

HUBUNGAN AKSES PELAYANAN DENGAN KEPATUHAN MINUM
OBAT ARV DI POLIKLINIK VCT
RSUD KABUPATEN BULELENG

SKRIPSI



Oleh :

Made Siska Diana Sari

NIM. 13060140087

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BULELENG

2017

HUBUNGAN AKSES PELAYANAN DENGAN KEPATUHAN MINUM
OBAT ARV DI POLIKLINIK VCT
RSUD KABUPATEN BULELENG

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Keperawatan



Oleh :

Made Siska Diana Sari

NIM. 13060140087

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BULELENG

2017

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul “Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng” ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian didalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini saya siap menanggung risiko/ sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Singaraja, 21 Juni 2017
Yang membuat pernyataan,



Made Siska Diana Sari
13060140087

LEMBAR PENGESAHAN

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi dengan judul :

Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV
Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng

Dibuat untuk melengkapi salah satu persyaratan menjadi Sarjana Keperawatan Pada Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng. Skripsi ini telah diujikan pada sidang skripsi pada tanggal 21 Juni 2017 dan dinyatakan memenuhi syarat/sah sebagai skripsi pada studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng.

Bungkulan, 21 Juni 2017

Penguji 1



(Ns. Mochamad Heri, S.Kep., M.Kep.)

Penguji 2



(Putu Wahyu Sri Juniantari S., S.Kep., M.Kes.)

Penguji 3



(Ns. I Dewa Ayu Rismayanti , S.Kep., M.Kep.)

Mengetahui,

Ketua Program Studi
S1 Ilmu Keperawatan



Putu Indah Smita Dewi, S.Kep.,Ns.,M.Si
NIK. 2010.0104.025

MENGETAHUI,
KETUA STIKES Buleleng



Dr. Ns. I Made Sundayana, M.Si.
NIK. 2008.0922.001

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK

Sebagai civitas akademik Stikes Buleleng, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Made Siska Diana Sari

NPM : 13060140087

Program Studi : S-1 Ilmu Keperawatan

Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non- exclusive Royalty- Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul: Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di :

Pada tanggal :

Yang Menyatakan,



Made Siska Diana Sari

13060140087

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadapan Ida Sang Hyang Widhi Wasa Tuhan Yang Maha Esa karena berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan tugas akhir yang berjudul “*Hubungan Akses Pelayanan dengan Kepatuhan Minum Obat ARV di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng*”, tepat pada waktunya.

Penulisan skripsi ini dapat diselesaikan berkat bantuan berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dr. Ns.I Made Sundayana,M.Si., sebagai Ketua STIKES Buleleng atas segala fasilitas yang diberikan peneliti dalam menempuh perkuliahan.
2. Putu Indah Sintya Dewi, S.Kep.,Ns.,M.Si., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Buleleng.
3. I Dewa Ayu Rismayanti, S.Kep, Ns, M.Kep., sebagai pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini tepat waktu.
4. Putu Wahyu Sri Juniantari Sandy, S.Kep.,M.Kes., sebagai pembimbing pendamping yang telah memberikan bimbingan sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini tepat waktu.
5. Mochamad Heri, S,Kep.,Ns.,M.Kep., sebagai Penguji Utama yang memberikan pengarahan dan penyempurnaan dalam pembuatan skripsi ini.
6. Direktur RSUD Kabupaten Buleleng, yang telah memberikan ijin tempat penelitian.

7. Petugas Kesehatan di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng, yang telah memberikan ijin dan bantuan selama melakukan penelitian.
8. Kepala Puskesmas Gerokgak II, yang telah memberikan ijin untuk melakukan uji valid instrument penelitian.
9. Orang tua (Nyoman Teresna, S.Pd.SD dan Ketut Sukrasah), kakak (Putu Desi Ratna Sari, S.Pd.), dan adik (Nyoman Triana Sari) serta seluruh keluarga yang telah memberikan semangat dan dukungan.
10. Rekan-rekan Mahasiswa Jurusan S1 Keperawatan Angkatan VI atas segala dukungan, saran dan masukannya.
11. Seluruh pihak yang membantu dalam menyelesaikan tugas akhir ini dan telah mendoakan demi suksesnya tugas akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun demi kemajuan dan kesempurnaan Tugas Akhir ini.

Singaraja, 21 Juni 2017

Penulis

ABSTRAK

Sari, Made Siska Diana. 2017. Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng. Skripsi, Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng. Pembimbing (1) Ns. I Dewa Ayu Rismayanti, S.Kep., M.Kep. Pembimbing (2) Putu Wahyu Sri J. Sandy, S.Kep., M.Kes.

Ada beberapa faktor yang dapat mendukung sikap patuh pasien diantaranya akses pelayanan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat ARV di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng. Desain penelitian yang digunakan adalah *deskriptif correlational* dengan rancangan *cross-sectional*. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien dengan HIV-AIDS yang masuk program CST dengan paduan terapi (ZDV+3TC+EFV) di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng. Pengambilan sample dilakukan dengan metode total sampling dan didapatkan jumlah sample 77 pasien dengan HIV-AIDS. Data primer dari responden dikumpulkan dengan menggunakan lembar kuesioner akses pelayanan dan kuesioner kepatuhan minum obat (*Morisky Adherence Scale*). Penelitian ini menggunakan uji *spearman rank* dengan taraf signifikan $\alpha=0,05$. Hasil uji *spearman rank* didapatkan nilai $p(0,004) < \alpha(0,05)$, artinya H_0 ditolak dan H_a diterima. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat ARV di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng. Nilai *koefisien korelasi* adalah 0,324 yang berarti antara akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat mempunyai kekuatan hubungan rendah.

Kata Kunci: akses pelayanan, kepatuhan minum obat ARV

ABSTRAC

Sari, Made Siska Diana Sari, 2017. *Relationship Service Acces With ARV Drug Adherence at Poly of VCT in RSUD Buleleng*. Final Asigment, Nursing Science Program, College of Health Sciences Buleleng. Advisor (1) Ns. I Dewa Ayu Rismayanti, S.Kep., M.Kep. Advisor (2) Putu Wahyu Sri J. Sandy, S.Kep.,M.Kes.

There are some factors and efforts that can affect how adherent the patient to do medication, one of the efforts is service acces. This study aims to determine the relationship between service acces with ARV drug adherence at the poly of VCT in RSUD Buleleng. The study design used is descriptive corelational with cross-sectional design. The population used in this study were patients with HIV-AIDS who entered the CST program with a combination of therapy (ZDV + 3TC + EFV) at poly of VCT in RSUD Buleleng. Sampling was performed by saturated method and the number of samples obtained 77 HIV-AIDS patients. Primary data from the respondents were collected using a service access questionnaire and a medication compliance questionnaire (Morisky Adherence Scale). This study using the Spearman rank test with significance level $\alpha = 0.05$. The results of Spearman rank test p value $(0.004) < \alpha (0.05)$, meaning that H_0 rejected and H_a accepted. It can be concluded that there is a relationship service acces with ARV drug adherence at the poly of VCT in RSUD Buleleng. The correlation coefficient is 0.324, which means between service acces with medication adherence has low relation strength.

Keywords: Service acces, ARV drug adherence

DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL | ii |
| PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME | iii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iv |
| LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| ABSTRAK | viii |
| ABSTRAC | ix |
| DAFTAR ISI | x |
| DAFTAR SKEMA | xiii |
| DAFTAR TABEL | xiv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xv |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 8 |
| C. Tujuan Penelitian | 9 |
| D. Manfaat Penelitian | 10 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Teori | 11 |
| 1. Konsep HIV-AIDS | 11 |
| 2. Pengobatan <i>Antiretroviral</i> (ARV) | 25 |
| 3. Konsep Kepatuhan Minum Obat | 37 |

| | |
|---|----|
| 4. Konsep Akses Pelayanan | 43 |
| 5. Konsep Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV | 48 |
| B. Kerangka Teori..... | 49 |
| BAB III METODE PENELITIAN | |
| A. Kerangka Konsep | 53 |
| B. Desain Penelitian..... | 55 |
| C. Hipotesis Penelitian..... | 55 |
| D. Definisi Operasional..... | 56 |
| E. Populasi Dan Sampel | 58 |
| F. Tempat Penelitian..... | 59 |
| G. Waktu Penelitian | 59 |
| H. Etika Penelitian | 60 |
| I. Alat Pengumpulan Data | 62 |
| J. Prosedur Pengumpulan Data | 63 |
| K. Validitas dan Reliabilitas | 65 |
| L. Pegolahan Data..... | 67 |
| M. Analisis Data | 69 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | |
| A. Hasil Penelitian..... | 71 |
| B. Pembahasan | 77 |
| C. Keterbatasan Penelitian | 92 |
| BAB V SIMPULAN DAN SARAN | |

| | |
|------------------|----|
| A. Simpulan..... | 93 |
| B. Saran | 94 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR SKEMA

| | | |
|-----------|--|----|
| Skema 2.1 | Kerangka Teori Berdasarkan Aplikasi Teori L. Green dalam penelitian ini | 52 |
| Skema 3.1 | Kerangka konsep Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng | 54 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabel 2.1 | Stadium Klinis HIV-AIDS | 18 |
| Tabel 2.2 | Jenis Obat ARV Golongan NRTI | 28 |
| Tabel 2.3 | Jenis Obat ARV Golongan NNRTI | 30 |
| Tabel 2.4 | Rekomendasi Inisiasi ART pada dewasa dan anak | 31 |
| Tabel 2.5 | Efek Samping ARV | 34 |
| Tabel 3.1 | Definisi Operasional | 57 |
| Tabel 4.1 | Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017. | 73 |
| Tabel 4.2 | Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017. | 73 |
| Tabel 4.3 | Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017. | 74 |
| Tabel 4.4 | Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pekerjaan di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017. | 74 |
| Tabel 4.5 | Distribusi frekuensi responden berdasarkan akses pelayanan di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017. | 75 |
| Tabel 4.6 | Distribusi frekuensi responden berdasarkan kepatuhan minum obat di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017. | 75 |
| Tabel 4.7 | Tabulasi hubungan akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017. | 76 |
| Tabel 4.8 | Analisis hubungan akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat ARV di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng Tanggal 12-20 Mei 2017 | 77 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--------------|---|
| Lampiran 1: | Jadwal Penelitian |
| Lampiran 2: | Pernyataan Keaslian Tulisan |
| Lampiran 3: | Surat Pernyataan Kesiediaan Pembimbing |
| Lampiran 4: | Surat Persetujuan Menjadi Responden |
| Lampiran 5: | Surat Permohonan Menjadi Responden |
| Lampiran 6: | Surat Studi Pendahuluan |
| Lampiran 7: | Surat Persetujuan Studi Pendahuluan |
| Lampiran 8: | Lembar Kuisioner Sebelum Uji Validitas & Reliabilitas |
| Lampiran 9: | Surat Permohonan Uji Validitas & Reliabilitas |
| Lampiran 10: | Surat Persetujuan Uji Validitas & Reliabilitas |
| Lampiran 11: | Uji Validitas Dan Reliabilitas |
| Lampiran 12: | Lembar Kuisioner Setelah Uji Validitas & Reliabilitas |
| Lampiran 13: | Tabulasi Hasil Penelitian |
| Lampiran 14: | Uji Statistik <i>Spearman Rank Test</i> |
| Lampiran 15: | Surat Rekomendasi Penelitian |
| Lampiran 16: | Surat Ijin Penelitian |
| Lampiran 17: | Surat Keterangan Penelitian |
| Lampiran 18: | Lembar Konsul |
| Lampiran 19: | RAB Penelitian |
| Lampiran 20: | Dokumentasi Penelitian |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Globalisasi merupakan suatu perkembangan tanpa batas yang tidak mungkin dihindari. Globalisasi memiliki dampak di berbagai bidang baik dalam bidang sosial, ekonomi, politik, kebudayaan, ataupun kesehatan. Di bidang kesehatan dampak globalisasi tidak hanya pada peningkatan teknologi dan pelayanan kesehatan, tetapi berdampak pada penyebaran penyakit yang merupakan akibat dari perubahan lingkungan dan gaya hidup. Globalisasi membuat epidemik penyakit menular dengan mudahnya melewati batas –batas Negara, salah satunya infeksi HIV-AIDS. “HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah sejenis virus yang menyerang / menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. AIDS atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* adalah suatu syndrome atau kumpulan gejala penyakit dengan karakteristik defisiensi kekebalan tubuh yang berat dan merupakan manifestasi stadium akhir infeksi HIV (Tuti Parwati, 1996 dalam Notoatmojo, 2011).

Penyebaran infeksi HIV terus berlangsung di seluruh penjuru dunia. Epidemik HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) dan AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) mengakibatkan krisis global dan tantangan yang berat bagi pembangunan dan kemajuan sosial, karena sumber daya produktifitas penderita menurun. “Diperkirakan 35 juta (33,2- 37,2 juta)

orang di dunia hidup dengan HIV pada tahun 2013, termasuk 2,1 juta (1,9-2,4 juta) orang dan 240.000 (210.000-280.000) anak baru terinfeksi HIV pada tahun 2013, sebanyak 1,5 (1,4- 1,7 juta) orang meninggal karena AIDS di seluruh dunia (Najmah, 2016:146)

Prevalensi angka kejadian HIV-AIDS cukup besar. Hal tersebut terlihat jelas berdasarkan data Dirjen PP & PL (2016) Kasus HIV-AIDS telah tersebar di 390 (79%) dari 498 Kabupaten/Kota di seluruh Provinsi di Indonesia sampai Maret 2016. Secara kumulatif hingga maret 2016 telah tercatat kasus HIV sebanyak 191.073 dan kasus AIDS sebanyak 77.940 kasus. Presentase kasus AIDS tertinggi dilaporkan pada kelompok usia produktif 20-39 tahun sebesar 61,02%, diikuti kelompok usia 40-59 tahun dengan presentase 16,08%, kelompok usia 0-19 tahun sebesar 6,15%, kelompok usia 60 tahun keatas sebesar 1,21 % dan sisanya sebesar 15,54 % tidak diketahui. Presentase kasus AIDS berdasarkan faktor resiko HIV tertinggi adalah hubungan seks beresiko pada heteroseksual sebesar 66,03 %, diikuti *Injecting Drug User* (IDU) sebesar 11,28 %, setelah itu homoseksual sebesar 2,94 % , transmisi perinatal sebesar 2,84 % , biseksual sebesar 0,51% dan tranfusi darah sebesar 0,26 % serta 16,14 % tidak diketahui.

Kasus HIV-AIDS pertama kali dilaporkan secara resmi oleh Departemen Kesehatan pada bulan april 1987, yang menginfeksi seorang warga Negara Belanda di Bali. Hingga saat ini jumlah ODHA di Bali telah mengalami lonjakan yang cukup signifikan. Hal ini dibuktikan berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Bali, (2016) Kasus HIV-AIDS di

Bali menunjukkan trend peningkatan setiap tahunnya. Tercatat dalam setahun jumlah kasus HIV-AIDS sampai Desember 2015 mencapai 1.563 kasus dan AIDS mencapai 966 kasus (Dinkes, 2016).

Epidemi HIV-AIDS secara global hingga saat ini memerlukan penanganan yang cukup serius. Setelah HIV memasuki tubuh seseorang maka orang tersebut akan dinyatakan terinfeksi seumur hidup, karena telah diketahui penyakit HIV-AIDS merupakan penyakit yang sampai saat ini belum dapat disembuhkan. “HIV menyebabkan terjadinya penurunan kekebalan tubuh penderita sehingga rentan terhadap serangan infeksi oportunistik. Antiretroviral (ARV) bisa diberikan pada pasien untuk menghentikan aktivitas virus, memperbaiki kualitas hidup, dan menurunkan kecacatan. ARV tidak menyembuhkan pasien, namun dapat memperbaiki kualitas hidup dan memperpanjang usia harapan hidup penderita HIV-AIDS” (Nursalam & Kurniawati, 2007:98).

Menurut Dirjen PP & PL Kemenkes RI (2014) “ Di Indonesia pada Triwulan 3 tahun 2014, jumlah kumulatif pada ODHA yang masuk dalam upaya perawatan HIV tercatat sebanyak 153.887, sebesar 70,22 % (108.060) dinyatakan memenuhi syarat untuk ARV dan sebesar 29,78% (45.827) dinyatakan tidak memenuhi syarat untuk ARV. Dari jumlah yang memenuhi syarat untuk terapi ARV tercatat 77,76% (84.030) pernah menerima ARV dan sisanya sebesar 22,24% tercatat belum menerima ARV. Dari ODHA yang menerima ARV sebesar 54,30% (45.631) masih menerima ARV, 17,31%(14.547) terlapor meninggal dunia, sebesar 8,14%(6.839) pindah ke

fasilitas pelayanan lain, 2,34% (1.967) tercatat stop ARV, dan sisanya sebesar 17,91% dinyatakan *lost follow up*.

Bachmann (2006, dalam Safira N., dkk, 2014) mengemukakan “pengobatan HIV-AIDS dengan ARV diperlukan tingkat kepatuhan yang tinggi untuk mendapatkan keberhasilan terapi dan mencegah resistensi yang terjadi. Untuk mendapatkan respon penekanan jumlah virus sebesar 85% diperlukan kepatuhan penggunaan obat 90-95 % , dalam hal ini ODHA harus minum obat rata-rata sebanyak 60 kali dalam sebulan, maka pasien diharapkan tidak lebih dari 3 kali lupa minum obat”. Adanya ketidakpatuhan terhadap terapi ARV dapat memberikan efek resistensi obat sehingga obat tidak dapat berfungsi atau gagal.

Kepatuhan minum obat ARV pada terapi ODHA sangat penting, karena dengan minum obat ARV secara teratur dapat menjaga sistem imun tubuh penderita, sehingga terhindar dari berbagai infeksi Oportunistik. “Kepatuhan atau adherence pada terapi adalah keadaan dimana pasien mematuhi pengobatannya atas dasar kesadaran sendiri, bukan hanya karena mematuhi perintah dokter. Resiko kegagalan terapi timbul jika pasien sering lupa minum obat. Kerjasama yang baik antara tenaga kesehatan dengan pasien serta komunikasi dan suasana pengobatan yang konstruktif akan membantu pasien untuk patuh dalam terapi obat” (Dirjen PP &PL Kemenkes RI, 2011).

Faktor- faktor seperti umur, jenis kelamin, penghasilan, jumlah pil yang harus diminum, karakteristik penyakit penyerta, hubungan pasien dengan tenaga kesehatan dan fasilitas layanan kesehatan sangat berpengaruh

terhadap kepatuhan pasien. Fasilitas layanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan. Jarak layanan yang tidak mudah dijangkau, system layanan yang berbelit, sistem pembiayaan 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 (Dirjen PP & PL Kemenkes RI, 2011:23).

Hasil penelitian yang dilakukan Martoni W, dkk (2012) dengan judul “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien HIV/AIDS Di Poliklinik Khusus Rawat Jalan Bagian Penyakit Dalam RSUP dr. M. Djamil Padang”, menunjukan hasil bahwa jangkauan akses merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pasien HIV/AIDS. Dari 55 sample didapatkan 36,4% (20) ODHA yang dinyatakan sulit dalam jangkauan akses pelayanan, 9 orang diantaranya tidak patuh dan 11 orang lainnya patuh. Sedangkan sebesar 63,8% (35) ODHA dinyatakan mudah dalam jangkauan akses pelayanan, sebanyak 5 orang dinyatakan tidak patuh, dan 30 orang dinyatakan patuh.

Penelitian lain yang terkait dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan keteraturan kunjungan layanan *Care Support And Treatment* (CST) yang dilakukan Rahmatin E.,(2015) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat di wilayah Semarang, menunjukan hasil bahwa akses pelayanan berhubungan dengan keteraturan kunjungan layanan *Care Support And Treatment* (CST). Data yang didapatkan yaitu pasien yang

mudah dalam akses pelayanan sebanyak 26 orang (59,1), hanya 4 orang (15,4%) yang tidak teratur dan 22 orang (84,6 %) yang teratur dalam kunjungan layanan, sedangkan pasien yang sulit dalam akses layanan sebanyak 18 orang (40,9%), dengan jumlah pasien yang teratur dalam kunjungan sebanyak 6 orang (33,3%) dan pasien yang tidak teratur dalam kunjungan layanan sebanyak 12 orang (66,7%).

Kemudahan akses layanan kesehatan pada ODHA dapat menentukan kepatuhan terapi yang dijalankan ODHA. Pelayanan yang mencakup perawatan, dukungan, dan pengobatan merupakan salah satu bagian yang memiliki peran dalam peningkatan kelangsungan hidup ODHA. Layanan *Antiretroviral Therapy (ART)* bagi odha di Propinsi Bali saat ini, baru tersedia di tujuh rumah sakit rujukan daerah dan di RSUP Sanglah Denpasar. Sedangkan layanan primer yang telah memberikan ARV saat ini, baru pada Puskesmas Gerogak II (sebagai satelit RSUD Buleleng) dan di Yayasan Kerti Praja Denpasar (sebagai satelit RSUP Sanglah) dan itupun sebatas sebagai satelit ARV (Permenkes RI, 2014).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 9 Februari 2017 di poliklinik VCT Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buleleng, tercatat sampai bulan januari 2017 sebanyak 1.955 orang masuk dalam perawatan HIV. Sebanyak 1.535 ODHA dinyatakan memenuhi syarat untuk ARV dan sebanyak 420 ODHA dinyatakan tidak memenuhi syarat untuk ARV. Dari jumlah yang memenuhi syarat untuk terapi ARV tercatat 1.516

ODHA pernah menerima ARV dan sisanya sebanyak 19 orang baru memulai menerima terapi ARV. Dari ODHA yang pernah menerima ARV, sebanyak 768 masih menerima ARV sampai saat ini, 243 ODHA dilaporkan meninggal dunia, sebanyak 32 ODHA di rujuk pindah ke fasilitas pelayanan lain, dan sisanya sebanyak 473 dinyatakan tidak hadir dan *lost follow up* > 3 bulan. Dari data ini menunjukkan sebesar 31,2 % ODHA dinyatakan tidak patuh dalam terapi ARV.

Hasil wawancara yang dilakukan dengan salah satu konselor di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng mengatakan, tidak sedikit ODHA yang tidak hadir atau tepat datang kunjungan setiap bulannya. Dari jumlah ODHA yang masuk dalam terapi ARV, tercatat beberapa ODHA yang tidak teratur dan tidak tepat dalam kunjungan sebagian terdapat pada paduan lini pertama dengan ZDV+3TC+EFV. Jumlah ODHA yang masuk dalam paduan lini pertama ZDV + 3TC+ EFV sebanyak 77 ODHA. Faktor yang menyebabkan ketidakteraturan kunjungan ODHA dikarenakan ODHA merasa kesehatannya sudah membaik, tetapi setelah merasa kesehatannya mulai memburuk ODHA akan mulai datang ke layanan poliklinik VCT. Disisi lain efek samping samping yang dirasakan serta faktor jarak layanan juga merupakan salah satu alasan ODHA tidak teratur dalam kunjungan. Jarak rumah ODHA yang jauh dari fasilitas merupakan penghambat ODHA untuk tidak teratur dalam kunjungan ke Poliklinik VCT. Ketidakteraturan dari kunjungan yang dilakukan ODHA akan berakibat pada ketidakpatuhan ODHA dalam terapi ARV, karena pengambilan obat ARV dalam pelayanan

Care, Support and Treatment (CST) di Poliklinik VCT dijadwalkan 1 kali dalam sebulan. Hasil wawancara yang dilakukan dengan 4 ODHA didampingi dengan petugas di Poliklinik VCT, 1 ODHA diantaranya dinyatakan mencerminkan kepatuhan rendah, 2 ODHA mencerminkan kepatuhan sedang dan 1 ODHA dinyatakan memiliki kepatuhan tinggi. Dari 4 Odha, 2 diantaranya menyatakan mengalami hambatan dalam mengakses pelayanan.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng”.

B. Perumusan Masalah

HIV-AIDS merupakan masalah kesehatan yang dihadapi bukan hanya di Indonesia, tetapi juga seluruh Negara di dunia. Bali merupakan provinsi ditemukannya kasus HIV-AIDS pertama kali yaitu pada tahun 1987. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Bali, (2016) setiap tahunnya kasus HIV-AIDS di Bali mengalami peningkatan. Tercatat dalam setahun kasus HIV-AIDS sampai Desember 2015 sebanyak 1563 kasus HIV dan 966 kasus AIDS. Infeksi HIV menyebabkan terjadinya penurunan sistem kekebalan tubuh pada penderita, sehingga seseorang yang terinfeksi HIV sangat rentan terhadap infeksi oportunistik. Terapi ARV merupakan salah satu terapi yang bertujuan untuk meningkatkan kelangsungan hidup dengan cara menghentikan aktivitas virus, dengan demikian maka sistem imun ODHA tetap terjaga. Terapi ARV memerlukan kepatuhan yang cukup

tinggi, hal ini berkaitan dengan pencegahan terjadinya resistensi atau kegagalan terapi. Akses layanan kesehatan bagi ODHA merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan konsumsi ARV pada ODHA. Jarak layanan yang tidak mudah dijangkau, sistem layanan yang berbelit, sistem pembiayaan 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.

Berdasarkan uraian diatas maka masalah penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut: “Bagaimana Hubungan Antara Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui Hubungan Antara Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden
- b. Mengidentifikasi akses pelayanan pada ODHA di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng

- c. Mengidentifikasi tingkat kepatuhan minum obat ARV pada ODHA di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.
- d. Menganalisis hubungan akses layanan dengan kepatuhan minum obat ARV pada ODHA

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber bahan kajian tambahan dalam lingkup keperawatan HIV-AIDS, serta dapat menambah bahan informasi sehingga dapat dilakukan penelitian lebih luas terkait dengan penyakit HIV-AIDS.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi institusi tempat penelitian guna meningkatkan pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan pada ODHA.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan dalam pengembangan Ilmu Keperawatan dan sebagai masukan dalam proses pembelajaran untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan peserta didik.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini juga digunakan peneliti selanjutnya sebagai acuan untuk melakukan riset lebih lanjut mengenai “Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV ”.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori

1. Konsep HIV-AIDS

a. Definisi HIV-AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang menyebabkan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS). HIV menargetkan sistem kekebalan tubuh dan melemahkan pengawasan dan sistem pertahanan manusia terhadap berbagai infeksi, sehingga orang yang terinfeksi secara bertahap akan mengalami imuno defisiensi. Virus ini akan memperburuk kekebalan tubuh penderita sehingga orang dengan HIV-AIDS akan berakhir dengan kematian dalam waktu 5-10 tahun kemudian, jika tanpa pengobatan yang cukup (Najmah, 2016:149).

AIDS adalah suatu syndrome atau sekumpulan gejala penyakit dengan karakteristik defisiensi kekebalan tubuh yang berat dan merupakan manifestasi dari stadium akhir infeksi HIV. AIDS merupakan suatu penyakit yang menunjukkan adanya defisiensi selular, misalnya sarcoma Kaposi atau satu atau lebih infeksi oportunistik yang didiagnostik dengan cara yang dapat dipercaya. AIDS merupakan kondisi yang menjelaskan kenaikan tingkatan infeksi virus HIV. Dengan adanya AIDS, biasanya virus sudah mulai berkembang,

menyebabkan kehilangan sel darah putih (sel CD4+/T *helper cells*) secara signifikan. CD4 adalah sebuah marker atau penanda yang berada di permukaan sel-sel darah putih manusia, terutama sel-sel limfosit. CD4 pada orang dengan sistem kekebalan yang menurun menjadi sangat penting, karena berkurangnya nilai CD4 dalam tubuh manusia menunjukkan berkurangnya sel-sel darah putih atau limfosit yang seharusnya berperan dalam memerangi infeksi yang masuk ke tubuh manusia (Zulkoni, 2011 dalam Rahmatin E. 2015).

b. Etiologi

Penyebab penyakit HIV/AIDS adalah Human Immunodeficiency Virus, yaitu virus yang menyebabkan penurunan daya kekebalan tubuh. HIV termasuk genus retrovirus dan tergolong ke dalam family lentivirus ini khas ditandai dengan sifat latennya yang lama, masa inkubasi yang lama, replikasi virus yang persisten dan keterlibatan dari susunan saraf pusat (SSP). Sedangkan ciri khas untuk jenis retrovirus yaitu : dikelilingi oleh membrane lipid, mempunyai kemampuan variasi genetic yang tinggi, mempunyai cara yang unik untuk replikasi serta dapat menginfeksi seluruh jenis vertebra (Ditjen BK& AK, 2008)

c. Cara Penularan

HIV terdapat dalam darah dan cairan tubuh seseorang yang telah tertular, walupun orang tersebut belum menunjukkan keluhan atau gejala penyakit. HIV hanya dapat ditularkan bila terjadi kontak

langsung dengan cairan tubuh atau darah. Dosis virus memegang peranan penting. Makin besar jumlah virusnya, semakin besar kemungkinan terinfeksi. Jumlah virus yang banyak terdapat dalam darah, cairan sperma, cairan vagina, dan serviks, serta cairan otak. Dalam saliva, air mata, urine, keringan dan air susu hanya ditemukan dalam jumlah sedikit.

Terdapat 3 cara penularan HIV, antara lain :

- 1) Hubungan seksual, baik melalui vagina, oral, maupun anal dengan seorang pengidap. Ini adalah cara yang paling umum terjadi, meliputi 80-90 % dari total kasus sedunia. Penularan lebih mudah terjadi apabila terdapat lesi penyakit kelamin dengan ulkus atau peradangan jaringan seperti herpes genitalis, sifilis, gonorea, klamida, dan trikomoniasis. Resiko pada seks anal lebih besar dibanding seks vagina, dan resikonya lebih besar pada reseptif daripada insertif.
- 2) Kontak langsung dengan darah atau produk darah/ jarum suntik.
- 3) Tranfusi darah/ produk darah yang tercemar HIV, resikonya sangat tinggi sampai 90%. Ditemukan sekitar 3-5% dari total kasus sedunia.
- 4) Pemakaian jarum tidak steril/ pemakaian bersama jarum suntik atau sempritnya pada pecandu narkotika suntik, memiliki resiko sekitar 0,5-1% dan terdapat 5-10% dari total kasus sedunia.

- 5) Penularan lewat kecelakaan, tertusuk jarum pada petugas kesehatan, risikonya kurang dari 0,5% dan telah terjadi kurang lebih 0,1% dari total kasus di dunia.
- 6) Secara vertical, yaitu penularan dari ibu hamil pengidap HIV kepada bayinya, baik selama hamil, saat melahirkan, atau setelah melahirkan. Risikonya sekitar 25-40% dan terdapat 0,1% dari total kasus di dunia (Notoatmodjo, 2011:316).

d. Patogenesis HIV/AIDS

Limfosit CD4 merupakan target utama infeksi HIV, karena virus mempunyai afinitas terhadap molekul permukaan CD4. Limfosit CD4 berfungsi mengkoordinasikan sejumlah fungsi imunologi yang penting. Hilangnya fungsi tersebut menyebabkan gangguan respon imun yang progresif. Kejadian infeksi HIV primer dapat dipelajari pada model infeksi akut *Simian Immunodeficiency Virus* (SIV). SIV dapat menginfeksi limfosit CD4 dan monosit pada mukosa vagina. Virus ini dibawa oleh antigen presenting cell ke kelenjar getah bening regional. Pada model ini, virus virus dideteksi pada kelenjar getah bening maka dalam 5 hari setelah inokulasi. Sel individual di kelenjar getah bening yang mengekspresikan SIV dapat dideteksi dengan hibridasi in situ dalam 7 sampai 14 hari setelah inokulasi. Viremia SIV dideteksi 7-21 hari setelah infeksi. Puncak jumlah sel mengekspresikan SIV di kelenjar getah bening berhubungan dengan puncak antigenemia p26 SIV. Jumlah sel yang mengekspresikan virus

dijaringan limfoid kemudian menurun secara cepat dan dihubungkan sementara dengan pembentukan respon imun spesifik. Koinciden dengan menghilangkan viremia adalah peningkatan sel limfosit CD8. Walaupun demikian telah dapat dikatakan bahwa respon sel limfosit CD8 menyebabkan control optimal terhadap replikasi HIV. Replikasi HIV berada pada keadaan *steady-state* beberapa bulan setelah infeksi. Kondisi ini bertahan relative stabil selama beberapa tahun, namun lamanya sangat bervariasi. Faktor yang mempengaruhi tingkat replikasi HIV tersebut, dengan demikian juga perjalanan kekebalan tubuh pejamu, adalah heterogeneitas kapasitas replikatif virus dan heterogenitas intrinsik pejamu. Antibodi muncul disirkulasi dalam beberapa minggu setelah infeksi, namun secara umum dapat dideteksi pertama kali setelah replikasi virus menurun sampai level *steady state*. Walaupun antibodi ini umumnya memiliki aktifitas netralisasi yang kuat melawan infeksi virus, namun ternyata tidak dapat mematikan virus. Virus dapat menghindari dari netralisasi oleh antibodi dengan melakukan adaptasi pada amplopnya, termasuk pada kemampuannya mengubah situs glikosilasinya, akibatnya konfigurasi 3 dimensinya berubah sehingga netralisasi yang perantara antibodi tidak dapat terjadi (Setiawati S, dkk, 2014)

e. Patofisiologi

Perjalanan infeksi HIV ditandai dalam tiga tahap: penyakit primer akut, penyakit kronis asimtomatis dan penyakit kronis simptomatis.

Tahap Infeksi Primer (sindrom retroviral akut) merupakan tahapan awal pada infeksi HIV. Setelah terjadi infeksi HIV mula-mula bereplikasi dalam kelenjar limfe regional. Hal tersebut mengakibatkan terjadinya peningkatan jumlah virus secara cepat di dalam plasma, biasanya lebih dari 1 juta copy/ μ l. Tahap ini disertai dengan penyebaran HIV ke organ limfoid, saluran cerna dan saluran genital. Setelah mencapai puncak *viremia*, jumlah virus atau *viral load* menurun bersamaan dengan berkembangnya respon imunitas seluler. Puncak viral load dan perkembangan respon imunitas seluler berhubungan dengan kondisi penyakit yang simptomatik pada 60 hingga 90% pasien. Penyakit ini muncul dalam kurun waktu 3 bulan setelah infeksi. Penyakit ini menyerupai '*glandular fever*' like *illness* dengan ruam, demam, nyeri kepala, malaise dan limfadenopati luas. Sementara itu tingginya puncak viral load selama infeksi primer tidak menggambarkan perkembangan penyakit tapi terkait dengan beratnya keluhan yang menandakan prognosis yang jelek. Fase ini mereda secara spontan dalam 14 hari.

Infeksi HIV Asimtomatis/ dini merupakan tahapan kedua setelah terjadi penyakit primer. Dengan menurunnya penyakit primer, pada kebanyakan pasien diikuti dengan masa asimtomatis yang lama, namun selama masa tersebut replikasi HIV terus berlanjut, dan terjadi kerusakan sistem imun. Beberapa pasien mengalami limfadenopati generalisata persisten sejak terjadinya serokonversi (perubahan tes

antibodi HIV yang semula negatif menjadi positif) perubahan akut (dikenal dengan limfadenopati pada dua lokasi *non-contiguous* dengan sering melibatkan rangkaian kelenjar ketiak, servikal, dan inguinal). Komplikasi kelainan kulit dapat terjadi seperti dermatitis seboroik terutama pada garis rambut atau lipatan nasolabial, dan munculnya atau memburuknya psoriasis. Kondisi yang berhubungan dengan aktivasi imunitas, seperti purpura trombositopeni idiopatik, polimiositis, sindrom *Guillain-Barre* dan *Bell's palsy* dapat juga muncul pada stadium ini.

Infeksi Simptomatik antara merupakan tahapan dimana terjadi komplikasi kelainan kulit, selaput lendir mulut dan gejala konstitusional lebih sering terjadi pada tahap ini. Meskipun dalam perjalanannya jarang berat atau serius, komplikasi ini dapat menyulitkan pasien. Penyakit kulit seperti herpes zoster, folikulitis bakterial, folikulitis eosinofilik, moluskum contagiosum, dermatitis seboroik, psoriasis dan ruam yang tidak diketahui sebabnya, sering dan mungkin resisten terhadap pengobatan standar. Kutil sering muncul baik pada kulit maupun pada daerah anogenital dan mungkin resisten terhadap terapi. Sariawan sering juga muncul pada stadium ini. Seperti juga halnya kandidiasis oral, *oral hairy leukoplakia*, dan eritema gingivalis (gusi) linier. Gingivitis ulesartif nekrotik akut, merupakan komplikasi oral yang sulit diobati. Gejala konstitusional yang mungkin berkembang seperti demam, berkurangnya berat badan,

kelelahan, nyeri otot, nyeri sendi dan nyeri kepala. Diare berulang dapat terjadi dan dapat menjadi masalah. Sinusitis bakterial merupakan manifestasi yang sering terjadi. Nefropati (kelainan ginjal) HIV dapat juga terjadi pada stadium ini. Penyakit stadium lanjut terjadi apabila ditandai oleh suatu penyakit yang berhubungan dengan penurunan imunitas yang serius. Keadaan tersebut disebut sebagai infeksi oportunistik (Ditjen BK& AK, 2008).

f. Stadium Klinis HIV-AIDS

WHO telah menetapkan stadium klinis HIV-AIDS untuk dewasa maupun anak. Untuk dewasa maupun anak, stadium klinis HIV-AIDS masing-masing terdiri dari 4 stadium. Jika dilihat dari gejala yang terjadi pembagian stadium klinis HIV-AIDS sebagai berikut:

Tabel 2.1 Stadium Klinis HIV-AIDS

| Gejala Terkait | Stadium Klinis |
|----------------|----------------|
| Asimptomatik | 1 |
| Gejala ringan | 2 |
| Gejala lanjut | 3 |
| Gejala berat | 4 |

Sumber: Ditjen BK&AK, 2008

Stadium klinis pada orang dewasa menurut WHO membantu untuk memperkirakan tingkat defisiensi kekebalan tubuh pasien. Pasien dengan gejala pada stadium 1 atau 2 biasanya tidak memiliki tanda gejala defisiensi kekebalan tubuh yang serius. Pasien yang

mempunyai gejala dan tanda klinis 3 dan 4 mempunyai penurunan kekebalan tubuh yang berat dan tidak mempunyai cukup banyak sel CD4 sehingga memudahkan terjadinya infeksi oportunistik (IO).

g. Tanda & Gejala HIV-AIDS

Gejala orang yang terinfeksi HIV menjadi AIDS bisa dilihat dari 2 gejala yaitu gejala mayor (umum terjadi) dan gejala minor (tidak umum terjadi) :

1) Gejala Mayor

- a) Berat badan menurun lebih dari 10% dalam sebulan.
- b) Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan.
- c) Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan
- d) Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis
- e) Demensia/ HIV ensefalopati.

2) Gejala minor

- a) Batuk menetap lebih dari 1 bulan.
- b) Dermatitis generalisata
- c) Adanya herpes zoster multisegmental dan herpes zoster berulang
- d) Kandidiasis orofaringeal
- e) Herpes simpleks kronis progresif
- f) Limfadenopati generalisata
- g) Infeksi jamur berulang pada alat kelamin wanita
- h) Retinitis virus sitomegalo (Noviana Nana, 2013)

g. Diagnosis HIV-AIDS

Tes diagnostic HIV merupakan bagian dari proses klinis untuk menentukan diagnosis. Diagnosis HIV ditegakan dengan pemeriksaan laboratorium. Jenis pemeriksaan laboratorium HIV dapat berupa:

1) Tes serologi

Tes serologi terdiri atas:

a) Tes cepat

Tes cepat dengan reagen yang sudah dievaluasi oleh institusi yang ditunjuk kementerian kesehatan, dapat mendeteksi baik antibody terhadap HIV-1 maupun HIV-2. tes cepat dapat dijalankan pada jumlah sample yang lebih sedikit dan waktu tunggu untuk mengetahui hasil kurang dari 20 menit bergantung pada jenis tesnya dan dilakukan oleh tenaga medis yang terlatih.

b) Tes *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA)

ELISA mendeteksi adanya antibody terhadap HIV didalam aliran darah. Seseorang mulai membentuk antibody terhadap infeksi HIV lama sebelum menunjukkan gejala-gejala dan bertahun-tahun sebelum sampai pada tahap AIDS. Sekalipun tes antibody tidak secara langsung menunjukkan terdapatnya virus, suatu hasil tes yang positif (dikatakan seropositif) umumnya menandakan bahwa orang itu telah tertular HIV dan bahwa imun tubuhnya telah menghasilkan antibody terhadap infeksi tersebut. namun demikian terdapat sedikitnya satu pengecualian. Semua bayi yang dilahirkan

oleh ibu penyang HIV pada permulaan akan menunjukkan tes positif terhadap antibody HIV, sekalipun hanya sepertiga diantaranya yang sesungguhnya terinfeksi. Hal ini karena antibodi pada darah ibunya dapat menyeberang lewat plasenta ke dalam darah bayi, walaupun virusnya sendiri tidak turut. Sedangkan suatu tes yang negatif (seronegatif) menunjukkan bahwa tidak ada ditemukan antibodi.

c) *Tes Western Blot*

Suatu tes darah yang lebih canggih- tes *western blot* dapat dilakukan terhadap seropositif untuk menjamin bahwa hasil semula itu benar. Tes *western blot* ini menguji adanya pola khusus pada rantai protein yang khas bagi virus tersebut. karena diperlukan berbulan-bulan kadang-kadang dapat setahun atau lebih – untuk antibodi mulai terbentuk dalam tubuh orang yang terinfeksi HIV, dibutuhkan tes-tes ulangan. Kini sedang diteliti beberapa jenis test lainnya yang lebih murah dan akurat. Adanya antibodi HIV tidak berarti, atau memberi petunjuk waktu bahwa seseorang yang tertular HIV akan memperoleh AIDS. Diagnosis AIDS menuntut adanya penyakit-penyakit indikator tertentu, seperti sarcoma Kaposi, PCP, atau kanker leher rahim, invasif pada seorang yang seropositif terhadap HIV. cara lain adalah dengan melihat bahwa pada orang yang terinfeksi HIV tersebut,

kadar sel CD4 –nya berada di bawah 200 /cc darah (Hutapea R.,2014).

2) Tes *Virologis Polymerase Chain Reaction* (PCR)

Tes *Virologis* direkomendasikan untuk mendiagnosis anak berumur kurang dari 18 bulan. Tes virologis yang dianjurkan : HIV DNA kualitatif dari darah lengkap atau *Dired Blood Spot* (DBS), dan HIV RNA Kuantitatif dengan menggunakan plasma darah. Bayi yang diketahui terpajan HIV sejak lahir dianjurkan untuk diperiksa dengan tes virologis yang paling awal pada umur 6 minggu. Pada khusus bayi dengan pemeriksaan virologist pertama hasilnya positif, maka terapi ARV harus segera dimulai; pada saat yang sama dilakukan pengambilan sampel kedua untuk pemeriksaan tes virologis kedua.

Tes virologis terdiri atas:

a) HIV DNA-Kualitatif (IED)

Tes ini mendeteksi keberadaan virus dan tidak bergantung pada keberadaan antibodi HIV. Tes ini digunakan untuk diagnosis pada bayi.

b) HIV RNA-Kuantitatif

Tes ini untuk memeriksa jumlah virus di dalam darah, dan dapat digunakan untuk pemantauan terapi ARV pada dewasa dan diagnosis pada bayi jika HIV DNA tidak tersedia (Permenkes RI, 2014)

h. Pencegahan HIV-AIDS

Upaya pencegahan HIV/AIDS dapat berjalan efektif apabila adanya komitmen masyarakat dan pemerintah untuk mencegah atau mengurangi perilaku risiko tinggi terhadap penularan HIV. Berikut ini merupakan upaya-upaya yang dapat dilakukan dalam mencegah penularan HIV-AIDS :

1) Penyuluhan kesehatan

Melakukan penyuluhan kesehatan di sekolah dan masyarakat mengenai perilaku risiko tinggi yang dapat menularkan HIV.

2) Tidak melakukan hubungan seks dengan berganti-ganti pasangan, atau hanya berhubungan seks dengan satu orang saja yang diketahui tidak terinfeksi HIV.

3) Menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual. Penggunaan kondom yang benar saat melakukan hubungan seks baik secara vaginal, anal, dan oral dapat melindungi terhadap penyebaran infeksi menular seksual (IMS). Fakta bahwa penggunaan kondom lateks pada laki-laki memberikan perlindungan yang lebih besar terhadap HIV dan infeksi menular seksual (IMS) lainnya sebanyak 5 %

4) Menyediakan fasilitas Konseling dan Test HIV Sukarela (*Voluntary Counselling and Testing/ VCT*)

- a. Konseling dan Tes HIV secara sukarela ini sangat disarankan untuk semua orang yang terkena salah satu factor risiko sehingga mereka mengetahui status infeksi serta dapat melakukan pencegahan dini.

5) Melakukan sunat bagi laki-laki

Sunat pada laki-laki yang dilakukan oleh profesional kesehatan terlatih dan sesuai aturan medis dapat mengurangi risiko infeksi HIV melalui hubungan heteroseksual sekitar 60%.

6) Menggunakan *Antiretroviral* (ART)

Sebuah percobaan yang dilakukan pada tahun 2011 telah mengkonfirmasi bahwa orang HIV-positif yang telah mematuhi pengobatan *Antiretroviral* (ART), dapat mengurangi risiko penularan HIV kepada pasangan seksual HIV-negatif sebesar 96%.

7) Pengurangan dampak buruk (*Harm Reduction*) bagi pengguna narkoba suntikan. Pengguna narkoba suntikan dapat melakukan pencegahan terhadap infeksi HIV dengan menggunakan alat suntik steril untuk tiap injeksi atau tidak berbagi jarum suntik kepada pengguna lain.

8) Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (*Prevention Of Mother To Child HIV Transmission* / PMTCT)

- a. Penularan HIV dari ibu ke anak (*Mother to Child HIV Transmission* / MTCT) selama kehamilan, persalinan, atau menyusui jika tidak diberikan intervensi maka tingkat penularan HIV dari ibu ke anak dapat mencapai 15-45%.

WHO merekomendasikan, pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dapat dilakukan dengan cara: pemberian ARV untuk ibu dan bayi selama kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan, dan memberikan pengobatan untuk wanita hamil dengan HIV-positif.

- 9) Melakukan tindakan kewaspadaan (*Universal Precaution*) bagi petugas kesehatan. Bagi petugas kesehatan, harus berhati-hati dalam menangani pasien, memakai dan membuang jarum suntik agar tidak tertusuk, menggunakan APD (sarung tangan lateks, pelindung mata, pelindung lainnya) untuk menghindari kontak dengan darah atau cairan yang kemungkinan terinfeksi HIV (Najmah, 2016).

2. Pengobatan *Antiretroviral* (ARV)

a. Pengertian *Antiretroviral* (ARV)

Pengobatan ARV merupakan salah satu penatalaksanaan yang diberikan pada ODHA. ARV terbukti mempunyai peran yang bermakna dalam memperbaiki kualitas hidup ODHA dan memperpanjang usia harapan hidup pada penderita HIV-AIDS. ARV tidak dikatakan menyembuhkan pasien HIV, tetapi ARV diberikan untuk menghentikan aktivitas virus, memulihkan sistem imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik, memperbaiki kualitas hidup, dan menurunkan kecacatan.

Antiretroviral (ARV) adalah obat yang menghambat replikasi HIV. Terapi dengan ARV adalah strategi yang secara klinis paling

berhasil hingga saat ini. Tujuan terapi dengan ARV adalah menghentikan replikasi virus, memulihkan sistem imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik, memperbaiki kualitas hidup dan menurunkan morbiditas dan mortalitas karena infeksi HIV(Nursalam & Kurniawati, 2007).

b. Cara kerja *Antiretroviral* (ARV)

Obat-obatan ARV yang beredar saat ini sebagian besar bekerja berdasarkan siklus replikasi HIV, sementara obat-obat baru lainnya masih dalam penelitian. Jenis obat-obat ARV mempunyai target yang berbeda pada siklus replikasi HIV yaitu:

- 1) *Entry* (saat masuk). HIV harus masuk ke dalam sel T untuk dapat memulai kerjanya yang merusak. HIV mula-mula melekatkan diri pada sel, kemudian menyatukan membran luarnya dengan membran luar sel. Enzim *reverse transcriptase* dapat dihalangi oleh obat AZT, ddC, 3TC, D4T, enzim integrase mungkin dihalangi oleh obat yang sekarang sedang dikembangkan, enzim protease mungkin dapat dihalangi oleh obat Saquinavir, Ritonovir, dan Indinivir.
- 2) *Early replication*. Sifat HIV adalah mengambil alih mesin genetik sel T. setelah bergabung dengan sebuah sel, HIV menaburkan bahan-bahan genetiknya ke dalam sel. Di sini HIV mengalami masalah dengan kode genetiknya yang tertulis dalam bentuk RNA, sedangkan pada manusia kode genetic

tertulis dalam DNA. Untuk mengatasi masalah ini, HIV membuat enzim *reverse transcriptase* (RT) yang menyalin RNA-nya ke dalam DNA. Obat *Nucleoside RT inhibitors* (NRTI) menyebabkan terbentuknya enzim *reverse transcriptase* yang cacat. Golongan *Non-Nucleoside RT Inhibitors* (NNRTI) memiliki kemampuan untuk mengikat enzim *reverse transcriptase* sehingga membuat enzim tersebut menjadi tidak berfungsi.

- 3) *Late replication*. HIV harus menggunting sel DNA untuk kemudian memasukan DNA-nya sendiri ke dalam guntingan tersebut dan menyambung kembali helaian DNA tersebut. alat penyambung itu adalah enzim integrase, maka obat Integrase Inhibitor diperlukan untuk menghalangi penyambungan ini.
- 4) *Assembly* (Perakitan/penyatuan). Begitu HIV mengambil alih bahan-bahan genetic sel, maka sel akan diatur untuk membuat berbagai potongan sebagai bahan untuk membuat virus baru. Potongan ini harus dipotong dalam ukuran yang benar yang dilakukan enzim protease HIV, maka pada fase ini, obat jenis *Protease Inhibitors* diperlukan untuk menghalangi terjadinya penyambungan ini (Nursalam & Kurniawati, 2007)

c. Golongan *Antiretroviral* (ARV)

Obat ARV terdiri atas beberapa golongan antara lain:

- 1) Fusion Inhibitors (Penghambat masuknya virus dalam sel)

Bekerja dengan cara berikatan dengan subunit GP41 selubung glikoprotein virus sehingga fusi virus ke target sel dihambat. Satu-satunya obat penghambat fusi ini adalah enfuvirtide (T-20)

2) Reverse Transcriptase Inhibitors (RTI)

a) Analog Nukleosida / Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)

Obat ini dikenal sebagai analog nukleosida yang menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA (Proses ini dilakukan oleh virus HIV agar bisa bereplikasi). NRTI diubah secara intraseluler dalam 3 tahap penambahan 3 gugus fosfat dan selanjutnya berkompetensi dengan natural nukleotida menghambat RT sehingga perubahan RNA menjadi DNA terhambat. Selain itu NRTI juga menghentikan pemanjangan DNA (Nursalam& Kurniawati, 2007).

Tabel 2.2 Jenis obat ARV golongan NRTI

| Nama Generik | Nama Dagang | Nama Lain |
|--------------|-------------|-------------------------|
| Zidovudine | Retrovir | AZT, ZCV |
| Dinanosine | Videx | Ddi |
| Zalzitabine | Hivid | ddC, dideoxycytidine |

| | | |
|--------------------------------|----------|----------------------------------|
| Stavudine | Zerit | d4T |
| Lamivudin | Epivir | 3TC |
| Zidovudine/Lamivudine | Combivir | Kombinasi AZT dan 3TC |
| Abacavir | Ziagen | Abc |
| Zidovudine/Lamivudine/Abacavir | Trizivir | Kombinasi AZT, 3TC, dan Abacavir |
| Tenofovir | Vireod | Bis-poc PMPA |

Sumber :Depkes RI, 2003 dalam Nursalam & Kurniawati,2007

b) Analog Nukleotida (NtRTI)

Mekanisme kerja NtRTI pada penghambatan replikasi HIV sama dengan NRTI, tetapi hanya memerlukan dua tahapan proses fosforilasi. Yang termasuk golongan ini adalah Tenofovir (TDF)

c) Non Nukleosida (NNRTI)

Bekerjanya tidak melalui tahapan fosforilasi intraseluler tetapi berikatan langsung dengan reseptor pada RT dan tidak berkopetensi dengan nukleotida natural. Aktivitas antiviral terhadap HIV-2 tidak kuat.

Tabel 2.3 Jenis obat golongan NNRTI

| Nama Generik | Nama Dagang | Nama Lain |
|--------------|-------------|----------------|
| Nevirapine | Viramune | NVP, BI-RG-587 |
| Delavirdin | Rescriptor | DLV |
| Efavirens | Sustiva | EFV, DMP-266 |

Sumber: Depkes RI, 2003 dalam Nursalanm & Kurniawati, 2007

3) Protease Inhibitors (PI)

Protease Inhibitors berikatan secara reversible dengan enzim protease yang mengkatalisa pembentukan protein yang dibutuhkan untuk proses akhir pematangan virus. Akibat virus yang terbentuk tidak masuk dan tidak mampu menginfeksi sel lain. PI adalah ARV yang potensial. Contoh obat golongan ini adalah indinavir (IDV), nelvinavir (NFV), squinavir (SQV), ritonavir (RTV), amprenavir (APV), dan laponavir/ritonavir (LPV/r).

d. Indikasi memulai ART

Semakin cepat pengobatan dimulai, semakin baik hasilnya. Obat akan bekerja dengan baik bila system kekebalan juga bekerja dengan baik melawan virus. Namun demikian, waktu memulai terapi ARV harus dipertimbangkan dengan seksama karena ART diberikan dalam jangka panjang. Inisiasi ART secara dini terbukti bermanfaat secara klinis, berguna untuk pencegahan, meningkatkan harapan hidup dan menurunkan insiden infeksi terkait HIV dalam populasi.

Tabel 2.4 Rekomendasi Inisiasi ART pada dewasa dan anak

| Populasi | Rekomendasi |
|---------------------------|--|
| Dewasa dan anak > 5 tahun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Inisiasi ART pada orang terinfeksi HIV stadium klinis 3 dan 4 2. Stadium klinis 1 dan 2 jika jumlah $CD4 \leq 350 \text{ sel/mm}^3$ |
| | <p>Inisiasi ART tanpa melihat stadium klinis WHO dan berapapun jumlah CD4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koinfeksi TB^a 2. Koinfeksi Hepatitis B 3. Ibu hamil dan menyusui terinfeksi HIV 4. Orang yang terinfeksi HIV yang pasangannya HIV negative (pasangan serodiskordan), untuk mengurangi resiko penularan 5. LSL, PS, waria,, atau penasun 6. Populasi umum pada daerah dengan epidemic HIV meluas |
| Anak < 5 tahun | Inisiasi ART tanpa melihat stadium |

| | |
|--|--|
| | klinis WHO dan berapapun jumlah CD4 |
|--|--|

Sumber: Permenkes RI, 2014

e. Efek samping ARV

Efek samping atau toksisitas merupakan salah satu aspek yang perlu diperhatikan dalam pemberian ARV. Selain itu, efek samping atau toksisitas ini sering menjadi alasan medis untuk mengganti (substitusi) atau menghentikan pengobatan ARV. Pasien, bahkan kadang menghentikan sendiri terapinya karena adanya efek samping. Efek samping dapat timbul baik pada awal pengobatan seperti anemi karena ZT atau dalam jangka panjang seperti asidosis laktat dan neuropati karena d4T dan gangguan lipid karena penggunaan LVP/r dari golongan PI.

Banyak faktor yang menyebabkan timbulnya efek samping, antara lain:

- 1) Jenis kelamin (contoh: NVP lebih sering menyebabkan reaksi hipersensitivitas pada wanita dengan jumlah $CD4 > 250 \text{ sel/mm}^3$).
- 2) Karakteristik obat (contoh: efek samping NVP bersifat dose-related pada awal pengobatan sehingga diberikan lead in-dose)
- 3) Digunakan dua atau lebih obat dengan toksisitas yang sama. Efek samping antara rifampisin dengan NVP yang keduanya bersifat hepatotoksik berpotensi menimbulkan toksisitas ganda.

- 4) Factor lain yang dapat menyebabkan timbulnya efek samping adalah karena belum ditemukan dan diobatinya penyakit yang mendasarinya (*underlying disease*), misalnya koinfeksi hepatitis C.
- 5) Terdapat beberapa keadaan yang mempunyai risiko yang lebih sering mengalami efek samping obat sehingga perlu pemantauan terapi yang lebih ketat (Dirjen PP & PL, 2011).

| | | | | | | | | | | |
|-------|------|--|-----------|--------------------------------|------------------|---|---|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| FTC | | | | | | | | | | |
| ABC | Rash | | | Penyakit jantung iskemik | | | | | | Reaksi hipersensit if sistemik |
| TDF | | | | | osteoma lasia | Penurunan GFR, Sindrom fanconi | | | | |
| NNRTI | | | | | | | | | | |
| EFV | Rash | | Hepatitis | | | | Gangguan pola tidur, depresi, anxietas | | Dislipidemia gynaecomasti a | Teratogeni k |
| NVP | Rash | | Hepatitis | | | | | | | Reaksi |

| | | | | | | | | | | |
|-----------|--|-------|--|--------------------------------|--|--|--|--------------|---|------------------------|
| | | | | | | | | | | hipersensitif sistemik |
| PI | | | | | | | | | | |
| LVP/ r | | Diare | | Penyakit jantung iskemik | | | | lipodistrofi | Dislipidemia, gangguan metabolisme glukosa | |

Sumber: Dirjen PP&PL Kemenkes RI, 2011

3. Konsep Kepatuhan Minum Obat

a. Kepatuhan minum obat

Pengobatan terapi ARV pada ODHA merupakan satu-satunya yang memberikan manfaat besar dalam pengobatan ODHA. Namun penggunaan ARV menuntut adanya kepatuhan (adherence) dan kesinambungan berobat yang melibatkan peran pasien, dokter, atau petugas kesehatan, pedamping dan ketersediaan obat. Pengobatan dengan ARV jika tidak dilaksanakan dengan baik maka dapat mengakibatkan resistensi atau kegagalan terapi (Dirjen BK& AK, 2008).

Pengobatan terapi ARV merupakan pengobatan dalam jangka panjang, sehingga kepatuhan minum obat (adherence) juga sering menjadi masalah yang harus dipikirkan sejak awal pengobatan. Minum obat yang tidak rutin terbukti telah menyebabkan resistensi obat yang dapat menyebabkan kegagalan dalam pengobatan. Sehingga sebelum memulai terapi, ODHA harus memahami program terapi ARV beserta konsekuensinya (Dirjen PP & PL Kemenkes RI, 2011).

Kepatuhan minum obat ARV sangat penting karena terapi ARV karena memiliki manfaat dalam memulihkan sistem kekebalan tubuh penderita sehingga mengurangi terjadinya infeksi oportunistik yang dapat berakibat pada penurunan morbiditas dan mortalitas karena infeksi HIV. Dengan demikian obat-obatan ART harus diminum seumur hidup secara teratur, berkelanjutan, dan tepat waktu. Cara terbaik

untuk menekan virus secara terus menerus adalah dengan meminum obat secara tepat waktu dan mengikuti petunjuk yang berkaitan dengan makanan (Nursalam & kurniawati, 2007).

Beberapa penyebab dari ketidakpatuhan pasien meliputi usia, pendidikan, masalah ekonomi, takut akan efek samping, kurangnya pengetahuan tentang penyakit, kemudahan akses pelayanan, dukungan keluarga dan dari tenaga medis.

b. Definisi Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat. Sacket (dalam permana, 2012), mendefinisikan kepatuhan pasien sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh petugas kesehatan.

Nursalam & Kurniawati, 2007 mengemukakan “Kepatuhan adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perilaku pasien dalam minum obat secara benar tentang dosis, frekuensi, dan waktunya”. Kepatuhan merupakan faktor yang paling penting yang dapat mempengaruhi hasil pengobatan. WHO(2003, dalam Permana, 2012).

“kepatuhan berobat bagi klien merupakan kemampuan klien untuk menjalani pengobatan sesuai petunjuk medik. Artinya dosis, waktu, dan cara memasukan obat ke dalam tubuh secara tepat, misalnya bersama makanan atau tidak” (Ditjen BK& AK, 2008).

c. Faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Pasien

Faktor-faktor yang mempengaruhi atau faktor prediksi kepatuhan:

- 1) 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 serta mudah tidaknya akses dalam mendapatkan ARV.
- 2) Karakteristik pasien. Meliputi faktor sosiodemografi (umur, jenis kelamin, ras/etnis, pekerjaan, pendidikan, dan asal kelompok dalam masyarakat misal waria atau pekerja seks komersial) dan factor psikososial (kesehatan jiwa, pengguna napza, lingkungan dan dukungan sosial, pengetahuan dan perilaku (sikap) terhadap HIV dan terapinya). Pernyataan ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Martoni, dkk (2012) dengan judul “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien Di Poliklinik Khusus Rawat Jalan Bagian Penyakit Dalam RSUP dr. M. Djamil Padang Periode Desember 2011-Maret 2012” dimana faktor pengetahuan pasien menjadi faktor yang paling dominan dalam kepatuhan pasien. Dari 49 responden, 17 orang yang memiliki pengetahuan kurang 9 (52,9%) diantaranya tidak patuh dan 8 (47,1%) patuh. Sedangkan 38 orang memiliki kepatuhan baik, dimana sebanyak 33 orang (86,8%) patuh dan sisanya sebanyak 5 orang (13,2%) tidak patuh.

- 3) Paduan terapi ARV. Meliputi jenis obat yang digunakan dalam paduan, jumlah pil yang harus diminum kompleksnya paduan, karakteristik obat dan efek samping.
- 4) Karakteristik penyakit penyerta . Meliputi stadium klinis dan lamanya sejak terdiagnosis HIV, jenis IO penyerta dan gejala yang berkaitan dengan HIV.
- 5) Hubungan pasien dengan tenaga kesehatan. Karakteristik hubungan pasien tenaga kesehatan yang dapat mempengaruhi kepatuhan yaitu dukungan petugas meliputi: kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan, pandangan pasien terhadap kompetensi tenaga kesehatan, komunikasi yang melibatkan pasien dalam proses penentuan keputusan, nada afeksi dari hubungan tersebut (hangat, terbuka, kooperatif, dll) dan kesesuaian kemampuan dan kapasitas tempat layanan dengan kebutuhan pasien (Dirjen PP & PL, 2011) .

Pernyataan ini didukung oleh penelitian Rahmatin E., (2015) dengan judul “ Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keteraturan Kunjungan Layanan Care Support And Treatment (CST) Pada Pasien Koinfeksi TB-HIV Di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang” bahwa dukungan petugas factor yang berhubungan dengan keteraturan kunjungan pada pasien. Dari 44 responden dinyatakan 17 orang tidak mendapat dukungan petugas dimana 10 orang (22,7%) tidak teratur kunjungan, dan 7

orang (15,9%) teratur dalam kunjungan. Sedangkan 27 orang responden mendapat dukungan, 6 (13,6%) diantaranya tidak teratur dan sisanya sebanyak 21 (47,8%) teratur dalam kunjungan tiap bulan.

d. Monitoring kepatuhan

Monitoring kepatuhan dilakukan untuk melihat sampai sejauh mana pasien patuh menjalani terapi. Monitoring kepatuhan terapi dapat dilakukan dengan :

- 1) Menghitung jumlah obat yang tersisa pada saat pasien mengambil obat kembali
- 2) Melakukan wawancara kepada pasien atau keluarganya, berapa kali dalam sebulan pasien tidak minum obat. Sebagai contoh jika diperlukan tingkat kepatuhan sebesar 95% dan pasien harus minum obat rata-rata sebanyak 60 kali dalam sebulan maka pasien diharapkan tidak lebih dari 3 kali lupa minum obat.
- 3) Membuat kartu monitoring penggunaan obat
- 4) Memberi perhatian kepada kelompok wanita hamil yang harus menjalani terapi ARV karena pada umumnya tingkat kepatuhan rendah.
- 5) Golongan lain yang perlu mendapat perhatian untuk meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan ARV adalah penderita infeksi HIV-AIDS pada anak-anak. Usaha untuk

meningkatkan kepatuhan pada penderita anak adalah dengan cara sebagai berikut:

- a) Menyediakan obat yang siap diminum dalam serbuk dosis terbagi untuk satu kali pemakaian
- b) Memodifikasi bentuk sediaan sehingga lebih enak diminum
- c) Memberikan edukasi kepada orang tua untuk selalu teratur memberikan obat kepada anaknya (Ditjen BK & AK, 2008).

e. Cara menilai kepatuhan minum obat

Kepatuhan didefinisikan sebagai sejauh mana pasien mengikuti jadwal minum obat mereka seperti yang ditentukan oleh penyedia perawatan mereka. Penentuan kepatuhan minum obat ARV pada pasien HIV-AIDS adalah menggunakan *Morisky Adherence Scale* (MMAS), Karena instrument ukur ini telah berstandar internasional serta memiliki tingkat reliabilitas dan validitas tinggi yang digunakan sebagai pengukur kepatuhan minum obat pada kondisi kronis seperti hipertensi, infeksi HIVAIDS. Ada delapan pertanyaan dalam kuisioner ini langkah-langkah baik disengaja dan tidak disengaja berdasarkan lupa, kecerobohan, penghentian obat saat merasa lebih baik, dan menghentikan obat saat merasa perasan buruk. Masing –masing Komponen pernyataan mendapat nilai 1 untuk setiap jawaban tidak, dan nilai 0 untuk jawaban iya. Total skor pada skala

kepatuhan obat morisky dapat berkisar dari 0-8, dengan skor <6 mencerminkan kepatuhan rendah, skor 6 sampai 7 mencerminkan kepatuhan menengah, dan skor 8 mencerminkan kepatuhan tinggi (Morisky D, 2016)

4. Konsep Akses Pelayanan

a. Definisi Akses Pelayanan

Kata akses merupakan kosa kata dalam bahasa Indonesia yang diserap dari bahasa Inggris yaitu *access* yang berarti jalan masuk. Akses berarti jalan atau ijin masuk dari suatu tempat/wilayah baik yang dapat dilihat dengan mata ataupun tidak dimana kita berhubungan dengan sumber daya yang ada didalam wilayah tersebut sesuai dengan ijin yang dimiliki (Departemen Pendidikan Nasional, 2007).

Menurut Ribot & Pelusa, 2003 dalam Niniek dkk, 2010 Akses merupakan kemampuan untuk mendapatkan manfaat dari sesuatu atau hak untuk memperoleh suatu kekuasaan. Akses merupakan hak untuk memasuki, memakai, dan memanfaatkan kawasan atau zona-zona tertentu.

Akses terhadap pelayanan (*Acces to service*) adalah pelayanan kesehatan yang tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa. Akses terhadap pelayanan yang dimaksud disini adalah layanan CST atau perawatan, dukungan dan pengobatan terkait dengan beberapa layanan seperti

jarak, pembiayaan, kemudahan akses obat, konseling, skrining penyakit penyerta dan pemeriksaan penunjang (Laboratorium). Akses untuk pemeriksaan rutin dimaksudkan untuk mengetahui serta menangani efek samping ARV, mencegah timbulnya infeksi Oportunistik, dan menjaga kualitas hidup ODHA (Dirjen PP&PL, 2012)

Akses layanan bagi ODHA merupakan hak dasar setiap orang meliputi layanan HIV-AIDS secara komprehensif dan berkesinambungan. Layanan komprehensif yang mencakup kegiatan perawatan, dukungan dan pengobatan tersebut meliputi:

- 1) *Voluntary Counselling and Testing* (VST)
- 2) *Antiretroviral Therapy* (ART)
- 3) Hotline Service
- 4) Pengobatan infeksi oportunistik (IO)
- 5) Pelayanan gizi
- 6) Pengobatan paliatif
- 7) Perawatan
- 8) Laboratorium
- 9) Program dukungan
- 10) Perawatan di Rumah (*home base care*)
- 11) Manajemen kasus oleh *case manager* (Depkes RI, 2008)

b. Layanan *Care Support and Treatment* (CST)

PDP merupakan singkatan dari pelayanan, dukungan, dan pengobatan (*Care Support and Treatment*) adalah suatu layanan terpadu dan berkesinambungan untuk memberikan dukungan baik aspek manajerial, medis, psikologis maupun sosial untuk mengurangi atau menyelesaikan permasalahan yang dihadapi ODHA selama perawatan dan pengobatan (Dirjen PP & PL, 2007).

Layanan CST adalah salah satu program pencegahan penularan HIV, program ini dapat meningkatkan pemahaman untuk melakukan hubungan seksual secara aman dan mendapatkan pelayanan serta dukungan. CST membantu setiap orang untuk mendapatkan akses kearah semua layanan, baik informasi, edukasi, terapi, dan dukungan psikososial. Dengan terbukanya akses, maka kebutuhan ODHA seperti informasi akurat dan tepat dapat dicapai sehingga proses piker, perasaan, perilaku dapat diarahkan kepada perilaku lebih sehat. Hasil tes HIV harus dikomunikasikan dengan penjelasan tentang layanan pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan yang dapat diakses dilayanan CST di Poliklinik VCT. Thielman, 2006 dalam Rahmatin E, 2015 menyatakan bahwa layanan ini merupakan layanan lanjutan yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada pasien dengan HIV Positif atau ODHA.

CST merupakan salah satu program upaya pemerintah dalam menanggulangi epidemic HIV yang tidak hanya melalui upaya

peny pencegahan tetapi juga pada pengobatan. Sebagai respon *3 by 5 initiative* yang dicanangkan WHO DAN UNAIDS tahun 2004 Departemen Kesehatan telah merujuk 25 rumah sakit rujukan ARV untuk dapat menangani ODHA dan meningkatkan akses ARV (Rahmatin E., 2015).

c. Faktor yang mempengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan.

Keterjangkauan atau akses terhadap layanan kesehatan artinya layanan kesehatan itu harus dapat dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa. Akses geografis diukur dengan jarak, lama perjalanan, biaya perjalanan, jenis transportasi atau hambatan fisik yang dapat menghalangi seseorang untuk mendapat layanan kesehatan. Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan membayar biaya layanan kesehatan. Akses sosial atau budaya berhubungan dengan dapat diterima atau tidaknya layanan kesehatan itu secara sosial atau nilai budaya, kepercayaan, dan perilaku. Akses organisasi sejauh mana layanan kesehatan itu diatur agar memberi kemudahan/ kenyamanan kepada pasien atau konsumen. Akses bahasa artinya pasien harus dilayani dengan menggunakan bahasa atau dialek yang dapat dipahami oleh pasien (Pohan, S., 2007)

Kurangnya Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (akses pelayanan) dapat disebabkan oleh :

1) Jarak yang jauh (Faktor Geografis)

Keterjangkauan lokasi tempat pelayanan terkait dengan tempat pelayanan yang tidak strategis, sulit dicapai, menyebabkan ketidakmudahan dalam mengakses atau memanfaatkan pelayanan kesehatan oleh masyarakat.

2) Tidak tahu adanya suatu kemampuan fasilitas (Faktor Informasi)

Keterjangkauan Informasi terkait dengan kurangnya informasi yang menyebabkan rendahnya penggunaan pelayanan kesehatan yang ada.

3) Biaya yang tidak terjangkau (Faktor Ekonomi)

4) Jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia (Faktor Organisasi)

Jenis dan kualitas yang kurang memadai menyebabkan rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

5) Tradisi yang menghambat pemanfaatan fasilitas (Faktor Sosial & Budaya) (Pohan, S., 2007)

d. Cara Menilai Akses Pelayanan

Akses terhadap pelayanan (*Acces to service*) adalah pelayanan kesehatan yang tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa. Penentuan akses pelayanan pada ODHA adalah menggunakan instrumen akses pelayanan yang dimodifikasi dari penelitian Rahmatin E., 2015 dengan judul penelitian “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keteraturan Kunjungan Layanan Care Support And Treatment (CST)

Pada Pasien Koinfeksi TB-HIV Di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang”.

Dalam kuisioner ini yang terdiri atas pengukuran akses pelayanan dengan indikator yang dinilai dari jarak, biaya, informasi dan ketersediaan jenis dan kualitas pelayanan serta kenyamanan dengan petugas kesehatan. Instrumen ini menggunakan skala likert yang terdiri dari pernyataan *favorable* (Positif) dan pernyataan *unfavorable* (negatif). Pernyataan *favorable* mendapat nilai 1 untuk setiap jawaban sangat tidak setuju (STS), 2 untuk jawaban tidak setuju (TS), 3 untuk jawaban ragu-ragu (R), 4 untuk jawaban setuju (S) dan 5 untuk jawaban sangat setuju (SS). Sedangkan untuk pernyataan *unfavorable* nilai 1 untuk jawaban sangat setuju (SS), 2 untuk jawaban (S), 3 untuk jawaban ragu-ragu (3), 4 untuk jawaban tidak setuju (TS), dan nilai 5 untuk jawaban sangat tidak setuju.

5. Konsep Hubungan akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat ARV pada ODHA

Pengobatan ARV pada ODHA merupakan terapi yang harus dilakukan oleh ODHA selama hidupnya. Di sini ODHA dituntut untuk patuh dalam menjalani pengobatan terapi ARV dengan benar serta mematuhi nasehat dokter. Kepatuhan minum obat ARV sangat berpengaruh dalam hal pencegahan resistensi atau kegagalan terapi. Keterjangkauan atau akses terhadap layanan kesehatan artinya layanan kesehatan itu harus dapat dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh

keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa (Pohan S, 2007). Faktor-faktor yang menghambat akses pelayanan meliputi jarak yang jauh (faktor geografis), tidak tahu adanya suatu kemampuan fasilitas (faktor informasi), biaya yang tidak terjangkau (faktor ekonomi), jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia (faktor organisasi), tradisi yang menghambat pemanfaatan fasilitas (faktor sosial & budaya) (Kemenkes, 2010). “Sistem layanan yang berbelit, 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” (Dirjen PP&PL Kemenkes, 2011).

B. Kerangka Teori

Kerangka teori disusun berdasarkan rangkuman tinjauan teori yang ada, khususnya mengenai faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi ARV pada penderita HIV-AIDS.

Adapun faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV menurut tinjauan pustaka meliputi fasilitas layanan kesehatan (kemudahan akses pelayanan), karakteristik pasien yang meliputi faktor sosiodemografi (umur, jenis kelamin, ras/etnis, pekerjaan, pendidikan), faktor psikososial (pengetahuan, perilaku terhadap HIV), lingkungan (dukungan sosial), paduan terapi (jenis obat , bentuk paduan, jumlah pil, kompleknya paduan), karakteristik penyakit penyerta (stadium klinik, infeksi oportunistik penyerta),

Hubungan pasien dengan tenaga kesehatan (sikap petugas, dukungan petugas dan kompetensi tenaga kesehatan).

Penyebab masalah kesehatan menurut L. Green dibedakan menjadi dua determinan masalah kesehatan yaitu *behavioral factors* (faktor perilaku) dan *non behavioral factors* (faktor non-perilaku). Selanjutnya Green menganalisis bahwa faktor perilaku sendiri ditentukan oleh 3 faktor utama yaitu (Lapau B, 2015) :

1. *Predisposing Factors*

Faktor predisposisi yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan sebagainya. Dalam konsep penelitian ini yang termasuk faktor predisposisi antara lain pengetahuan.

2. *Enabling Factors*

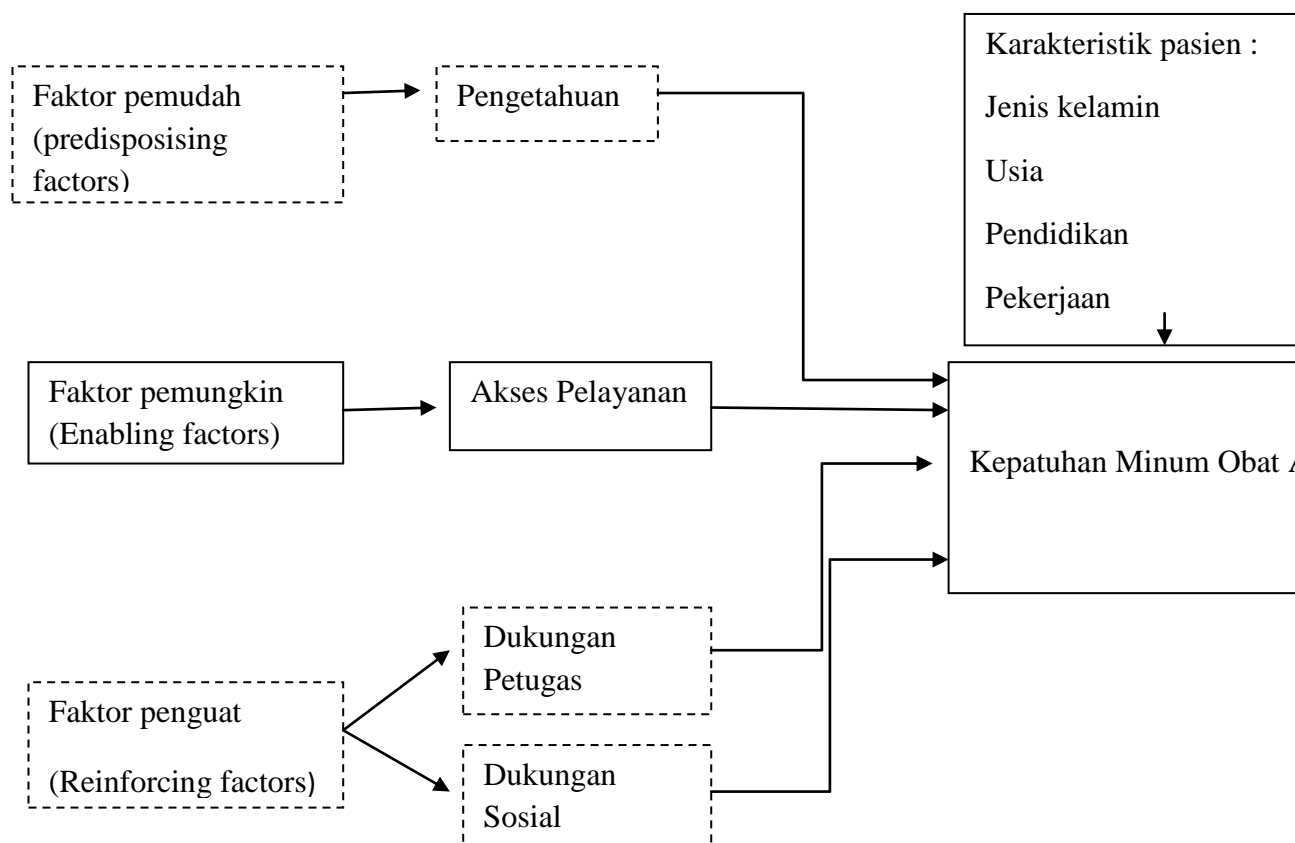
Faktor pemungkin adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan. Dalam konsep penelitian ini yang termasuk faktor pemungkin adalah akses pelayanan.

3. *Reinforcing Factors*

Faktor penguat adalah faktor-faktor yang yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya. Dalam

konsep penelitian ini yang termasuk faktor penguat yakni dukungan petugas kesehatan dan dukungan sosial.

Skema 2.1 Kerangka Teori Berdasarkan Aplikasi Teori L. Green dalam penelitian ini



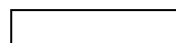
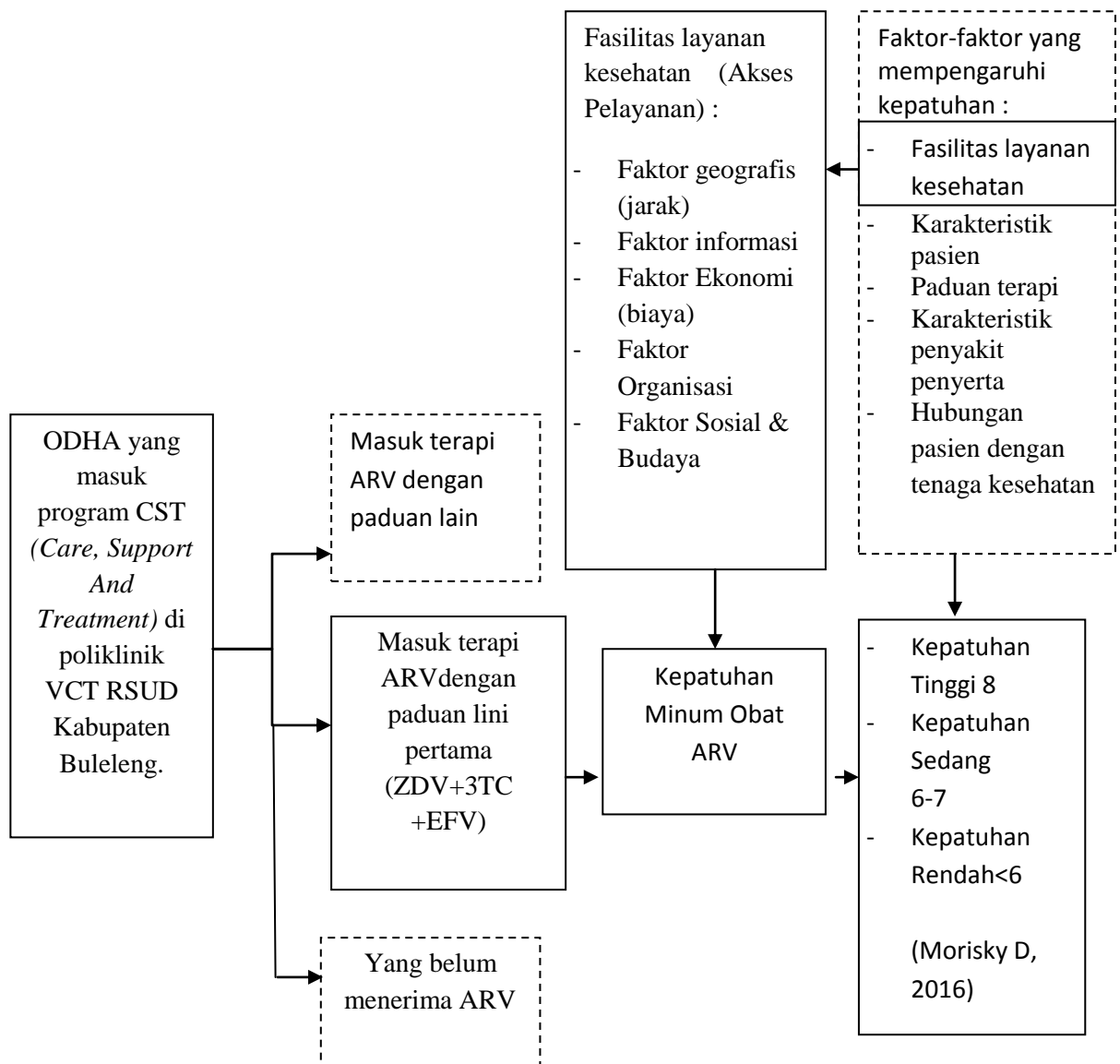
Sumber: Lapau B, 2015

BAB III

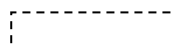
METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2012).



: diteliti



: tidak diteliti

Skema 3.1 Kerangka konsep Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan

Minum Obat ARV Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng

B. Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan wadah menjawab pertanyaan penelitian atau menguji kebenaran hipotesis. Pada penelitian ini menggunakan *deskriptif korelational* dengan pendekatan *cross sectional* dimana penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat ARV pada ODHA. Dalam penelitian *cross sectional* variabel sebab atau resiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada obyek penelitian diukur dan dikumpulkan pada satu waktu (dalam waktu yang bersamaan). Pada studi ini tidak ada follow up (Setiadi, 2007). Dengan studi ini akan diperoleh hubungan akses pelayanan (variabel *independent*) dengan tingkat kepatuhan minum obat (sebagai variabel *dependent*).

C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian. Rumusan masalah tersebut bisa berupa pernyataan tentang hubungan dua variabel atau lebih, perbandingan (komparasi), atau variabel mandiri (deskripsi) (Sugiyono, 2010).

1. Hipotesis Nol (H0)

Hipotesis nol (H0) adalah hipotesis yang digunakan untuk pengukuran statistik dan interpretasi hasil statistik (Nursalam, 2014). Hipotesis nol dalam penelitian ini adalah tidak ada hubungan akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat ARV di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.

2. Hipotesis Alternatif (Ha/H1)

Hipotesis alternatif (Ha/H1) adalah hipotesis penelitian. Hipotesis ini menyatakan adanya suatu hubungan, pengaruh, dan perbedaan antara dua atau lebih variabel (Nursalam, 2014). Hipotesis alternatif dalam penelitian ini adalah ada hubungan akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat ARV di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan uraian tentang batasan ruang lingkup atau pengertian variabel- variabel yang akan diteliti. Definisi operasional juga bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrument (alat ukur) (Notoatmodjo, 2012).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

| Varia bel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Hasil Ukur |
|--|--|--|--|---------|--|
| Bebas : Akses Pelay anan | pelayanan kesehatan yang tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa. | Indikator pengukuran akses pelayanan meliputi : - Faktor geografis - Faktor informasi - Faktor ekonomi - Faktor organisasi - Faktor sosial & budaya | Kuisisioner yang dimodifikasi dari penelitian Rahmatin E., 2015 terdiri dari Pernyataan <i>favorable</i> (positif) (1,3,4,5,6,7,8,9 ,10,11) 1. SS =5 2. S = 4 3. R = 3 4. TS =2 5. STS =1 Pernyataan <i>Unfavorable</i> (negative) (2) 1. SS = 1 2. S = 2 3. R = 3 4. TS = 4 5. STS =5 | Ordinal | 11-33 : sulit 34-55 : Mudah |
| Terik at: Kepat uhan Minu m Obat | kemampuan klien untuk menjalani pengobatan sesuai petunjuk medik. | Patuh bila teratur minum obat dan tidak patuh jika minum obat tidak secara teratur. | Kuisisioner modifikasi dari <i>Morisky</i> <i>Adherence</i> <i>Scale</i> (MMAS) Ya = 0 Tidak = 1 | Ordinal | Kepatuhan rendah <6 Kepatuhan sedang 6-7 Kepatuhan tinggi 8 |

E. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Sebelum menentukan sampel, maka populasi penelitian harus ditetapkan terlebih dahulu. Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah ODHA yang menerima terapi ARV dengan paduan lini pertama Zidovudine + 3TC + Efavirenz. di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng. Jadi jumlah populasi yang diambil dari penelitian ini sebanyak 77 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2010). Menurut Nursalam (2016: 171), semakin kecil jumlah populasi, persentasi sampel harus semakin besar. Dalam penelitian ini jumlah populasi yang didapatkan oleh peneliti adalah 77 orang, sehingga peneliti menggunakan keseluruhan jumlah populasi sebagai sampel yaitu sebanyak 77 orang. Teknik sampling yang digunakan oleh peneliti dalam penentuan sampel adalah teknik *Nonprobability sampling* yaitu *sampling jenuh*.

Agar karakteristik sampel tidak menyimpang dari tujuan penelitian yang ingin didapatkan, maka sebelum dilakukan pengambilan sampel ditentukan kriteria inklusi, maupun eksklusi.

- a. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2014).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) ODHA yang mampu berkomunikasi dengan baik dan kooperatif.
- 2) ODHA yang memulai terapi ARV minimal 3 bulan terakhir.
- 3) ODHA yang bersedia menjadi responden dan menandatangani *informed consent* seperti yang telah disediakan peneliti.

- b. Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi karena berbagai sebab (Nursalam, 2014).

Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah :

- 1) ODHA yang tidak kooperatif
- 2) ODHA yang baru memulai terapi ARV kurang dari 3 bulan.
- 3) ODHA yang selama proses penelitian mengundurkan diri.

F. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buleleng, pemilihan lokasi didasarkan pada pertimbangan, bahwa di Rumah Sakit tersebut memiliki data rekam medis yang baik guna terpenuhinya jumlah sampel yang nantinya akan mempermudah dalam pengumpulan data yang dibutuhkan. Selain itu Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buleleng merupakan pusat layanan *Antiretroviral Therapy* (ART).

G. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan dari tanggal 12-20 Mei 2017.

H. Etika Penelitian

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti mengajukan permohonan ijin terlebih dahulu kepada pihak terkait di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng, kemudian melakukan observasi langsung pada obyek yang akan diteliti dengan menekankan pada masalah etika yang harus diperhatikan antara lain: :

1. *Informed consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden peneliti dengan memberikan lembaran persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subyek bersedia, maka mereka harus mendandatangani lembar persetujuan (Nursalam, 2016). Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukan tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain

2. *Anonymity*

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek peneliti dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Nursalam, 2016).

3. *Confidentiality*

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Nursalam, 2016).

4. *Beneficence*

Peneliti selalu berupaya agar segala tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien mengandung prinsip kebaikan (*promote good*). Prinsip berbuat yang baik bagi klien tentu saja dalam batas-batas hubungan terapeutik antara peneliti dan klien (Notoatmodjo, 2012).

5. *Justice*

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi (Nursalam, 2016). Peneliti menjaga prinsip keadilan dengan memperlakukan responden sesuai dengan haknya dan mendapat

perlakuan yang sama, serta tidak membeda-bedakan responden dari segi umur, agama yang satu dengan yang lainnya.

I. Alat Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan data primer yang diperoleh melalui kuesioner dengan wawancara secara langsung tentang akses pelayanan dan kepatuhan minum obat ARV pada pasien HIV-AIDS di Poliklinik RSUD Kabupaten Buleleng.

Instrument yang digunakan adalah kuisisioner diantaranya sebagai berikut:

1. Akses pelayanan

Pengukuran akses pelayanan dilakukan dengan kuesioner yang dimodifikasi dari penelitian Rahmawati E., (2015). Dalam 1 komponen pertanyaan mempunyai nilai 1–5 tergantung dari pernyataan favorable yang bersifat positif ataupun pernyataan unfavorable yang bersifat negatif (Rahmatin E., 2015). Kuisisioner telah diuji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu oleh peneliti.

2. Kepatuhan Minum Obat

Pengukuran kepatuhan minum obat dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang dimodifikasi dari *Morisky Adherence Scale* (MMAS) yang telah berstandar internasional serta memiliki tingkat reliabilitas dan validitas tinggi dalam pengukuran kepatuhan minum obat pada penyakit kronik seperti pada pasien hipertensi ataupun HIV-AIDS. Dalam 1 komponen pertanyaan mempunyai nilai 0–1. Nilai 1 bila jawaban tidak dan 0 bila jawaban iya. Nilai dari masing–masing komponen akan

dijumlahkan sehingga menghasilkan nilai total. Nilai total masuk kedalam 3 kategori, yaitu kategori kepatuhan rendah jika skor total <6 , kategori kepatuhan sedang jika skor total 6-7, dan kategori kepatuhan tinggi jika total skor 8 (Morisky D., 2016). Kuisisioner telah diuji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu oleh peneliti.

J. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2016). Cara pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode wawancara secara langsung dengan menggunakan panduan instrumen kuesioner yang dimodifikasi dari penelitian Rahmatin E., (2015) pada akses pelayanan dan kuesioner yang dimodifikasi dari *Morisky Adherence Scale* (MMAS) pada kepatuhan minum obat. Wawancara untuk akses pelayanan dan kepatuhan minum obat dilakukan pada saat yang bersamaan.

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan secara langsung oleh peneliti dalam penelitian ini yaitu:

1. Tahap Persiapan

Tahap persiapan yang dilakukan antara lain:

- a. Permohonan ijin dari pihak kampus untuk melakukan studi pendahuluan, peneliti meminta ijin ke RSUD Kabupaten Buleleng untuk mencari data ODHA yang masuk dalam perawatan, dukungan dan pengobatan di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.

- b. Peneliti mempersiapkan materi dan konsep yang akan mendukung penelitian.

2. Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan yang dilakukan antara lain:

- a. Melakukan ijin pengumpulan data dan penelitian yang ditandatangani oleh Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Buleleng. Ijin tersebut ditujukan kepada Direktur RSUD Kabupaten Buleleng.
- b. Setelah mendapatkan ijin dari STIKES Buleleng, peneliti mengajukan permohonan ijin untuk melaksanakan penelitian kepada Kesbanglinmas Kabupaten Buleleng.
- c. Setelah mendapatkan ijin dari Kesbanglinmas Kabupaten Buleleng untuk melakukan penelitian, peneliti mengajukan surat permohonan ijin untuk mengadakan penelitian di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.
- d. Peneliti menentukan responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan sebelumnya. Pendekatan secara informal pada responden dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada responden. Kemudian peneliti memberikan *informed consent* pada responden untuk ditandatangani sebagai bukti persetujuan menjadi responden penelitian.
- e. Melakukan pengambilan data akses pelayanan dengan kuesioner yang dimodifikasi dari penelitian Rahmatin E., (2015) dan kepatuhan minum obat dengan menggunakan kuisisioner yang dimodifikasi dari kuisisioner

Morisky Adherence Scale (MMAS). Pengambilan data dilakukan pada waktu yang bersamaan.

- f. Data yang telah ditulis dalam pedoman pengumpulan data selanjutnya dimasukkan ke dalam lembar tabulasi akses pelayanan dan kepatuhan minum obat. Data tersebut akan diolah menggunakan program komputer.

K. Validitas Dan Reliabilitas

1. Validitas

Validitas adalah derajat ketetapan antara data yang terdapat di lapangan tempat penelitian dan data yang dilaporkan oleh peneliti. Dalam penelitian kuantitatif, untuk mendapatkan data yang valid, uji validitas ditujukan pada instrument penelitiannya (Lapau, 2015). Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan, dapat mengungkapkan kata dari variabel yang diteliti secara tepat (Nursalam, 2014). Dalam melakukan uji validitas teknik yang di pakai adalah “*product moment*” yang bisa dibantu dengan program komputer.

Keputusan dalam uji validitas ini adalah: bila r hitung lebih besar dari pada r tabel maka H_0 di tolak yang artinya variabel dapat di katakan valid sedangkan apabila r hitung lebih kecil dari r tabel maka H_0 gagal ditolak yang artinya variabel dikatakan tidak valid (Sugiyono, 2010).

Hasil uji validitas pada instrument Akses pelayanan: r tabel dengan 20 responden adalah 0,444 (Sugiyono, 2010). Dari hasil uji yang telah dilakukan didapatkan 2 pertanyaan dari kuesioner akses pelayanan memiliki nilai r di bawah nilai r tabel sehingga pertanyaan yang valid pada kuesioner akses pelayanan berjumlah 11 pertanyaan.

Uji validitas pada instrument kepatuhan minum obat: r tabel dengan 20 responden adalah 0,444 (Sugiyono, 2010). Dari hasil uji yang telah dilakukan pada masing-masing item pertanyaan dari kuisisioner kepatuhan minum obat, didapatkan memiliki nilai r di atas nilai r tabel sehingga semua pertanyaan valid pada kuisisioner kepatuhan minum obat berjumlah 8 pertanyaan.

2. Reliabilitas

Reliabilitas adalah ketepatan atau tingkat presisi suatu ukuran atau alat pengukuran. Dalam penelitian kuantitatif data dinyatakan reliable apabila dua lebih peneliti dalam obyek yang sama menghasilkan data yang sama, atau peneliti yang sama dalam waktu berbeda menghasilkan data yang sama, atau sekelompok data bila dibagi menjadi dua kelompok menunjukan data yang tidak berbeda (Lapau, 2015). Pengujian reliabilitas instrument dilakukan dengan menggunakan koefisien *Alpha Cronbach*. Sebuah instrument penelitian dikatakan reliable jika koefisien Alpha Cronbach lebih r tabel berdasarkan nilai dari *Product Moment* (Sugiyono, 2010).

Hasil uji reliabilitas pada instrument akses pelayanan didapatkan koefisien *Alpha Cronbach* sebesar 0,899, dimana koefisien tersebut lebih dari 0,4, sehingga dapat disimpulkan bahwa instrument penelitian ini sudah reliabel. Dari hasil uji yang telah dilakukan pada seluruh pertanyaan kuesioner akses pelayanan didapatkan nilai r hitung terendah adalah 0,882 dan nilai r tertinggi adalah 0,902.

Hasil uji reliabilitas pada instrument kepatuhan minum obat didapatkan koefisien *Alpha Cronbach* sebesar 0,837, dimana koefisien tersebut lebih dari 0,4, sehingga dapat disimpulkan bahwa instrument penelitian ini sudah reliabel. Dari hasil uji pada seluruh pertanyaan kuisisioner kepatuhan minum obat didapatkan nilai r hitung terendah adalah 0,803, dan nilai r tertinggi adalah 0,829.

L. Pengolahan Data

1. *Editing*

Editing adalah suatu kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuisisioner (Notoatmodjo, 2012). Kegiatan tersebut bertujuan untuk meneliti dan mengoreksi data yang meliputi kelengkapan hasil pegamatan/pengukuran yang telah dilakukan, sehingga apabila ada kesalahan dapat dengan mudah dilakukan perbaikan.

2. *Coding*

Coding yaitu memberikan kode untuk hasil observasi. Biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara memberi tanda/kode berbentuk angka

pada masing-masing hasil observasi, coding dalam penelitian ini dilakukan sebagai berikut :

a. Umur responden diberi kode :

1 = \leq 40 tahun 2 = $>$ 40 tahun

b. Jenis kelamin diberi kode :

1 = Laki-laki 2 = perempuan

c. Pendidikan diberi kode :

1 = Tidak tamat SD 2 = SD

3 = SMP 4 = SMA

5 = Perguruan Tinggi 6 = S2/S3

d. Status Pekerjaan

0 = Tidak bekerja 1 = Bekerja

e. Variabel akses pelayanan dibagi menjadi kode :

1 = sulit : Skor 11-33

2 = mudah : Skor 34 – 55

f. Variabel Tingkat Kepatuhan dibagi menjadi kode :

1 = Kepatuhan rendah : skor <6

2 = Kepatuhan sedang : 6-7

3 = Kepatuhan tinggi : 8

3. *Entry*

Entry yaitu memasukkan data yang telah diperoleh sesuai dengan kode yang telah ditetapkan ke dalam media pengolahan data. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan program compute

4. *Clening*

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk dilihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembentukan atau koreksi (Notoatmodjo, 2012)

5. *Tabulating*

Tabulating, yaitu kegiatan untuk meringkas data yang masuk ke dalam tabel yang disediakan. Kegiatan ini dilakukan agar data dengan mudah dapat dijumlah, disusun, dan ditata untuk disajikan dan dianalisis (Lapau, 2015).

M. Analisis Data

1. Analisis univariat

a. Data demografi

Mengidentifikasi karakteristik/data demografi responden yang akan diteliti meliputi: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan responden.

b. Akses pelayanan

Mengidentifikasi akses pelayanan responden dengan memasukkan nilai total responden kedalam 2 kategori yaitu sulit dan mudah (Rahmatin E., 2015). Kategori sulit jika skor total 11-33, kategori mudah jika skor total 34-55. Penentuan klasifikasi akses

pelayanan menggunakan rumus panjang kelas terlebih dahulu, dengan perhitungan sebagai berikut

$$i = \frac{R}{n}$$

Keterangan :

$$i = \frac{55-11}{2}$$

i= panjang kelas

$$= 22$$

R= rentang (skor maksimal – skor minimal)

n= banyak kelas/ kategori

(Hidayat, 2007 dalam Permana S. 2012)

c. Kepatuhan minum obat

Mengidentifikasi tingkat kepatuhan minum obat responden dengan memasukan jumlah skor yang didapat menjadi 3 kategori, yaitu kategori kepatuhan rendah jika skor < 6, kategori kepatuhan sedang jika skor 6-7, dan kategori kepatuhan tinggi jika skor 8 (Morisky D., 2016).

2. Analisis bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menguji hubungan dua variabel. Rumus yang digunakan adalah rumus “*spearman rank*” dengan data jenis ordinal. Analisis bivariat menggunakan bantuan program komputer.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yang langsung didapat dari pasien melalui wawancara terpaku dengan kuisioner. Penelitian ini dilakukan dari tanggal 12- 20 Mei 2017. Adapun hasil penelitian yang diperoleh adalah sebagai berikut :

1. Karakteristik Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Buleleng merupakan rumah sakit milik pemerintah Kabupaten Buleleng. RSUD Kabupaten Buleleng berlokasi di Jalan Ngurah Rai No. 30 dengan batas wilayah sebelah utara jalan Yudistira Utara, sebelah selatan jalan Yudistira Selatan, sebelah timur jalan Gajah Mada dan sebelah barat adalah jalan Ngurah Rai.

RSUD Kabupaten Buleleng memiliki beberapa ruang unit pelayanan kesehatan. Ruang rawat inap seperti ruang Jempiring, Leli, Flamboyan, Kamboja, Mahotama, Cempaka, Anggrek, Melati dan Sakura. Ruang perawatan perawatan intensif seperti NICU, ICU, Padma, Sandat dan ICCU. Selain itu Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buleleng juga memiliki ruang rawat jalan yang terbagi menjadi Poliklinik A B, dan C diantaranya poliklinik jantung, poliklinik paru, poliklinik

bedah, poliklinik penyakit dalam, poliklinik anak, poliklinik kebidanan, poliklinik saraf, poliklinik gigi, poliklinik THT, poliklinik ortopedi, dan poliklinik mata, serta poliklinik VCT.

Poliklinik *Voluntary Conseling Testing* (VCT) merupakan salah satu layanan rawat jalan dalam lingkup pelayanan keperawatan HIV-AIDS yang terdiri dari konseling pra test, konseling post test, dan test HIV secara sukarela yang bersifat confidential, dan secara lebih dini membantu seseorang dalam mengetahui status HIV-nya. Konseling pra test diberikan untuk memberikan pengetahuan terkait HIV, manfaat test, pengambilan keputusan, serta perencanaan atas isu HIV yang akan dihadapi. Sedangkan konseling post test diberikan untuk membantu seseorang untuk mengerti dan menerima status (HIV+). Selain layanan konseling poliklinik VCT juga merupakan layanan yang memberikan pengobatan terapi ARV pada pasien dengan HIV-AIDS. Dimana pengambilan obat dilakukan secara rutin 1 kali dalam sebulan,

Poliklinik VCT memiliki 1 ruangan untuk dokter dan perawat serta 1 ruangan konseling. Poliklinik VCT memiliki sekitar 9 tenaga kesehatan, 1 tenaga administrasi dan 1 *cleaning service*. Tenaga kesehatan secara lebih rinci terdiri dari 2 petugas laboratorium, 2 konselor, 1 dokter konsulen, 1 dokter CST, 1 perawat CST dan 2 apoteker.

2. Karakteristik Responden

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017.

| Karakteristik Jenis Kelamin | N | Frekuensi (%) |
|-----------------------------|----|---------------|
| L | 49 | 63,6% |
| P | 28 | 36,4% |
| Total | 77 | 100% |

Berdasarkan tabel 4.1 dapat dilihat bahwa dari 77 responden sebagian besar responden dengan jenis kelamin laki-laki yaitu 49 responden (63,6%) dan sebagian kecil dengan jenis kelamin perempuan yaitu 28 responden (36,4%).

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017.

| Karakteristik Umur | N | Frekuensi (%) |
|--------------------|----|---------------|
| ≤ 40 tahun | 55 | 71,4% |
| >40 tahun | 22 | 28,6% |
| Total | 77 | 100% |

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dilihat bahwa dari 77 responden sebagian besar responden dengan umur < 40 tahun sebanyak 55 responden (71,4%) dan sebagian kecil dengan umur > 40 tahun yaitu 22 responden (28,6%).

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017.

| Karakteristik Pendidikan | N | Frekuensi (%) |
|--------------------------|----|---------------|
| TS | 0 | 0% |
| SD | 12 | 15,6% |
| SMP | 39 | 50,6% |
| SMA | 22 | 28,6% |
| PT | 4 | 5,2% |
| S2/S3 | 0 | 0 % |
| Total | 77 | 100% |

Berdasarkan tabel 4.3 dapat dilihat bahwa dari 77 responden sebagian besar responden dengan pendidikan SMP yaitu 39 responden (50,6%) dan yang terendah berpendidikan perguruan tinggi yaitu 4 responden (5,2%).

d. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pekerjaan

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pekerjaan di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017.

| Karakteristik Status Pekerjaan | N | Frekuensi (%) |
|--------------------------------|----|---------------|
| Tidak Bekerja | 20 | 26% |
| Bekerja | 57 | 74% |
| Total | 77 | 100% |

Berdasarkan tabel 4.4 dapat dilihat bahwa dari 77 responden sebagian besar responden dengan status bekerja yaitu 57 responden (74%) dan sebagian kecil dengan status tidak bekerja yaitu 20 responden (26%).

e. Karakteristik Responden Berdasarkan Akses Pelayanan

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan akses pelayanan di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017.

| Karakteristik Akses Pelayanan | N | Frekuensi (%) |
|-------------------------------|----|---------------|
| Sulit | 30 | 39% |
| Mudah | 47 | 61% |
| Total | 77 | 100% |

Berdasarkan tabel 4.5 dapat dilihat bahwa dari 77 responden sebagian besar responden dengan akses pelayanan mudah yaitu 47 responden (61%) dan yang terendah dengan akses pelayanan sulit yaitu 30 responden (39%).

f. Karakteristik Responden Berdasarkan Kepatuhan Minum Obat

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan kepatuhan minum obat di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017.

| Karakteristik Kepatuhan Minum Obat | N | Frekuensi (%) |
|------------------------------------|----|---------------|
| Kepatuhan Rendah | 13 | 16,9% |
| Kepatuhan Sedang | 34 | 44,2% |
| Kepatuhan Tinggi | 30 | 39% |
| Total | 77 | 100% |

Berdasarkan tabel 4.6 dapat dilihat bahwa dari 77 responden sebagian besar responden dengan kepatuhan minum obat sedang yaitu 34 responden (44,2%) dan yang terendah dengan kepatuhan minum obat rendah yaitu 13 responden (16,9%).

3. Hasil Analisis Data

a. Tabulasi Data Akses Pelayanan Dan Kepatuhan Minum Obat

Tabel 4.7 Tabulasi hubungan akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat ARV di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017.

| Akses Pelayanan | Kepatuhan Minum Obat | | | | | | Total | |
|-----------------|----------------------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|------|
| | Rendah | | Sedang | | Tinggi | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sulit | 12 | 15,6% | 9 | 11,7% | 9 | 11,7% | 30 | 39% |
| Mudah | 1 | 1,3% | 25 | 32,5% | 21 | 27,3% | 47 | 61% |
| Total | 13 | 16,9% | 34 | 44,2% | 30 | 39% | 77 | 100% |

Berdasarkan tabel 4.7 dapat diketahui bahwa responden yang termasuk akses pelayanan sulit dengan kepatuhan rendah terdapat sebanyak 12 orang (15,6%), akses pelayanan sulit dengan kepatuhan sedang dan kepatuhan tinggi masing-masing sebanyak 9 orang (11,7%).

Responden yang termasuk dalam kategori akses pelayanan mudah dengan kepatuhan minum obat rendah sebanyak 1 orang (1,3%), akses pelayanan mudah dengan kepatuhan minum obat sedang sebanyak 25 orang (32,5%), dan akses pelayanan mudah dengan kepatuhan tinggi sebanyak 21 orang (27,3%).

b. Uji Hubungan

Tabel 4.8 Analisis hubungan akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat ARV di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017.

| | | | Akses Pelayanan | Kepatuhan Minum Obat |
|----------------|----------------------|-----------------|-----------------|----------------------|
| Spearman's rho | Akses Pelayanan | Correlation | 1,000 | 0,324 |
| | | Coefficient | | 0,004 |
| | | Sig. (2-tailed) | 77 | 77 |
| | | N | | |
| | Kepatuhan Minum Obat | Correlation | 0,324 | 1,000 |
| | | Coefficient | 0,004 | |
| | | Sig. (2-tailed) | 77 | 77 |
| | | N | | |

Dari tabel 4.8 diatas dapat diketahui bahwa nilai signifikasi (p) adalah 0,004 yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima. Ini berarti bahwa ada hubungan antara akses pelayanan dan kepatuhan minum obat ARV di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng. Tabel diatas juga menunjukan nilai koefisien korelasi adalah 0,324 yang berarti antara akses pelayanan dan kepatuhan minum obat mempunyai kekuatan hubungan rendah.

B. Pembahasan

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.

Dari hasil penelitian tentang karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017 didapatkan bahwa responden dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 49 responden (63,6%) dan responden dengan jenis kelamin

perempuan sebanyak 28 responden (36,4%) dari 77 sampel yang didapatkan oleh peneliti.

Menurut peneliti hasil diatas sesuai dengan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Bali, (2015), bahwa presentasi kasus HIV-AIDS tahun 2015 pada kelompok laki-laki lebih besar dibandingkan pada kelompok perempuan. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di POKJA HIV RSPI Sulianti menemukan ODHA lebih banyak pada laki-laki yaitu sebanyak 85,7% (Rayasari, 2011) dan penelitian serupa yang dilakukan di Inggris menyatakan bahwa dari 108 responden yang diikutsertakan pada penelitian menemukan hal yang sama yaitu prevalensi laki-laki lebih banyak ditemukan daripada perempuan yaitu 89,9% (98 responden) (Minson, 2014). Laki-laki lebih berisiko terkena HIV-AIDS karena faktor resiko HIV-AIDS dominan pada laki-laki seperti kelompok resiko pada homoseksual serta penggunaan jarum suntik berganti pada penggunaan narkoba (Hutapea Ronald, 2014).

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor demografi yang mempengaruhi tingkat kepatuhan terapi ARV pada ODHA (Kemenkes RI, 2011). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Kabupaten Mimika, Papua menyatakan bahwa responden perempuan 2 kali lebih patuh dari responden laki-laki dan 1,5 kali tidak patuh dibandingkan dengan responden laki-laki (Reynold R. Ubra, 2012). Penelitian lainnya juga dilakukan di RS Dr. Soetomo menunjukkan bahwa perempuan cenderung lebih rutin datang setiap bulan untuk mengambil obat (55,6%).

Dari hasil penelitian tersebut diketahui bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan terapi ARV dan perempuan lebih patuh dalam menjalani terapi ARV dibandingkan laki-laki, hal ini disebabkan, umumnya perempuan cenderung lebih memperhatikan masalah kesehatan dari pada laki-laki (Wulandari, 2015).

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Di Ruang Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.

Dari hasil penelitian tentang karakteristik responden berdasarkan umur di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017 didapatkan bahwa responden dengan umur kurang dari atau sama dengan 40 tahun sebanyak 55 orang (71,4%), dan responden dengan umur > 40 tahun yaitu 22 orang (28,6%).

Data di atas sesuai dengan data yang diperoleh menurut Dirjen PP & PL Kemenkes RI (2014), bahwa jumlah kumulatif kasus HIV-AIDS di Indonesia tertinggi pada kelompok usia produktif 20-40 tahun. Hal ini dikarenakan dampak dari globalisasi yaitu perilaku dan gaya hidup pada remaja masa kini seperti penyalahgunaan narkoba, kontak seksual dan hubungan seks bebas. Disisi lain usia merupakan salah satu faktor sosiodemografi yang mempengaruhi tingkat kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV (Kemenkes RI, 2011). Hubungan antara kepatuhan dengan usia dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah kekhususan penyakit yang diderita, waktu terjangkit penyakit tersebut, dan ketentuan yang berlaku untuk dapat dinyatakan sebagai seorang yang

patuh dalam menjalani perawatan. Penelitian-penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa kepatuhan dapat meningkat atau menurun sejalan usia (Widyanti, 2008).

Pernyataan diatas sesuai dengan penelitian yang dilakukan di RSUD Tugurejo dan RSUD Panti Wilasa Citarum Semarang yang menyatakan bahwa usia memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan terapi ARV dengan $p. value = 0,018$ dengan tingkat kepatuhan pengobatan ARV $>95\%$ terbanyak pada responden berusia 21-30 tahun yaitu 18 orang (37%), sedangkan pada tingkat kepatuhan 80-89% hanya terdapat 1 orang responden penelitian yang berusia 41-50 tahun (Fithria, Purnomo & Ikawati, 2011).

Dari asumsi di atas dapat disimpulkan bahwa usia produktif memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi dibandingkan dengan usia tidak produktif. Hal tersebut disebabkan karena pada usia muda dan produktif, masih mempunyai ketakutan yang lebih akan pandangan buruk dari masyarakat sekitar dibandingkan pada usia yang lebih tua.

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Di Ruang Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng

Dari hasil penelitian tentang karakteristik responden berdasarkan pendidikan di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017, didapatkan bahwa responden dengan pendidikan SD sebanyak 12 orang (15,6%), responden dengan pendidikan SMP sebanyak 39 orang (50,6%), responden dengan pendidikan SMA sebanyak 22 orang

(28,6%) dan responden dengan pendidikan PT sebanyak 4 orang (5,2%) dari 77 sampel yang didapatkan oleh peneliti.

Menurut peneliti dari hasil diatas adalah ada hubungan tingkat pendidikan dengan kepatuhan minum obat ARV pada pasien HIV-AIDS. Hal ini dikarenakan semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin besar kesempatan untuk memperoleh pengetahuan, berpikir logis, dan memahami informasi yang diperoleh. Dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang dapat mengubah prilakunya sehingga dapat mengendalikan kondisi penyakitnya. Hal ini sejalan dengan teori menurut Fever Stein (dalam Niven, 2008) menyatakan bahwa ada beberapa sikap yang mendukung sikap patuh pasien diantaranya pendidikan, akomodasi, modifikasi faktor dan lingkungan sosial, perubahan model terapi dan meningkatkan interaksi professional.

Teori di atas sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Martoni W., dkk (2012) dengan judul “ Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien HIV-AIDS di Poliklinik Rawat Jalan Bagian Penyakit Dalam RSUP dr. M. Djamil Padang” . Hasil penelitian menunjukan tingkat pendidikan memiliki hubungan yang signifikan terhadap kepatuhan pasien dalam terapi *Antiretroviral* (ARV) dengan nilai *p value* 0,028.

d. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pekerjaan Di Ruang Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.

Dari hasil penelitian tentang karakteristik responden berdasarkan status pekerjaan di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017 didapatkan bahwa responden dengan status tidak bekerja sebanyak 20 responden (26%), dan responden dengan status bekerja sebanyak 57 orang (74%).

Menurut peneliti dari hasil diatas menunjukan tidak adanya hubungan antara status pekerjaan dengan kepatuhan minum obat ARV pada pasien dengan HIV-AIDS. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Martoni W., dkk, (2012), dengan judul penelitian “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien HIV-AIDS Di Poliklinik Khusus Rawat Jalan Bagian Penyakit Dalam RSUP dr. M. Djamil Padang” bahwa status pekerjaan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan pada pasien HIV-AIDS.

e. Akses Pelayanan Pada ODHA Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.

Dari hasil penelitian tentang akses pelayanan pada ODHA di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017 didapatkan bahwa responden dengan akses pelayanan sulit sebanyak 30 orang (39%), dan responden dengan akses pelayanan mudah sebanyak 47 orang (61%) dari 77 sampel yang didapatkan oleh peneliti.

Di dalam akses pelayanan, terdapat 5 faktor yang mempengaruhi akses terhadap layanan kesehatan yaitu:

1) Faktor geografis

Faktor geografis mencakup jarak lokasi layanan kesehatan, biaya perjalanan ataupun transportasi dan hambatan fisik yang dapat menghalangi seseorang memperoleh layanan kesehatan. Dari hasil penelitian diperoleh distribusi data faktor geografis sebesar 49,1 %. Hal ini menunjukkan tidak sedikit responden yang mengalami hambatan jarak dan biaya transportasi dalam mengakses layanan ke poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.

2) Faktor informasi

Faktor Informasi mencakup informasi yang diperoleh pasien terkait dengan penyakit yang diderita. Hasil penelitian menunjukkan distribusi data dari faktor informasi menunjukkan distribusi data tertinggi yaitu sebesar 82,3% . Hal tersebut menunjukkan bahwa pasien telah mendapatkan informasi terkait penyakit yang diderita dengan jelas.

3) Faktor ekonomi

Faktor ekonomi mencakup tentang kemampuan pasien dalam membayar biaya layanan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan distribusi data faktor ekonomi sebesar 63,6% berarti sebesar 37% responden mengalami hambatan ekonomi dalam mengakses layanan ke poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.

4) Faktor organisasi

Faktor organisasi mencakup kemudahan dan kenyamanan pasien dalam memperoleh layanan kesehatan yang dinilai dari kelengkapan layanan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan distribusi data faktor organisasi sebesar 71,5 % . Hal ini berarti faktor organisasi tidak terlalu memberikan distribusi yang cukup dalam menghambat akses layanan ke poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng

5) Faktor sosial & budaya

Faktor sosial dan budaya mencakup kenyamanan pasien dengan petugas dalam melakukan konseling. Hal ini dinilai dari kepercayaan antara pasien dengan petugas layanan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan distribusi data faktor sosial & budaya sebesar 76,6%. Hal ini berarti responden memiliki tingkat kepercayaan cukup tinggi dengan petugas layanan kesehatan.

Menurut peneliti tentang hasil diatas adalah sebagian besar responden memiliki akses layanan mudah, namun tidak sedikit juga responden yang dinyatakan memilki akses layanan sulit. Akses layanan yang sulit tersebut dikarenakan adanya hambatan dalam faktor geografis. Hal tersebut dapat dilihat dari hasil penelitian yang menunjukkan distribusi data jarak layanan dan biaya transportasi ke layanan kesehatan, yang merupakan faktor geografis memiliki distribusi paling rendah yaitu sebesar 49,1%, dibandingkan faktor lain yang dapat berpengaruh dalam mengakses layanan kesehatan. Hasil di

atas didukung oleh teori menurut Pohan, S. (2007), bahwa keterjangkauan atau akses layanan itu harus dapat dicapai oleh masyarakat, dimana tidak terhalang oleh keadaan geografis. Teori tersebut didukung oleh pernyataan Wibowo A., dalam penelitian Nainggolan O., dkk (2013) dengan judul penelitian “Pengaruh Akses Ke Fasilitas Kesehatan Terhadap Kelengkapan Imunisasi Baduta” bahwa ada hubungan positif antara jarak dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dimana semakin jauh suatu layanan kesehatan, semakin segan penduduk untuk datang ke fasilitas layanan kesehatan. Penelitian lain juga yang dilakukan di puskesmas Pamulang kota Tangerang Selatan propinsi Banten, bahwa ada hubungan jarak menuju fasilitas kesehatan dengan kepatuhan minum OAT Pada pasien TB paru dengan *p value* 0,0031.

f. Kepatuhan Minum Obat ARV Pada ODHA Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng

Dari hasil penelitian tentang kepatuhan minum obat ARV pada ODHA di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017 didapatkan bahwa responden dengan kepatuhan rendah 13 responden (16,9%), kepatuhan sedang sebanyak 34 responden (44,2%), dan kepatuhan tinggi sebanyak 30 responden (39%) dari 77 sampel yang didapatkan oleh peneliti.

Menurut peneliti terhadap hasil diatas adalah sebagian besar responden memiliki kepatuhan minum obat sedang. Hasil penelitian ini

sesuai dengan penelitian yang dilakukan di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso, Wonogiri menyatakan bahwa sebagian besar responden patuh dalam program pengobatan HIV-AIDS yaitu sebanyak 34 responden (81%) dan yang kurang patuh dalam pengobatan hanya sebanyak 8 responden (19%) (Hardiyatmi, 2016). Penelitian serupa juga dilakukan di RSUP dr. M. Djamil Padang yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden patuh menjalani terapi ARV yaitu sebanyak 41 responden (74,5%) dan responden yang tidak patuh sebanyak 14 responden (25,5%) (Martoni W.,dkk, 2013).

Kepatuhan meliputi sejauh mana pasien mengikuti jadwal minum obat mereka seperti yang ditentukan oleh penyedia perawatan. Tingkat kepatuhan yang tinggi pada responden dipengaruhi oleh kemudahan akses pelayanan yang diberikan di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng. Hal ini dapat dilihat dari distribusi data tertinggi pada faktor informasi akses pelayanan sebesar 82,3% dan faktor sosial budaya sebesar 76,6 %. Hal ini sesuai dengan hasil diskusi yang dilakukan dengan pasien HIV-AIDS di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng, pasien mengatakan mendapatkan kemudahan akses dalam pelayanan, seperti halnya penyampaian informasi yang jelas serta motivasi dan dukungan yang diberikan dari petugas kesehatan terkait dengan diagnosis pasien serta terapi ARV yang diketahui dapat meningkatkan harapan hidup ODHA. Penyampaian informasi serta dukungan yang diberikan petugas kesehatan tersebut dikatakan sangat membantu pasien dalam memahami kondisinya,

sehingga pasien dapat mengambil keputusan dan sadar akan pentingnya menjalani pengobatan ARV secara rutin dan tepat waktu karena sangat mempengaruhi proses keberhasilan pengobatannya. Selain itu sikap petugas yang ramah dan terbuka serta mau mendengarkan keluhan pasien dapat mendorong pasien untuk patuh dalam menjalani pengobatan.

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Dermawanti, dkk, (2014) di puskesmas Sunggal Medan, didapatkan bahwa ada hubungan antara keterbukaan petugas dengan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan TB Paru dengan p value 0,001. Penelitian serupa juga didapatkan hasil bahwa ada hubungan sikap mendukung petugas dengan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan TB Paru, dimana dari 13 orang yang menyatakan sikap mendukung petugas baik, sebanyak 8 orang yang tidak patuh dan 5 orang yang patuh. Sedangkan dari 25 orang yang menyatakan sikap mendukung petugas cukup, sebanyak 22 orang yang patuh dan 3 orang yang tidak patuh.

Jadi dapat disimpulkan pemberian dukungan dan informasi yang merupakan bagian dari kemudahan akses pelayanan, memberikan pengaruh terhadap kepatuhan pasien. Dimana pasien mendapat dukungan serta motivasi untuk selalu tepat waktu mengambil obat, dan selalu memperhatikan perkembangan kesehatan pasien, sehingga pasien merasa diperhatikan oleh petugas kesehatan dan menerima semua anjuran dari petugas kesehatan terkait dengan pengobatannya.

Disisi lain menurut peneliti adanya tingkat kepatuhan rendah pada responden dipengaruhi oleh hambatan faktor geografis dan faktor ekonomi yang merupakan bagian dari akses pelayanan. Ini dapat dilihat dari distribusi data paling rendah pada faktor geografis sebesar 49,1 % dan pada faktor ekonomi sebesar 63,6%. Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien yang memiliki kepatuhan rendah mengatakan melakukan pembayaran kesehatan secara umum, dimana pasien tidak memiliki jaminan kesehatan seperti BPJS ataupun Kartu Indonesia Sehat (KIS). Seperti diketahui bahwa program jaminan kesehatan dari pemerintah telah terbukti meningkatkan akses pasien terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Prayogo A., (2013), yang dilakukan di puskesmas Pamulang kota Tangerang Selatan propinsi Banten, bahwa ada hubungan jarak menuju fasilitas kesehatan dengan kepatuhan minum OAT Pada pasien TB paru. Dimana dari responden yang jarak layanan dekat dengan fasilitas layanan kesehatan memiliki kepatuhan sebesar 32,9% dan responden yang tidak patuh sebesar 3,7 %. Sedangkan dari responden yang jarak layanan jauh , sebesar 20,7 % yang tidak patuh dan sebesar 42,7 % yang memiliki kepatuhan.

Jadi dapat disimpulkan faktor jarak layanan yang merupakan faktor geografis dalam akses pelayanan dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam pengobatan. Semakin jauh jarak dari rumah ke fasilitas layanan kesehatan maka akan berpengaruh pada keteraturan berobat pada pasien, sehingga keterjangkauan jarak dan sarana transportasi akan memberikan

kemudahan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Begitu pula dengan penggunaan jaminan kesehatan yang merupakan faktor ekonomi dalam akses pelayanan. Dimana dengan adanya program jaminan kesehatan dari pemerintah dapat memberikan kontribusi positif dalam hal peningkatan akses pada pasien ke fasilitas layanan kesehatan sehingga dapat berdampak pada kepatuhan pasien dalam pengobatan.

g. Analisa Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.

Dari hasil penelitian tentang hubungan akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat ARV di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng tanggal 12-20 Mei 2017, didapat bahwa nilai $\text{sig} < \alpha$ ($0,004 < 0,05$) yang berarti ada hubungan antara akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat ARV di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng. Dimana dengan nilai *koefisien corelation* menunjukkan nilai 0,324 yang berarti hubungan antara akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat mempunyai hubungan dengan tingkat kekuatan rendah.

Menurut peneliti terhadap hasil analisa diatas adalah kedua variabel mempunyai hubungan yang signifikan. Akses pelayanan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam terapi ARV. Dimana semakin mudah memperoleh layanan kesehatan, semakin patuh pasien dalam kunjungan ke fasilitas layanan kesehatan. Kepatuhan kunjungan pada pasien dapat berdampak pada kepatuhan terapi ARV, karena pengambilan obat ARV di poliklinik VCT RSUD

Kabupaten Buleleng dilakukan rutin satu kali dalam sebulan. Ketidakteraturan kunjungan pasien dalam mengakses layanan poliklinik VCT dapat beresiko terhadap ketidakpatuhan pasien dalam terapi ARV. Hal tersebut sesuai dengan teori *Lawrence Green* yang menyatakan bahwa perilaku (kepatuhan) dapat dipengaruhi oleh faktor pendukung (*enabling factor*) yaitu fasilitas, sarana dan prasarana yang mendukung dapat memfasilitasi terjadinya suatu perilaku yang menjadikan patuh dalam pengobatan (Lapau B, 2015). Pernyataan ini sejalan dengan Martoni W., dkk, 2012 dalam penelitian yang berjudul “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien HIV-AIDS Di Poliklinik Khusus Rawat Jalan Bagian Penyakit Dalam RSUP dr. M. Djamil Padang bahwa jangkauan akses layanan berhubungan dengan kepatuhan pasien dalam terapi *Antiretroviral* (ARV) dengan nilai *p value* 0,02. Penelitian lain serupa yang dilakukan oleh Rahmatin E., (2015), didapatkan nilai *p value* 0,03 yang berarti ada hubungan signifikan antara akses layanan dengan keteraturan kunjungan CST pada pasien ko infeksi TB-HIV di balai kesehatan paru masyarakat wilayah Semarang.

Akses layanan merupakan salah satu bentuk bagian dari fasilitas layanan kesehatan, dimana fasilitas layanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien. Kemudahan dalam mengakses layanan seperti sistem pelayanan yang tidak berbelit, sistem pembiayaan kesehatan yang terjangkau, ketersediaan pemeriksaan laboratorium dan ketersediaan obat, serta jarak rumah dan biaya

transportasi ke tempat pelayanan menjadi faktor yang dapat berpengaruh terhadap kepatuhan pasien dalam mengakses layanan kesehatan (Dirjen PP & PL, 2011). Menurut Muliawan dalam penelitian Martoni W., dkk, (2012) adapun penyebab dari ketidakpatuhan pasien meliputi usia, pendidikan, masalah ekonomi, takut akan efek samping, kurangnya pengetahuan tentang penyakit, dukungan keluarga dan dari tenaga medis serta kemudahan akses pelayanan. Faktor tersebut akibat dari kurangnya informasi dan komunikasi. Biasanya karena kurangnya informasi, pasien melakukan *self regulation* terhadap terapi obat yang diterimanya.

Jadi dapat disimpulkan bahwa akses pelayanan dapat mempengaruhi kepatuhan minum obat ARV pada ODHA. Kemudahan akses pelayanan baik dalam kemudahan jarak (faktor geografis) dapat mempengaruhi kepatuhan pasien, dimana semakin mudah jarak layanan semakin patuh pasien untuk teratur dalam pengobatan. Selain itu pemberian informasi serta dukungan dari petugas kesehatan (faktor informasi & organisasi & sosial budaya) juga dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam pengobatan. Informasi serta dukungan yang diberikan dari petugas kesehatan dapat membuat pasien paham dan mengerti akan kondisinya sehingga dapat mengambil keputusan untuk patuh dan teratur dalam pengobatan.

C. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini diantaranya :

1. Rancangan penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* sehingga sulit dalam menentukan sebab akibat, karena pengambilan data kedua variabel dilakukan pada waktu yang bersamaan.
2. Adanya faktor *confounding* yang tidak diteliti dalam penelitian ini diantaranya dukungan keluarga, sikap/motivasi pasien, dan pengawasan dari PMO yang juga dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien HIV-AIDS dalam terapi ARV.
3. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan kuisioner dalam mengevaluasi akses pelayanan dan kepatuhan minum obat ARV pada ODHA. peneliti tidak dapat mengontrol kejujuran responden dalam menjawab pertanyaan yang diberikan peneliti karena jawaban dari responden ditentukan oleh mood atau perasaan diri dari responden.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil dari penelitian dan pembahasan sehingga dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng yang terbanyak pada kelompok jenis kelamin laki-laki dengan jumlah 49 (63,6%). Responden berdasarkan umur didapatkan hasil lebih banyak pada usia produktif ≤ 40 tahun sebanyak 55 orang (71,4%). Responden berdasarkan tingkat pendidikan paling banyak yaitu pada tingkat pendidikan SMP sebanyak 39 Orang (50,6%). Sedangkan karakteristik responden berdasarkan status pekerjaan didapatkan hasil paling banyak dengan status bekerja yaitu sebesar 57 orang (74%).
2. Akses pelayanan responden di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng yang terbanyak berada pada akses pelayanan mudah dengan jumlah 30 responden (39%)
3. Kepatuhan minum obat ARV responden di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng yang terbanyak berada pada kepatuhan minum obat sedang dengan jumlah 34 responden (44,2%)
4. Berdasarkan uji analisa data dengan menggunakan uji *spearman rank* didapatkan hasil nilai $p < \alpha$ ($0.004 < 0.05$) dan *koefisien correlational* 0,324 dengan demikian hipotesis nol (H_0) ditolak, yang artinya ada

hubungan antara akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat ARV di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng dengan kekuatan hubungan rendah.

B. Saran

1. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai info bagi tempat pelayanan kesehatan guna meningkatkan pelayanan khususnya pelayanan keperawatan HIV-AIDS di poliklinik VCT sehingga pelayanan kesehatan dapat lebih optimal

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan keilmuan keperawatan tentang hubungan akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat. Selanjutnya, hal tersebut dapat menjadi informasi dasar dalam kurikulum pembelajaran yang tepat mengenai masalah pelayanan pada pasien HIV-AIDS pada jenjang pendidikan keperawatan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat digunakan sebagai acuan atau gambaran informasi untuk pelaksanaan penelitian lebih lanjut berkaitan hubungan akses pelayanan dengan kepatuhan minum obat arv pada pasien hiv-aids dengan kepatuhan pasien yang lebih tinggi dan lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Pendidikan Nasional, (2007), *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Jakarta: Balai Pustaka.
- Dermawanti, dkk, (2014), *Hubungan Komunikasi Interpersonal Petugas Kesehatan Terhadap Kepatuhan Pasien Menjalani Pengobatan TB Paru Di Puskesmas Sunggal Medan Tahun 2014*. Departemen Pendidikan Kesehatan Masyarakat USU.
- Dinas Kesehatan Provinsi Bali, (2015), *Profil Kesehatan Provinsi Bali*, Denpasar: Dinkes Provinsi Bali.
- Dirjen BK & AK., (2008), *Pedoman Pelayanan Kefarmasian Untuk Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA)*, Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dirjen PP & PL, (2007), *Pedoman Pengembangan Jejaring Layanan Dukungan, Perawatan, Dan Pengobatan HIV-AIDS*, Jakarta: Depkes RI.
- _____ (2011), *Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral Pada Orang Dewasa*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- _____ (2014), *Pusat Data Dan Kementerian Kesehatan RI Situasi Dan Analisis HIV- AIDS*, Jakarta: Kemenkes RI.
- _____ (2016), *Statistik Kasus HIV-AIDS Di Indonesia Maret Tahun 2016*, Jakarta: Kemenkes RI.
- Fithria, Purnomo & Ikawati. (2011). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan Pengobatan ARV (Antiretroviral) pada ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo dan Rumah Sakit Umum Panti Wilasa Citarum Semarang*. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*, 126-137.
- Hardiyatmi, (2016), *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Program Pengobatan Penderita HIV-AIDS di Poliklinik VCT (Voluntary Counseling Test) RSUD dr. Soediran Mangunn Sumarso Wonogiri*, Skripsi, Surakarta, Stikes Kusuma Husada.

- Hutapea Ronald, (2014), *HIV & AIDS Dan Pemerkosaan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Lapau B., (2015), *Metode Penelitian Kesehatan, Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, Dan Disertasi*, Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Martoni W, dkk. (2013). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien HIV/AIDS di Poliklinik Khusus Rawat Jalan Bagian Penyakit Dalam RSUP dr. M. Djamil Padang Periode Desember 2011-Maret 2012*. *Jurnal Farmasi Andalas* Vol 1(1), 50-51.
- Minson, (2014), *The Influence of HIV Stigma and Disclosure on Psychosocial Behavior*, Disertasi, United States, Walden University.
- Morisky D., dkk (2016). *Validation of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale In Chronically III Ambulatory Patients In Rural Greece*. *Open Journal of Nursing*, (6), 158-169
- Nainggolan O., dkk, (2013). *Pengaruh Akses Pelayanan Ke Fasilitas Kesehatan Terhadap Kelengkapan Imunisasi Baduta*. *Media Litbangkes*, Vol. 26 (1), 15-28
- Najmah, (2016), *Epidemiologi Penyakit Menular*, Jakarta:CV. Trans Info Media.
- Ninie, dkk, (2010), *Pengaruh Akses Pelayanan Kesehatan, Performed Treament Index/Pti Requirement Treatment Index/Rti, Terhadap Perilaku Oral Hygiene*. *Buletin penelitian sistem Kesehatan* Vol 13 (2).
- Niven, N., (2008), *Psikologi Kesehatan: Pengantar untuk Perawat Dan Profesional Kesehatan Lain*, Jakarta: EGC
- Notoatmodjo S., (2011), *Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: PT Rineka Cipta.
- _____, (2012) *Metodelogi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Noviana Nana, (2013), *Catatan Kuliah Kesehatan Reproduksi & HIV-AIDS*, Jakarta: CV. Trans Info Media.

- Nursalam & Kurniawati, (2007) , *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV-AIDS*, Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, (2014), *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*, Jakarta: Salemba Medika.
- _____, (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Permana S, 2012, *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi Di Poli Jantung RSSA Malang, Skripsi*, Malang, Universitas Brawijaya Malang.
- Permenkes RI, 2014, *Pedoman Pengobatan Antiretroviral* , Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Pohan S., (2007), *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*, Jakarta: EGC
- Prayogo A., (2013), *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis Pada Pasien TB Paru Di Puskesmas Pamulang Kota Tangerang Selatan Propinsi Banten Periode Januari 2012-2013, Skripsi*, Banten. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta
- Rahmatin E., (2015), *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keteraturan Kunjungan Layanan Care Support And Treatment (CST) Pada Pasien Koinfeksi TB-HIV Di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang, Skripsi*, Semarang, Universitas Negeri Semarang.
- Rayasari, (2011), *Hubungan depresi dan Self Care Practice dengan Tingkat Fatigue pada Pasien HIV/AIDS di POKJA HIV/AIDS RSPI Prof. DR. Sulianti Saroso, Tesis*, Depok, Universitas Indonesia.
- Reynold R., (2012), *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV pada Pasien HIV di Kabupaten Mimika-Provinsi Papua, Tesis*, Depok, Universitas Indonesia.
- Safira N, dkk, (2014), *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penderita HIV/AIDS Mengonsumsi Obat Antiretroviral (ARV) Di Klinik VCT RSUP H. Adam Malik Medan Tahun 2014*, 1-10

Setiadi, (2007), *Konsep Dan Penulisan Riset Keperawatan*, Yogyakarta: Graha Ilmu

Setiawati S., dkk, (2014), *Ilmu Penyakit Dalam Jilid I Edisi VI*, Jakarta: InternaPublishing

Sugiyono, (2010), *Statistika Untuk Penelitian*, Bandung: Alfabeta.

Wulandari. (2015). *Hubungan Karakteristik Pasien dengan Tingkat Kepatuhan Terapi ARV di Rawat Jalan UPIPI Rumah Sakit Dr. Soetomo. Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1-6.

LAMPIRAN

Lampiran 1: Jadwal Penelitian

JADWAL PENELITIAN S1 KEPERAWATAN TAHUN 2017

| No | Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|---|---|---|---------------|---|---|---|------------|---|---|---|------------|---|---|---|----------|---|---|---|-----------|---|---|---|
| | | Januari 2017 | | | | Februari 2017 | | | | Maret 2017 | | | | April 2017 | | | | Mei 2017 | | | | Juni 2017 | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Sosialisasi skripsi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Registrasi administrasi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Registrasi skripsi sesuai dengan syarat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Penyusunan proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Sidang proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Uji validitas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Perbaikan proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Pengurusan ijin penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Pengumpulan data dan analisis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Penyusunan laporan penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Sidang skripsi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Perbaikan skripsi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Pengumpulan skripsi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Singaraja, Maret 2017

Penulis

Made Siska Diana Sari

Lampiran 2: Pernyataan Keaslian Tulisan

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Made Siska Diana Sari
NIM : 13060140087
Jurusan : S1 Ilmu Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Singaraja, Juni 2017
Yang membuat pernyataan,



Made Siska Diana Sari
13060140087

Lampiran 3: Surat Pernyataan Kesiediaan Pembimbing



YAYASAN KESEJAHTERAAN WARGA KESEHATAN (YKWK) SINGARAJA – BALI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BULELENG
S-1 Ilmu Keperawatan, D-3 Kebidanan, Program Profesi Ners (TERAKREDITASI B)
Office : Jln. Raya Air Sanih Km. 11 Bungkulun, Singaraja – Bali Telp. (0362) 701130, Fax. (0362) 3435033
Email. stikesbuleleng@gmail.com web.stikesbuleleng.ac.id

FORMULIR KESEDIAAN SEBAGAI PEMBIMBING SKRIPSI PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKES BULELENG

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. I Dewa Ayu Rismayanti S.Kep.,M.Kep.
NIK : 2011.0718.084
Pangkat/Jabatan : Dosen/Puket I

Dengan ini menyatakan kesiediaan sebagai Pembimbing Utama Skripsi bagi mahasiswa di bawah ini:

Nama : Made Siska Diana Sari
NIM : 13060140087
Semester : VIII (Delapan)
Jurusan : S1 Keperawatan

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Singaraja, Juni 2017
Calon Pembimbing Skripsi

Ns. I Dewa Ayu Rismayanti S.Kep.,M.Kep.
NIK. 2011.0718.084



YAYASAN KESEJAHTERAAN WARGA KESEHATAN (YKWK) SINGARAJA – BALI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BULELENG

S-1 Ilmu Keperawatan, D-3 Kebidanan, Program Profesi Ners (TERAKREDITASI B)
Office : Jln. Raya Air Sanih Km. 11 Bungkulan, Singaraja – Bali Telp. (0362) 701130, Fax. (0362) 3435033
Email. stikesbuleleng@gmail.com web.stikesbuleleng.ac.id

FORMULIR KESEDIAAN SEBAGAI PEMBIMBING SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKES BULELENG

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Putu Wahyu Sri Juniantari S.Kep., M.Kes.
NIK : 2014.1013.075
Pangkat/Jabatan : Dosen/ Sekretaris Keperawatan

Dengan ini menyatakan kesediaan sebagai Pembimbing Pendamping Skripsi bagi mahasiswa di bawah ini:

Nama : Made Siska Diana Sari
NIM : 13060140087
Semester : VIII (Delapan)
Jurusan : S1 Keperawatan

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Singaraja, Juni 2017
Calon Pembimbing Skripsi

Putu Wahyu Sri Juniantari S.Kep., M.Kes
NIK. 2014.1013.075

Lampiran 4: Surat Persetujuan Menjadi Responden

SURAT PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya telah mendapatkan penjelasan dengan baik mengenai tujuan dan manfaat penelitian yang berjudul “Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng”.

Saya mengerti bahwa saya akan diminta untuk mengisi instrument penelitian dan memberikan jawaban sesuai dengan yang dirasakan. Jika ada pertanyaan yang menimbulkan responden emosional, maka penelitian ini dihentikan dan peneliti akan memberikan dukungan serta kolaborasi dengan dokter dan tenaga medis yang terkait untuk mendapatkan terapi lebih lanjut.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai data penelitian ini akan dirahasiakan, dan kerahasiaan ini akan dijamin. Informasi mengenai identitas tidak akan saya tulis pada instrument penelitian dan akan tersimpan secara terpisah.

Saya mengerti bahwa saya berhak menolak untuk berperan serta dalam penelitian ini atau mengundurkan diri dari penelitian setiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak-hak saya.

Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai penelitian ini atau mengenai peran serta saya dalam penelitian ini dan dijawab serta dijelaskan secara memuaskan. Saya secara sukarela dan sadar bersedia berperan serta dalam penelitian ini dengan menandatangani Surat Persetujuan Menjadi Responden.

Peneliti,

Singaraja,..... Mei 2017
Responden,



Made Siska Diana Sari
NIM. 13060140087

.....

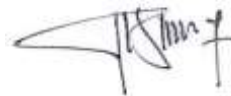
Mengetahui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Ns. I Dewa Ayu Rismayanti, S.Kep.,M.Kep.
NIK. 2011.0718.084



Putu Wahyu Sri J. Sandy, S.Kep.,M.Kes
NIK. 2014.1013.075

Lampiran 5: Permohonan Menjadi Responden

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.
Bapak/Ibu/Saudara/I Calon Responden
Di
Singaraja

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Buleleng

Nama : Made Siska Diana Sari

NIM : 13060140087

Sehubungan dengan penelitian yang akan dilakukan di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng yang berjudul “Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Di Poliklinik RSUD Kabupaten Buleleng”. Untuk kepentingan tersebut, maka peneliti mohon bantuan agar klien bersedia dijadikan sampel penelitian.

Peneliti tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi saudara/I sebagai responden, kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Demikian permohonan saya, atas perhatian dan kesediaan saudara/i sebagai responden saya ucapkan terimakasih

Singaraja, Mei 2017
Peneliti,



Made Siska Diana Sari
13060140087

Lampiran 6: Surat Studi Pendahuluan



YAYASAN KESEJAHTERAAN WARGA KESEHATAN (YKWK)
SINGARAJA – BALI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BULELENG
Program Studi : S1 Keperawatan, D3 Kebidanan dan Profesi Ners, **TERAKREDITASI**
Office : Jln. Raya Air Sanih Km. 11 Bungkulun Singaraja – Bali Telp. (0362) 3435034, Fax (0362) 3435033
Web : stikesbuleleng.ac.id email : stikesbuleleng@gmail.com

Nomor : 110/SK-SB/V.c/II/2017
Lamp. : 1 gabung
Prihal : Permohonan ijin tempat studi pendahuluan

Kepada.

Yth. : Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Buleleng
di Singaraja

Dengan Hormat,

Dalam rangka penyelesaian pendidikan di STIKes Buleleng, institusi mewajibkan setiap mahasiswa untuk menyusun satu proposal Skripsi. Berkenaan dengan hal tersebut, maka kami memohon ijin tempat studi pendahuluan dan pengumpulan data untuk mahasiswa di bawah ini :

Nama : Made Siska Diana Sari
NIM : 13060140087
Judul Proposal : Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV di Poliklinik VCT RSUD Kab. Buleleng
Tempat Penelitian : Di Poliklinik VCT RSUD Kab. Buleleng

Sekiranya diperkenankan mengadakan studi pendahuluan dan pengumpulan data yang berhubungan dengan judul proposal Skripsi tersebut pada instansi yang berada di bawah pengawasan Bapak/Ibu pimpin.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan banyak terimakasih.

Bungkulun, 8 Februari 2017
A.n Ketua STIKes Buleleng
PKR III

Drs. Ketut Pasek, MM

Tembusan disampaikan kepada, Yth :
1. Arsip

Lampiran 7: Surat Persetujuan Studi Pendahuluan

| | | |
|---|--|------------------|
|  | PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG | |
| | RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BULELENG | |
| | <small>Jalan Ngurah Rai No. 30 Singaraja - Bali 81112 Telp/fax : (0362)22046, 29629 website: www.RSUD.Bulelengkab.go.id email: rsud_buleleng@yahoo.com</small> | |
| | TERAKREDITASI PARIPURNA (★★★★★) <small>Nomor: KARS-SERT/310/VI/2016</small> | |
| | Singaraja, 3 Februari 2017 | |
| Nomor : 070/310/SDM/I/RSUD/2017 | Kepada | |
| Sifat : Biasa | Yth. Ketua STIKES Buleleng | |
| Lampiran : - | di- | |
| Perihal : <u>Ijin Pengumpulan Data</u> | | <u>SINGARAJA</u> |

Menindaklanjuti surat Ketua STIKES Buleleng Nomor : 068/SK-SB/V.c/1/2017 tanggal 30 Januari 2017 dengan perihal Permohonan Ijin Tempat Studi Pendahuluan, maka bersama ini disampaikan bahwa kami menerima mahasiswa atas nama:

Nama : Made Siska Diana Sari
NIM : 13060140087
Judul : "Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng"

untuk melakukan pengumpulan data di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.

Demikian surat ini disampaikan, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

a.n. DIREKTUR RSUD KAB. BULELENG
W. GUNAWAN

W. GUNAWAN, Sp.KJ
NIP. 19611204 200604 1 003

Lampiran 8: Lembar Kuisisioner Penelitian Sebelum Uji Validitas & Reliabilitas

A. Prosedur Pengisian

- 1) Pertanyaan pada kuisisioner ditujukan kepada responden
- 2) Lengkapi identitas diri anda (responden) sebelum menjawab format
- 3) Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memilih salah satu jawaban yang anda anggap benar dengan memberikan tanda (√)

B. Data Responden

- 1) Nomor Responden :
- 2) Hari/Tanggal :
- 3) Jenis Kelamin :

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laki-laki | <input type="checkbox"/> Perempuan |
|------------------------------------|------------------------------------|
- 4) Umur :
- 5) Pendidikan :

| | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tidak tamat SD | <input type="checkbox"/> SD |
| <input type="checkbox"/> SMP | <input type="checkbox"/> SMA/SMK |
| <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi | <input type="checkbox"/> S2/S3 |
- 6) Status Pekerjaan :

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Tidak bekerja |
| <input type="checkbox"/> Bekerja, sebagai |

C. Kuisioner Akses Pelayanan

Petunjuk Pengisian :

1. Perhatikan dan bacalah pernyataan-pernyataan di bawah ini dengan seksma dan cermat
2. Berilah tanda (√) pada kotak jawaban yang paling cocok dengan jawaban anda, bila :
 - a. Sangat Setuju (SS)
 - b. Setuju (S)
 - c. Ragu-ragu (R)
 - d. Tidak Setuju (TS)
 - e. Sangat Tidak Setuju (STS)
3. Isilah pernyataan yang tersedia dengan teliti dan sesuai dengan kondisi atau keadaan yang sebenarnya

| No | Pernyataan | SS | S | R | TS | STS |
|----|--|----|---|---|----|-----|
| 1 | Saya mudah untuk memperoleh layanan perawatan, dukungan dan pengobatan. | | | | | |
| 2 | Jarak rumah saya untuk mengakses layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan sulit dijangkau | | | | | |
| 3 | Saya mudah mendapatkan pemeriksaan dari dokter setiap kunjungan di layanan Perawatan, dukungan, dan pengobatan | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 4 | Alat-alat kesehatan yang tersedia untuk pemeriksaan fisik oleh dokter menurut saya sudah sesuai standar | | | | | |
| 5 | Petugas di layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan tanggap atau cekatan menangani saya dengan keluhan yang saya rasakan | | | | | |
| 6 | Setiap bulan saya mengakses pengambilan obat secara mudah | | | | | |
| 7 | Saya mendapat informasi terkait penyakit yang saya derita dengan jelas | | | | | |
| 8 | Biaya transportasi ke layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan tidak memerlukan biaya yang mahal menurut saya | | | | | |
| 9 | Biaya pengobatan di layanan perawatan, dukungan dan pengobatan cukup terjangkau bagi saya | | | | | |
| 10 | Saya Sulit mendapatkan pemeriksaan laboratorium setelah timbul keluhan. | | | | | |
| 11 | Saya tidak mendapatkan skrining atau pemeriksaan dahak secara rutin setiap bulan saat melakukan kunjungan | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 12 | Saya merasa nyaman konseling dengan petugas kesehatan di sana | | | | | |
| 13 | Saya merasa mudah mendapatkan layanan kesehatan tambahan (penunjang) jika saya membutuhkan | | | | | |

(Sumber: Rahmatin E., 2015)

D. Kuisioner Kepatuhan Minum Obat (*Morisky Adherence Scale*)

Berilah tanda (√) pada kotak jawaban yang menurut anda benar

| No | Pertanyaan | Ya | Tidak |
|----|--|----|-------|
| 1 | Apakah bapak/ibu kadang-kadang lupa minum obat? | | |
| 2 | Seseorang kadang-kadang tidak minum obat karena beberapa alasan selain lupa. Selama 2 minggu terakhir, apakah bapak/ibu pernah tidak minum obat? | | |
| 3 | Apakah bapak/ibu pernah mengurangi/berhenti minum obat tanpa memberitahu dokter, karena merasa lebih buruk ketika meminumnya? | | |
| 4 | Ketika bapak/ibu bepergian apakah pernah lupa membawa obat? | | |
| 5 | Apakah kemarin bapak/ibu minum obat ARV tidak sesuai resep dokter? | | |
| 6 | Ketika bapak/ibu merasa lebih baik apakah bapak/ibu berhenti minum obat? | | |
| 7 | Apakah bapak/ibu merasa bahwa terapi ARV yang didapat ini rumit/kompleks? | | |
| 8 | Apakah bapak/ibu sering mengalami kesulitan mengingat seluruh obat ARV yang harus dikonsumsi? | | |

| | |
|------------------|-------|
| Kepatuhan Tinggi | : 8 |
| Kepatuhan Sedang | : 6-7 |
| Kepatuhan Rendah | : <6 |

(Sumber: Morisky D, 2008 dalam Permana 2012)

Lampiran 9: Surat Permohonan Uji Validitas & Reliabilitas



YAYASAN KESEJAHTERAAN WARGA KESEHATAN (YKWK)
SINGARAJA - BALI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BULELENG
Program Studi : S1 Keperawatan, D3 Kebidanan dan Profesi Ners, TERAKREDITASI
Office : Jln. Raya Air Putih Km. 11 Bungkulan Singaraja - Bali Telp. (0362) 3435034, Fax (0362) 3435033
Web : stikesbuleleng.ac.id email : stikesbuleleng@gmail.com

Nomor : 295/SK-SB/V.e/IV/2017
Lamp. : 1 gabung
Prihal : Permohonan tempat melaksanakan uji validitas

Kepada,
Yth. Kepala Puskesmas Gerokgak II
di Pejarakan

Dengan Hormat,

Dalam rangka penyelesaian pendidikan di STIKes Buleleng, institusi mewajibkan setiap mahasiswa untuk menyusun satu proposal Skripsi. Berkenaan dengan hal tersebut, maka kami memohon ijin tempat melaksanakan uji validitas untuk mahasiswa di bawah ini :

Nama : Made Siska Diana Sari
NIM : 13060140087
Judul Proposal : Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng
Tempat Penelitian : Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng




Sekiranya diperkenankan melaksanakan uji validitas yang berhubungan dengan judul Skripsi tersebut pada instansi yang berada di bawah pengawasan Bapak/Tbu pimpin.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian Bapak/Tbu kami ucapkan banyak terimakasih.

Bungkulan, 20 April 2017
An Ketua STIKes Buleleng
PUKET III

Tembusan disampaikan kepada, Yth :
1. Arsip

Lampiran 10: Surat Persetujuan Uji Validitas & Reliabilitas

| | | |
|--|---|---|
|  | PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG DINAS KESEHATAN PUSKESMAS GEROKGAK II |  |
| <small>Jalan Seririt-Gillimanuk, Desa Pejarakan, Kec. Gerokgak Kab. Buleleng, Kode Pos 81155 Telp : (0362) 94674 Email: gerokgakdua@gmail.com, WEBSITE: www.gerokgakdua.com</small> | | |
| <hr/> | | |
| Nomor | : 440 / 120 / Yankes / 2017 | |
| Lampiran | : - | |
| Perihal | : <u>Kesediaan Menjadi Tempat Uji Validitas</u> | |
| | | |
| Kepada : | | |
| Yth, Ketua STIKes. Buleleng | | |
| di- | | |
| Tempat, | | |
| | | |
| Menindaklanjuti surat dari STIKes. Buleleng No. 295/SK-SB/V.c/IV/2017 perihal Permohonan tempat melaksanakan uji validitas, maka dengan ini kami menyatakan tidak keberatan dan bersedia Puskesmas kami dijadikan tempat untuk melaksanakan uji Validitas untuk mahasiswa di bawah ini: | | |
| Nama | : Made Siska Diana Sari | |
| NIM | : 13060140087 | |
| Judul Proposal | : "Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng" | |
| Tempat Penelitian | : Di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng. | |
| | | |
| Demikianlah surat ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. | | |
| | | |
| <div style="display: flex; align-items: center;"><div style="text-align: center;"></div><div><p>Gerokgak, 22 April 2017 Kepala Puskesmas Gerokgak II dr. I Nyoman Suardatma Nip. 19760525 2005011014</p></div></div> | | |

Lampiran 11 : Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuisioner

A. Uji validitas Akses Pelayanan

Case Processing Summary

| | | N | % |
|-------|-------------|----|-------|
| Cases | Valid | 20 | 100,0 |
| | Excluded(a) | 0 | ,0 |
| | Total | 20 | 100,0 |

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| ,899 | ,915 | 13 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|-----|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| P1 | 47,70 | 45,379 | ,725 | ,912 | ,888 |
| P2 | 48,25 | 45,461 | ,509 | ,899 | ,897 |
| P3 | 47,75 | 47,039 | ,629 | ,819 | ,892 |
| P4 | 48,25 | 45,355 | ,787 | ,906 | ,886 |
| P5 | 48,05 | 49,313 | ,484 | ,715 | ,898 |
| P6 | 47,85 | 43,608 | ,664 | ,953 | ,889 |
| P7 | 47,90 | 44,621 | ,882 | ,956 | ,883 |
| P8 | 48,30 | 43,379 | ,676 | ,870 | ,888 |
| P9 | 48,80 | 43,958 | ,485 | ,665 | ,901 |
| P10 | 48,60 | 45,200 | ,443 | ,840 | ,902 |
| P11 | 48,45 | 46,366 | ,424 | ,899 | ,901 |
| P12 | 48,00 | 42,000 | ,801 | ,927 | ,882 |
| P13 | 47,90 | 45,358 | ,789 | ,929 | ,886 |

B. Uji Validitas Kepatuhan Minum Obat (*Morisky Adherence Scale*)

Case Processing Summary

| | | N | % |
|-------|-------------|----|-------|
| Cases | Valid | 20 | 100,0 |
| | Excluded(a) | 0 | ,0 |
| | Total | 20 | 100,0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| ,837 | ,843 | 8 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|----|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Q1 | 5,30 | 4,221 | ,605 | ,723 | ,813 |
| Q2 | 5,30 | 4,326 | ,541 | ,864 | ,822 |
| Q3 | 5,15 | 4,555 | ,665 | ,664 | ,813 |
| Q4 | 5,50 | 4,158 | ,531 | ,667 | ,826 |
| Q5 | 5,25 | 4,303 | ,618 | ,750 | ,812 |
| Q6 | 5,25 | 4,513 | ,483 | ,607 | ,829 |
| Q7 | 5,25 | 4,513 | ,483 | ,607 | ,829 |
| Q8 | 5,35 | 4,029 | ,675 | ,753 | ,803 |

Lampiran 12: Lembar Kuisioner Setelah Uji Validitas Dan Reliabilitas

A. Prosedur Pengisian

- 4) Pertanyaan pada kuisioner ditujukan kepada responden
- 5) Lengkapi identitas diri anda (responden) sebelum menjawab format
- 6) Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memilih salah satu jawaban yang anda anggap benar dengan memberikan tanda (√)

E. Data Responden

7) Nomor Responden :

8) Hari/Tanggal :

9) Jenis Kelamin :

☐

Laki-laki

☐

Perempuan

10) Umur :

11) Pendidikan :

☐

Tidak tamat SD

☐

SD

☐

SMP

☐

SMA

☐

Perguruan Tinggi

☐

S2/S3

12) Status Pekerjaan :

☐

Tidak bekerja

☐

Bekerja, sebagai

F. Kuisioner Akses Pelayanan

Petunjuk Pengisian :

4. Perhatikan dan bacalah pernyataan-pernyataan di bawah ini dengan seksma dan cermat
5. Berilah tanda (√) pada kotak jawaban yang paling cocok dengan jawaban anda, bila :
 - f. Sangat Setuju (SS)
 - g. Setuju (S)
 - h. Ragu-ragu (R)
 - i. Tidak Setuju (TS)
 - j. Sangat Tidak Setuju (STS)
6. Isilah pernyataan yang tersedia dengan teliti dan sesuai dengan kondisi atau keadaan yang sebenarnya

| No | Pernyataan | SS | S | R | TS | STS |
|----|--|----|---|---|----|-----|
| 1 | Saya mudah untuk memperoleh layanan perawatan, dukungan dan pengobatan. | | | | | |
| 2 | Jarak rumah saya untuk mengakses layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan sulit dijangkau | | | | | |
| 3 | Saya mudah mendapatkan pemeriksaan dari dokter setiap kunjungan di layanan | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| | Perawatan, dukungan, dan pengobatan | | | | | |
| 4 | Alat-alat kesehatan yang tersedia untuk pemeriksaan fisik oleh dokter menurut saya sudah sesuai standar | | | | | |
| 5 | Petugas di layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan tanggap atau cekatan menangani saya dengan keluhan yang saya rasakan | | | | | |
| 6 | Setiap bulan saya mengakses pengambilan obat secara mudah | | | | | |
| 7 | Saya mendapat informasi terkait penyakit yang saya derita dengan jelas | | | | | |
| 8 | Biaya transportasi ke layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan tidak memerlukan biaya yang mahal menurut saya | | | | | |
| 9 | Biaya pengobatan di layanan perawatan, dukungan dan pengobatan cukup terjangkau bagi saya | | | | | |
| 10 | Saya merasa nyaman konseling dengan petugas kesehatan di sana | | | | | |
| 11 | Saya merasa mudah mendapatkan layanan kesehatan tambahan | | | | | |

| | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|
| | (penunjang) jika saya membutuhkan | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|

(Sumber: Rahmatin E., 2015)

G. Kuisioner Kepatuhan Minum Obat (*Morisky Adherence Scale*)

Berilah tanda (√) pada kotak jawaban yang menurut anda benar

| No | Pertanyaan | Ya | Tidak |
|----|--|----|-------|
| 1 | Apakah bapak/ibu kadang-kadang lupa minum obat? | | |
| 2 | Seseorang kadang-kadang tidak minum obat karena beberapa alasan selain lupa. Selama 2 minggu terakhir, apakah bapak/ibu pernah tidak minum obat? | | |
| 3 | Apakah bapak/ibu pernah mengurangi/berhenti minum obat tanpa memberitahu dokter, karena merasa lebih buruk ketika meminumnya? | | |
| 4 | Ketika bapak/ibu bepergian apakah pernah lupa membawa obat? | | |
| 5 | Apakah kemarin bapak/ibu minum obat ARV tidak sesuai resep dokter? | | |
| 6 | Ketika bapak/ibu merasa lebih baik apakah bapak/ibu berhenti minum obat? | | |
| 7 | Apakah bapak/ibu merasa bahwa terapi ARV yang didapat ini rumit/kompleks? | | |
| 8 | Apakah bapak/ibu sering mengalami kesulitan mengingat seluruh obat ARV yang harus dikonsumsi? | | |

| | |
|------------------|-------|
| Kepatuhan Tinggi | : 8 |
| Kepatuhan Sedang | : 6-7 |
| Kepatuhan Rendah | : <6 |

(Sumber: Morisky D, 2016)

Tabulasi Hasil Penelitian

| Karakteristik Responden | | | | Kategori Skor | | |
|-------------------------|------|------------|------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|
| Jenis Kelamin | Umur | Pendidikan | Status Pekerjaan | Skor Akses Pelayanan | Kategori Akses Pelayanan | Skor Kepatuhan Minum C |
| Laki-Laki | 34 | SMA/SMK | Bekerja | 34 | Mudah | |
| Perempuan | 39 | SMP | Tidak Bekerja | 33 | Sulit | |
| Laki-Laki | 41 | SMP | Bekerja | 39 | Mudah | |
| Laki-Laki | 38 | SMA/SMK | Bekerja | 43 | Mudah | |
| Laki-Laki | 48 | PT | Bekerja | 44 | Mudah | |
| Laki-Laki | 33 | SMP | Bekerja | 43 | Mudah | |
| Perempuan | 21 | SMP | Bekerja | 42 | Mudah | |
| Laki-Laki | 36 | SMP | Tidak Bekerja | 32 | Sulit | |
| Perempuan | 34 | SMA/SMK | Tidak Bekerja | 50 | Mudah | |
| Laki-Laki | 23 | SMA/SMK | Bekerja | 32 | Sulit | |
| Laki-Laki | 30 | SMP | Bekerja | 29 | Sulit | |
| Laki-Laki | 33 | SMP | Bekerja | 31 | Sulit | |
| Laki-Laki | 40 | SMA/SMK | Bekerja | 46 | Mudah | |
| Perempuan | 28 | SMP | Tidak Bekerja | 29 | Sulit | |
| Perempuan | 46 | SMP | Tidak Bekerja | 30 | Sulit | |
| Perempuan | 28 | SMP | Bekerja | 30 | Sulit | |
| Laki-Laki | 27 | SMA/SMK | Bekerja | 44 | Mudah | |
| Laki-Laki | 39 | PT | Bekerja | 47 | Mudah | |
| Laki-Laki | 33 | SMP | Bekerja | 31 | Sulit | |

| | | | | | | |
|--------|----|---------|---------------|----|-------|--|
| i-Laki | 33 | SMA/SMK | Bekerja | 46 | Mudah | |
| i-Laki | 32 | SMA/SMK | Bekerja | 42 | Mudah | |
| i-Laki | 38 | SMP | Bekerja | 33 | Sulit | |
| mpuan | 35 | SMA/SMK | Tidak Bekerja | 32 | Sulit | |
| i-Laki | 27 | SD | Tidak Bekerja | 30 | Sulit | |
| i-Laki | 36 | PT | Bekerja | 35 | Mudah | |
| mpuan | 29 | SMP | Tidak Bekerja | 39 | Mudah | |
| i-Laki | 22 | SD | Bekerja | 31 | Sulit | |
| i-Laki | 44 | SMA/SMK | Bekerja | 44 | Mudah | |
| i-Laki | 27 | SMA/SMK | Bekerja | 40 | Mudah | |
| mpuan | 30 | SD | Bekerja | 33 | Sulit | |
| i-Laki | 37 | SD | Bekerja | 30 | Sulit | |
| mpuan | 44 | SMP | Bekerja | 45 | Mudah | |
| i-Laki | 32 | SD | Bekerja | 34 | Mudah | |
| i-Laki | 32 | SMP | Bekerja | 29 | Sulit | |
| i-Laki | 41 | SMA/SMK | Bekerja | 46 | Mudah | |
| mpuan | 27 | SMP | Bekerja | 33 | Sulit | |
| i-Laki | 28 | SMA/SMK | Tidak Bekerja | 33 | Sulit | |
| i-Laki | 43 | SMP | Bekerja | 32 | Sulit | |
| mpuan | 43 | SMP | Tidak Bekerja | 43 | Mudah | |
| i-Laki | 30 | SMP | Bekerja | 40 | Mudah | |
| i-Laki | 29 | SMA/SMK | Bekerja | 33 | Sulit | |
| mpuan | 32 | SMP | Tidak Bekerja | 32 | Sulit | |
| i-Laki | 34 | SMA/SMK | Bekerja | 47 | Mudah | |
| i-Laki | 40 | SMP | Bekerja | 30 | Sulit | |

Lampiran 14 : Uji

| | | | | | |
|-----------|----|---------|---------------|----|-------|
| laki-Laki | 43 | SMP | Bekerja | 33 | Sulit |
| perempuan | 35 | SMP | Tidak Bekerja | 44 | Mudah |
| perempuan | 26 | PT | Bekerja | 33 | Sulit |
| laki-Laki | 43 | SMP | Bekerja | 32 | Sulit |
| laki-Laki | 37 | SMA/SMK | Bekerja | 51 | Mudah |
| perempuan | 23 | SMP | Bekerja | 34 | Mudah |
| perempuan | 41 | SMP | Tidak Bekerja | 40 | Mudah |
| laki-Laki | 41 | SMA/SMK | Bekerja | 45 | Mudah |
| perempuan | 41 | SMP | Bekerja | 47 | Mudah |
| perempuan | 33 | SMP | Tidak Bekerja | 36 | Mudah |
| laki-Laki | 51 | SMA/SMK | Bekerja | 46 | Mudah |
| laki-Laki | 32 | SMP | Bekerja | 41 | Mudah |
| laki-Laki | 43 | SD | Bekerja | 41 | Mudah |
| perempuan | 24 | SD | Bekerja | 36 | Mudah |
| laki-Laki | 34 | SMP | Bekerja | 41 | Mudah |
| laki-Laki | 43 | SMA/SMK | Bekerja | 46 | Mudah |
| laki-Laki | 39 | SMP | Bekerja | 42 | Mudah |
| laki-Laki | 49 | SMA/SMK | Tidak Bekerja | 42 | Mudah |
| laki-Laki | 25 | SMP | Bekerja | 38 | Mudah |
| laki-Laki | 47 | SD | Bekerja | 40 | Mudah |
| perempuan | 37 | SD | Bekerja | 36 | Mudah |
| perempuan | 21 | SD | Bekerja | 41 | Mudah |
| laki-Laki | 37 | SD | Bekerja | 30 | Sulit |
| perempuan | 35 | SMP | Tidak Bekerja | 44 | Mudah |

JK

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Laki-laki | 49 | 63.6 | 63.6 | 63.6 |
| | Perempuan | 28 | 36.4 | 36.4 | 100.0 |
| | Total | 77 | 100.0 | 100.0 | |

Umur2

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | <=40 | 55 | 71.4 | 71.4 | 71.4 |
| | >40 | 22 | 28.6 | 28.6 | 100.0 |
| | Total | 77 | 100.0 | 100.0 | |

PDD

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SD | 12 | 15.6 | 15.6 | 15.6 |
| | SMP | 39 | 50.6 | 50.6 | 66.2 |
| | SMA/SMK | 22 | 28.6 | 28.6 | 94.8 |
| | Perguruan tinggi | 4 | 5.2 | 5.2 | 100.0 |
| | Total | 77 | 100.0 | 100.0 | |

PKJ

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Tidak bekerja | 20 | 26.0 | 26.0 | 26.0 |
| | bekerja | 57 | 74.0 | 74.0 | 100.0 |
| | Total | 77 | 100.0 | 100.0 | |

AP1

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SULIT | 30 | 39.0 | 39.0 | 39.0 |
| | MUDAH | 47 | 61.0 | 61.0 | 100.0 |
| | Total | 77 | 100.0 | 100.0 | |

KM02

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | K.Rendah | 13 | 16.9 | 16.9 | 16.9 |
| | K.Sedang | 34 | 44.2 | 44.2 | 61.0 |
| | K.Tinggi | 30 | 39.0 | 39.0 | 100.0 |
| | Total | 77 | 100.0 | 100.0 | |

AP1 * KM02 Crosstabulation

| | | | KM02 | | | Total |
|-------|-------|------------|----------|----------|----------|--------|
| | | | K.Rendah | K.Sedang | K.Tinggi | |
| AP1 | SULIT | Count | 12 | 9 | 9 | 30 |
| | | % of Total | 15.6% | 11.7% | 11.7% | 39.0% |
| | MUDAH | Count | 1 | 25 | 21 | 47 |
| | | % of Total | 1.3% | 32.5% | 27.3% | 61.0% |
| Total | | Count | 13 | 34 | 30 | 77 |
| | | % of Total | 16.9% | 44.2% | 39.0% | 100.0% |

Correlations

| | | | AP1 | KM02 |
|----------------|------|-------------------------|--------|--------|
| Spearman's rho | AP1 | Correlation Coefficient | 1.000 | .324** |
| | | Sig. (2-tailed) | . | .004 |
| | | N | 77 | 77 |
| | KM02 | Correlation Coefficient | .324** | 1.000 |
| | | Sig. (2-tailed) | .004 | . |
| | | N | 77 | 77 |



** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

| | | AP1 | KM02 |
|--------------------------------|----------------|-------|-------|
| N | | 77 | 77 |
| Normal Parameters ^a | Mean | 1.61 | 2.22 |
| | Std. Deviation | .491 | .719 |
| Most Extreme Differences | Absolute | .397 | .251 |
| | Positive | .283 | .231 |
| | Negative | -.397 | -.251 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 3.481 | 2.198 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | .000 | .000 |

a. Test distribution is Normal.

Lampiran 15 : Surat Rekomendasi Penelitian

| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK Jln. Jenderal Sudirman No. 60 Telp/Fax. (0362) 21884 SINGARAJA http : // www.kesbang@bulelengkab.go.id email : bkbp@bulelengkab.go.id | |
| | <hr/> | |
| Nomor | 070/ 172 /BKBP/2017 | Kepada |
| Lamp | | |
| Perihal | <u>Rekomendasi</u> | Yth. Direktur RSUD Kab. Buleleng |
| | | di- <u>Tempat</u> |
| I. Dasar : | | |
| 1. Peraturan Menteri dalam Negeri RI Nomor : 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian; | | |
| 2. Surat dari Ketua STIKES Buleleng Nomor 317/SK-SB/V d/V/2017 Tanggal 5 Mei 2017 perihal Rekomendasi Ijin Tempat Penelitian dan Pengumpulan Data. | | |
| II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi Kepada : | | |
| Nama | Made Siska Diana Sari | |
| Pekerjaan | Mahasiswa | |
| Alamat | Jln. Raya Air Sanih Km. 11 Bungkulan Singaraja | |
| Bidang / Judul | "Hubungan Askes Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV di Poliklinik VCT RSUD Kab. Buleleng" | |
| Jumlah Peserta | 1 (satu) Orang | |
| Lokasi | di Poliklinik VCT RSUD Kab. Buleleng | |
| Lamanya | 1 (satu) Bulan Pada Bulan Mei 2017 | |
| III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut | | |
| 1. Sebelum mengadakan kegiatan agar melapor kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Buleleng atau Pejabat yang Berwenang; | | |
| 2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/ judul dimaksud, apabila melanggar ketentuan akan dicabut ijinnya dan menghentikan segala kegiatannya | | |
| 3. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta menghormati adat istiadat dan budaya setempat. | | |
| 4. Apabila masa berlaku Rekomendasi / Ijin ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai maka perpanjangan Rekomendasi / Ijin agar ditujukan kepada Instansi pemohon. | | |
| 5. Menyerahkan 1 (satu) buah hasil kegiatan kepada Pemerintah Kabupaten Buleleng melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Buleleng. | | |
| Demikian Surat Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya | | |
| Dikeluarkan di Singaraja | | |
| Pada Tanggal 4 Mei 2017 | | |
| An. Bupati Buleleng, | | |
| Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik | | |
| Kabupaten Buleleng, | | |
|  | | |
| NPT 19511111 199303 1 005 | | |

Lampiran 16: Surat Ijin Penelitian

 PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BULELENG
Jalan Ngurah Rai No. 30 Singaraja - Bali 81112 Telp/fax : (0362)22046, 29629
website: www.RSUD.Bulelengkab.go.id email: rsud_buleleng@yahoo.com
TERAKREDITASI PARIPURNA (★★★★★)
Nomor: KARS-SERT/310/VI/2016

Singaraja, 9 Mei 2017

Nomor : 070/1278/SDM/V/RSUD/2017
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Ijin Melakukan Penelitian

Kepada
Yth. Ketua STIKES Buleleng
di-
SINGARAJA

Menindaklanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor: 070/172/BKBP/2017 tanggal 4 Mei 2017 dengan perihal Rekomendasi, maka bersama ini disampaikan bahwa kami menerima mahasiswa atas nama:

Nama : Made Siska Diana Sari
Judul : "Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV di Poliklinik VCT RSUD Kab. Buleleng"

Untuk melakukan pengumpulan data di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng.
Demikian surat ini disampaikan, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

a.n. DIREKTUR
WADK SDM RSUD KAB. BULELENG


dr. I KOMANG GUNAWAN LANDRA, Sp.KJ
NIP. 19611204 200604 1 003

Lampiran 17: Surat Keterangan Penelitian

| | |
|--|--|
|  | PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG |
| | RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BULELENG |
| <small>Jalan Ngurah Rai No. 30 Singaraja - Bali 81112 Telp/fax : (0362)22046, 29629 website: www.RSUD.Bulelengkab.go.id email: rsud_buleleng@yahoo.com</small> | |
| TERAKREDITASI PARIPURNA (★★★★★) | |
| <small>Nomor: KARS-SERT/310/VI/2016</small> | |

SURAT KETERANGAN

NOMOR: 070/1478/SDM/V/RSUD/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini;

1. Nama : dr. GEDE WIARTANA, M.Kes.

2. Jabatan : Direktur RSUD Kabupaten Buleleng

dengan ini menerangkan bahwa:

1. Nama/NIP : Made Siska Diana Sari

2. Pangkat/Golongan : -

3. Umur : 22 Tahun

4. Kebangsaan : Indonesia

5. Agama : Hindu

6. Pekerjaan : -

7. Alamat : Banjar Tegal

telah selesai melaksanakan Penelitian di Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Buleleng sejak tanggal
12 Mei 2017 s.d 20 Mei 2017.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.


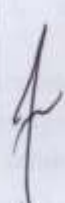
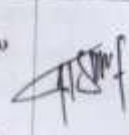

Singaraja, 20 Mei 2017

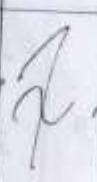

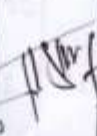
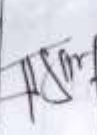
DIREKTUR
RSUD KABUPATEN BULELENG,


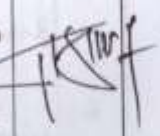
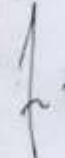


dr. GEDE WIARTANA, M.Kes.
Pembina Utama Muda
NIP. 19620204 198711 1 022

Lampiran 18: Lembar Konsul

LEMBAR MONITORING KONSULTASI BIMBINGAN

| No. | Hari/Tgl | Hal Yang Dikonsultasikan | Nama Pembimbing | Paraf |
|-----|-----------------------|--|--|---|
| 1 | Senin, 23/01 2017 | Judul Penelitian | I Dewa Ayu Rismayanti, S.kip, Ns, M.kip |  |
| 2 | Selasa, 24/01 2017 | Judul Penelitian (Acc) | I Dewa Ayu Rismayanti, S.kip, Ns M.kip. |  |
| 3 | Jumat 3/02 2017 | Judul Penelitian (Acc) | Puty Wahyuni Sri Juniarti Sandy, S.kip M. Kes. |  |
| 4 | Jumat 10/02 2017 | BAB I BAB II BAB I BAB II | I Dewa Ayu Rismayanti, S.kip, Ns, M.kip. Putu Sri Juniarti Sandy, S.kip M.kip. |  |

| No. | Hari/Tgl | Hal Yang Dikonsultasikan | Nama Pembimbing | Paraf |
|-----|------------------------|--------------------------------|--|---|
| 5 | Senin, | BAB I | I Dewa Ayu Rismayanti, S.Kep. Ns. Mkt |  |
| | Senin, 27/ 02 2017 | BAB II | | |
| | Selasa, 08/ 03 2017 | BAB III | | |
| 6 | Rabu, 09/03 | BAB III | I Dewa Ayu Rismayanti, S.Kep. Ns. Mkt |  |
| | Senin, 13/03 | BAB I, II, III (Acc) | | |
| 7 | 11 Maret 2017 | Bab 1 | Pute Wahyu Sri Juniarti S., S.Kep. Mkt |  |
| 8 | 13 Maret 2017 | Bab II dan Bab III (Acc) | Pute Wahyu Sri Juniarti S., S.Kep. Mkt |  |

| No. | Hari/Tgl | Hal Yang Dikonsultasikan | Nama Pembimbing | Paraf |
|-----|-------------------|-------------------------------|--|---|
| 9 | 02 / Juni 2017 | BAB IV, V BAB | I Dewa Ayu Rismayanti, S.kip. Ns. M.kip. |  |
| 10 | 05 / Juni 2017 | BAB IV, V | Pute Wahyu Sri Juniantara, Sandi, S.kip. M.kes. |  |
| 11 | 05 / Juni 2017 | ABstrak | I Dewa Ayu Rismayanti S.kip. Ns. M.kip. |  |
| 12 | 05 / Juni 2017 | BAB IV, V ABstrak (Acc) | I Dewa Ayu Rismi yanti, S.kip. Ns. M.kip. |  |

Lampiran 19: RAB Penelitian

RAB PENELITIAN
Hubungan Akses Pelayanan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Di
Poliklinik VCT RSUD kabupaten Buleleng

| No | Kegiatan | Harga/Satuan (Rp) | Total (Rp) |
|--------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1 | Pengurusan ijin study penelitian | 80.000 | 80.000 |
| 2 | Sidang proposal | 200.000 | 200.000 |
| 3 | Perbaikan Proposal | 100.000 | 100.000 |
| 4 | Pengurusan ijin penelitian | 200.000 | 200.000 |
| 5 | Pengumpulan data dan analisis | 150.000 | 150.000 |
| 6 | Penyusunan laporan penelitian | 100.000 | 100.000 |
| 7 | Sidang skripsi | 150.000 | 150.000 |
| 8 | Perbaikan skripsi | 100.000 | 100.000 |
| 9 | Pengumpulan skripsi | 200.000 | 200.000 |
| 10 | Biaya transportasi | 300.000 | 300.000 |
| Total | | | 1.580.000 |

Lampiran 20: Dokumentasi Penelitian

