepadanya tersebut.

3) Interpretasi

Interpretasi merupakan suatu aspek kognitif dari persepsi yang sangat penting yaitu proses memberikan arti kepada stimulus yang diterimanya. Proses interpretasi bergantung pada cara pendalamannya, motivasi dan kepribadian seseorang.

c. Objek Persepsi

Menurut Walgito (2010) objek persepsi dapat dibedakan atas objek yang non manusia dan manusia. Objek persepsi yang berujud manusia ini disebut person perception atau juga ada yang menyebutkan sebagai social perception. Pada objek persepsi manusia, manusia yang dipersepsi mempunyai kemampuan-kemampuan, perasaan, ataupun aspek-aspek lain seperti halnya pada orang yang mempersepsi. Orang yang dipersepsi akan dapat mempengaruhi pada orang yang mempersepsi. Karena itu pada objek persepsi, yaitu manusia yang dipersepsi, lingkungan yang melatarbelakangi objek persepsi, dan perseptor sendiri akan sangat menentukan dalam hasil persepsi.

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Menurut Walgito (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi:

- 1) Objek yang dipersepsi maksudnya, menimbulkan stimulus yang mengenai alat indera atau reseptor. Stimulus dapat datang dari luar individu yang mempersepsi, tetapi juga dapat datang dari dalam diri individu yang bersangkutan yang langsung mengenai syaraf

penerima yang bekerja sebagai reseptor. Namun stimulus terbesar datang dari luar individu.

- 2) Alat indera, syaraf, dan pusat susunan syaraf maksudnya, untuk menerima stimulus, disamping itu juga harus ada syaraf sensoris sebagai alat untuk meneruskan stimulus yang diterima reseptor ke pusat susunan syaraf, yaitu otak sebagai pusat kesadaran. Dan sebagai alat untuk mengadakan respon diperlukan syaraf motoris.
- 3) Perhatian maksudnya, untuk menyadari atau untuk mengadakan persepsi diperlukan adanya perhatian, yaitu merupakan langkah pertama sebagai suatu persiapan dalam rangka mengadakan persepsi. Perhatian merupakan pemusatan atau konsentrasi dari seluruh aktifitas individu yang ditujukan kepada sesuatu atau sekumpulan objek.

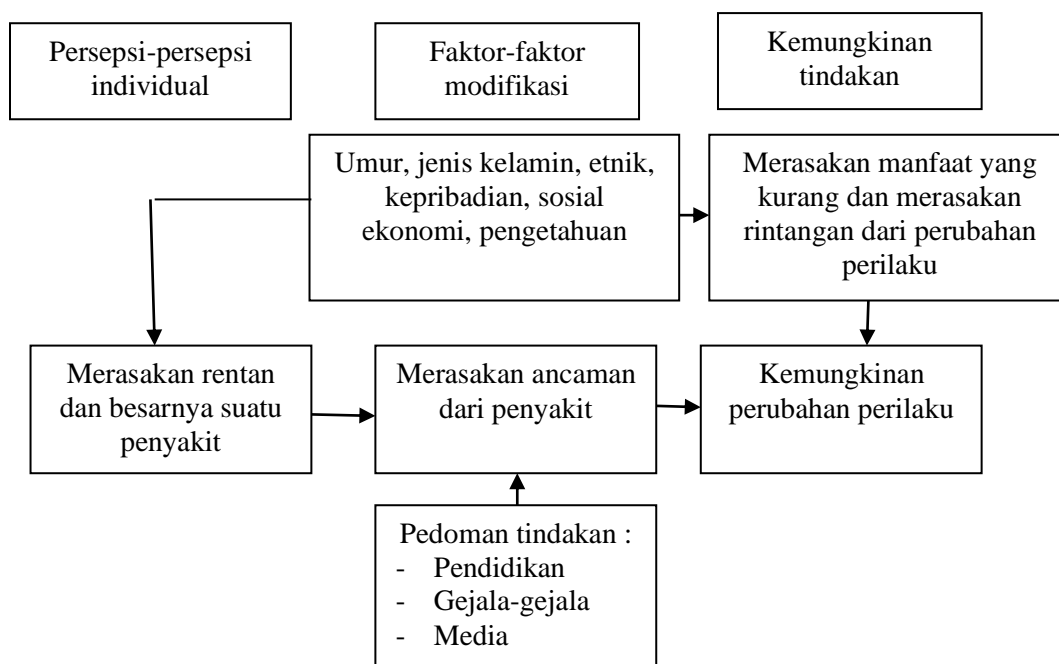
4. *Health Belief Model*

Model kepercayaan adalah suatu bentuk penjabaran dari model sosio psikologis, munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa problem kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh *provider*, kegagalan ini akhirnya memunculkan teori dari Becker (1974) yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit (*preventif health behavior*).

Health Belief Model merupakan perubahan perilaku kesehatan yang berdasarkan penilaian rasional yang seimbang antara hambatan dan manfaat dari tindakan. Konsep ini bertujuan sebagai perhitungan atau prediksi mengenai “kesiagaan tindakan” seseorang, atau di dalam konsep *Health Belief Model* dikenal sebagai *cues to action* (isyarat tindakan) yang akan mengaktifkan kesiagaan dan merangsang perilaku yang sebenarnya. Dan tambahan terbaru dari konsep *Health Belief Model* adalah *self-efficacy* (kemanjuran/keberhasilan diri) atau kepercayaan diri seseorang mengenai kemampuan diri untuk melaksanakan tindakan. Konsep

tersebut ditambahkan Rosentock (1988) untuk membantu teori model HBM agar lebih baik lagi dalam menghadapi tantangan untuk mengubah perilaku dan kebiasaan tidak sehat dan berupaya untuk patuh dalam pelaksanaan tindakan pengobatan.

Model *Health Belief Model* terdiri dari keseriusan dan kerentanan terhadap penyakit, yaitu ancaman penyakit terhadap individu. Demikian pula, manfaat dan hambatan yang dirasakan yang mempengaruhi persepsi efektivitas perilaku kesehatan. Pada gilirannya, demografis dan sosio-psikologis merupakan variabel yang mempengaruhi persepsi kerentanan dan keseriusan yang dirasakan serta manfaat dan hambatan yang dirasakan (Munro *et al.*, 2007). Untuk lebih jelasnya model atau bagan dari *Health Belief Model* dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1.

Komponen-Komponen dan Hubungan dari *Health Belief Model*

Sumber : Becker, (1974)

Health Belief Model (HBM) merupakan sebuah teori tentang faktor-faktor intrapersonal yang berpengaruh terhadap health behavior yang kemudian digunakan dalam penyusunan program kesehatan, baik dalam

hal intervensi maupun prefensi. Hubungan dari keenam faktor tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

a. Faktor modifikasi

Faktor modifikasi, terdiri atas pengetahuan dan faktor sosiodemografi, berpengaruh pada persepsi individu terkait kesehatan, dan mungkin secara tidak langsung mempengaruhi perubahan perilaku terkait kesehatan. Sebagai contoh, jenis kelamin seseorang dapat menjadikannya lebih berisiko menderita suatu penyakit, seperti kanker serviks yang hanya diderita oleh kaum perempuan (De Wit, *et al.*, 2005).

b. *Individual beliefs*

Kolom *individual beliefs* terdiri dari komponen utama teori HBM, yaitu *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, dan *perceived self-efficacy*. *Perceived threat* (persepsi akan ancaman) merupakan kombinasi antara *perceived susceptibility* dan *perceived severity* (Glanz, *et al.*, 2008). *Individual beliefs* menjelaskan secara langsung apa yang individu percaya dan pengetahuannya tentang suatu kondisi serta perilaku yang akan mempengaruhi kondisi. Setiap individu memiliki persepsi tersendiri akan kondisi yang dirasakannya, persepsi itulah yang akan mempengaruhi tindakan yang akan diambilnya untuk memperbaiki kondisi tersebut. Namun tindakan yang diambil juga dipengaruhi oleh faktor-faktor lain pada faktor modifikasi.

c. Tindakan

Ketika individu sudah merasa waspada akan perkembangan kondisinya (penyakit) bila tidak adanya perubahan perilaku, maka individu tersebut akan merubah perilakunya terkait kesehatan. Perubahan perilaku kesehatan tersebut dipengaruhi oleh persepsi-persepsi yang ada dalam kolom *individual beliefs*, serta *cues to action* (dorongan untuk bertindak).

Variasi dari model ini merupakan nilai yang dirasakan serta intervensi yang ditentukan sebagai keyakinan yang utama. Konstruksi dari faktor mediasi kemudian menjadi penghubung berbagai jenis persepsi dengan perilaku kesehatan di masyarakat. Sebelum seseorang menerima diagnosa terapi ARV dan mengikuti *treatment* atau pengobatan yang dianjurkan, 1) Seseorang tersebut harus yakin bahwa kondisi HIV/AIDS dapat terjadi tanpa mengalami gejala apa pun (penyakit “*silent killer*”). *Perceived susceptibility*: sejauh mana seseorang merasa rentan atau beresiko mengalami penyakit tersebut. 2) HIV/AIDS dapat menyebabkan kematian. *Perceived severity*: sejauh mana seseorang merasa takut atau menganggap HIV/AIDS merupakan hal yang gawat dan memiliki dampak yang parah. 3) Mengikuti anjuran untuk meminum obat dapat mengurangi resiko HIV/AIDS. *Perceived benefit*: sejauh mana anggapan seseorang bahwa dengan mengikuti anjuran petugas kesehatan akan memberi manfaat terhindar dari resiko tersebut, jadi sejauh mana nilai keuntungan tersebut dimaknai apakah sangat berharga atau tidak. 4) Pelaksanaan anjuran untuk mengontrol HIV/AIDS dengan obat tidak menyebabkan efek samping atau kesulitan dalam pelaksanaannya. *Perceived Barrier*: sejauh mana seseorang menganggap bahwa untuk mencapai hal tersebut harus ada yang dikorbankan atau ada harganya misalnya tidak boleh berhubungan badan sembarangan, harus meluangkan waktu untuk berolahraga. *Cues to action* (isyarat tindakan): kearah mana seseorang condong berperilaku setelah mempertimbangkan *perceived susceptibility*, *severity*, *benefit*, dan *Barrier*. Komponen *cues to action* dapat diperkuat melalui, pembagian leaflet atau informasi mengenai HIV/AIDS, kalender minum obat yang dapat membantu konsistensi perilaku, 6) jika individu mempunyai pengalaman kegagalan sebelumnya mengenai menjaga kepatuhannya dalam minum obat, maka dibutuhkan upaya untuk meningkatkan *self efficacy* (efikasi diri): keyakinan bahwa individu tersebut mampu untuk melakukan hal tersebut. Dapat diperkuat melalui pendampingan dan dukungan keluarga.

Health Belief Model (HBM) menjelaskan bahwa kemungkinan individu untuk melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada dua keyakinan atau penilaian kesehatan (*health belief*), yaitu ancaman yang dirasakan dari rasa sakit dan pertimbangan keuntungan ataupun kerugian, ancaman, keseriusan, serta pertimbangan keuntungan dan kerugian dari perilaku yang direkomendasikan. *Health Belief Model* (HBM) dipengaruhi oleh variabel demografi (usia, jenis kelamin, budaya), variabel sosio psikososial (kepribadian, kelas sosial, tekanan sosial), variabel struktural (pengetahuan dan pengalaman masalah kesehatan) (Pujiyanti, *et al*, 2010).

Salah satu model yang dikembangkan untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan seseorang untuk mencari upaya hidup sehat adalah model kepercayaan kesehatan atau *Health Belief Model* yang pertama kali dikembangkan pada tahun lima puluhan oleh sekelompok ahli psikologi sosial yang mencoba menjelaskan sebab kegagalan sekelompok individu dalam menjalani program pencegahan penyakit. Model tersebut digunakan untuk mempelajari perilaku seseorang terhadap diagnosis yang ditegakkan, khususnya masalah kepatuhan (*compliance*) terhadap regimen pengobatan. Menurut Bastable (2002), dua alasan utama yang menjadi dasar dibentuknya model ini yaitu keberhasilan terhadap pencegahan penyakit dan program penyembuhan yang memerlukan kepatuhan klien untuk berpartisipasi dan keyakinan bahwa kesehatan memang sangat dihargai.

Health Belief Model berasal dari teori psikologis bahwa perilaku kesehatan tergantung terutama pada keinginan untuk menghindari penyakit dan keyakinan bahwa tindakan tersebut akan mencegah atau meringankan penyakit. Model terdiri dari sejumlah dimensi, termasuk (a) dirasakan kerentanan terhadap penyakit yang dirasakan, yaitu keyakinan bahwa ada risiko tertular penyakit atau, dalam kepercayaan pada kasus infeksi yang ditetapkan sebelumnya, kepercayaan validitas diagnosis; (b) keparahan penyakit yang dirasakan, mencakup perasaan mengenai keseriusan tertular

penyakit atau apabila tidak diobati maka dapat menyebabkan meninggal dunia; (c) manfaat pengobatan yang dirasakan, yaitu berkaitan dengan keyakinan dalam efektivitas berbagai tindakan untuk mengurangi ancaman penyakit; dan (d) hambatan yang dirasakan untuk pengobatan kepatuhan, yang menggambarkan analisis biaya manfaat di mana individu mempertimbangkan efektivitas pengobatan terhadap potensi negatif atau konsekuensi apabila tidak patuh, seperti gangguan kegiatan sehari-hari dan efek samping (Barclay *et al*, 2007).

Becker dan Rosenstock (dalam Sarafino, 2006) menyatakan ada dua komponen yaitu *perceived threat* dan *perceived benefits and barriers*. Adapun penjelasannya sebagai berikut :

a. *Perceived threat* adalah penilaian individu mengenai ancaman yang dirasakan yang berkaitan dengan masalah kesehatan. Ada tiga faktor yang mempengaruhi *perceived threat* yaitu:

1) *Perceived seriousness of the health problem*

Individu mempertimbangkan seberapa parah konsekuensi organik dan sosial yang akan terjadi jika terus membiarkan masalah kesehatan yang dialami berkembang tanpa diberi penanganan dari praktisi kesehatan. Semakin individu percaya bahwa suatu konsekuensi yang terjadi akan semakin memburuk, maka mereka akan merasakan hal tersebut sebagai ancaman dan mengambil tindakan preventif.

2) *Perceived susceptibility to the health problem*

Individu akan mengevaluasi kemungkinan masalah-masalah kesehatan lain yang akan berkembang. Semakin individu mempersepsikan bahwa penyakit yang dialami beresiko, maka akan membuat individu itu mempersepsikannya sebagai ancaman dan melakukan tindakan pengobatan.

3) *Cues to action*

Peringatan mengenai masalah kesehatan yang berpotensi dapat meningkatkan kecenderungan individu untuk

mempersiksikannya sebagai ancaman dan melakukan tindakan. *Cues to action* meliputi berbagai macam bentuk seperti iklan layanan masyarakat tentang bahaya merokok, artikel di koran, dan lain-lain.

- b. *Perceived benefits and barriers* berkaitan dengan keuntungan dan hambatan yang diperoleh individu ketika melakukan tindakan preventif tertentu. Dalam *perceived benefits*, individu menilai bahwa dia akan memperoleh keuntungan ketika memperoleh layanan kesehatan tertentu, misalnya semakin sehat dan dapat mengurangi resiko yang dirasakan, sedangkan *perceived barriers* yaitu individu merasakan hambatan ketika memperoleh layanan kesehatan tertentu misalnya dalam hal pertimbangan biaya, konsekuensi psikologis (misalnya, takut dikatakan semakin tua jika melakukan cek-up), pertimbangan fisik (misalnya, jarak rumah sakit yang jauh sehingga sulit untuk mencapainya. *Sum* dilihat sebagai keuntungan yang diperoleh setelah dikurangi hambatan yang akan diterima. *Sum* yaitu sejauh mana tindakan yang diambil akan mendatangkan keuntungan dibandingkan jika tidak melakukannya.

5. Dukungan Keluarga

Setiadi (2008) mendefinisikan keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Supartini (2004) mendefinisikan keluarga keluarga adalah pemberi perawatan terbaik anak. Pengaruh keluarga sangatlah besar dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan anak.

Lingkungan keluarga adalah lingkungan pendidikan anak yang pertama, karena dalam keluarga inilah anak pertama kali memperoleh pendidikan dan bimbingan, juga dikatakan utama karena sebagian besar dari kehidupan anak adalah dalam keluarga. Lingkungan keluarga dapat berfungsi dan peranan sebagai berikut: (1) pengalaman pertama masa kanak-kanak yang mana keluarga memberikan pengalaman pertama yang

merupakan faktor penting dalam mengembangkan pribadi anak. Suasana pendidikan keluarga ini sangat penting diperhatikan, sebab dari sinilah keseimbangan jiwa di dalam perkembangan individu selanjutnya ditentukan; (2) menjamin kehidupan emosional anak, sebab emosi merupakan salah satu faktor yang terpenting dalam membentuk pribadi seseorang. Adanya kelainan di dalam perkembangan pribadi individu yang disebabkan oleh perkembangannya kehidupan emosional yang wajar; (3) menanamkan dasar pendidikan moral, keluarga merupakan aspek utama dalam menanamkan dasar-dasar moral bagi anak yang bisa tercermin dalam sikap dan perilaku orang tua sebagai suri tauladan yang dapat dicontoh anak; (4) memberikan dasar pendidikan sosial, melalui kehidupan keluarga yang penuh rasa tolong menolong, kasih sayang dan gotong royong, akan memupuk benih-benih kesadaran sosial yang tinggi; (4) peletakan dasar-dasar keagamaan, keluarga melalui kebersamaan dalam membawa anaknya untuk beribadah ke masjid merupakan langkah bijak dalam membentuk anak dalam kehidupan religi (Firdaus, 2012).

Setiap orang tua berharap anak-anaknya berhasil dalam belajar dan lingkungan sosial serta memiliki kekuatan nilai dan karakter yang baik sehingga mereka siap menghadapi tantangan kehidupan di masa yang akan datang. Dalam satu dekade ini terakhir terdapat perkembangan dalam bidang pendidikan khususnya terkait dengan berdirinya sekolah-sekolah berasrama baik dengan mengusung kurikulum tambahan dalam keagamaan maupun berbasis nasionalisme. Hal ini tidak terlepas dari kesadaran para orangtua untuk menyekolahkan di sekolah-sekolah berasrama tampak cukup meningkat (Maslihah, 2011).

Grant dan Ray (2010) mendefinisikan bahwa *family support is a set of beliefs and an approach to strengthening and empowering families, which will positively affect children's development and learning* "dukungan keluarga adalah seperangkat keyakinan dan pendekatan untuk penguatan dan pemberdayaan keluarga, yang positif akan mempengaruhi perkembangan dan belajar anak-anak".

Social support refers to the experience of being valued, respected, cared about, and loved by others who are present in one's life “Dukungan sosial mengacu pada pengalaman yang dihargai, dihormati, diperhatikan, dan dicintai oleh orang lain yang hadir dalam kehidupan seseorang“ (Yasin and Dzulkifli, 2011).

Dukungan sosial adalah kenyamanan secara fisik dan psikologis yang diberikan oleh teman/anggota keluarga. Dukungan sosial juga dapat dilihat dari banyaknya kontak sosial yang terjadi atau yang dilakukan individu dalam menjalin hubungan dengan sumber-sumber yang ada di lingkungan. Penelitian ini lebih menekankan pada dukungan sosial yang bersumber dari keluarga (Adicondro dan Purnamasari, 2011).

Smet dalam Adicondro dan Purnamasari (2011) mengemukakan bahwa sedikitnya ada tiga faktor penting yang mendorong seseorang untuk memberikan dukungan yang positif, diantaranya:

- 1) Empati, yaitu turut merasakan kesusahan orang lain dengan tujuan mengantisipasi emosi dan motivasi tingkah laku untuk mengurangi kesusahan dan meningkatkan kesejahteraan orang lain.
- 2) Norma dan nilai sosial, yang berguna untuk membimbing individu untuk menjalankan kewajiban dalam kehidupan.
- 3) Pertukaran sosial, yaitu hubungan timbal balik perilaku sosial antara cinta, pelayanan, informasi. Keseimbangan dalam pertukaran akan menghasilkan kondisi hubungan interpersonal yang memuaskan.

Menurut House dalam Adicondro dan Purnamasari (2011) setiap bentuk dukungan keluarga mempunyai ciri-ciri antara lain :

- 1) Dukungan Informatif, yaitu bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama.

- 2) Dukungan Emosional, setiap orang pasti membutuhkan bantuan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta, kepercayaan, dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati dan berempati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya.
- 3) Dukungan Instrumental, bantuan bentuk ini bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktifitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya, atau menolong secara langsung kesulitan yang dihadapi, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi penderita, menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan dan lain-lain.
- 4) Dukungan Penilaian, yaitu suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya. Penilaian ini dapat positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Berkaitan dengan dukungan sosial keluarga maka penilaian yang sangat membantu adalah penilaian yang positif.

6. Terapi ARV

a. Pengertian

ARV merupakan terapi yang kompleks dengan medikasi yang lebih dari satu macam dan diminum untuk jangka panjang. *Adherence* yang efektif untuk terapi sebesar lebih dari 95%, karena itu minum obat harus tepat dosis, tepat waktu dan tepat cara. Kekurangan kepatuhan minum obat akan membuat ODHA resisten terhadap terapi dengan konsekuensi dapat menularkan virus yang resisten kepada orang lain. Tugas konselor adalah menetapkan konseling dukungan kepatuhan *adherence* dan menyampaikan cara dasar obat ARV, terjadinya kegagalan terapi dan cara menghindarkan diri dari ketidakpatuhan (Kementerian Kesehatan, 2011).

Sebelum mendapat terapi ARV pasien harus dipersiapkan secara matang dengan konseling kepatuhan karena terapi ARV akan berlangsung seumur hidupnya. Untuk ODHA yang akan memulai terapi ARV dalam keadaan jumlah CD4 di bawah 200 sel/mm³ maka dianjurkan untuk memberikan Kotrimoksazol (1x960mg sebagai pencegahan IO) 2 minggu sebelum terapi ARV. Hal ini dimaksudkan untuk: mengkaji kepatuhan pasien untuk minum obat dan menyingkirkan kemungkinan efek samping tumpang tindih antara kotrimoksazol dan obat ARV, mengingat bahwa banyak obat ARV mempunyai efek samping yang sama dengan efek samping kotrimoksazol (Kementerian Kesehatan, 2011).

b. Kelompok Obat Antiretroviral

NRTI		NNRTI	PI
Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NsRTI)	Nucleotide reverse transcriptase inhibitors (NsRTI)	Non-nukleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTI)	Protease Inhibitor (PI)
Stavudin (d4T)			Saquinavir (SQV)
Lamivudin (3TC)			Ritonavir (RTV)
Zivodudin (AZT/ZDV)	Tefonovir	Nevirapin (NVP)	Indinavir (IDV)
Didanosin (ddl)	Disoproksil	Efavirenz (EFV)	Nelfinavir (NFV)
Abacavir (ABC)	Fumarat (TDF)		Lopinavir (LPV)

Sumber : Modul ART (2006)

c. Rejimen Lini Pertama

- 1) Zivodudin – Lamivudin – Nevirapin
- 2) Zivodudin – Lamivudin – Efavirenz
- 3) Stavudin – Lamivudin – Nevirapin
- 4) Stavudin – Lamivudin – Efavirenz

d. Saat Memulai Terapi ARV

Untuk memulai terapi *antiretroviral* perlu dilakukan pemeriksaan jumlah CD4 dan penentuan stadium klinis infeksi HIV-nya. Hal tersebut adalah untuk menentukan apakah penderita sudah memenuhi syarat terapi *antiretroviral* atau belum. Berikut ini adalah rekomendasi cara memulai terapi ARV pada ODHA dewasa.

1) Tidak tersedia pemeriksaan CD4

Dalam hal tidak tersedia pemeriksaan CD4, maka penentuan mulai terapi ARV adalah didasarkan pada penilaian klinis.

2) Tersedia pemeriksaan CD4

a) Mulai terapi ARV pada semua pasien dengan jumlah CD4 < 350 sel/mm³ tanpa memandang stadium klinisnya.

b) Terapi ARV dianjurkan pada semua pasien dengan TB aktif, ibu hamil dan koinfeksi Hepatitis B tanpa memandang jumlah CD4 (Kementerian Kesehatan, 2011).

e. Prinsip Pemberian ARV

Pemerintah menetapkan panduan yang digunakan dalam pengobatan ARV berdasarkan pada 5 aspek yaitu: efektivitas, efek samping/toksisitas, interaksi obat, kepatuhan dan harga obat. Prinsip dalam pemberian ARV adalah :

1) Panduan obat ARV harus menggunakan 3 jenis obat yang terserap dan berada dalam dosis terapeutik. Prinsip tersebut untuk menjamin efektivitas penggunaan obat.

2) Membantu pasien agar patuh minum obat antara lain dengan mendekatkan akses pelayanan ARV.

3) Menjaga kesinambungan ketersediaan obat ARV dengan menerapkan manajemen logistik yang baik (Kementerian Kesehatan, 2011).

f. Kesiapan Pasien Sebelum Memulai Terapi ARV

Beberapa upaya pada pasien untuk memulai terapi ARV dapat dilakukan dengan cara:

- 1) Mengutamakan manfaat minum obat daripada membuat pasien takut minum obat dengan semua kemungkinan efek samping dan kegagalan pengobatan.
- 2) Membantu pasien agar mampu memenuhi janji berkunjung ke klinik
- 3) Mampu minum obat profilaksis IO secara teratur dan tidak terlewatkan
- 4) Mampu menyelesaikan terapi TB dengan sempurna.
- 5) Mengingatkan pasien bahwa terapi harus dijalani seumur hidupnya.
- 6) Menjelaskan bahwa waktu makan obat adalah sangat penting, yaitu kalau dikatakan dua kali sehari berarti harus ditelan setiap 12 jam.
- 7) Membantu pasien mengenai cara minum obat dengan menyesuaikan kondisi pasien baik kultur, ekonomi, kebiasaan hidup (contohnya jika perlu disertai dengan banyak minum wajib menanyakan sumber air, dan lain-lain).
- 8) Membantu pasien mengerti efek samping dari setiap obat tanpa membuat pasien takut terhadap pasien, ingatkan bahwa semua obat mempunyai efek samping untuk menetralkan ketakutan terhadap ARV.
- 9) Menekankan bahwa meskipun sudah menjalani terapi ARV harus tetap menggunakan kondom ketika melakukan aktifitas seksual atau menggunakan alat suntik steril bagi para penasun.
- 10) Menyampaikan bahwa obat tradisional (herbal) dapat berinteraksi dengan obat ARV yang diminumnya. Pasien perlu diingatkan untuk komunikasi dengan dokter untuk diskusi dengan dokter tentang obat-obat yang boleh terus dikonsumsi dan tidak.
- 11) Menanyakan cara yang terbaik untuk menghubungi pasien agar dapat memenuhi janji/jadwal berkunjung.
- 12) Membantu pasien dalam menemukan solusi penyebab ketidakpatuhan tanpa menyalahkan pasien atau memarahi pasien jika lupa minum obat.

- 13) Mengevaluasi sistem internal rumah sakit dan etika petugas dan aspek lain diluar pasien sebagai bagian dari prosedur tetap untuk evaluasi ketidak patuhan pasien (Kementerian Kesehatan, 2011).

7. Kepatuhan Terapi ARV

Kepatuhan adalah ketaatan pasien dalam melaksanakan tindakan terapi. Kepatuhan pasien berarti bahwa pasien dan keluarga harus meluangkan waktu dalam menjalani pengobatan yang dibutuhkan (Perry dan Potter, 2006). Kepatuhan adalah sikap atau ketaatan. Kepatuhan dimulai mula-mula individu mematuhi anjuran petugas kesehatan tanpa rela untuk melakukan tindakan (Niven, 2002).

Kepatuhan pasien adalah hal yang sangat penting dalam tercapainya keberhasilan pengelolaan penyakit, namun sayangnya hampir seperempat pasien gagal untuk menaati rekomendasi dokter atau tim medis yang merawat (Di Matteo, *et al*, 2007).

Dalam hubungan dengan terapi ARV pada ODHA, bahwa kepatuhan lebih dimaksudkan sebagai proses kerjasama antara klien dengan penyediaan layanan. Pasien dikondisikan untuk berperan lebih aktif mengikuti pengobatan berkomitmen untuk mengikuti pengobatan yang diberikan sebaik mungkin.

Adeponle *et al* (2009) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat yaitu merasa sehat, kesulitan finansial, efek samping obat dan stigma. Jarak tempat tinggal yang jauh dari rumah sakit juga mempengaruhi kepatuhan berobat. Faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan berobat antara lain status sosial, ras, status pekerjaan, umur, lama pengobatan, tinggal di pedesaan. (Anderson *et al*, 2011 dan Kyser *et al*, 2011).

Terapi antiretroviral: ARV adalah obat-obat yang dapat menghambat perkembangan virus HIV dalam tubuh. Pengobatan dengan ARV tidak dibutuhkan oleh semua orang terinfeksi HIV. ARV hanya diberikan dalam keadaan dimana CD4 seseorang turun sampai kadar tertentu (350/ml kubik

darah), berarti kekebalannya sudah terganggu atau dengan perkataan lain, yang bersangkutan sudah masuk tahap AIDS. Karena ARV menghambat penggandaan virus HIV, maka pengrusakan kekebalan tubuhpun akan terhambat. Temuan ilmiah menunjukkan bahwa pemberian ARV lebih awal bisa menurunkan jumlah virus dalam darah, sehingga bisa menurunkan risiko penularan kepada orang lain. ARV tidak “membunuh” virus dalam darah dan jika pasien AIDS menghentikan minum ARV maka jumlah virus dalam darah akan meningkat lagi dengan cepat, sehingga mengakibatkan penyakit (AIDS) yang dideritanya akan jadi lebih parah. (KPA, 2011).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah mengeluarkan beberapa kebijakan dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS, termasuk perluasan pengobatan ARV melalui “*Strategic use of ARV (SUFA)*” atau juga yang lebih dikenal dengan “*test and treat*”. Saat ini SUFA menjadi salah satu alternatif strategi dalam upaya penanggulangan HIV pada kelompok populasi kunci adalah intervensi biomedis yaitu ‘pengobatan sebagai pencegahan’, atau yang lebih dikenai dengan istilah ilmiah *Pre-exposure prophylaxis (PrEP)*. SUFA adalah strategi penggunaan obat ARV bagi penderita HIV yaitu memberikan obat secara langsung begitu diketahui seseorang menderita HIV tanpa perlu mempertimbangkan hasil pemeriksaan CD4 nya,

Badan Kesehatan Dunia (WHO) mengeluarkan “*Consolidated Guidelines on ARV for Treatment and Prevention of HIV*” yang lebih dikenal dengan sebutan SUFA. SUFA (*Strategy Use of ARV*) memiliki dua pendekatan yaitu *Treatment as Prevention (TASP)* yang asusmsinya adalah bahwa ODHA (Orang Dengan HIV AIDS) yang mendapat *Anti Retroviral Treatment (ART)* akan sangat kecil kemungkinannya untuk menularkan jika *viral load* bisa ditekan serendah mungkin. Serta tidak mempunyai Infeksi Menular Seksual (IMS), sehingga ODHA yang mendapatkan ART hampir tidak bisa atau kecil sekali kemungkinannya menularkan virus HIV-nya pada orang lain. Pendekatan yang kedua adalah

Test and Treat yaitu pemakaian ARV secara langsung begitu diketahui HIV (+), tanpa melihat angka CD4. Melihat dua asumsi pendekatan SUFA tersebut di atas, idealnya ART bisa menguntungkan bagi ODHA yang sedang menjalani terapi pengobatan. Selain itu pendekatan SUFA ini juga dapat menekan dan menurunkan epidemi HIV AIDS di tengah masyarakat sehingga diharapkan tidak ada infeksi HIV yang baru. Harapan dari SUFA ini adalah agar tidak ada infeksi HIV yang baru, menurunnya angka kematian pada komunitas ODHA dan hilangnya stigma dan diskriminasi kepada komunitas ODHA (Mamad, 2014)..

Pemberian ARV segera mungkin dengan tanpa berpatokan pada jumlah minimal CD4 (sel darah putih) di bawah dari 350 ini diharapkan memberikan keuntungan, terutama bagi populasi kunci dampingan yang menjadi prioritas utama, yaitu ibu hamil, pasien yang memiliki IO (Infeksi Opportunistic) dan pasangan diskordan (pasangan orang dengan satu HIV-positif dan yang lain HIV-negatif) (Mamad, 2014).

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 (Yuniar, *et al*, 2013).

Kementerian Kesehatan (2011) menyebutkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien/ODHA untuk melakukan terapi ARV antara lain adalah :

a. Fasilitas layanan kesehatan.

Sistem layanan yang berbelit, sistem pembiayaan kesehatan yang mahal, tidak jelas dan birokratik adalah penghambat yang berperan sangat signifikan terhadap kepatuhan, karena hal tersebut

menyebabkan pasien tidak dapat mengakses layanan kesehatan dengan mudah. Termasuk diantaranya ruangan yang nyaman, jaminan kerahasiaan dan penjadwalan yang baik, petugas yang ramah dan membantu pasien.

b. Karakteristik Pasien.

Karakteristik pasien meliputi faktor sosiodemografi (umur, jenis kelamin, ras/etnis, penghasilan, pendidikan, buta/melek huruf, asuransi kesehatan, dan asal kelompok dalam masyarakat misal waria atau pekerja seks komersial) dan faktor psikososial (kesehatan jiwa, penggunaan napza, lingkungan dan dukungan sosial, pengetahuan dan perilaku terhadap HIV dan terapinya).

c. Panduan terapi ARV.

Panduan terapi ARV Meliputi jenis obat yang digunakan dalam paduan, bentuk paduan (FDC atau bukan FDC), jumlah pil yang harus diminum, kompleksnya paduan (frekuensi minum dan pengaruh dengan makanan), karakteristik obat dan efek samping dan mudah tidaknya akses untuk mendapatkan ARV.

d. Karakteristik penyakit penyerta.

Karakteristik penyakit penyerta meliputi stadium klinis dan lamanya sejak terdiagnosis HIV, jenis infeksi oportunistik penyerta, dan gejala yang berhubungan dengan HIV. Adanya infeksi oportunistik atau penyakit lain menyebabkan penambahan jumlah obat yang harus diminum.

e. Hubungan pasien-tenaga kesehatan.

Karakteristik hubungan pasien-tenaga kesehatan yang dapat mempengaruhi kepatuhan meliputi: kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan dan staf klinik, pandangan pasien terhadap kompetensi tenaga kesehatan, komunikasi yang melibatkan pasien dalam proses penentuan keputusan, nada afeksi dari hubungan tersebut (hangat, terbuka, kooperatif, dan lain-lain) dan kesesuaian kemampuan dan kapasitas tempat layanan dengan kebutuhan pasien

Faktor yang terkait dengan rendahnya kepatuhan berobat ARV dapat disebabkan oleh hubungan yang kurang serasi antara pasien HIV dengan petugas kesehatan, jumlah pil yang harus diminum, lupa, depresi, tingkat pendidikan, kurangnya pemahaman pasien tentang obat-obatan yang harus ditelan dan tentang toksisitas obat dan pasien terlalu sakit untuk menelan obat (Depkes, 2008).

B. Penelitian Terdahulu

1. Sirait dan Sarumpaet (2012) melakukan penelitian tentang Hubungan Komponen *Health Belief Model* (HBM) Dengan Penggunaan Kondom Pada Anak Buah Kapal (ABK) Di Pelabuhan Belawan. Penelitian ini merupakan penelitian survei dengan desain *cross sectional*. Jumlah Sampel adalah 95 orang secara (*consecutive sampling*). Data dianalisis dengan menggunakan Uji *chi square*. Hasil penelitian bahwa proporsi penggunaan kondom pada ABK masih rendah (23,2%). Uji statistik *chi-square* menunjukkan bahwa ada 6 komponen HBM yang berhubungan signifikan dengan perilaku penggunaan kondom yaitu dorongan PSK ($p=0,004$; PR=1,424), pengetahuan ($p=0,033$; PR=1,309), persepsi risiko tertular ($p=0,032$; PR=1,377), persepsi keseriusan ($p=0,047$; PR=1,290), persepsi positif kondom ($p=0,000$; PR=1,617), dan persepsi kemampuan diri ($p=0,000$; PR=1,550).

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu adalah pada desain penelitian dimana penelitian terdahulu menggunakan survey sedangkan penelitian sekarang menggunakan observasi analitik. Subjek penelitian dimana penelitian terdahulu adalah perilaku penggunaan kondom sedangkan penelitian sekarang pada penderita HIV/AIDS. Penelitian terdahulu menggunakan *chi square* sedangkan penelitian sekarang menggunakan regresi logistik. Persamaan penelitian adalah pada penggunaan teori *Health Belief Model*

2. Ubra (2012) melakukan penelitian tentang Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV Pada Pasien

HIV di Kabupaten Mimika Provinsi Papua Tahun 2012. Jenis penelitian adalah observasional dengan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling* dengan sampel 74 responden. Teknik analisis menggunakan regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan, pekerjaan, suku dan dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu adalah pada penggunaan variabel penelitian dimana penelitian terdahulu variabel bebasnya adalah pendidikan, pekerjaan, suku sedangkan penelitian sekarang menekankan pada *Health Belief Models*. Persamaan penelitian adalah pada desain penelitian yaitu observasional analitik, sampel penelitian penggunaan variabel bebas dukungan keluarga dan penggunaan variabel terikat kepatuhan pengobatan minum ARV.

3. Safri, Sukartini dan Ulfiana (2013) melakukan penelitian Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Tb Paru Berdasarkan *Health Belief Model* di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulsari, Kabupaten Jember. Jenis penelitian adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita TB paru yang sedang menjalani pengobatan fase intensif dan fase lanjutan di wilayah kerja Puskesmas Umbulsari. Besar sampel sebanyak 36 orang dengan teknik *simple random sampling*. Teknik analisis data menggunakan regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*), keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*), manfaat dan rintangan yang dirasakan (*perceived benefit and barriers*) dan faktor pendorong (*cues*) berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan minum obat pasien TB.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu adalah pada subjek penelitian dimana penelitian terdahulu pada penderita TB Paru sedangkan penelitian sekarang penderita HIV/AIDS. Persamaan penelitian

adalah pada penggunaan teori *health belief models* dan penggunaan teknik analisis regresi logistik.

4. Obirikorang, Selleh, Abledu, dan Fofie. (2013) melakukan penelitian tentang *Predictors of Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV/AIDS Patients in the Upper West Region of Ghana*. Jenis penelitian adalah observasi pada 217 penderita HIV/AIDS dengan teknik pengumpulan data melalui kuesioner. Teknik analisis data menggunakan regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyakit lain dan efek samping obat berpengaruh negatif terhadap kepatuhan terapi ARV sedangkan kesehatan diri yang dirasakan, dukungan keluarga dan keteraturan berpengaruh positif terhadap terapi ARV.

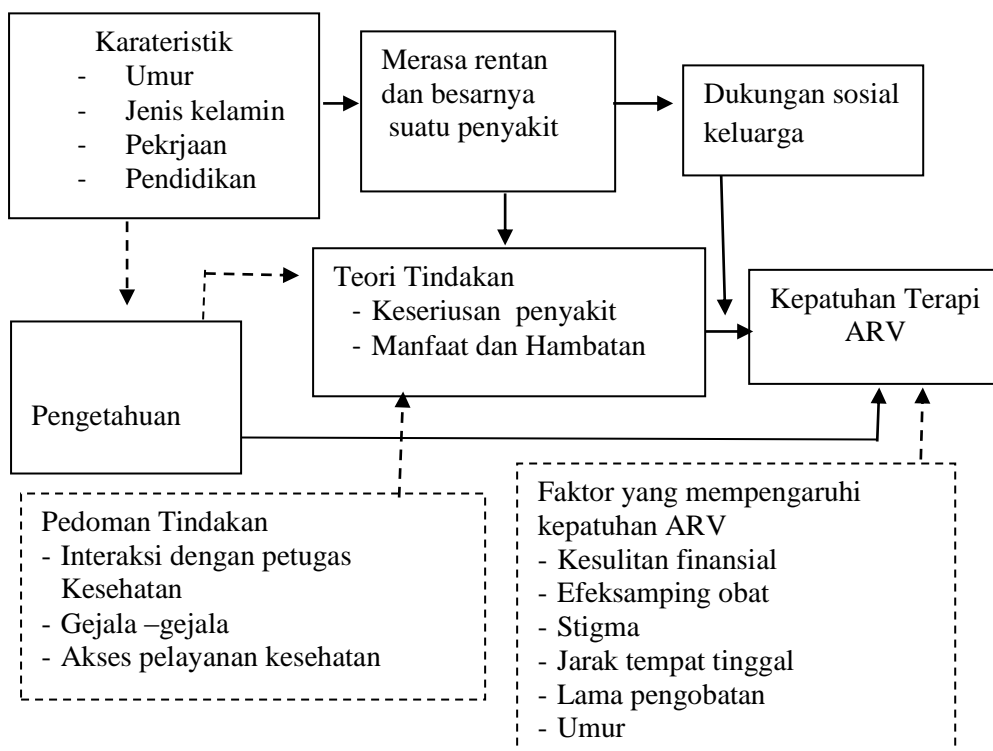
Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu adalah pada penggunaan variabel bebas dimana penelitian terdahulu variabel bebasnya adalah penyakit lain, efek samping obat, kesehatan diri, dan keteraturan sedangkan penelitian sekarang menekankan pada *health belief models*. Persamaan penelitian adalah pada desain penelitian yaitu observasional analitik, sampel penelitian penggunaan variabel bebas dukungan keluarga dan penggunaan variabel terikat kepatuhan pengobatan minum ARV.

5. Sendagala (2010) melakukan penelitian tentang *Factors Affecting The Adherence To Anti Retroviral Therapy By HIV Positive Patients Treated In a Community Based HIV/AIDS Care Programme In Rural Uganda*. Jenis penelitian ini deskriptif kuantitatif non eksperimen dengan menggunakan kerangka *Health Belief Model*. Populasi penelitian ini adalah pasien penderita HIV positif di desa-desa Uganda. Sampel menggunakan *multiple cluster* sampling sebanyak 275 responden. Teknik analisis data menggunakan chi square dan regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor lupa akan dosis, ketidakterediaan pil berhubungan, persepsi positif tentang perawatan, hubungan dengan pelayanan dan rencana keperawatan serta pengetahuan tentang HIV/AIDS berhubungan dengan tingkat kepatuhan.

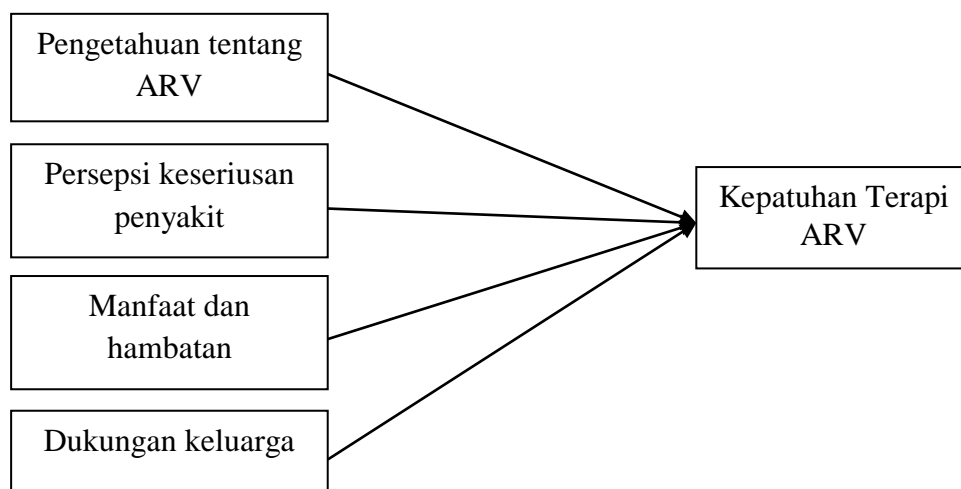
Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu adalah pada penggunaan variabel bebas dimana penelitian terdahulu variabel bebasnya adalah faktor lupa akan dosis, ketidaktersediaan pil berhubungan, persepsi positif tentang perawatan, hubungan dengan pelayanan dan rencana keperawatan dan pengetahuan tentang HIV/AIDS sedangkan penelitian sekarang menekankan pada *Health Belief Model*. Persamaan penelitian adalah pada desain penelitian yaitu observasional analitik dan penggunaan analisis data uji chi square dan regresi logistik.

C. Kerangka Berpikir

Teori *Health Belief Model* dari Becker (1994) yang merupakan salah satu teori dalam kesehatan masyarakat yang mempelajari tentang perubahan perilaku seseorang dapat digunakan untuk penyusunan program kesehatan baik dalam hal intervensi maupun preferansi. Dalam penelitian ini penggunaan dari Teori *Health Belief Model* untuk menggambarkan kepatuhan terapi ARV pada penderita HIV/AIDS dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti Gambar 2.2 sebagai berikut :



Sedangkan kerangka berpikir yang ingin dijelaskan peneliti untuk mempermudah serta sesuai dengan variabel yang dipilih peneliti seperti pada gambar berikut ini: gambar 2.3 Kerangka Berfikir yang ingin dijelaskan peneliti:



Gambar 2.3. Kerangka Berpikir

D. Hipotesis

1. Ada hubungan pengetahuan tentang ARV dengan kepatuhan terapi ARV, semakin baik pengetahuan maka semakin meningkatkan kepatuhan terapi ARV.
2. Ada hubungan persepsi keseriusan penyakit dengan kepatuhan terapi ARV, semakin baik persepsi keseriusan penyakit maka semakin meningkatkan kepatuhan terapi ARV.
3. Ada hubungan manfaat dan hambatan dengan kepatuhan terapi ARV, semakin baik persepsi manfaat dan hambatan maka semakin meningkatkan kepatuhan terapi ARV.
4. Ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi ARV, semakin baik dukungan keluarga maka semakin meningkatkan kepatuhan terapi ARV.
5. Persepsi keseriusan penyakit merupakan variabel yang mempunyai hubungan dominan dengan kepatuhan terapi ARV

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini mengambil tempat di Puskesmas Manahan Kota Surakarta dengan alasan bahwa terdapat pasien HIV/AIDS yang melakukan terapi ARV di Puskesmas Manahan Kota Surakarta. Waktu penelitian pada bulan Juni – Juli 2015.

B. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah analisis jenis penelitian observasi analitik. Rancangan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*.

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien HIV/AIDS yang melakukan terapi ARV di Puskesmas Manahan Kota Surakarta yang berjumlah 36 orang.

2. Sampel dan Sampling

Sampel dalam penelitian ini sebanyak 36 orang pasien HIV/AIDS yang melakukan terapi ARV di Puskesmas Kota Surakarta. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Exhaustic sampling*, dimana keseluruhan populasi digunakan sebagai sampel penelitian.

D. Variabel Penelitian

Penelitian ini akan mengkaji 4 variabel bebas yaitu pengetahuan tentang ARV, persepsi keseriusan penyakit, persepsi manfaat dan hambatan serta dukungan keluarga sedangkan variabel terikatnya adalah kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.

E. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Hasil ukur	Skala data
1	Jenis Kelamin	Perbedaan antara perempuan laki-laki dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir.	Checklist	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
2	Umur	Lamanya waktu hidup yaitu terhitung sejak lahir sampai dengan sekarang.	Observasi	Usia Reproduksi (19-49 tahun)	Interval
3	Pekerjaan	Kegiatan seseorang untuk memperoleh penghasilan	Observasi	-Bekerja -Tidak bekerja	Nominal
4	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang pernah ditempuh responden	Observasi	-Tinggi (PT) -Menengah (SMA) -Dasar (SD dan SMP)	Ordinal
5	Pengetahuan tentang ARV	Pengetahuan tentang ARV adalah pasien tahu, mengerti serta paham tentang terapi ARV.	Kuesioner	Baik \geq mean Kurang $<$ mean	Ordinal
6	Persepsi keseriusan penyakit	Tanggapan atau pandangan pasien tentang keseriusan penyakit yang dideritanya.	Kuesioner	Baik \geq mean Kurang $<$ mean	Ordinal
7	Manfaat dan hambatan	Tanggapan atau pandangan pasien tentang keuntungan dan hambatan yang diperoleh ketika melakukan tindakan kuratif akan memperoleh keuntungan dalam layanan kesehatan	Kuesioner	Baik \geq mean Kurang $<$ mean	Nominal

8	Dukungan Keluarga	Perhatian dari orang tua dan saudara kandung terhadap pasien yang terkena HIV/AIDS	Kuesioner	Baik \geq mean Kurang $<$ mean	Ordinal
9	Kepatuhan Terapi ARV	Patuh tidaknya pasien untuk melakukan terapi ARV	Observasi	Patuh Jika sesuai jadwal dan angka lost tidak lebih 3 hari Tidak Patuh Jika tidak sesuai jadwal dan angka lost lebih 3 hari	Ordinal

F. Alat Pengumpul Data

Data penelitian diperoleh dari data primer melalui kuesioner dan lembar observasi untuk mengetahui karakteristik responden serta kepatuhan terapi ARV. Pengumpulan data dilakukan oleh penulis secara langsung. Penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner dengan jenis kuesioner tertutup.

G. Instrumen Penelitian

1. Kisi-kisi kuesioner pengetahuan tentang ARV

Kisi-kisi kuesioner tentang pengetahuan ARV dari Kementerian Kesehatan (2011). yang dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 3.2 Kisi-Kisi Kuesioner Pengetahuan tentang ARV

Variabel	Indikator	No. Item		Jumlah
		<i>favourable</i>	<i>unfavourable</i>	
Pengetahuan tentang ARV	Pengertian	1,3	2,	3
	Saat Memulai Pemberian ARV	4,5	6	3
	Prinsip pemberian ARV	7,9,10,11	9	5
	Kesiapan pasien	12,13,14	15	4
Jumlah				15

Skala pengukuran untuk pernyataan positif (*favourable*) apabila jawaban benar dinilai 1 dan jawaban salah dinilai 0 sedangkan untuk pernyataan negatif (*unfavourable*) apabila jawaban benar dinilai 0 dan jawaban salah dinilai 1.

2. Kisi-kisi kuesioner persepsi keseriusan penyakit

Kisi-kisi kuesioner tentang persepsi keseriusan penyakit berdasarkan penelitian dari Walker (2004) pada tabel sebagai berikut :

Tabel 3.3 Kisi-Kisi Kuesioner Persepsi Keseriusan Penyakit

Persepsi keseriusan penyakit	No. Kuesioner	Jumlah
Positif (<i>Favourable</i>)	1,2,3,4,5,9,11,15	8
Negatif (<i>Unfavourable</i>)	6,7,8,10,11,12,13,14	7
	Jumlah	15

Skala pengukuran untuk pernyataan positif (*favourable*) apabila jawaban Sangat Setuju (SS) dinilai 4, Setuju (S) dinilai 3, Tidak Setuju (TS) dinilai 2 dan Sangat Tidak Setuju (STS) dinilai 1 sedangkan untuk pernyataan negatif (*unfavourable*) apabila jawaban Sangat Setuju (SS) dinilai 1, Setuju (S) dinilai 2, Tidak Setuju (TS) dinilai 3 dan Sangat Tidak Setuju (STS) dinilai 4.

3. Kisi-kisi kuesioner Manfaat dan hambatan

Kisi-kisi kuesioner tentang persepsi manfaat dan hambatan berdasarkan penelitian dari Walker (2004) pada tabel sebagai berikut :

Tabel 3.4 Kisi-Kisi Kuesioner Manfaat dan Hambatan

Manfaat dan Hambatan	No. Kuesioner	Jumlah
Positif (<i>Favourable</i>)	4,5,7,8,9,10,11,15	8
Negatif (<i>Unfavourable</i>)	1,2,3,6,12,13,14	7
	Jumlah	15

Skala pengukuran untuk pernyataan positif (*favourable*) apabila jawaban Sangat Setuju (SS) dinilai 4, Setuju (S) dinilai 3, Tidak Setuju (TS) dinilai 2 dan Sangat Tidak Setuju (STS) dinilai 1 sedangkan untuk pernyataan negatif (*unfavourable*) apabila jawaban Sangat Setuju (SS) dinilai 1, Setuju (S) dinilai 2, Tidak Setuju (TS) dinilai 3 dan Sangat Tidak Setuju (STS) dinilai 4.

4. Kisi-kisi kuesioner dukungan keluarga

Kisi-kisi kuesioner tentang dukungan keluarga berdasarkan penelitian dari Darwin (2013) pada tabel sebagai berikut :

Tabel 3.5 Kisi-Kisi Kuesioner Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga	No. Kuesioner	Jumlah
Positif (<i>Favourable</i>)	1,2,3,5,7,8,10,11,12,13, 16,17,18,19,20	15
Negatif (<i>Unfavourable</i>)	4,6,9,14,15	5
	Jumlah	20

Skala pengukuran untuk pernyataan positif (*favourable*) apabila jawaban Sangat Setuju (SS) dinilai 4, Setuju (S) dinilai 3, Tidak Setuju (TS) dinilai 2 dan Sangat Tidak Setuju (STS) dinilai 1 sedangkan untuk pernyataan negatif (*unfavourable*) apabila jawaban Sangat Setuju (SS) dinilai 1, Setuju (S) dinilai 2, Tidak Setuju (TS) dinilai 3 dan Sangat Tidak Setuju (STS) dinilai 4.

5. Kepatuhan terapi ARV

Skala pengukuran patuh jika sesuai jadwal dan angka *lost* tidak lebih 3 hari diberi skor 1 dan tidak patuh apabila tidak sesuai jadwal dan angka *lost* lebih 3 hari.

Instrumen penelitian sebelum digunakan untuk memperoleh data-data penelitian, terlebih dahulu dilakukan uji coba agar diperoleh instrumen yang valid dan reliabel. Uji validitas dilakukan untuk melihat sejauh mana ketepatan dan kecermatan alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya.

1. Uji Validitas

Tujuan uji validitas adalah untuk mengetahui apakah butir soal yang disusun telah memenuhi persyaratan penelitian. Pengukuran uji validitas instrumen dalam penelitian ini menggunakan rumus korelasi *Product Moment Pearson*. Ghazali (2005) menyatakan suatu item dikatakan valid jika nilai r hitung $>$ r tabel dan bernilai positif.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas unstrumen penelitian bertujuan mengetahui apakah alat ukur itu mantab, stabil, dapat diandalkan, terpercaya dan memberikan hasil yang serupa, walaupun dipakai berkali-kali. Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan rumus Alpha. "Instrumen dinyatakan reliabel nilai *Cronbach's Alpha* > 0,70" (Nunnally dalam Ghozali, 2005).

H. Etika Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan manusia sebagai obyeknya, sehingga tidak boleh bertentangan dengan etika. Tujuan penelitian harus etis dalam arti hak responden harus dilindungi.

1. *Informed Consent*.

Lembar persetujuan diberikan saat pengumpulan data. Tujuannya adalah agar partisipan mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang akan diterima yang mungkin terjadi selama pengumpulan data. Jika obyek tidak bersedia untuk diteliti, peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

2. *Anonymity* (tanpa nama).

Persetujuan untuk menjaga kerahasiaan obyek. Peneliti tidak akan mencantumkan nama obyek pada lembar pengumpulan data.

3. *Confidentially* (kerahasiaan).

Merupakan kerahasiaan informasi yang diberikan oleh obyek dan dibantu oleh peneliti.

I. Pengolahan Data

1. *Editing*

Editing merupakan tahap kegiatan memeriksa data yang telah terkumpul baik cara pengisian, kesalahan pengisian, konsistensi dari setiap jawaban dari kuesioner. *Editing* dilaksanakan di lapangan, sehingga bila ada kekurangan dapat segera dilengkapi.

2. *Koding*

Pemberian kode dengan memberi simbol angka pada jawaban yang diberikan responden untuk mempelajari jawaban responden, memutuskan perlu tidaknya jawaban tersebut dikategorikan terlebih dahulu, serta memberikan pengkodean pada lembar jawaban.

3. Pengolahan data.

Data yang didapat dari hasil kuisisioner oleh responden diolah secara manual dan komputerisasi dengan menggunakan program *SPSS* untuk mendapatkan hasil berupa frekuensi dan persentase dari masing-masing penelitian.

4. Penyajian data.

Penyajian data penelitian dalam bentuk narasi dan tabel distribusi dengan tujuan mudah membacanya.

J. Analisis Data

Setelah terkumpul, data dari masing-masing variabel akan dianalisis dengan bantuan program *SPSS* secara bivariat menggunakan chi square dan multivariat menggunakan teknik analisis regresi logistik berganda.

1. Analisis bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Data diolah dengan menggunakan *software* dalam komputer program *SPSS* untuk mempermudah perhitungan data menggunakan *Chi Square*. Rumus *Chi square* yaitu :

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

Keterangan :

x^2 = *chi square*

fo = frekuensi yang diobservasi

fh = frekuensi yang diharapkan

Taraf signifikansi yang digunakan adalah 95 % dengan nilai α 0,05.

Apabila x^2 hitung < x^2 tabel atau nilai *p value* > 0,05, maka hipotesa

nol (H_0) diterima dan H_a ditolak sebaliknya bila x^2 hitung $> x^2$ tabel atau p value $< 0,05$, maka hipotesa nol (H_0) ditolak dan H_a diterima

Syarat untuk menggunakan *Chi square* antara lain:

a. variabel penelitian independen, hipotesis komporatif, skala pengukuran kategorik, variabel tidak berpasangan, jumlah kelompok ≥ 2 , uji non parametrik, jumlah sampel > 30 , tabel B X K (tabel 2 x 2 tidak ada 1 cell memiliki frekuensi harapan < 5 , tabel selain 2 x 3 jika memiliki frekuensi harapan < 5 tidak boleh lebih dari 20%).

b. Uji alternatif lain:

1) Bila tabel 2 x K menggunakan Uji Kolmogorov Smirnov (sampel ≥ 50) dan Shapiro Wilk (sampel < 50).

2) Bila tabel 2 x 2 ada sel dengan frekuensi harapan < 5 maka menggunakan Fisher Exact

3) Bila selain 2 x 2 dan 2 x K dilakukan penggabungan sel menjadi B x K kemudian pilih yang sesuai

c. Cara membaca hasil SPSS yaitu:

1) Jika tabel 2 x 2 terdapat nilai frekuensi harapan (E) ≤ 5 dibaca *Fisher Exact Test*

2) Jika tabel 2 x 2 terdapat nilai frekuensi harapan (E) > 5 dibaca *Continuity Correction*

3) Jika tabel lebih dari 2 x 2 atau selain 2 x 2 dibaca Pearson Chi-Square

2. Analisis Multivariat

Analisis multivariat menggunakan regresi logistik ganda dengan persamaan :

$$\ln \frac{p}{1-p} = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4$$

Keterangan :

P = probabilitas untuk kepatuhan terapi ARV

$1-p$ = probabilitas untuk ketidakpatuhan terapi ARV

X_1 = pengetahuan tentang ARV

X_2 = Persepsi tentang keseriusan penyakit

X_3 = Manfaat dan hambatan

X_4 = Dukungan keluarga

a = konstanta

Hubungan variabel yang diteliti, baik pengetahuan tentang HIV/AIDS, persepsi tentang keseriusan penyakit, manfaat dan hambatan seta dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi ARV menggunakan *Odds Ratio* (OR) yaitu eksponential dari b , kemaknaan statistik dari *Odds Ratio* di uji dengan uji Wald. Hasilnya ditunjukkan oleh nilai p .

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Puskesmas Manahan Surakarta berdiri pada bulan September tahun 1975 dengan alamat Jl. Sri Gunting VII/11 Kelurahan Manahan, Kecamatan Banjarsari Kota Surakarta. Wilayah binaan Puskesmas Manahan terdiri dari 2 (dua) Kelurahan yaitu Kelurahan Manahan dan Kelurahan Mangkubumen dengan luas wilayah mencapai 2,07 Km², berupa tanah dataran rendah dengan kepadatan penduduk 11.212 jiwa/ Km².

Puskesmas Manahan tahun 2006 ditunjuk sebagai salah satu puskesmas pelaksana program *Harm Reduction* dengan kegiatan pertamanya adalah pelayanan Klinik Infeksi Menular Sexual (IMS), kemudian dilanjutkan sebagai Klinik Program Terapi Methadon pada tahun 2009. Klinik ini bertujuan untuk mengurangi penularan virus HIV yang melalui jarum suntik bagi para pengguna heroin substitusi ke Metadon, bersamaan itu berdiri Klinik *Voluntary Counseling Testing* (VCT) sebagai pelaksana screening HIV/AIDS. Kemudian dalam rangka peningkatan dan pelayanan bagi penderita HIV/AIDS pada tahun 2010 didirikan Klinik Komprehensif yang meliputi pelayanan IMS, Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM), VCT, *Care Support Treatment* (CST) sampai saat ini menjadi Klinik Satelit bagi Rumah Sakit Dr. Moewardi dan merupakan Puskesmas terbaik di Jawa Tengah untuk penanganan HIV/AIDS dengan jumlah pasien sebanyak 36 orang.

Puskesmas Manahan mempunyai Sumber Daya Manusia sebanyak 22 orang yang terdistribusi seperti pada Tabel berikut :

Tabel distribusi Sumber Daya Manusia Puskesmas Manahan

No	Kategori pendidikan	Jumlah	Keterangan
1.	Dokter Umum	2	
2.	Dokter Gigi	1	
3.	Kesehatan Masyarakat	2	
4.	Perawat	4	
5.	Bidan	3	
6.	Apoteker	1	
7.	Asisten Apoteker	1	
8.	Gizi	1	
9.	Penyuluh	1	
10.	Staff	5	
11.	Driver	1	

Sumber Data profil Puskesmas Manahan 2015

Untuk pengelolaan klinik *Harm Reduction* ada 1 Dokter umum 2 perawat 1 Apoteker 1 Asisten Apoteker, selain itu Puskesmas Manahan masih bekerjasama dengan RS Dr, Moewardi da LSM dalam penanganan HIV / AIDS. Sedangkan untuk operasional klinik berasal dari APBD II dan CSR yaitu HCPI.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Sampel Penelitian

a. Karakteristik Sampel Penelitian Data Kontinu

Hasil statistik deskriptif responden data kontinu yang berupa pengetahuan tentang ARV, Persepsi keseriusan penyakit, persepsi manfaat dan hambatan , dukungan keluarga dan usia responden dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1. Karakteristik Sampel Penelitian Data Kontinu

Variabel	N	Min	Max	Mean	SD
Pengetahuan ARV	36	7.00	14.00	11.94	1.51
Persepsi keseriusan penyakit	36	45.00	54.00	47.83	1.95
Persepsi manfaat dan hambatan	36	45.00	51.00	47.94	1.60
Dukungan keluarga	36	60.00	75.00	67.69	2.91
Umur	36	19.00	59.00	33,75	9,87

Sumber : Data primer diolah, Februari 2016

b. Karakteristik Sampel Penelitian Data Kategorikal

1) Pendidikan Responden

Hasil karakteristik pendidikan responden dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2. Tingkat Pendidikan Responden

Pendidikan	n	%
SD dan SMP	5	13,9
SMA	22	61,1
PT	9	25,0
Jumlah	36	100

Sumber : Data primer diolah, Februari 2016

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas tingkat pendidikan responden SMA yaitu sebanyak 22 orang (61,1%).

2) Pekerjaan

Hasil karakteristik responden berdasarkan pekerjaan dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3. Pekerjaan Responden

Pekerjaan	n	%
Tidak bekerja	10	27,8
Swasta	15	41,7
Buruh	11	30,6
Jumlah	36	100

Sumber : Data primer diolah, Februari 2016

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden bekerja yaitu swasta sebanyak 15 orang (41,7%).

3) Jenis Kelamin

Hasil karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4. Jenis Kelamin Responden

Jenis kelamin	N	%
Laki-laki	32	88,9
Perempuan	4	11,1
Jumlah	36	100

Sumber : Data primer diolah, Februari 2016

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 32 orang (88,9%).

4) Kepatuhan Terapi ARV

Hasil karakteristik responden berdasarkan kepatuhan terapi ARV dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5. Kepatuhan Terapi ARV

Kepatuhan	N	%
Patuh	28	77,8
Tidak Patuh	8	22,2
Jumlah	36	100

Sumber : Data primer diolah, Februari 2016

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden patuh dalam melakukan terapi ARV yaitu sebanyak 28 orang (77,8%).

2. Pengujian Hipotesis

a. Analisis Bivariat

1) Hubungan Pengetahuan tentang ARV dengan Kepatuhan Terapi

Hasil perhitungan *chi square* hubungan pengetahuan tentang ARV dengan kepatuhan terapi ARV dapat dilihat pada *cross tabulation* tabel 4.6.

Tabel 4.6. Hubungan Pengetahuan tentang ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV

Pengetahuan ARV	Kepatuhan terapi ARV				Total		OR	p
	Tidak patuh		Patuh					
	F	%	F	%	F	%		
Kurang	3	20,0	12	80,0	15	100	0.80	0.786
Baik	5	23,8	6	76,2	11	100		
Total	8	22,2	28	77,8	36	100		

Sumber : Data primer diolah, Februari 2016

Tabel 4.6 menunjukkan nilai *Odds Ratio* sebesar 0,80 berarti bahwa responden dengan pengetahuan tentang ARV baik mempunyai kemungkinan 0,8 kali lebih besar patuh melakukan

terapi ARV dibandingkan responden dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS yang kurang. Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan ada hubungan pengetahuan tentang HIV AIDS dengan kepatuhan terapi ARV dan secara statistik tidak signifikan ($p = 0.786$).

2) Hubungan Persepsi Keseriusan Penyakit dengan Kepatuhan Terapi

Hasil perhitungan *chi square* hubungan persepsi keseriusan penyakit dengan kepatuhan terapi ARV dapat dilihat pada *cross tabulation* tabel 4.7.

Tabel 4.7. Hubungan Persepsi Keseriusan Penyakit dengan Kepatuhan Terapi ARV

Persepsi Keseriusan	Kepatuhan terapi ARV				Total	OR	p
	Tidak patuh		Patuh				
	F	%	F	%	F	%	
Rendah	6	46,2	7	53,8	13	100	9.00 0.016
Tinggi	2	8,7	21	91,3	23	100	
Total	8	22,2	28	77,8	36	100	

Sumber : Data primer diolah, Februari 2016

Tabel 4.7 menunjukkan nilai *Odds Ratio* sebesar 9,00 berarti bahwa responden dengan persepsi keseriusan penyakit yang tinggi mempunyai kemungkinan 9,00 kali lebih besar mempunyai kepatuhan dalam terapi ARV dibandingkan responden dengan persepsi keseriusan penyakit yang rendah. Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan ada hubungan persepsi keseriusan penyakit dengan kepatuhan terapi ARV dan secara statistik signifikan ($p = 0.016$).

3) Hubungan Manfaat dan Hambatan dengan Kepatuhan Terapi ARV

Hasil perhitungan *chi square* hubungan manfaat dan hambatan dengan kepatuhan terapi ARV dapat dilihat pada *cross tabulation* tabel 4.8.

Tabel 4.8. Hubungan Manfaat dan Hambatan dengan Kepatuhan Terapi ARV

Manfaat dan Hambatan	Kepatuhan				Total		OR	p
	Tidak patuh		Patuh					
	F	%	F	%	F	%		
Rendah	6	46,2	7	53,8	13	100	9.0	0.016
Tinggi	2	8,7	21	92,3	23	100		
Total	8	22,2	28	77,8	36	100		

Sumber : Data primer diolah, Februari 2016

Tabel 4.8 menunjukkan nilai *Odds Ratio* sebesar 9.00 berarti bahwa responden yang mempunyai manfaat dan hambatan tinggi mempunyai kemungkinan 9.00 kali lebih besar memiliki kepatuhan untuk terapi ARV dibandingkan responden dengan persepsi manfaat dan hambatan yang rendah. Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan ada hubungan persepsi manfaat dan hambatan dengan kepatuhan terapi ARV dan secara statistik signifikan ($p = 0.016$).

4) Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Terapi ARV

Hasil perhitungan *chi square* hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi ARV dapat dilihat pada tabel 4.9.

Tabel 4.9. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Terapi ARV

Dukungan keluarga	Kepatuhan				Total		OR	p
	Tidak patuh		Patuh					
	F	%	F	%	F	%		
Lemah	6	42,9	8	57,1	14	100	7.50	0.026
Kuat	2	9,1	20	90,9	22	100		
Total	8	22,2	28	77,8	36	100		

Sumber : Data primer diolah, Februari 2016

Tabel 4.9 menunjukkan nilai *Odds Ratio* sebesar 7,50 berarti bahwa responden yang mempunyai dukungan keluarga yang kuat mempunyai kemungkinan 7.50 kali lebih besar memiliki kepatuhan untuk terapi ARV dibandingkan responden dengan dukungan keluarga yang lemah. Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan ada hubungan dukungan sosial dengan kepatuhan terapi ARV dan secara statistik signifikan ($p = 0.026$).

b. Analisa Multivariat

Hasil perhitungan analisis multivariat menggunakan regresi logistik ganda untuk mengetahui hubungan pengetahuan tentang HIV/AIDS, persepsi keseriusan penyakit, persepsi manfaat dan hambatan, dan dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi ARV dapat dilihat dari tabel 4.10.

Tabel 4.10. Analisis regresi logistik ganda

Variabel	OR	CI 95%		p Uji Wald
		Batas bawah	Batas atas	
Pengetahuan HIV/AIDS	4.03	0.22	73.32	0.347
Persepsi Keseriusan Penyakit	26.70	1.30	550.51	0.033
Manfaat dan Hambatan	17.73	1.12	279.59	0.041
Dukungan keluarga	28.89	1.24	647.71	0.036
N observasi	36			
-2 log likelihood	19,08			
Nagelkerke R ²	62,9%			

Sumber : Data primer diolah, Februari 2016

Nilai *Odd Ratio* variabel pengetahuan tentang HIV/AIDS sebesar 4,03 berarti bahwa responden dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS baik mempunyai kemungkinan 4.03 kali lebih besar memiliki kepatuhan dalam melakukan terapi ARV dibandingkan responden dengan pengetahuan tentang HIV/AIDS yang kurang. Hasil uji wald menunjukkan adanya hubungan pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan kepatuhan terapi ARV dan secara statistik tidak signifikan (OR= 4.03; CI=95%; 0.22 hingga 73.32; $p = 0.347$).

Nilai *Odd Ratio* variabel persepsi keseriusan penyakit sebesar 26.70 berarti bahwa responden dengan persepsi keseriusan penyakit yang tinggi mempunyai kemungkinan 26.70 kali lebih besar untuk patuh terapi ARV daripada responden dengan persepsi keseriusan penyakit yang rendah. Hasil uji wald menunjukkan adanya hubungan persepsi keseriusan penyakit dengan kepatuhan terapi ARV dan secara statistik signifikan (OR= 26.70; CI=95%; 1.30 hingga 550.51; p = 0.033).

Nilai *Odd Ratio* variabel manfaat dan hambatan sebesar 17.73 berarti bahwa responden yang mengetahui manfaat dan hambatan yang tinggi mempunyai kemungkinan 17.73 kali lebih besar untuk patuh terapi ARV daripada responden yang mengetahui manfaat dan hambatan yang rendah. Hasil uji wald menunjukkan adanya hubungan persepsi manfaat dan hambatan dengan kepatuhan terapi ARV dan secara statistik signifikan (OR= 17.73; CI=95%; 1.12 hingga 279.59; p = 0.041).

Nilai *Odd Ratio* variabel dukungan keluarga sebesar 28.89 berarti bahwa responden dengan dukungan keluarga tinggi mempunyai kemungkinan 28.89 kali lebih besar untuk patuh dalam terapi ARV daripada responden dengan dukungan keluarga yang rendah. Hasil uji wald menunjukkan adanya pengaruh antara dukungan sosial terhadap niat ibu ke posyandu dan secara statistik signifikan (OR= 28.89; CI=95%; 1.24 hingga 647.71; p = 0.036).

Nilai Nagelkerke R^2 sebesar 62.9% berarti bahwa keempat variabel bebas (pengetahuan tentang HIV/AIDS, persepsi keseriusan penyakit, persepsi manfaat dan hambatan, dan dukungan keluarga) mampu menjelaskan kepatuhan terapi ARV sebesar 62.9% dan sisanya yaitu sebesar 37.1% dijelaskan oleh faktor lain diluar model penelitian. Dari keempat variabel bebas tersebut yang paling berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV adalah variabel keseriusan penyakit (p = 0.033).

C. Pembahasan

1. Hubungan Pengetahuan tentang ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan kepatuhan terapi ARV dan secara statistik ada hubungan dengan ($p = 0.786$), dimana pada penelitian ini semakin baik pengetahuan semakin meningkatkan perilaku untuk patuh melakukan terapi ARV, sedangkan hubungan pengetahuan dengan perilaku kepatuhan tidak signifikan karena perilaku untuk patuh dalam terapi ARV tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan tentang HIV/AIDS saja tetapi juga pengetahuan tentang ARV itu sendiri.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian dari Suryani, Citrakesumasari dan Jafar (2011) bahwa pengetahuan tidak berpengaruh dengan perilaku. Walaupun pengetahuan merupakan bagian dari kawasan perilaku, tapi belum menjamin bahwa seseorang dengan pengetahuan yang cukup memiliki perilaku yang sama.

Faktor informasi juga berperan dalam pengetahuan seseorang yang akan menentukan bagaimana akhirnya seseorang terbesut berperilaku sesuai dengan informasi yang diterima. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggunakan kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi yang berpengaruh perubahan perilaku, biasanya digunakan melalui media masa (Wawan dan Dewi, 2010). Pada penelitian ini sosialisasi mengenai ARV di masyarakat belum sebanyak sosialisasi mengenai HIV/AIDS, hal ini memungkinkan masyarakat dan bahkan penderita sendiri belum sepenuhnya mengetahui tentang ARV yang berdampak pada kepatuhan terapi ARV tersebut. Sedangkan pada klinik Harm Reduction yang ada di Puskesmas Manahan ini masih perlu untuk lebih gencar disosialisasikan kepada masyarakat sehingga harapan dan tujuan dari didirikan klinik ini bisa lebih bermanfaat bagi masyarakat.

2. Hubungan Persepsi Keseriusan Penyakit dengan Kepatuhan Terapi ARV

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan persepsi keseriusan penyakit dengan kepatuhan terapi HIV/AIDS dan secara statistik signifikan dengan ($p = 0,016$), di mana semakin tinggi keseriusan suatu penyakit yang diderita seseorang yang dalam hal ini HIV/AIDS maka semakin meningkatkan perilaku untuk pengobatan yaitu dengan patuh menjalani terapi ARV. Hasil ini mendukung penelitian dari Safri, Sukartini dan Ulfiana (2013) bahwa variabel kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*), keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*), manfaat dan rintangan yang dirasakan (*perceived benefit and barriers*) dan faktor pendorong (*cues*) berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan minum obat pasien TB.

Rosenstock *et al* (2011) menyatakan bahwa persepsi keseriusan atau keparahan suatu penyakit menyebabkan seseorang mempunyai sikap untuk melakukan suatu upaya pengobatan, kemudian dalam (Bakhtari *et al.*, 2012) memprediksikan bahwa seorang individu akan mengambil tindakan untuk melindungi diri mereka jika mereka menganggap bahwa kondisi seseorang tersebut dalam masalah yang serius.

Peneliti dapat menyimpulkan bahwa dengan adanya persepsi atau anggapan tentang keseriusan suatu penyakit dalam hal ini adalah HIV/AIDS, membuat responden bersedia untuk melakukan terapi ARV. Hal ini dikarenakan mereka tidak ingin terkena penyakit infeksi yang lain dan memperpanjang usia hidup.

3. Hubungan Manfaat dan Hambatan dengan Kepatuhan Terapi ARV

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan manfaat dan hambatan dengan kepatuhan terapi ARV dan secara statistik signifikan dengan ($p = 0.016$), di mana semakin tinggi manfaat yang dirasakan serta hambatan yang ada semakin mudah maka akan meningkatkan kepatuhan dalam melakukan terapi ARV. Hasil ini mendukung penelitian dari Obirikorang, *et al* (2013) bahwa penyakit lain dan efek samping obat berpengaruh negatif terhadap kepatuhan terapi ARV sedangkan kesehatan

diri yang dirasakan, dukungan keluarga dan keteraturan berpengaruh positif terhadap terapi ARV.

Sirait dan Sarumpaet (2012) menyatakan bahwa komponen dari *Health Belief Model* (HBM) berhubungan dengan perilaku penggunaan kondom pada Anak Buah Kapal (ABK) di Pelabuhan Belawan yaitu persepsi keseriusan ($p=0,047$; $PR=1,290$). Penelitian ini didukung dengan penelitian dari Safri, Sukartini dan Ulfiana (2013) bahwa variabel keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*), manfaat dan rintangan yang dirasakan (*perceived benefit and barriers*) berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan minum obat pasien TB.

Becker dan Rosenstock (dalam Sarafino, 2006) menyatakan bahwa Dalam *perceived benefits*, individu menilai bahwa dia akan memperoleh keuntungan ketika memperoleh layanan kesehatan tertentu, misalnya semakin sehat dan dapat mengurangi resiko yang dirasakan, sedangkan *perceived barriers* yaitu individu merasakan hambatan ketika memperoleh layanan kesehatan tertentu misalnya dalam hal pertimbangan biaya, konsekuensi psikologis (misalnya, takut dikatakan semakin tua jika melakukan cek-up), pertimbangan fisik (misalnya, jarak rumah sakit yang jauh sehingga sulit untuk mencapainya. *Sum* dilihat sebagai keuntungan yang diperoleh setelah dikurangi hambatan yang akan diterima. *Sum* yaitu sejauh mana tindakan yang diambil akan mendatangkan keuntungan dibandingkan jika tidak melakukannya.

4. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Terapi ARV

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi ARV pada penderita HIV/AIDS dan secara statistik signifikan ($p = 0,026$), dimana semakin kuat dukungan keluarga terhadap penderita HIV/AIDS melalui dukungan materi, informasi, emosi akan meningkatkan kepatuhan dalam melakukan terapi ARV. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian dari Obikorang, *et al*

(2013) dengan hasil bahwa kesehatan diri yang dirasakan, dukungan keluarga dan keteraturan berpengaruh positif terhadap terapi ARV.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian dari Ubra (2012) menyatakan bahwa tingkat pendidikan, pekerjaan, suku dan dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV. Setiap orang pasti membutuhkan bantuan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta, kepercayaan, dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati dan berempati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya (House, dalam Adicondro dan Purnamasari, 2011).

Kekurangan kepatuhan minum obat akan membuat ODHA resisten terhadap terapi dengan konsekuensi dapat menularkan virus yang resisten kepada orang lain. Tugas konselor adalah menetapkan konseling dukungan kepatuhan *adherence* dan menyampaikan cara dasar obat ARV, terjadinya kegagalan terapi dan cara menghindarkan diri dari ketidakpatuhan (Kementerian Kesehatan, 2011). Faktor yang terkait dengan rendahnya kepatuhan berobat ARV dapat disebabkan oleh hubungan yang kurang serasi antara pasien HIV dengan petugas kesehatan, jumlah pil yang harus diminum, lupa, depresi, tingkat pendidikan, kurangnya pemahaman pasien tentang obat-obatan yang harus ditelan dan tentang toksisitas obat dan pasien terlalu sakit untuk menelan obat (Depkes, 2008).

5. Hubungan Pengetahuan tentang ARV, Persepsi Keseriusan Penyakit, Persepsi Manfaat dan Hambatan, Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan terapi ARV

Hasil penelitian menunjukkan dari keempat variabel bebas (pengetahuan tentang HIV/AIDS, persepsi keseriusan penyakit, persepsi manfaat dan hambatan, dan dukungan keluarga) secara statistika yang paling berhubungan adalah variabel persepsi keseriusan penyakit ($p =$

0,033). Dimana adanya persepsi yang tinggi tentang keseriusan suatu penyakit yang diderita dalam hal ini HIV/AIDS maka akan semakin membuat individu bersedia untuk melakukan pengobatan ARV. Hal ini dikarenakan mereka tidak ingin terkena penyakit serius dan bisa memperpanjang usia harapan hidup mereka. Hal ini didukung oleh Rosenstock *et al* (2011) menyatakan bahwa persepsi keseriusan atau keparahan suatu penyakit menyebabkan seseorang mempunyai sikap untuk melakukan suatu upaya pengobatan.

Health Belief Model (HBM) menjelaskan bahwa kemungkinan individu untuk melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada dua keyakinan atau penilaian kesehatan (*health belief*), yaitu ancaman yang dirasakan dari rasa sakit dan pertimbangan keuntungan ataupun kerugian, ancaman, keseriusan, serta pertimbangan keuntungan dan kerugian dari perilaku yang direkomendasikan (Pujiyanti, *et al*, 2010).

D. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah :

1. Keterbatasan waktu dan tempat, serta biaya bagi peneliti sehingga penelitian ini hanya dilakukan di Puskesmas Manahan dan hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan ditempat lain.
2. Keterbatasan jumlah responden yang ada diPuskesmas Manahan sehingga tidak bisa dibandingkan dengan jumlah responden yang lebih besar ditempat lain

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil uji analitik dan pembahasan dalam penelitian ini dapat disimpulkan berikut :

1. Ada hubungan antara pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan kepatuhan terapi ARV dan secara statistik tidak signifikan (OR= 4.03; CI=95%; 0.22 hingga 73.32; $p = 0.347$), dimana pada penelitian ini semakin baik pengetahuan semakin meningkatkan perilaku untuk patuh melakukan terapi ARV, sedangkan hubungan pengetahuan dengan perilaku kepatuhan tidak signifikan karena perilaku untuk patuh dalam terapi ARV tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan tentang HIV/AIDS saja tetapi juga pengetahuan tentang ARV itu sendiri.
2. ada hubungan persepsi keseriusan penyakit dengan kepatuhan terapi HIV/AIDS dan secara statistik signifikan (OR= 26,70; CI=95%; 1,30 hingga 550.51; $p = 0.033$),di mana semakin tinggi keseriusan suatu penyakit yang diderita seseorang yang dalam hal ini HIV/AIDS maka semakin meningkatkan perilaku untuk pengobatan yaitu dengan patuh menjalani terapi ARV.
3. Ada hubungan manfaat dan hambatan dengan kepatuhan terapi ARV dan secara statistik signifikan (OR= 17.73; CI=95%; 1.12 hingga 279.59; $p = 0.041$), di mana semakin tinggi manfaat yang dirasakan serta hambatan yang ada semakin mudah maka akan meningkatkan kepatuhan dalam melakukan terapi ARV.
4. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi ARV pada penderita HIV/AIDS dan secara statistik signifikan (OR= 28.89; CI=95%; 1.24 hingga 647.71; $p = 0.036$), dimana semakin kuat dukungan keluarga terhadap penderita HIV/AIDS melalui dukungan materi,

informasi, emosi akan meningkatkan kepatuhan dalam melakukan terapi ARV.

5. Hasil penelitian menunjukkan dari keempat variabel bebas (pengetahuan tentang HIV/AIDS, persepsi keseriusan penyakit, manfaat dan hambatan, dan dukungan keluarga) secara statistika yang paling berhubungan adalah variabel persepsi keseriusan penyakit ($p = 0.033$). Dimana adanya persepsi yang tinggi tentang keseriusan suatu penyakit yang diderita dalam hal ini HIV/AIDS maka akan semakin membuat individu bersedia untuk melakukan pengobatan ARV.

B. Implikasi

1. Implikasi Teori

Teori *Health Belief Model* dari Becker (1994) yang merupakan salah satu teori dalam kesehatan masyarakat yang mempelajari tentang perubahan perilaku seseorang dapat digunakan untuk penyusunan program kesehatan baik dalam hal intervensi maupun preferansi. Dalam penelitian ini penggunaan dari Teori *Health Belief Model* untuk menggambarkan kepatuhan terapi ARV pada penderita HIV/AIDS.

Teori-teori tersebut baik secara terpisah maupun secara bersama-sama mempunyai pengaruh yang signifikan yaitu variabel persepsi keseriusan penyakit, persepsi manfaat dan hambatan dan dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi ARV pada penderita HIV/AIDS

2. Implikasi proses

- a. Untuk variabel selain faktor pengetahuan perlu dilibatkan faktor-faktor lain seperti pendidikan, informasi dan sosialisasi layanan, baik lokasi layanan tarif sehingga mempermudah klien untuk mengakses serta mengerti pentingnya layanan mereka
- b. Masih ada variabel-variabel lain yang seharusnya masih bisa di eksplorasi demi perkembangan dan penelitian ini, seperti, sosial ekonomi, sosial budaya, umur, dan etnik.

1. Implikasi Metodologis

Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data, sehingga hanya membahas tentang metode statistik dan kurang melakukan observasi dan wawancara mendalam (*indeep interview*) terhadap penderita HIV/AIDS yang melakukan terapi ARV.

2. Implikasi Praktis

Terdapat hubungan yang secara statistic signifikan dari variabel-variabel persepsi keseriusan penyakit dengan kepatuhan terapi ARV (OR= 26.70; CI=95%; 1.30 hingga 550.51; p = 0.033). persepsi manfaat dan hambatan dengan kepatuhan terapi ARV (OR= 17.73; CI=95%; 1.12 hingga 279.59; p = 0.041). dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi ARV (OR= 28.89; CI=95%; 1,24 hingga 647.71; p = 0.036) keseriusan penyakit yang paling dominan berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV (p = 00.33). Ini menunjukkan bahwa ketika seseorang menganggap bahwa penyakitnya serius, serta tahu manfaat dan penyelesaian hambatannya serta didukung keluarga yang besar maka orang akan bersikap positif terhadap masalah yang dihadapi.

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk menguatkan tenaga kesehatan khususnya yang berada di Puskesmas Manahan yang melakukan pelayanan terapi ARV untuk mengkombinasikan faktor-faktor prediktor tersebut dalam pelayanan pada penderita HIV/AIDS agar tidak terjadi infeksi baru dan memperpanjang usia penderita HIV/AIDS.

C. Saran

Saran yang dapat diberikan dalam penelitian ini antara lain adalah sebagai berikut :

1. Bagi Penelitian Selanjutnya

Bagi penelitian selanjutnya diharapkan untuk meneliti variabel lain, menggunakan wawancara mendalam untuk menggali data dan melakukan

observasi langsung pada keluarga maupun lingkungan tempat tinggal penderita HIV/AIDS untuk meningkatkan kepatuhan terapi ARV.

2. Bagi Institusi Kesehatan (Dinas Kesehatan dan Puskesmas)

Institusi kesehatan hendaknya memberikan dukungan terhadap program “*Strategic use of ARV (SUFA)*” atau juga yang lebih dikenal dengan “*test and treat*” dengan melakukan pendidikan dan pelatihan pada tenaga kesehatan khususnya yang bertugas pada Puskesmas atau Rumah Sakit yang ditunjuk untuk memberikan pelayanan ARV.

3. Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan hendaknya selain memberikan pelayanan juga memberikan pendidikan kesehatan maupun konseling secara bertahap terhadap penderita HIV/AIDS dan keluarganya sehingga saling memberikan dukungan dan terjadi kepatuhan dalam melakukan terapi ARV.

4. Bagi Masyarakat

Tokoh masyarakat maupun masyarakat pada khususnya hendaknya memberikan dukungan sosial maupun support mental kepada penderita HIV/AIDS agar patuh dalam menjalankan terapi ARV dan tidak mengucilkan mereka.

Lampiran