

**FAKTOR - FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEPATUHAN
PENGOBATAN *DIRECT ACTING ANTIVIRAL (DAA)* PADA PASIEN
HEPATITIS C DI PROVINSI LAMPUNG DENGAN PENDEKATAN
*HEALTH BELIEF MODEL (HBM)***

(Tesis)

Oleh

AGUSTA SARASWATI

NPM. 2028021014



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2023**

**FAKTOR - FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEPATUHAN
PENGOBATAN *DIRECT ACTING ANTIVIRAL (DAA)* PADA PASIEN
HEPATITIS C DI PROVINSI LAMPUNG DENGAN PENDEKATAN
*HEALTH BELIEF MODEL (HBM)***

Oleh

AGUSTA SARASWATI

Tesis

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**Pada
Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2023**

ABSTRAK

Faktor – Faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral* (DAA) pada pasien Hepatitis C Di Provinsi Lampung dengan pendekatan *Health Belief Model* (HBM)

OLEH

AGUSTA SARASWATI

Latar Belakang : Hepatitis C merupakan masalah kesehatan dunia dan Indonesia, prevalensi Hepatitis C Indonesia merupakan peringkat ketiga tertinggi sebesar 1% dan prevalensi pada pengguna narkotika jarum suntik (penasun) merupakan peringkat pertama (63,5%) di *South-East Asia Regional* (SEAR). Hepatitis C juga sebagai penyakit kedelapan katastropik di Indonesia. Berkembangnya pengobatan Hepatitis C dengan *Direct-Acting Antiviral* (DAA) memberikan angka kesembuhan dan toleransi tinggi bagi pasien. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pasien Hepatitis C di provinsi Lampung dengan pendekatan *Health Belief Model* (HBM).

Subjek dan Metode Penelitian : Jenis penelitian analitik observasional di RSUD Dr Hi. Abdul Moeloek pada bulan desember 2022 dengan metode *cross sectional*, sampel 96 orang dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan esklsi. Variabel dependen adalah kepatuhan DAA. Variabel independen adalah *Perceived susceptibility*, *Perceived severity*, *Perceived benefits*, *Perceived barriers*, *Self efficacy*, dukungan keluarga, dan akses layanan kesehatan. Pengumpulan data dengan kuesioner menggunakan analisis *Path analysis*.

Hasil Penelitian : Kepatuhan pengobatan *Direct-Acting Antiviral* (DAA) dipengaruhi secara langsung dan positif oleh *Perceived susceptibility* ($b=1,421$; 95% CI= 0,332 to 2,510; $p= 0,011$) dan dukungan keluarga ($p=1,307$; 95% CI= 0,174 to 2,240; $p= 0,024$), sedangkan *Perceived severity* ($p= 0,289$), *Perceived benefits* ($p= 0,178$), *Perceived barriers* ($p= 0,054$), *Self efficacy* ($p= 0,316$), akses layanan kesehatan ($p = 0,667$) bukan faktor langsung yang memengaruhi kepatuhan pengobatan DAA. Pengetahuan bukan faktor tidak langsung yang memengaruhi kepatuhan DAA.

Kesimpulan : *Perceived susceptibility* dan dukungan keluarga merupakan faktor langsung yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral* (DAA) sedangkan Pengetahuan bukan faktor tidak langsung yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral* (DAA).

Kata kunci : *DAA adherence*, *Perceived susceptibility*, *Perceived severity*, *perceived benefits*, *Perceived barriers*, *self-efficacy*, *family support*, *access to health servis*.

ABSTRACT

Determinants on adherences of *Direct Acting Antiviral (DAA)* therapy among Hepatitis C patients at Lampung province using *Health Belief Model (HBM)*

By

AGUSTA SARASWATI

Background : Hepatitis C is a health problem in the world including in Indonesia, Indonesia's Hepatitis C prevalence is the third highest (1%) and injecting drug users (IDU) is ranked first (63.5%) in the *South-East Asia Regional (SEAR)*. It's also the eighth catastrophic disease in Indonesia. The development of Hepatitis C treatment with *Direct-Acting Antiviral (DAA)* provides a high cure rate and tolerance for patients. This study aimed to examine the application of the *Health Belief Model (HMB)* on adherence to *Direct-Acting Antiviral (DAA)* therapy among Hepatitis C patients in Lampung province.

Methods : This was a *cross sectional study* conducted at Dr. H.Abdul Moeloek Hospital, Lampung Province, on December 2022. A total sample of 96 Hepatitis C patients. The dependent variable was DAA adherence. The independent variables were *Perceived susceptibility*, *Perceived severity*, *Perceived benefits*, *Perceived barriers*, *Self efficacy*, *Family support*, *Access to health services* and *knowledge*. The data were collected using a questionnaire and analyzed by a path analysis.

Results : Adherence directly increased with *Perceived susceptibility* ($b= 1,421$; 95% CI= 0,332 to 2,510; $p= 0,011$), and *Family support* ($b= 1,307$; 95% CI= 0,174 to 2,240; $p= 0,024$), but *Perceived severity* ($p= 0.289$), *Perceived benefits* ($p= 0.178$), *Perceived barriers* ($p= 0.054$), *Self efficacy* ($p= 0.316$), *Access to health services* ($p= 0.667$) were not direct factors affecting adherence. DAA adherence was not indirectly influenced by *Knowledge*.

Conclusion : *Perceived susceptibility* and *Family support* directly affect the adherence to *DAA* therapy. *Knowledge* was not indirectly affect the adherence to *DAA* therapy

Keywords : *DAA adherence, health belief model, Path analysis*

Judul Tesis : **Faktor – faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* pada pasien Hepatitis C di Provinsi Lampung dengan pendekatan *Health Belief Model (HBM)***

Nama Mahasiswa : **Agusta Saraswati**

Nomor Pokok Mahasiswa : 2028021014

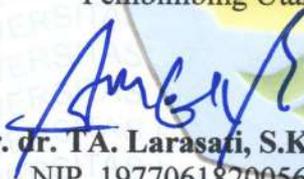
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kedokteran

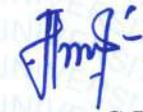


1. **Komisi Pembimbing**

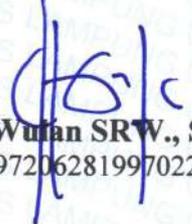
Pembimbing Utama


Dr. dr. TA. Larasati, S.Ked. M.Kes.
NIP. 197706182005612012

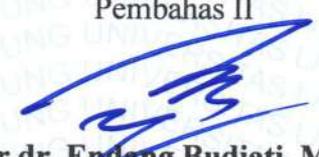
Pembimbing Pembantu


Dr. Suharmanto, S.Kep, MKM
NIP. 231811830710101

Pembahas I


Prof. Dr. Dyah Wulan SRW., SKM., M.Kes.
NIP. 197206281997022001

Pembahas II


Dr. dr. Endang Budiati, M.Kes
NIP. 196006161988022001

2. **Plt. Wakil Dekan**

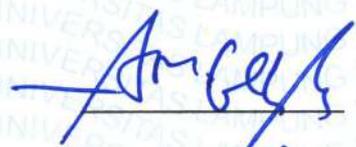
Bidang Akademik dan Kejasama


Dr. Ayi Ahadiat, S.E, M.B.A.
NIP. 19650307 199103 1 001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

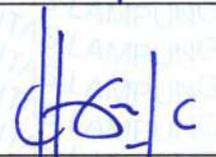
Ketua : Dr. dr. TA. Larasati, S.Ked. M.Kes.



Sekretaris : Dr. Suharmanto, S.Kep, MKM.



Anggota : Prof. Dr. Dyah Wulan SRW., SKM., M.Kes.



Dr.dr. Endang Budiati, M.Kes



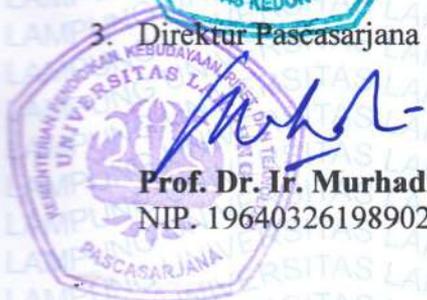
2. Plt. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Dr. Eng. Satripto Dwi Yuwono, S.Si., M.T.
NIP. 197407052000031001



3. Direktur Pascasarjana Universitas Lampung

Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si.
NIP. 196403261989021001



Tanggal Lulus Ujian Tesis : 8 Mei 2023

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Tesis dengan judul “Faktor – faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* pada pasien Hepatitis C di Provinsi Lampung dengan pendekatan *Health Belief Model (HBM)*” adalah hasil karya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara yang tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut *plagiarism*,
2. Hak intelektual dari karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat serta sanksi yang diberikan, saya bersedia dan sanggup dituntut sesuai hukum yang berlaku.

Bandar Lampung, Mei 2023

Pembuat pernyataan,



Agusta Saraswati

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Kota Bandar Lampung pada tanggal 11 Agustus 1983, sebagai anak pertama dari tiga bersaudara, dari Alm.Sunardi dan ibu Manisah.

Pendidikan Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SDN 2 Way Kandis Bandar Lampung lulus pada tahun 1995, Sekolah Menengah Pertama (SMP) di SMP Negeri 12 Bandar Lampung, lulus pada tahun 1998, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) di SMAN 5 Bandar Lampung, lulus pada tahun 2001

Tahun 2001, penulis terdaftar sebagai mahasiswa DIII Jurusan Keperawatan Akademi Keperawatan Panca Bhakti Bandar Lampung, lulus pada tahun 2004, dan pada tahun 2006 penulis melanjutkan Pendidikan Sarjana Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) UMITRA Lampung, lulus pada tahun 2008. Penulis sejak tahun 2005 tercatat sebagai pegawai ASN di Pemerintahan Kabupaten Pesisir Barat dan bertugas di Puskesmas Ngambur. Sejak tahun 2014 hingga saat ini penulis tercatat sebagai pegawai ASN di Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.

Karya Tulis ini saya persembahkan untuk

Almarhum Bapak Sunardi terkasih dan Ibunda Manisah terhebat serta Suamiku
Ahmad Afandi tersayang dan Anakku Alya Jasmine Pradita tercinta
yang selalu memberikan dukungan berupa doa, nasihat, serta motivasi yang tak
terhingga sehingga bisa menyelesaikan tesis ini.

SANWACANA

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa, karena atas rahmat dan hidayah-Nya penelitian ini dapat diselesaikan dengan judul : “Faktor – faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* pada pasien Hepatitis C di Provinsi Lampung dengan pendekatan *Health Belief Model (HBM)*”. Yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M. selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si., selaku Direktur Pascasarjana Universitas Lampung;
3. Dr. Eng. Suropto Dwi Yuwono, S.Si., M.T., selaku Plt. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
4. Dr. Ayi Ahadiat, S.E., M.B.A., selaku Plt. Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kerjasama Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
5. Dr. dr. TA Larasati, M.Kes selaku pembimbing utama atas kesediaannya untuk memberikan bimbingan, kritik dan saran serta nasihat yang bermanfaat dalam proses penyelesaian tesis ini.
6. Dr. Suharmanto, S.Kep., MKM selaku pembimbing kedua atas kesediaannya untuk memberikan bimbingan, kritik dan saran masukan dalam proses penyelesaian tesis ini.
7. Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar Rengganis Wardani., SKM., M.Kes selaku Pembahas utama atas kesediaannya memberikan banyak masukan dan nasehat selama penyelesaian tesis ini.

8. Dr. dr. Endang Budiarti, M. Kes selaku Pembahas kedua atas kesediaannya memberikan banyak masukan dan nasehat selama penyelesaian penelitian ini;
9. Dr. Ir. Samsu Udayana Nurdin, M.Si selaku pembimbing akademik;
10. Pimpinan Dinas Kesehatan Propinsi Lampung, RSUD Dr. H. Abdul Moeloek dan RSUD Tebet Jakarta selatan dan seluruh jajarannya;
11. Bapak dan Ibu Dosen pengajar dan Tenaga Kependidikan Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
12. Suami, anak dan keluarga saya yang telah memberikan doa, harapan dan motivasi selama penyelesaian tesis ini;
13. Pimpinan dan rekan-rekan kerja di Dinas Kesehatan Provinsi Lampung;
14. Teman-teman seperjuangan angkatan Kesehatan Masyarakat 2020 yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan tesis ini;
15. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu-persatu yang telah memberikan bantuan dan memberi semangat selama kuliah dan dalam penulisan tesis;

Akhir kata, penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan. Akan tetapi, semoga hasil penelitian yang sederhana ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu kesehatan masyarakat. Amin.

Bandar Lampung, Mei 2023

Penulis

Agusta Saraswati

DAFTAR ISI

Halaman

DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR LAMPIRAN	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Landasan Teori	8
2.2 Penelitian Terdahulu.....	51
2.3 Kerangka Teori	56
2.4 Kerangka Konsep	57
2.4 Hipotesis	58
BAB III METODE PENELITIAN	59
3.1 Jenis Penelitian	59
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	60

3.3 Variabel Penelitian	60
3.4 Definisi Operasional	62
3.5 Subjek Penelitian	65
3.6 Pengumpulan Data.....	66
3.7 Prosedur Penelitian	78
3.8 Analisis Data.....	79
3.9 Etika Penelitian.....	83
BAB IV HASIL PENELITIAN	86
4.1 Gambaran Umum Subjek Penelitian	86
4.2 Proses Penelitian.....	86
4.3 Analisa Deskriptif.....	87
4.4 Analisa Univariat	91
4.5 Analisa Bivariat	99
4.6 Analisa Multivariat (<i>Path Analysis</i>)	104
4.7 <i>Generalized Structural Equation Modeling</i> (GSEM)	106
BAB V HASIL PEMBAHASAN	112
5.1 Pembahasan	112
5.2 Keterbatasan Penelitian	157
BAB VI PENUTUP	159
6.1 Kesimpulan	159
6.2 Saran	161
DAFTAR PUSTAKA	165
LAMPIRAN	172

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Beban penyakit Hepatitis C di dunia tahun 2021.....	8
Gambar 2. Prevalensi Hepatitis C penasun di Asia tenggara.....	9
Gambar 3. Virus Hepatitis C.....	11
Gambar 4. Siklus hidup virus Hepatitis C	12
Gambar 5. Perjalanan alamiah infeksi Hepatitis C	14
Gambar 6. Terapi Hepatitis C (DAA) tanpa sirosis / Non sirosis.....	19
Gambar 7. Terapi Hepatitis C (DAA) sirosis kompensata	20
Gambar 8. Terapi Hepatitis C (DAA) sirosis dekompensata.....	21
Gambar 9. Health Belief Model Components and Linkages	29
Gambar 10. Model Path analysis	45
Gambar 11. Contoh model analisis jalur	46
Gambar 12. Spesifikasi model analisis jalur penelitian.....	48
Gambar 13. Modifikasi kerangka teori	56
Gambar 14. Kerangka konsep.....	57
Gambar 15. Spesifikasi model penelitian dengan GSEM.....	82
Gambar 16. Hasil Koefisien Jalur (path analysis) penelitian.....	107

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Interpretasi hasil Anti-HCV dan HCV RNA	16
Tabel 2. Komponen-Komponen Health Belief Model.....	31
Tabel 3. Intepretasi koefisien jalur terstandarisasi.....	50
Tabel 4. Penelitian Terdahulu	51
Tabel 5. Definisi operasional	62
Tabel 6. Distribusi frekuensi umur	87
Tabel 7. Distribusi frekuensi jenis kelamin	87
Tabel 8. Distribusi frekuensi Pendidikan	88
Tabel 9. Distribusi frekuensi Pekerjaan	88
Tabel 10. Distribusi frekuensi Status pernikahan	89
Tabel 11. Distribusi frekuensi Tempat Tinggal	90
Tabel 12. Distribusi frekuensi Faktor resiko tertular	90
Tabel 13. Distribusi frekuensi Pengetahuan	91
Tabel 14. Distribusi frekuensi dukungan keluarga	93
Tabel 15. Distribusi frekuensi akses layanan kesehatan.....	94
Tabel 16. Distribusi frekuensi <i>Perceived susceptibility</i>	95
Tabel 17. Distribusi frekuensi <i>Perceived severity</i>	96
Tabel 18. Distribusi frekuensi <i>Perceived benefitsm</i>	96
Tabel 19. Distribusi frekuensi <i>Perceived barriers</i>	97
Tabel 20. Distribusi frekuensi <i>Self efficacy</i>	98
Tabel 21. Distribusi frekuensi Kepatuhan Responden.....	99
Tabel 22. Distribusi frekuensi subjek penelitian	99
Tabel 23. Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan pengobatan	101
Tabel 24. Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pengobatan.....	101
Tabel 25. Hubungan akses layanan kesehatan dengan kepatuhan pengobatan ..	102
Tabel 26. Hubungan <i>Perceived susceptibility</i> dengan kepatuhan pengobatan ...	103

Tabel 27. Hubungan <i>Perceived severity</i> dengan kepatuhan pengobatan.....	103
Tabel 28. Hubungan <i>Perceived benefitsm</i> dengan kepatuhan pengobatan	104
Tabel 29. Hubungan <i>Perceived barriers</i> dengan kepatuhan pengobatan	105
Tabel 30. Hubungan <i>Self efficacy</i> dengan kepatuhan pengobatan.....	105
Tabel 31. Hasil Analisis <i>Path analysis</i> kepatuhan pengobatan DAA.....	109

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Persetujuan Etik Penelitian	173
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian	174
Lampiran 3. Surat Keterangan Pelaksanaan Pra Penelitian.....	175
Lampiran 4. Surat Keterangan Pelaksanaan Penelitian	176

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hepatitis C adalah penyakit peradangan hati yang disebabkan oleh virus Hepatitis C (HCV). Sejak ditemukan pada tahun 1989 virus Hepatitis C (VHC) telah menjadi salah satu penyebab utama penyakit hati kronik di seluruh dunia, *World Health Organization* (WHO) memperkirakan prevalensi pasien Hepatitis C global adalah 1% dari total populasi dunia atau sekitar 71 juta orang di seluruh dunia terinfeksi virus Hepatitis C (HCV) dan diperkirakan menyumbang 1,1 juta infeksi baru setiap tahunnya dimana 399.000 diantaranya meninggal akibat berbagai komplikasi yang ditimbulkannya (WHO, 2021).

Indonesia merupakan negara peringkat ke 3 dari 11 negara di *South-East Asia Region* (SEAR) dengan prevalensi Hepatitis C sebesar 1 % setelah Myanmar (2,81 %), dan Thailand (2,46 %) sedangkan prevalensi Hepatitis C di Indonesia pada kelompok pengguna narkotika jarum suntik (penasun) merupakan peringkat pertama di antara negara-negara WHO *South-East Asia Regional* (SEAR) dengan prevalensi sebesar 63,5% disusul urutan kedua yaitu Thailand (58,86 %) dan ketiga adalah Myanmar (56 %) (WHO, 2021).

Angka mortalitas akibat komplikasi penyakit sirosis hati sekitar 4% dan merupakan penyakit dengan biaya perawatan yang sangat mahal. Sirosis hati sebagai komplikasi dari penyakit Hepatitis C merupakan urutan ke delapan (8) penyakit katastropik di Indonesia pada tahun 2020 sebanyak 178.400 kasus dengan menyerap anggaran sebesar Rp. 291,7 milyar (BPJS Kesehatan, 2021). Beban besar dari infeksi virus kronis ini membutuhkan banyaknya akses untuk melakukan pemeriksaan dan pengobatan. Selain peningkatan strategi skrining untuk mendeteksi orang terinfeksi yang tidak terdiagnosis dan skrining

berfokus pada populasi beresiko, berkembangnya pengobatan Hepatitis C dengan obat *Direct Acting Antiviral (DAA)* memberikan angka kesembuhan dan toleransi yang tinggi bagi pasien. Data *World Health Organization (WHO)* tahun 2021 menunjukkan sebanyak 9,4 juta pasien Hepatitis C yang dengan pengobatan DAA mendapatkan kesembuhan yang tinggi, dimana terjadi peningkatan 10 kali lipat dari tahun 2015 yaitu 1 juta orang mendapatkan kesembuhan di dunia. Pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* terdiri dari kombinasi dua atau lebih obat yang diminum secara oral, lebih memudahkan pasien bila dibandingkan dengan terapi berbasis interferon, pemberian anti virus DAA ini bertujuan untuk mengeradikasi virus Hepatitis C dengan harapan mencegah munculnya komplikasi penyakit hati fibrosis, sirosis, karsinoma hepatoselular dan kematian. (Kementerian Kesehatan RI, 2019)

Diagnosis dan tatalaksana pasien Hepatitis C yang tepat dan menyeluruh dapat menekan morbiditas dan morbiditas secara bermakna, namun banyak hambatan yang ditemukan baik dari segi tenaga kesehatan yaitu berupa tidak meratanya pengetahuan mengenai Hepatitis C bagi dokter terutama di daerah serta dari sisi pasien seperti kepatuhan pengobatan, panjangnya durasi pengobatan dan mahal biaya yang harus dikeluarkan. Program skrining dan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* Hepatitis C provinsi Lampung dimulai sejak april tahun 2018, prevalensi Hepatitis C tahun 2022 yaitu 1%, berasal dari hasil pemeriksaan anti HCV yang dilaksanakan di 215 layanan tingkat pertama dan 1 layanan rujukan yaitu sebanyak 21.956 orang melakukan skrining anti-HCV, 875 orang hasil anti-HCV positif (*positivity rate* 4%), 231 orang yang melakukan pemeriksaan viral load HCV, 119 orang terdeteksi (VL HCV), 119 orang melakukan pengobatan DAA, 76 orang pengobatan lengkap, 11 orang melakukan SVR12 dan dinyatakan sembuh. Sehingga terdapat gap antara pasien memulai pengobatan DAA dengan pengobatan lengkap (36 %), dan gap terapi lengkap dengan yang tes SVR-12 (85 %). Tingginya angka kesenjangan pasien yang memulai pengobatan sampai pengobatan lengkap dan pemeriksaan SVR 12/24 tentu akan mempengaruhi hasil pengobatan yang merupakan penentu kesembuhan pasien. (Perhimpunan Peneliti Hati Indonesia, 2017)

Penelitian dari Sari & Sutarga (2021) tentang karakteristik penderita Hepatitis C di Provinsi Bali, menunjukkan bahwa penderita Hepatitis C terbanyak berasal dari kelompok umur 31- 40 tahun (34,23%), jenis kelamin laki-laki (70,27%), memiliki status koinfeksi (17,12%) dan mengalami sirosis hati (62,16%). Pasien Hepatitis C yang telah menjalani pengobatan DAA secara lengkap sebanyak 69,63% , hasil penelitian ini juga menunjukkan pasien Hepatitis C tidak patuh dalam melakukan pengobatan sekitar 84,68% dimana pasien tidak melakukan pemeriksaan SVR 12 minggu sesudah menjalani pengobatan DAA.

Menurut Morgen & Horne dalam Lailatushifah (2012), ada empat (4) faktor yang mempengaruhi seseorang berperilaku patuh atau tidak patuh dalam mengkonsumsi obat yaitu persepsi dan perilaku pasien, interaksi antara pasien dokter dan komunikasi antar keduanya, kebijakan dan praktik pengobatan di masyarakat oleh pemerintah setempat serta berbagai intervensi yang dilakukan agar kepatuhan terlaksana dalam pengobatan. Selain itu terdapat tiga teori munculnya kepatuhan dalam mengkonsumsi obat yaitu *Health Belief Model (HBM)*, *Theory of planned behaviour (TPB)* dan *Model of adherence*. Teori *Health Belief Model (HBM)* menjelaskan bahwa kepatuhan mengkonsumsi obat merupakan proses yang diawali oleh keyakinan seseorang akan keseriusan penyakitnya, yang berujung pada tindakan untuk berobat ke petugas kesehatan, termasuk kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, walaupun dibayang-bayangi oleh risiko atau efek samping dari tindakan tersebut.

Penyakit Hepatitis C merupakan penyakit menular dimana pengobatan sekaligus pencegahan (*undetectable = untransmittable*) maksudnya jika pasien Hepatitis C mendapatkan pengobatan, patuh pada pengobatannya, tercapai target terapi (*viral load HCV undetectable*) maka pasien tidak akan menularkan kepada orang lain. Penelitian ini menggunakan pendekatan *Health Belief Model (HBM)* yang bertujuan untuk menganalisis hambatan dari sisi pasien dalam kepatuhan pengobatan pasien Hepatitis C. *Health Belief Model (HBM)* merupakan kerangka kerja konseptual yang dikenal luas dalam perubahan

perilaku pada individu, dan menciptakan perilaku gaya hidup sehat terutama pada pencegahan penyakit dan menentukan hubungan antara keyakinan dan perilaku kesehatan termasuk kepatuhan pengobatan. Teori HBM mencakup enam domain yaitu kerentanan yang dirasakan akibat timbulnya efek samping jika tidak patuh menggunakan obat dengan benar (*Perceived susceptibility*), keparahan yang dirasakan akibat komplikasi penyakit yang di derita (*Perceived severity*), manfaat yang dirasakan dari penggunaan obat dengan benar (*Perceived benefit*), kepercayaan diri yang dirasakan saat menggunakan obat (*perceived self-efficacy*) hambatan dirasakan menghalangi penggunaan obat secara benar (*Perceived barrier*) dan *Cues to action* (Glanz et al., 2002). Keenam domain dari teori HBM tersebut diklaim secara signifikan dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan (Shammena A. U. et al., 2017).

Path analysis sebagai metode analisis yang digunakan dengan mengestimasi besarnya hubungan-hubungan antar variable dan melibatkan variable antara, menggunakan STATA-13 pendekatan GSEM (*generalized structural equation modeling*) karena dalam penelitian ini menggunakan data kategorikal atau data dikotomi, hal ini berdasarkan kesesuaian dari teori *Health Belief Model (HBM)* yang bertujuan mengetahui pengaruh langsung (*direct effect*) yaitu dukungan keluarga dan akses pelayanan kesehatan dan pengaruh tidak langsung (*indirect effect*) yaitu pengetahuan dengan melibatkan variabel antara (*intervening*) yaitu *personal belief* yang terdiri dari *Perceived susceptibility*, *Perceived severity*, *Perceived benefits*, *Perceived barriers* dan *Self efficacy*.

Pada penelitian Haeruddin et al. (2021) membuktikan bahwa ada pengaruh dukungan keluarga ($p=0,003$), pengetahuan ($p=0,007$), dan peran petugas kesehatan ($p=0,008$) melalui peningkatan motivasi terhadap kepatuhan pengobatan pasien hipertensi pada masa pandemi Covid-19, hasil yang sama pada penelitian dari (Agustin et al., 2018) membuktikan bahwa kepatuhan pengobatan ARV pasien HIV/AIDS dipengaruhi secara langsung oleh tingginya *Self-efficacy*, *Perceived benefits*, dan *Cues to action*, dan rendahnya *Perceived barriers*, serta di pengaruhi tidak langsung oleh rendahnya

Perceived susceptibility dan *Perceived severity*. Penelitian lainnya dari Sunarta et al. (2019) membuktikan bahwa tingkat pengetahuan yang baik secara tidak langsung mempengaruhi perilaku wanita untuk melakukan skrining IVA sebesar 1,38 unit lebih tinggi ($p = < 0,001$) dari pada wanita yang tingkat pengetahuannya rendah.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas peneliti tertarik untuk melakukan kajian lebih lanjut tentang faktor – faktor yang memengaruhi secara langsung dan tidak langsung kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* pasien Hepatitis C di Provinsi Lampung dengan pendekatan *Health Belief Model (HBM)*

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka perumusan masalah pada penelitian ini adalah “Faktor – faktor apakah yang memengaruhi secara langsung dan tidak langsung terhadap kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* pasien Hepatitis C di Provinsi Lampung dengan pendekatan *Health Belief Model (HBM)* ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Diketuainya faktor – faktor yang memengaruhi secara langsung dan tidak langsung terhadap kepatuhan pengobatan *direct acting antiviral (DAA)* pada pasien Hepatitis C di Provinsi Lampung dengan pendekatan *Health Belief Model (HBM)*.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, tempat tinggal) pada pasien Hepatitis C yang melakukan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)*.
2. Diketuainya distribusi frekuensi pengetahuan, distribusi frekuensi *Perceived susceptibility*, distribusi frekuensi *Perceived severity*, distribusi

frekuensi *Perceived benefitsm*, distribusi frekuensi *Perceived barriers*, distribusi frekuensi *Self efficacy*, distribusi frekuensi dukungan keluarga, distribusi frekuensi akses layanan kesehatan pada pasien Hepatitis C yang melakukan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)*.

3. Diketuainya pengaruh langsung *Perceived susceptibility* dengan kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)*.
4. Diketuainya pengaruh langsung *Perceived severity* dengan kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)*.
5. Diketuainya pengaruh langsung *perceived benefitsm* dengan kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)*.
6. Diketuainya pengaruh langsung *Perceived barriers* dengan kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)*.
7. Diketuainya pengaruh langsung *Self efficacy* dengan kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)*.
8. Diketuainya pengaruh langsung dukungan keluarga dengan kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)*.
9. Diketuainya pengaruh langsung akses layanan kesehatan dengan kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)*
10. Diketuainya pengaruh tidak langsung pengetahuan dengan kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* melalui *Perceived susceptibility*, *Perceived severity*, *Perceived benefitsm*, *Perceived barriers*, dan *Self efficacy*.
11. Diketuainya faktor yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan Pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)*

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini ditujukan untuk dapat digunakan sebagai bahan referensi atau pandangan baru bagi penelitian sejenis serta memberikan kontribusi pada peningkatan dan pengembangan ilmu kesehatan masyarakat khususnya terkait dengan determinan kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* pada pasien Hepatitis C di Indonesia.

1.4.2 Manfaat Praktis

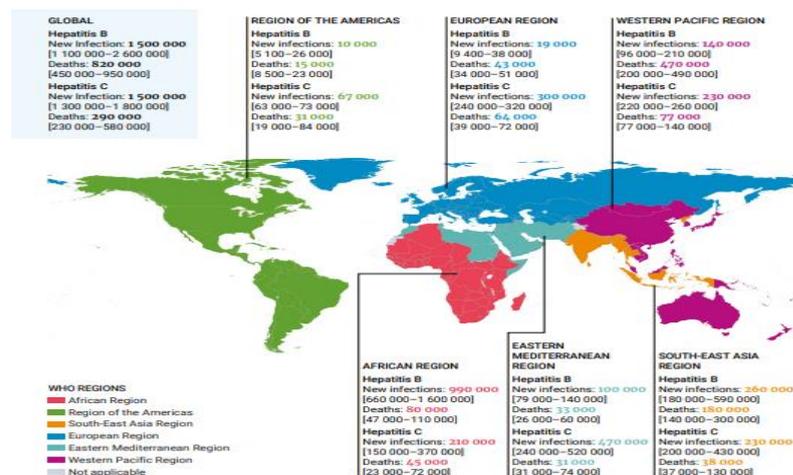
Hasil penelitian ini ditujukan sebagai acuan pemangku kebijakan serta pihak terkait mengenai informasi tentang determinan kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* pada pasien Hepatitis C di provinsi Lampung untuk intervensi tatalaksana Hepatitis C.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Epidemiologi Hepatitis C

Penyakit Hepatitis C merupakan masalah kesehatan masyarakat dunia, Sejak ditemukan pada tahun 1989 virus Hepatitis C (HCV) telah menjadi salah satu penyebab utama penyakit hati kronik di seluruh dunia. secara global pada tahun 2019 diperkirakan 58 juta orang terinfeksi virus Hepatitis C di seluruh dunia dimana terdapat penambahan lebih dari 1,5 juta kasus infeksi baru, infeksi virus Hepatitis C (HCV) menyebabkan kematian 290.000 jiwa setiap tahunnya, sedangkan di Asia tenggara diperkirakan 10 juta orang terinfeksi Hepatitis C kronik dimana terdapat penambahan 230.000 kasus baru setiap tahunnya dan menyebabkan kematian kurang lebih 38.000 jiwa setiap tahunnya terkait dengan berbagai komplikasi penyakit hati yang ditimbulkannya dan sebagian besar disebabkan oleh sirosis dan karsinoma hepatoseluler (kanker hati) (WHO, 2021).

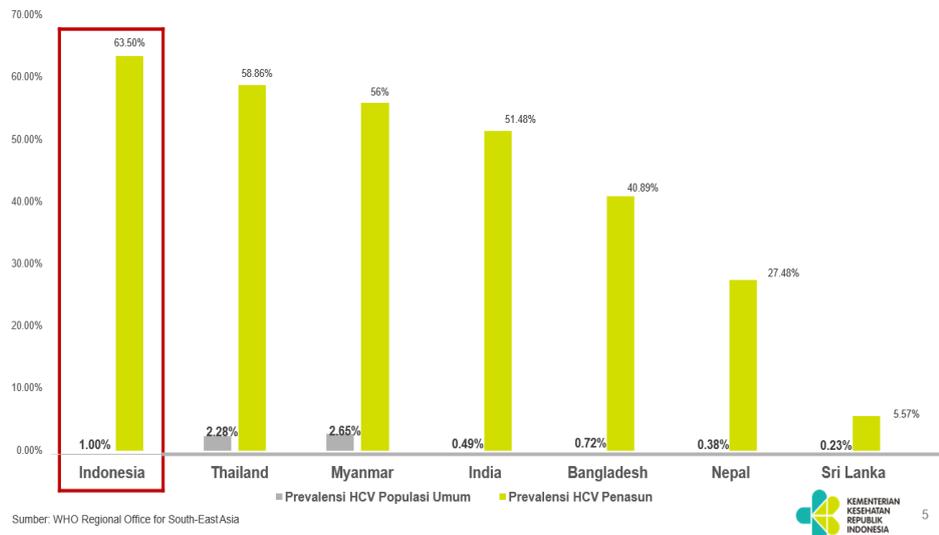


Gambar 1. Beban penyakit Hepatitis C di dunia tahun 2021

Sumber : WHO (2021)

Infeksi Hepatitis C endemik di seluruh dunia akan tetapi prevalensinya berbeda-beda di setiap negara. Wilayah asia tengah, Afrika sub sahara barat, Eropa timur, dan Afrika utara timur tengah memiliki prevalensi yang paling tinggi yaitu $> 2,5 \%$. Australia, Afrika sub sahara selatan, dan Eropa tengah memiliki prevalensi $1,25 - 2,5 \%$, sedangkan negara lainnya memiliki prevalensi yang rendah yaitu $> 1,25 \%$. Prevalensi Hepatitis C di Indonesia merupakan peringkat ke-3 tertinggi di antara 11 negara WHO *South-East Asia Region* (SEAR) dengan prevalensi 1% , di urutan pertama yaitu Myanmar ($2,81 \%$), dan kedua Thailand ($2,46 \%$) (WHO, 2021)

Berdasarkan data WHO bahwa Indonesia termasuk merupakan negara pertama yang memiliki prevalensi tertinggi Hepatitis C pada pengguna narkotika jarum suntik (penasun) di regional Asia Tenggara/ *South-East Asia Regional* (SEAR) dengan rata-rata prevalensi sebesar $63,5 \%$.



Gambar.2 Prevalensi Hepatitis C penasun di Asia tenggara
Sumber : WHO (2021)

Berdasarkan gambar 2 prevalensi Hepatitis C pada pengguna narkotika suntik (penasun) di Indonesia merupakan negara dengan posisi tertinggi di bandingkan negara lainnya seperti Thailand $58,8\%$ dan Myanmar 56% (WHO, 2021). Progresivitas Hepatitis C kronik berjalan lambat dan komplikasi yang dapat timbul adalah sirosis hati dan karsinoma sel hati.

Angka mortalitas akibat komplikasi penyakit sirosis hati sekitar 4% per tahun, Hepatitis C merupakan masalah kesehatan serius di Indonesia dengan angka komplikasi yang tinggi (Perhimpunan Peneliti Hati Indonesia, 2017).

2.1.2 Pengertian Hepatitis C

Virus Hepatitis C adalah virus RNA dari keluarga *Flaviviridae*. Virus ini memiliki partikel untuk menyelimuti untaian RNA yang panjangnya 9.600 basa nukleotida. Genom VHC terdiri dari protein struktural (C, E1 dan E2) dan protein non-struktural (NS1, NS2, NS3, NS4A, NS4B, NS5A dan NS5B). Protein non-struktural dan RNA virus Hepatitis C telah terbukti di temukan pada hati pasien terinfeksi Hepatitis C sehingga membuktikan bahwa hati adalah tempat replikasi virus Hepatitis C. Terdiri dari Hepatitis C akut dan kronik, dari tingkat keparahan yang ringan dan berlangsung beberapa minggu menjadi kronik dan menyebabkan komplikasi yang serius (Kementrian kesehatan RI, 2019).

Sebelum ditemukannya HCV, terdapat 2 jenis virus penyebab hepatitis yaitu virus hepatitis A (HAV) dan virus hepatitis B (HBV) namun kemudian ditemukan peradangan hati yang tidak disebabkan oleh kedua virus tersebut dan tidak dikenal pada saat itu sehingga dinamakan hepatitis Non-A Non-B (NANB). Hepatitis NANB tersebut, pada dekade tahun 1970-an dikenal sebagai kasus hepatitis yang sebagian besar atau lebih dari 90% kejadian hepatitis paska transfusi, yang sekarang disebut virus Hepatitis C (HCV). Sejak ditemukannya HCV pada tahun 1989, virus ini telah menjadi salah satu penyebab utama penyakit hati kronik di seluruh dunia yang menyebabkan kematian setiap tahunnya dengan berbagai komplikasi penyakit hati yang di timbulkan (Perhimpunan Peneliti Hati Indonesia, 2017).

2.1.3 Etiologi

Penyebab penyakit Hepatitis C adalah virus Hepatitis C (HCV) yang termasuk famili *Flaviviridea* virus beramplop yang termasuk pada genus hepacivirus dan merupakan virus RNA dengan untai tunggal (RNA single

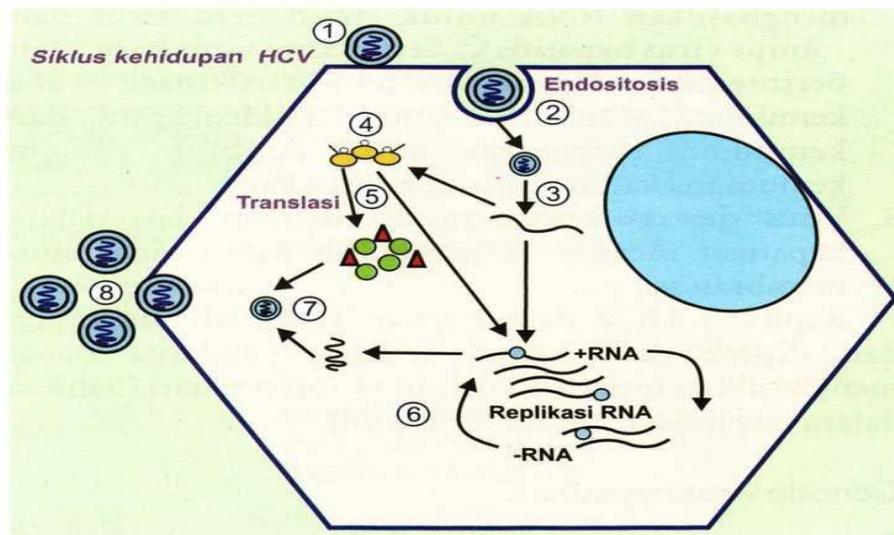
strain), berbentuk linear dan berdiameter 50 nm. Setidaknya 6 genotip HCV mayor dan lebih dari 50 subtype VHC yang berbeda telah ditemukan, keberagaman ini menimbulkan konsekuensi yang berbeda – beda, variasi dari genotip ini mempengaruhi respon HCV terhadap kombinasi dari terapi interferon/ribavirin (Kementrian kesehatan RI, 2019).



Gambar 3. Virus Hepatitis C
Sumber : Siswanto (2020)

2.1.4 Patogenesis

HCV yang masuk kedalam darah akan mencari hepatosit (HCV hanya bisa berkembang biak di dalam sel hati) dan kemungkinan sel limfosit B. Virus masuk kedalam hepatosit dengan mengikat suatu reseptor permukaan sel yang spesifik. Protein inti virus ini menembus dinding sel dimana selaput lemak bergabung dengan dinding sel dan selanjutnya akan melingkupi dan menelan virus serta membawanya kedalam hepatosit. Di dalam hepatosit, selaput virus (nukleokapsid) melarut dalam sitoplasma dan keluarlah RNA virus (virus uncoating) yang selanjutnya mengambil alih peran bagian dari ribosom hepatosit dalam membuat bahan-bahan untuk proses reproduksi.



Gambar 4. Siklus hidup virus Hepatitis C
 Sumber : Lisa Purwanti Alfian (2020)

Virus menyebabkan sel hati memperlakukan RNA virus seperti miliknya sendiri, lalu menutup fungsi normal hepatosit atau menginfeksi hepatosit yang lain. Virus kemudian membajak mekanisme sintesis protein hepatosit dalam memproduksi protein yang dibutuhkannya untuk berfungsi dan berkembang biak. RNA virus dipergunakan sebagai cetakan (template) untuk produksi massal poliprotein (proses translasi). Poliprotein dipecah menjadi unit-unit protein. RNA virus mengopi dirinya sendiri dalam jumlah besar (miliaran) untuk menghasilkan virus baru. Reaksi inflamasi menyebabkan aktivasi sel-sel stelata diruang disse hati. Sel-sel yang khas ini sebelumnya pada keadaan tenang (quiescent) kemudian berproliferasi dan menjadi aktif menjadi sel-sel miofibroblas yang dapat menghasilkan matriks kolagen dan terjadi fibrosis, berperan aktif dalam menghasilkan sitokin- sitokin pro-inflamasi. Mekanisme ini dapat timbul terus menerus karena reaksi inflamasi yang terjadi tidak berhenti sehingga fibrosis semakin lama semakin banyak dan sel-sel hati yang ada semakin sedikit. Proses ini dapat menimbulkan kerusakan hati lanjut dan sirosis hati (Perhimpunan Peneliti Hati Indonesia, 2017).

2.1.5 Tanda dan Gejala

2.1.5.1 Infeksi HCV akut

Umumnya infeksi akut HCV tidak memberi gejala atau hanya bergejala minimal. Masa inkubasi Hepatitis C adalah 2 minggu sampai 6 bulan. Sesudah infeksi awal, sekitar 70-80% penderita HCV tidak menunjukkan gejala, sebagian kecil penderita dapat memiliki gejala ringan sampai berat segera sesudah terinfeksi demam, kelelahan, nafsu makan menurun, mual, muntah, sakit perut (biasanya pada perut kanan atas), urin gelap, kotoran berwarna abu-abu, nyeri sendi dan jaundice (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

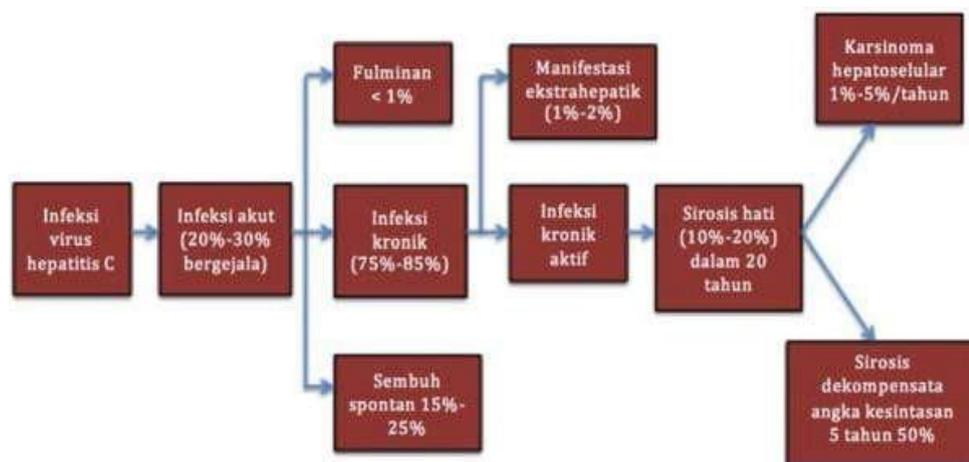
2.1.5.2 Infeksi HCV kronik

Infeksi Hepatitis C akan menjadi kronik pada 70-90% kasus dan sering kali tidak menimbulkan gejala walaupun proses kerusakan hati berjalan terus. Dalam banyak kasus, tidak ditemukan gejala penyakit sampai timbulnya masalah pada hati pasien. Beberapa penderita menunjukkan gejala-gejala ekstrahepatik seolah-olah tidak berhubungan dengan penyakit hati. Gejala ekstrahepatik bisa meliputi gejala hematologis, autoimun, mata, persendian, kulit, ginjal, paru, dan sistem saraf. Sekitar 30% penderita menunjukkan kadar ALT serum yang normal sedangkan yang lainnya meningkat sekitar 3 kali nilai normal, kadar bilirubin dan fosfatase alkali serum biasanya normal kecuali pada fase lanjut. HCV sering terdeteksi selama tes darah rutin untuk mengukur fungsi hati dan tingkat enzim hati, hilangnya HCV sesudah terjadinya hepatitis kronik sangat jarang terjadi. Diperlukan waktu 20-30 tahun untuk terjadinya sirosis hati yang akan terjadi pada 15-20% pasien infeksi HCV. Dari setiap 100 orang yang terinfeksi, sekitar 75-85 orang akan berkembang infeksi HCV, 60-70 orang berkembang menjadi penyakit hati kronik, 5-20 orang berlanjut menjadi sirosis hati selama periode 20 - 30 tahun, 1-5 orang akan meninggal akibat sirosis dan atau kanker hati (Kementrian kesehatan RI, 2019).

Menurut Siswanto (2020) tanda dan gejala penyakit Hepatitis C adalah :

- a. Kelelahan
- b. Nyeri otot dan sendi.
- c. Demam
- d. Tidak nafsu makan.
- e. Mual dan muntah.
- f. Sakit perut.
- g. Tinja berwarna abu-abu.
- h. Sakit kuning.

Sebagian besar (> 90%) kasus Hepatitis C akut bersifat asimtomatik. Kejadian Hepatitis fulminan juga sangat kecil dari infeksi VHC, sebagian kecil penderita bisa saja mengalami gejala prodromal seperti infeksi virus pada umumnya. Sebagian besar kondisi penderita Hepatitis C akut akan berkembang menjadi Hepatitis C kronik yang umumnya juga bersifat asimtomatik antara 20–30 % dari jumlah penderita ini akan bertambah parah menjadi sirosis hati dalam waktu 20-30 tahun ke depan. Pada kondisi ini, kerusakan hati bersifat progresif lambat, seringkali penderita yang terinfeksi VHC pada usia lanjut tidak mengalami gangguan maupun keluhan pada bagian hati sama sekali seumur hidupnya (Siswanto, 2020).



Gambar 5. Perjalanan alamiah infeksi Hepatitis C
Sumber : Kementerian Kesehatan RI (2019)

2.1.6 Diagnosis Hepatitis C

Diagnosis Hepatitis C ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Sebagian besar pasien dengan infeksi kronik virus Hepatitis C baru akan menimbulkan gejala saat kondisi kerusakan hati semakin parah. Pada infeksi Hepatitis C akut, RNA VHC dapat terdeteksi dalam 7- 10 hari setelah paparan kemudian anti-HCV mulai dapat terdeteksi di dalam darah 2-8 minggu setelah paparan. Saat diagnosis awal Hepatitis C akut, pemeriksaan anti-HCV positif hanya ditemukan pada sekitar 50% pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Diagnosis Hepatitis C akut dapat ditegakkan jika terjadi serokonversi anti-HCV pada pasien yang sebelumnya telah diketahui anti- HCV negatif, oleh karena tidak adanya penanda serologi yang dapat membuktikan infeksi akut VHC. Pada kasus pasien dengan gejala yang sesuai (alanine aminotransferase (ALT) >10 x nilai batas atas normal, ikterik) tanpa adanya riwayat penyakit hati kronik atau penyebab lain hepatitis akut, dan/atau sumber penularan dapat diidentifikasi maka dapat di curigai Hepatitis C akut, meskipun 80% infeksi Hepatitis C akut bersifat asimtomatik.

Diagnosis Hepatitis C kronik dapat ditegakkan apabila anti-HCV dan RNA-VHC tetap terdeteksi lebih dari 6 bulan sejak terinfeksi dengan atau tanpa gejala-gejala penyakit hati kronik. (Kementrian kesehatan RI, 2019) Pemeriksaan RNA VHC hanya diindikasikan pada penderita yang positif anti-VHC, penderita Hepatitis C kronik yang diterapi sambil melakukan pemantauan respons dari terapi, dan penderita dengan gangguan hati kronik dengan anti-VHC negatif yang belum diketahui penyebabnya (khususnya penderita yang mengalami penurunan sistem imun). Pemeriksaan genotip VHC wajib dilakukan pada semua penderita yang akan menerima terapi antivirus untuk menilai berapa lama pengobatan dilakukan (Siswanto, 2020).

2.1.6.1 Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan anti-HCV dengan rapid tes diagnostic (RDT) dan pemeriksaan

tes *enzyme immunoassay* (EIA) adalah pemeriksaan yang mudah dikerjakan dan relatif murah, dan merupakan tes skrining awal terbaik yang di gunakan di Indonesia, sedangkan pemeriksaan serologi yang digunakan untuk mendeteksi anti-HCV dengan menggunakan teknik *enzyme-linked immunosorbent assay* (ELISA) dan atau *chemiluminescent immunoassay* (CLIA). Bila didapatkan hasil anti-HCV positif maka dapat dinyatakan orang tersebut terinfeksi virus Hepatitis C dan pemeriksaan selanjutnya yaitu HCV RNA (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Anti-HCV mempunyai masa serokonversi sekitar 5-10 minggu pascapaparan HCV, ada juga yang baru terdeteksi sesudah 3 bulan sehingga pemeriksaan anti-HCV saja dapat menimbulkan kesalahan diagnosis sebesar 30% kasus Hepatitis C akut. Selain itu pada pasien HIV, pasien hemodialisis, dan pengguna obat immunosupresan, pemeriksaan anti HCV dapat menghasilkan negatif palsu. Pada keadaan tersebut ataupun bila ada kecurigaan infeksi Hepatitis C maka diperlukan pemeriksaan lanjutan yaitu HCV RNA. Pemeriksaan HCV RNA dengan real time-PCR dapat mendeteksi keberadaan jumlah virus HCV sampai muatan virus minimal <50 IU/mL atau <15 IU/mL. Pemeriksaan tersebut penting untuk menegakkan diagnosis serta pemantauan terapi antivirus. Pada infeksi Hepatitis C kronik didapatkan bukti bahwa anti-HCV dan RNA VHC positif ditandai tanda-tanda hepatitis kronik. Interpretasi hasil anti-HCV dan RNA seperti dijelaskan pada tabel 1.

Tabel 1. Interpretasi hasil Anti-HCV dan HCV RNA

Anti-HCV	HCV RNA	Interpretasi
Positif	Positif	Infeksi HCV akut atau kronik bergantung pada gejala klinis
Positif	Negatif	Resolusi HCV, status infeksi tidak dapat ditentukan (mungkin dalam status <i>intermittent viremia</i>)
Negatif	Positif	Infeksi HCV akut awal; HCV kronik pada pasien dengan status immunosupresi; pemeriksaan HCV RNA positif palsu
Negatif	Negatif	Tidak adanya infeksi HCV

Sumber : (Kementrian kesehatan RI, 2019)

2.1.6.2 Pemeriksaan Biopsi hati dan fibroscan

Biopsi hati secara umum untuk penilaian awal pasien dengan infeksi HCV kronik. Biopsi berguna untuk menentukan derajat beratnya penyakit (tingkat fibrosis) dan menentukan derajat nekrosis dan inflamasi, pemeriksaan ini juga bermanfaat untuk menyingkirkan kemungkinan adanya penyebab penyakit hati yang lain, seperti fitur alkoholik, *non-alcoholic steatohepatitis* (NASH), hepatitis autoimun, penyakit hati *drug-induced* atau overload besi. Dengan fibroscan dapat menilai fibrosis hati sehingga dapat dipakai pada pasien yang menolak untuk dilakukannya biopsi hati (Kementrian kesehatan RI, 2019)

2.1.7 Tata Laksana Pengobatan Hepatitis C

Tujuan pengobatan adalah untuk mengeliminasi atau eradikasi virus HCV dan mencegah progresifitas penyakit menjadi sirosis maupun karsinoma hepatoselular dan sebagai *endpoint therapy* adalah mencapai *sustained virologic response* (SVR).

2.1.7.1 Tatalaksana Hepatitis C akut

Dari saat teridentifikasi infeksi HCV akut, pasien harus dipantau tiap 4 minggu untuk serokonversi atau terbentuknya HCV RNA viremia. Pada 12 minggu, sekitar 15-30% akan sembuh disertai pembersihan HCV tanpa pengobatan, mereka yang tidak sembuh harus segera mendapat pegylated interferon selama 24 minggu. Oleh karena itu, tatalaksana dapat ditunda selama 12-16 minggu menunggu terjadinya resolusi spontan terutama pada yang simptomatik. Pada pasien genotip *IL28B non-CC* pemberian antivirus dapat lebih awal yaitu 12 minggu karena kemungkinan terjadinya resolusi spontan lebih rendah. Pemberian monoterapi dengan *Peg-IFN* dapat diberikan pada tatalaksana Hepatitis C akut, lama terapi Hepatitis C akut pada genotip 1 dilanjutkan selama 24 minggu dan pada genotip 2 dan 3 selama 12 minggu. Ini akan mencegah terjadinya infeksi HCV kronik pada kebanyakan pasien (Perhimpunan Peneliti Hati Indonesia, 2017)

2.1.7.2 Tatalaksana Hepatitis C Kronis

Penatalaksanaan Hepatitis C tertuju pada Hepatitis C kronik, umumnya pasien Hepatitis C datang berobat sudah dalam fase kronik. Target terapi antivirus adalah pencapaian SVR, yaitu muatan virus HCV RNA <50 IU/mL atau tetap tidak terdeteksi sesudah 24 minggu sesudah pemberian terapi antivirus selesai. Untuk mengetahuinya dilakukan pemeriksaan HCV RNA secara berkala, bila rapid virological response (RVR) tercapai, yaitu muatan virus HCV RNA <50 IU/mL atau tidak terdeteksi sesudah pemberian terapi antivirus selama 4 minggu, dapat diperkirakan 72,5-100% akan tercapai. Pilihan terapi standar untuk Hepatitis C kronik adalah kombinasi antara *Pegylated Interferon- α* (Peg-IFN α) dan *ribavirin* (RBV). Pada genotip 1 memberikan respon 40-50% mencapai SVR, pada genotip 2 dan 3 sekitar 80% mencapai SVR. Telah ditemukan agen *direct acting antiviral* (DAA) yaitu *boceprevir* (BOC), *telaprevir* (TVR), *simeprevir*, *sofosbuvir*, dan pilihan obat lainnya. Di Indonesia yang baru tersedia adalah boceprevir (Perhimpunan Peneliti Hati Indonesia, 2017).

2.1.8 Pengobatan DAA (*Direct Acting Antiviral*)

Kemajuan yang dicapai pada pengobatan Hepatitis C kronik di dunia adalah penemuan agen *Direct Acting Antiviral* (DAA). DAA merupakan tulang punggung utama dalam terapi Hepatitis C saat ini, setidaknya terdapat lebih dari 30 jenis pilihan DAA, dengan tiga mekanisme kerja utama. DAA yang pertama kali dipakai di Indonesia adalah *boceprevir*, yang merupakan kelompok obat generasi pertama, Seiring dengan perkembangan DAA, muncul kelompok DAA generasi baru, yaitu *simeprevir*, *sofosbuvir*, *ledipasvir*, *daclatasvir*, *elbasvir*, dan *grazoprevir*. Obat-obatan ini memiliki angka *sustained virologic response* (SVR) 12 yang lebih tinggi dibandingkan dengan terapi berbasis interferon, waktu pengobatan yang lebih singkat, tersedia dalam sediaan oral dan memiliki efek samping yang lebih sedikit. Target terapi antivirus yaitu pencapaian *sustained virologic response* (SVR) untuk memantau kemungkinan mencapai suatu SVR perlu dilakukan pemeriksaan RNA VHC dengan jangka waktu 12 minggu setelah

selesai pengobatan. Monitoring setelah pengobatan DAA harus dilakukan yaitu pada pasien yang telah mencapai SVR 12 dengan melakukan pemeriksaan RNA VHC 12 minggu pasca terapi dengan DAA. Jika didapatkan nilai RNA VHC negatif maka dinyatakan bebas infeksi VHC dan tidak perlu dilakukan pemeriksaan RNA VHC lagi. Pasien Hepatitis C kronik dengan sirosis yang berhasil mencapai SVR 12 tetap dalam monitor dan evaluasi surveilans karsinoma hepatoselular dengan AFP dan ultrasonografi abdominal setiap 6 bulan. Penjelasan rangkuman pemilihan regimen DAA seperti dijelaskan pada gambar 6.

GT	SOF/LED	SOF,DAC	SOF,SIM	ELB/GRA	SOF/VEL
1	12	12	12	12* 16 (+RBV)**	12
2	12	12	-	-	12
3	-	12	-	-	12
4	12	12	12	12 16 (+RBV)**	12
5	12	12	-	-	12
6	12	12	-	-	12

*Diberikan kepada pasien yang bukan NS5A RAV genotipe 1a
 **Diberikan kepada pasien dengan NS5A RAV genotipe 1a

Gambar 6. Terapi Hepatitis C (DAA) tanpa sirosis / Non sirosis
 Sumber : (Kementrian kesehatan RI, 2019)

Berdasarkan data pada gambar 6, pemberian obat kombinasi dosis tetap ledipasvir (90mg) atau sofosbuvir (400mg) selama 12 minggu menghasilkan SVR 12 (96%) pada pada pasien naïve VHC genotype 1, kombinasi sofosbuvir (400 mg) dan daclatasvir (60 mg) selama 12 minggu tercapai SVR 12 pada 100% pasien naïve dan dapat digunakan pada pasien naïve VHC genotype 1 sampai 6,, hingga tahun 2022 pengobatan *Direct Acting Antiviral* (DAA) di Indonesia untuk pasien HCV non sirosis menggunakan jenis regimen sofosbuvir (400mg) dan daclatasvir (60mg) selama 12 minggu dengan capaian SVR 12 lebih dari 98% (Kementrian kesehatan RI, 2019).

GT	SOV, RBV	SOF/LED	SOF,DAC	SOF,SIM	ELB/GRA	SOF/VEL
1	-	12 (+RBV) 24 (-RBV)	12 (+RBV) 24 (-RBV)	12 (+RBV) 24 (-RBV)	12* 16 (+RBV)**	12
2	16-24	12	12	-	-	12
3	24	-	24 (+/-RBV)	-	-	12 (+RBV)
4	-	12 (+RBV) 24 (-RBV)	12 (+RBV) 24 (-RBV)	12 (+RBV) 24 (-RBV)	12* 16 (+RBV)**	12
5	-	12 (+RBV) 24 (-RBV)	12 (+RBV) 24 (-RBV)	-	-	12
6	-	12 (+RBV) 24 (-RBV)	12 (+RBV) 24 (-RBV)	-	-	12

*Diberikan kepada pasien yang bukan NSSA RAV genotipe 1a
**Diberikan kepada pasien dengan NSSA RAV genotipe 1a

Gambar 7. Terapi Hepatitis C (DAA) sirosis kompensata
Sumber : (Kementerian kesehatan RI, 2019)

Berdasarkan data gambar 7, pemberian terapi antivirus direkomendasikan bagi pasien Hepatitis C kronik yang telah menderita sirosis hati selama tidak ada kontraindikasi pemberian antivirus. Hal ini bertujuan untuk mencapai SVR 12 dan menurunkan insidensi terjadinya berbagai macam komplikasi akibat sirosis hati. Studi yang ada menunjukkan tercapainya SVR 12 pada pasien sirosis hati kompensata, menurunkan insidensi terjadinya sirosis hati dekompensata, dan karsinoma hepatoselular.

Meskipun demikian, peluang untuk mencapai SVR 12 lebih rendah pada pasien dengan sirosis hati dibandingkan pada pasien non-sirosis. Adapun pemberian jenis, dosis, dan durasi terapi pada pasien Hepatitis C dengan sirosis hati disesuaikan dengan genotipe virus. Monitoring ketat (dua minggu sekali) selama pemberian terapi antivirus harus dilakukan mengingat risiko terjadinya efek samping lebih banyak timbul pada kondisi sirosis hati. Hal ini mungkin disebabkan karena pada pasien sirosis hati telah terdapat hipertensi portal, hipersplenisme, kadar trombosit dan leukosit yang rendah (Kementerian kesehatan RI, 2019).

GT	SOF, LED	SOF,DAC	SOF,SIM	ELB/GRA	SOF,VEL
1	12 (+RBV) 24 (-RBV)	12 (+RBV) 24 (-RBV)	KontraIndikasi	KontraIndikasi	12 (+RBV) 24 (-RBV)
2	-	12 (+RBV) 24 (-RBV)			12 (+RBV) 24 (-RBV)
3	-	24 (+/-RBV)			24 (+/-RBV)
4	12 (+RBV) 24 (-RBV)	12 (+RBV) 24 (-RBV)			12 (+RBV) 24 (-RBV)
5	12 (+RBV) 24 (-RBV)	12 (+RBV) 24 (-RBV)			12 (+RBV) 24 (-RBV)
6	12 (+RBV) 24 (-RBV)	12 (+RBV) 24 (-RBV)			12 (+RBV) 24 (-RBV)

Gambar 8. Terapi Hepatitis C (DAA) sirosis dekompensata
Sumber : Kementerian kesehatan RI (2019)

Berdasarkan data pada gambar 8, dijelaskan bahwa terapi berbasis DAA saat ini mulai mengambil peranan pada manajemen pasien dengan sirosis dekompensata, terutama untuk skor *Child Pugh B* atau $C \leq 12$. Regimen terapi yang dapat digunakan antara lain sofosbuvir, ledipasvir, dan ribavirin untuk genotipe 1, 4, 5, dan 6 selama 12 minggu; sofosbuvir dan ribavirin selama 16-20 minggu untuk genotipe 2; sofosbuvir, daclatasvir, dan ribavirin selama 12 minggu untuk semua genotipe; sofosbuvir, velpatasvir, dan ribavirin selama 12 minggu untuk semua genotipe. Apabila ditemukan kontraindikasi maupun toleransi yang buruk pada pemakaian ribavirin, dapat diberikan kombinasi sofosbuvir dan ledipasvir pada pasien genotipe 1, 4, 5, dan 6 selama 24 minggu; sofosbuvir dan daclatasvir selama 24 minggu untuk semua genotipe; atau sofosbuvir dan velpatasvir selama 24 minggu untuk semua genotipe.

Pada pemberian pengobatan *Direct Acting Antiviral* (DAA) kepatuhan pasien sangat diperlukan untuk mencapai keberhasilan terapi, menurut WHO tahun 2003 bahwa diagnosa yang tepat, pemilihan serta pemberian obat yang benar dari tenaga kesehatan, ternyata belum cukup untuk menjamin keberhasilan suatu terapi jika tidak diikuti dengan kepatuhan

pasien dalam mengkonsumsi obat, ada beberapa hal penting yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan, di antaranya faktor pasien, faktor terapi, faktor sistem kesehatan, faktor lingkungan, dan faktor sosial ekonomi, maka tidak hanya pasien, pembenahan dalam sistem kesehatan dan petugas pelayanan kesehatan pun turut mempengaruhi. Selain itu, diperlukan strategi khusus pada pasien untuk meningkatkan kepatuhan dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Selain faktor sistem kesehatan dan petugas pelayanan kesehatan, faktor lingkungan dan keluarga pasien juga berpengaruh dalam menumbuhkan kepatuhan pengobatan pada pasien.

Banyak faktor berhubungan dengan kepatuhan terhadap terapi penyakit kronik (jangka panjang) yang dijalani pasien, yaitu :

1) Faktor Pasien

Umur, jenis kelamin, dan suku atau ras berhubungan dengan kepatuhan pasien di beberapa tempat. Pengetahuan mengenai penyakit tuberkulosis dan keyakinan terhadap efikasi obatnya akan mempengaruhi keputusan pasien untuk menyelesaikan terapinya atau tidak.

2) Kompleksitas regimen

Banyaknya obat yang harus diminum, toksisitas, serta efek samping obat dapat menjadi faktor penghambat dalam penyelesaian terapi pasien.

3) Dukungan dari petugas layanan kesehatan

Banyaknya obat yang harus diminum, toksisitas, serta efek samping obat dapat menjadi faktor penghambat dalam penyelesaian terapi pasien

4) Cara pemberian pelayanan kesehatan

Sistem yang terpadu dari pelayanan kesehatan harus dapat memberikan sistem pelayanan yang mendukung kemauan pasien untuk mematuhi terapinya dalam sistem tersebut harus tersedia petugas kesehatan yang berkompeten melibatkan berbagai

multidisiplin, dengan waktu pelayanan yang fleksibel. Masalah biaya pelayanan juga merupakan hambatan yang besar bagi pasien yang mendapat pelayanan. Hambatan terhadap akses pelayanan juga berhubungan dengan buruknya kontrol metabolik.

2.1.9 Pencegahan Hepatitis C

2.1.9.1 Pencegahan primer

Tidak ada vaksin untuk Hepatitis C, oleh karena itu pencegahan infeksi HCV ditujukan pada mengurangi risiko terpaparnya dengan HCV. Daftar berikut memberikan contoh terbatas intervensi pencegahan primer yang direkomendasikan oleh WHO :

1. Kebersihan tangan : persiapan bedah, mencuci tangan dan penggunaan sarung tangan
2. Penanganan yang aman dan pembuangan benda tajam dan limbah
3. Pembersihan yang aman dari peralatan
4. Pengujian darah yang disumbangkan
5. Edukasi kepada masyarakat
6. Meningkatkan akses terhadap darah yang aman, dan
7. Pelatihan tenaga kesehatan

2.1.9.2 Pencegahan sekunder

Bagi orang-orang yang terinfeksi virus Hepatitis C, WHO merekomendasikan :

1. Pendidikan dan konseling tentang pilihan untuk perawatan dan pengobatan
2. imunisasi dengan vaksin hepatitis A dan B untuk mencegah koinfeksi dari virus hepatitis ini untuk melindungi hati mereka
3. Manajemen medis awal dan tepat termasuk terapi antiviral jika sesuai,
4. Pemantauan rutin untuk diagnosis awal penyakit hati kronis

2.1.8 Perilaku

Perilaku dapat didefinisikan sebagai aksi akibat dari suatu reaksi yang dapat timbul sebagai respon dalam keadaan tertentu dan dapat timbul dari kebiasaan di suatu kelompok yang dilakukan berulang ulang dan seiring waktu membentuk suatu pola (Lazzeri, 2014). Perilaku dipengaruhi sikap terhadap suatu hal yang dalam pengambilan keputusannya didasari oleh alasan yang tepat. Perilaku juga dapat dipengaruhi oleh keyakinan kita mengenai apa yang diinginkan orang lain terhadap apa yang kita lakukan yang disebut dengan norma-norma subjektif tersebut, norma subjektif dan sikap terhadap perilaku, akan membentuk niat untuk berperilaku atau menentukan perilaku tertentu (Nurlaela, 2014). Sedangkan Perilaku kesehatan adalah segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya, khususnya yang menyangkut pengetahuan, dan sikap tentang kesehatan, serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan (Sarwono, 2004).

Teori perilaku lain berasal dari Lawrence Green dalam Irwan (2017), bahwa faktor-faktor yang menentukan perilaku sehingga menimbulkan perilaku yang positif adalah:

1) Faktor Predisposisi (*Predisposing factors*)

Faktor predisposisi merupakan faktor antesenden terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi perilaku, faktor ini meliputi beberapa unsur yaitu pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai (tradisi, norma, sosial, pengalaman), demografi. Perilaku penderita Hepatitis C akan termotivasi untuk minum obat apabila penderita Hepatitis C tahu manfaat dari obat DAA. Kepercayaan penderita Hepatitis C akan manfaat obat akan mencegah atau mengobati dari penyakit Hepatitis C.

2) Faktor penguat (*Reinforcing factors*)

Faktor ini merupakan faktor penyerta atau yang datang sesudah perilaku itu ada, sebagai contoh seorang lansia dengan penyakit bawaan akan selalu melakukan pemeriksaan di sarana kesehatan atau pada petugas kesehatan apabila dia di dukung oleh atau selalu diingatkan oleh orang disekitarnya seperti anak, keluarga, pasangan, teman, dan yang termasuk

pada faktor ini adalah keluarga, teman, suami, petugas kesehatan.

3) Faktor pemungkin atau pendukung (*Enabling factors*)

Faktor pemungkin atau pendukung adalah faktor anteseden terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Yang masuk pada faktor ini adalah ketersediaan sumber daya kesehatan berupa tenaga kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan, ketrampilan, dan keterjangkauan sumberdaya kesehatan, yang kesemuanya ini mendukung atau memfasilitasi terjadinya perilaku sehat seseorang atau masyarakat. Seorang penderita Hepatitis C akan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan apabila tersedia tenaga kesehatan, sarana puskesmas atau rumah sakit.

Perilaku beresiko penularan Hepatitis C yaitu sebagai berikut :

a. Penggunaan narkotika suntik

Penggunaan narkoba suntikan dan alkohol adalah faktor terbesar dalam penyebaran infeksi Hepatitis C. Menurut penelitian Ghasemzadeh (2014) menunjukkan bahwa salah satu faktor risiko yang paling penting untuk infeksi Hepatitis C adalah penyalahgunaan obat intravena. Berdasarkan hasil tabulasi silang penelitian Dirjen Pemasarakatan (2010) terdapat hubungan yang signifikan antara pernah menyuntikan Napza dan merasa berisiko tertular pada responden laki- laki dengan $p < 0,05$.

b. Penggunaan tato

Pembuatan tato melibatkan perlukaan kulit bahkan bisa menyebabkan keluarnya darah, sehingga sangat berpotensi menyebabkan penularan Hepatitis C jika peralatan yang digunakan untuk mentato dipakai berulang kembali terhadap narapidana dan tahanan yang berbeda dan tidak disterilkan. (Ghasemzadeh ,2014).

c. Perilaku seksual beresiko

Di setiap wilayah di dunia, prevalensi Hepatitis C sebesar 5% atau lebih terjadi pada laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki, pekerja seks dan orang-orang transgender, yang tidak hanya di negara-negara yang memiliki epidemic terkonsentrasi tetapi juga di sebagian besar di timur

dan selatan Afrika. Persentase faktor risiko Hepatitis C tertinggi adalah hubungan seks tidak aman pada heteroseksual (49,5%)

d. Berbagi pisau cukur

Berbagi pisau cukur juga dilaporkan sebagai perilaku berisiko tinggi penularan Hepatitis C. Ditemukan bahwa berbagi pisau cukur secara signifikan lebih banyak ditemukan pada pasien Hepatitis C positif dibandingkan Hepatitis C negative.

e. Penggunaan tindik dan asesoris Kelamin

Penggunaan tindik banyak dilakukan, biasanya dipasang di bagian lidah, hidung maupun alat kelamin. Hepatitis C bisa ditularkan melalui alat tindik yang tidak steril (Dirjen P2PL RI, 2012).

2.1.9 Pengetahuan (*Kognitif/Knowledge*)

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu praktik atau tindakan seseorang (*overt behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Gani dkk, 2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah ingatan, kesaksian, minat, rasa ingin tahu, pikiran dan penalaran, logika, bahasa dan kebutuhan manusia. Faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan adalah tingkat pendidikan, informasi, budaya, dan pengalaman. Menurut Notoadmojo, pembentukan perilaku dari pengetahuan, di dalam diri seseorang akan terjadi proses yang berurutan, (Sutanto, 2021) :

- a. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b. *Interest* (merasa tertarik), tertarik terhadap stimulus atau objek tersebut. disinisikap subjek sudah mulai timbul.
- c. *Evaluation* (menimbang-nimbang), menimbang-nimbang terhadap baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. *Trial*, subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.

- e. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Menurut Bloom (1908) tingkat pengetahuan ada enam tingkat yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (recall) suatu terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima.

2. Memahami (*Comprehension*)

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

3. Aplikasi (*Application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang dipelajari pada situasi atau kondisi yang riil (sebenarnya). Aplikasi dapat diartikan penggunaan hukum – hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau satu objek kedalam komponen - komponen tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian - bagian kedalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis itu merupakan suatu kemampuan untuk menyusun suatu formulasi baru dari formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. penilaian itu berdasarkan suatu kriteria – kriteria yang telah ada.

2.1.10 Health Belief Model

Health Belief Model (HBM) adalah persepsi yang mempengaruhi seseorang untuk membentuk perilaku kesehatan. Pada tahun 1950 kelompok psikolog social di Amerika mengembangkan model keyakinan kesehatan (*health belief model*-HBM) yang menjelaskan kegagalan partisipasi masyarakat secara luas dalam program pencegahan atau deteksi penyakit. Sejak saat itu model ini digunakan sebagai kerangka utama perilaku kesehatan. *Health Belief Model* (HBM) ini digunakan untuk mengidentifikasi prioritas beberapa faktor penting yang berdampak terhadap pengambilan keputusan secara rasional pada situasi yang tidak menentu (Rosenstock dalam Mubarak, 2011).

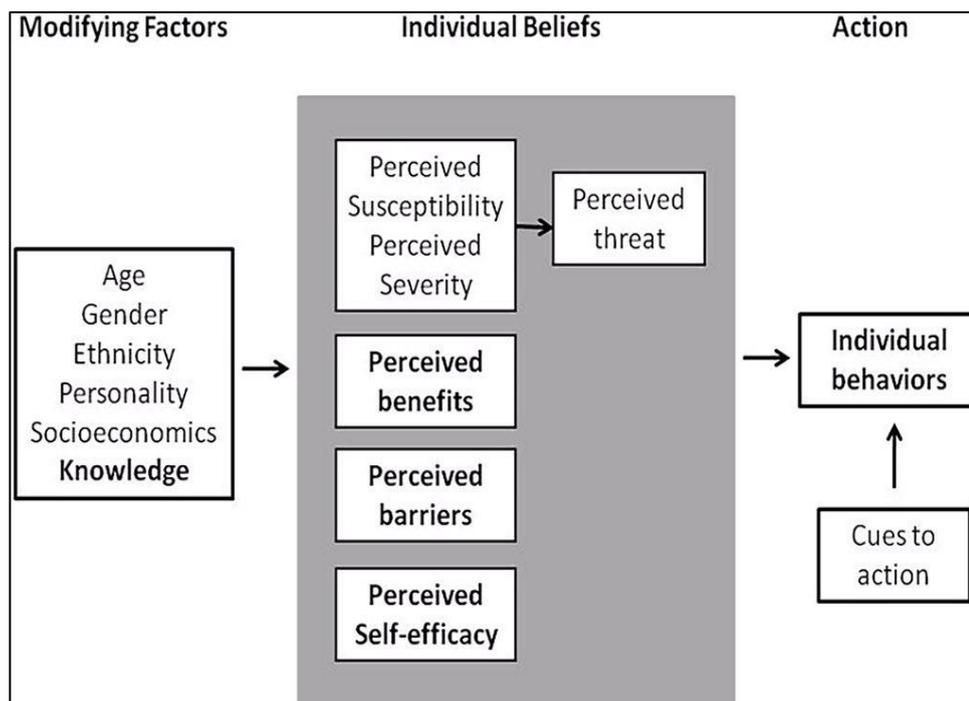
Rosenstock (1997) adalah yang pertama kali mengungkapkan teori HBM yang kemudian disempurnakan oleh Becker (1997). Teori ini digunakan untuk mengetahui persepsi individu apakah anak muda menerima atau tidak tentang kondisi kesehatannya. Variabel yang dinilai adalah keinginan individu untuk menghindari penyakit, serta kepercayaan bahwa ada usaha untuk menghindari penyakit tersebut. *Belief* dapat dimaknai sebagai kepercayaan atau keyakinan. *Belief* dalam penelitian diartikan sebagai keyakinan terhadap sesuatu yang dapat memunculkan perilaku tertentu. HBM adalah suatu konsep yang mengungkapkan alasan seseorang untuk mau atau tidak mau berperilaku sehat (Glanz, Rimer and Viswanath, 2002). HBM juga merupakan konstruk teoritis tentang kepercayaan individu dalam melakukan perilaku sehat (Conner, 2015).

Health Belief Model menurut Edberg (2010) menyatakan bahwa seseorang akan mengalami proses berfikir terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan kesehatan, keputusan untuk melakukan atau tidak melakukan ini berdasarkan pada petunjuk, rujukan, informasi yang didapat dari lingkungan (sosial, fisik, dan budaya). Proses berpikir yang dimaksud antara lain persepsi, memori, pembuatan keputusan, interpretasi, penalaran dan penilaian, diantara kemampuan lainnya. Proses berpikir ini dipengaruhi oleh berbagai informasi yang datang, kemudian tindakan untuk melakukan pencegahan tergantung pada keyakinan atau penilaian mengenai kesehatan yakni ancaman mengenai

kesakitan yang dirasakan seseorang dan adanya pertimbangan antara keuntungan dan kerugian yang didapat.

Health Belief Model (HBM) dikenal sebagai model pengharapan suatu nilai, yang berasumsi bahwa seseorang akan berperilaku sehat jika kesehatan merupakan hasil dari perilakunya dan mereka berpikir bahwa perilaku yang dilakukan akan membawa pada kesehatan. Perilaku kesehatan dalam teori ini dipengaruhi oleh personal belief atau persepsi dan keyakinan diri mengenai suatu penyakit dan cara untuk menguranginya. Komponen utama dalam HBM yang memprediksi keyakinan seseorang untuk mencegah, untuk menghalangi, atau mengontrol kondisi penyakit terdiri dari kerentanan (*Perceived susceptibility*), keparahan (*Perceived seriousness/severity*), manfaat yang dirasa (*Perceived benefits*), hambatan (*Perceived barriers*), petunjuk untuk bertindak (*Cues to action*), dan yang terbaru yaitu efikasi diri (*Self efficacy*) (Glanz et al., 2002)

Konsep tambahan dalam *Health Belief Model* (HBM) adalah *Cues to action* dan *self-efficacy*. *Cues to action* adalah kejadian, orang, atau sesuatu yang menggerakkan individu merubah perilakunya, secara internal maupun eksternal, misalnya nasihat dari orang yang kompeten, kampanye kesehatan di media, atau penyakit yang dimiliki oleh keluarga (pengalaman individu). Sedangkan *Self-efficacy* adalah konsep yang berasal dari Albert Bandura, yaitu keyakinan individu untuk dapat melakukan suatu perilaku kesehatan dengan sukses atau disebutkan juga sebagai kemampuan individu untuk mengorganisir dan melaksanakan tindakan utama menyangkut bukan hanya skill yang dimiliki seseorang, tetapi keputusan yang diambilnya dari keahlian dia miliki. Efikasi juga digambarkan sebagai penentu bagaimana orang merasa, berfikir, memotivasi diri dan berperilaku individu biasanya tidak mencoba melakukan perilaku baru jika tidak yakin dirinya mampu. Keduanya ditambahkan ke dalam konsep HBM sebagai variabel yang terpisah. (Glanz et al., 2002).



Gambar 9. Health Belief Model Components and Linkages (Glanz et al., 2002)

Penelitian Fitriani et al. (2019) membuktikan bahwa *Health Belief Model (HBM)* mempunyai hubungan yang kuat dengan kepatuhan dalam melakukan tindakan preventif terhadap suatu penyakit. HBM sebagai model yang berasumsi bahwa seseorang akan berperilaku sehat jika kesehatan merupakan hasil dari perilakunya dan mereka berpikir bahwa perilaku yang dilakukan membawa pada kesehatan. Perilaku kesehatan dalam teori HBM dipengaruhi oleh personal belief atau persepsi dan keyakinan diri mengenai suatu penyakit dan bagaimana cara untuk menguranginya. Teori HBM dapat membentuk perilaku seseorang untuk melakukan pencegahan atau mengontrol penyakit. Konsep ini termasuk persepsi kerentanan terhadap suatu penyakit (*Perceived susceptibility*), keseriusan/ keparahan merupakan dampak dari suatu penyakit (*Perceived severity*), manfaat akan suatu perilaku kesehatan yang akan diambil (*Perceived benefits*), dan hambatan dalam melakukan perilaku kesehatan tersebut (*Perceived barriers*). Jika seseorang mempersepsikan kerentanan terhadap penyakit, dan percaya bahwa suatu penyakit tersebut memiliki akibat yang serius, percaya adanya tindakan menguntungkan yang dapat dilakukan untuk menurunkan kerentanan atau keseriusan suatu kondisi, dan percaya bahwa keuntungan tersebut dapat melebihi hambatan, maka seseorang tersebut

kemungkinan akan mengambil tindakan perilaku kesehatan yang dipercaya bisa mengurangi resiko tersebut.

Tabel 2. Komponen-Komponen Health Belief Model

Perilaku adalah hasil dari :	
Persepsi Kerentanan (<i>Perceived susceptibility</i>)	Derajat resiko yang dirasakan seseorang terhadap masalah kesehatan
Persepsi Keparahan (<i>Perceived severity</i>)	Tingkat kepercayaan seseorang bahwa konsekuensi masalah kesehatan yang akan menjadi semakin parah
Persepsi Manfaat (<i>Perceived Benefits</i>)	Hasil positif yang dipercayai seseorang sebagai hasil dari tindakan
Persepsi Hambatan (<i>Perceived barriers</i>)	Hasil negatif yang dipercayai seseorang sebagai hasil dari tindakan
Petunjuk untuk Bertindak (<i>Cues to action</i>)	Peristiwa eksternal yang memotivasi seseorang untuk bertindak
Efikasi Diri (<i>Self-Efficacy</i>)	Kepercayaan seseorang akan kemampuannya dalam melakukan tindakan

Berdasarkan data tabel 2 bahwa konsep *Health Belief Model (HBM)* menjelaskan bahwa seseorang akan berperilaku kesehatan jika orang tersebut menganggap dirinya rentan terhadap suatu penyakit, percaya memiliki konsekuensi masalah kesehatan yang akan semakin parah, adanya manfaat dalam mengurangi kerentanan dan keparahan, percaya manfaat yang diharapkan akan lebih besar dari hambatan tindakan yang diambil akan mengurangi resiko mereka (Glanz et al., 2002).

A. *Modifying factor* :

Persepsi ancaman, keparahan, kerentanan, pertimbangan manfaat dan hambatan dapat dipengaruhi oleh hal-hal berikut :

1. Variabel demografi, seperti umur, jenis kelamin, latar belakang budaya. Misalnya adanya perbedaan pandangan mengenai kanker serviks antara wanita yang berumur dengan remaja wanita.

2. Variabel sosiopsikologis, seperti kepribadian, kelas sosial, tekanan sosial. Misalnya adanya perbedaan pandangan dalam pemeriksaan rutin kehamilan pada wanita hamil yang mendapat tekanan dari lingkungannya dan wanita hamil yang tidak mengalami tekanan sosial.
3. Variabel struktural, seperti pengetahuan, pengalaman sebelumnya. Misalnya seorang ibu akan berusaha mendapatkan imunisasi hepatitis B (Immunoglobulin hepatitis B) bagi anaknya karena sebelumnya pernah memiliki anak yang menderita Hepatitis B.

B. Ancaman yang dirasakan (*Perceived threat of injury or illness*)

Perceived threat merupakan pemikiran individu mengenai kesakitan atau penyakit yang dirasakan benar-benar mengancam dirinya. Penilaian terhadap ancaman didasarkan pada :

1. *Perceived susceptibility*

Kerentanan yang dirasakan dan dipersepsikan yang mengacu pada penilaian subyektif dari keparahan masalah kesehatan dan konsekuensinya. Individu yang menganggap masalah kesehatan tertentu sebagai masalah serius lebih mungkin terlibat dalam perilaku untuk mencegah masalah kesehatan terjadi (atau mengurangi keparahannya). Di dalam kasus penyakit secara medis, dimensi tersebut meliputi penerimaan terhadap hasil diagnosa penyakit, perkiraan pribadi terhadap adanya *resusceptibility* (timbul kepekaan kembali), dan *susceptibility* (kepekaan) terhadap penyakit secara umum. Seseorang akan merasa rentan terhadap resiko terkena penyakit Hepatitis C atau komplikasi yang lain seperti serosis hati, karsinoma hati dan mempunyai persepsi bahwa akan menimbulkan morbiditas, kecacatan bahkan kematian sehingga akan membuat seseorang tersebut melakukan pengobatan dan perubahan gaya hidup.

2. *Perceived severity*

Keseriusan yang dirasakan yang dipersepsikan mengacu pada penilaian subyektif dari keparahan masalah kesehatan dan konsekuensinya yaitu keyakinan individu untuk melakukan tindakan pencegahan atau pengobatan

penyakit dari dampak atau resiko yang ditanggung individu tersebut, tidak hanya resiko secara fisik tetapi juga dari lingkungan sekitar, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (sebagai contoh, kematian, cacat, dan sakit) dan konsekuensi sosial yang mungkin terjadi (seperti efek pada pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial). *Perceived severity* juga dapat berasal dari keyakinan individu akan keparahan suatu penyakit serta dampak dari penyakit yang diderita pada kehidupannya.

C. Perimbangan untung rugi yang didasarkan pada manfaat dan hambatan yang dirasakan (*perceived benefits and Perceived barrier*).

1. *Perceived benefitsm*

Keyakinan terhadap manfaat yang akan dirasakan apabila melakukan perilaku sehat atau bergabung dengan komunitas yang membawa pada perilaku sehat. Manfaat yang dirasakan merujuk pada penilaian seseorang tentang nilai atau dampak positif bila terlibat dalam perilaku yang mempromosikan kesehatan untuk mengurangi risiko penyakit tertentu. Jika seseorang percaya bahwa tindakan tertentu akan mengurangi kerentanan terhadap masalah kesehatan atau keseriusannya, maka kemungkinan akan terlibat dalam perilaku itu terlepas dari fakta obyektif mengenai efektivitas tindakan itu atau tidak.

2. *Perceived barriers*

Komponen yang memberikan dampak negatif pada diri individu yang akan menjadi penghalang untuk memiliki perilaku yang sehat. Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan juga merupakan fungsi hambatan yang dirasakan untuk mengambil tindakan. Hambatan yang dirasakan untuk mengambil tindakan termasuk ketidaknyamanan yang dirasakan, biaya, bahaya (misalnya efek samping dari prosedur medis) dan ketidaknyamanan (misalnya rasa sakit, gangguan emosi) yang terlibat dalam terlibat dalam perilaku tersebut, misalnya, kurangnya akses ke perawatan kesehatan yang terjangkau dan persepsi bahwa suntikan vaksin

flu akan menyebabkan rasa sakit yang signifikan bertindak sebagai hambatan untuk menerima vaksin.

D. Efikasi diri (*Self efficacy*)

Self-Efficacy didefinisikan sebagai keyakinan bahwa seseorang dapat berhasil mengeksekusi perilaku yang diperlukan untuk menghasilkan hasil (Glanz et al., 2008). Harapan hasil merujuk pada persepsi tentang kemungkinan konsekuensi dari tindakan seseorang, harapan *Self-efficacy* mengacu pada kontrol tindakan pribadi atau agen. Seseorang yang percaya bahwa dia dapat menyebabkan suatu peristiwa dia juga dapat menjalani hidup yang lebih aktif dengan ketukan sendiri (Schwarzer, 2014). *Self efficacy* terdiri atas dua komponen yaitu efikasi personal dan efikasi umum. Efikasi personal ialah keyakinan individu bahwa dirinya mampu dalam melakukan sesuatu. Kemampuan tersebut antara lain a) membangun hubungan harmonis dengan individu lainnya, b) memiliki kepekaan secara emosional, c) mampu merencanakan dan melakukan intervensi secara efektif. Sedangkan efikasi umum berkaitan dengan bahwa faktor lingkungan juga berdampak pada keberhasilan yang akan dicapai (Prakoso & Wahyuni, 2015).

Rasa percaya diri (*Self efficacy*) yang rendah yang dimanifestasikan dengan seseorang tersebut memiliki rasa malu, kebingungan dan rasa rendah hati yang berlebihan dapat menyebabkan masalah pada penyesuaian diri dengan lingkungan. Individu yang memiliki *Self efficacy* yang tinggi cenderung memiliki komitmen yang kuat dalam mencapai tujuannya. Sedangkan individu yang tidak yakin atas kemampuan yang dimiliki sehingga usaha yang dilakukan menjadi rendah serta merasa takut dalam menanggung resiko dari tindakannya menunjukkan *Self efficacy* yang dimiliki individu tersebut rendah (Kurniasari, Dariyo, & Idulfilastri, 2018).

E. Petunjuk untuk bertindak (*Cues to action*)

Cues to action suatu perilaku dipengaruhi oleh suatu hal yang menjadi

isyarat bagi seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku. Isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal maupun internal, misalnya pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan atau anggota keluarga lain, aspek sosiodemografis misalnya tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, pengasuhan dan pengawasan orang tua, pergaulan dengan teman, agama, suku, keadaan ekonomi, sosial, dan budaya, *Self-efficacy* yaitu keyakinan seseorang bahwa dia mempunyai kemampuan untuk melakukan atau menampilkan suatu perilaku tertentu (Conner, 2005).

Penelitian menurut Setyaningsih (2016) *Cues to action* atau isyarat dalam melakukan tindakan bisa membuat individu patuh dalam meminum obat hipertensi ($p=0,034$), hasil penelitian ini diketahui jika membaca informasi tentang penyakit dan konsultasi dengan orang lain tentang masalah penyakit yang dihadapi sehingga orang tersebut akan mendapatkan dorongan untuk sembuh. *Cues to action* terdiri dari faktor internal dan eksternal saat melakukan tindakan kesehatan ada factor penyebab utama yang bisa menolak atau menerima alternative tindakan tersebut. Internal dari persepsi ini dapat muncul dari factor fisiologis misalnya pada pasien Hepatitis C yang dirasakan lemas, pusing, nafsu makan menurun, dan seterusnya. Faktor eksternal misalnya adanya informasi yang mendukung dari orang terdekat bisa isyarat untuk bertindak yang berasal dari interaksi interpersonal, misal media massa, pesan, nasehat, anjuran atau konsultasi dengan petugas kesehatan.

Isyarat-isyarat digunakan jika terdapat tingkat penerimaan yang sesuai dengan kerentanan, kegawatan dan keuntungan dalam tindakan. Contohnya nasihat atau motivasi dari anggota keluarga atau teman dekat dari si sakit, pesan yang dilihat dari media massa. (S Notoatmodjo, 2014). Munculnya tanda-tanda dan gejala penyakit, iklan dan media massa atau pendidikan kesehatan kepada kelompok dengan sasaran program televisi, penyedia layanan kesehatan, saudara, teman (Joho, 2012).

2.1.11 Akses Pelayanan Kesehatan (*Access to health services*)

Pelayanan adalah sebuah proses untuk mencukupi kebutuhan melalui sebuah aktivitas orang lain secara langsung. Dalam penelitian (Veronica & Rahmayanti, 2019) disebutkan pelayanan dasar yang harus disediakan oleh pemerintah untuk masyarakat, sedangkan menurut McKevitt yaitu kesehatan, pendidikan, kesejahteraan dan keamanan. Pelayanan dasar tersebut ialah pelayanan yang dibutuhkan masyarakat, agar mewujudkan masyarakat yang sehat, cerdas, sejahtera dan aman. Kesehatan merupakan kebutuhan dasar bagi seluruh individu, maka dari itu pemerintah berkewajiban untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, tidak terkecuali masyarakat miskin terutama pada penelitian ini adalah bagi pasien Hepatitis C yang mengakses ke pelayanan kesehatan rujukan yaitu RSUD.Hi Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Pada studi tentang akses pelayanan kesehatan menurut DiMcintyre, Michael Thiede dan Stephen Brich (2009) terdapat tiga dimensi yang menyusun akses layanan kesehatan tersebut yaitu dimensi *availability*, dimensi *affordability*, dan dimensi *acceptability*. Dimensi akses layanan kesehatan menerangkan bahwa akses adalah konsep multi-dimensi berdasarkan 3 (tiga) dimensi yaitu : *availability* (ketersediaan) atau akses fisik, *affordability* (keterjangkauan) atau akses keuangan, dan *acceptability* (penerimaan).

1. *Dimensi availability* (ketersediaan)

Berkaitan dengan pemenuhan pelayanan serta alat kesehatan apakah penyedia layanan atau layanan kesehatan yang ada dapat memenuhi kebutuhan pengguna pelayanan kesehatan (masyarakat) secara tepat disediakan ditempat yang tepat. Selain itu juga pada waktu yang tepat untuk memenuhi kebutuhan yang berlaku dari populasi. Dimensi *availability* berkaitan dengan penyedia layanan atau layanan kesehatan yang tepat disediakan ditempat yang tepat. Selain itu juga pada waktu yang tepat untuk memenuhi kebutuhan yang berlaku dari populasi.

2. *Dimensi affordability* (keterjangkauan)

Berkaitan dengan harga pelayanan kesehatan sesuai dengan pendapatan serta kemampuan membayar pengguna pelayanan kesehatan, tingkat kesesuaian antara biaya individu menggunakan layanan dan kemampuan individu untuk membayar dalam konteks anggaran rumah tangga dan tuntutan lain pada anggaran itu. Kemampuan untuk membayar berkaitan dengan kemampuan individu untuk mengamankan dana dari rumah tangga atau keluarganya dan tuntutan lain yang ditempatkan pada sumber-sumber dana potensial.

3. *Dimensi acceptability*

Berkaitan dengan Lokasi penyediaan pelayanan kesehatan terjangkau dengan lokasi pengguna pelayanan kesehatan, kesesuaian antara penyedia dan sikap pasien terhadap dan harapan satu sama lain. Sikap penyedia terhadap karakteristik pasien misalnya, jenis pasien, usia, jenis kelamin, ras atau etnis, bahasa dan sikap individu akan mempengaruhi kemampuan individu untuk menerima sebuah perawatan kesehatan.

2.1.12 Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (1998) dukungan keluarga adalah “sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit.” keluarga juga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya dan anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga bukan sekedar memberikan bantuan, tetapi yang bagaimana persepsi si penerima terhadap makna dari bantuan itu. Maka dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga adalah dorongan berupa bantuan, perhatian, penghargaan, atau kepedulian yang di dapat dari satu kelompok individu yang terkait oleh ikatan perkawinan atau darah secara khusus, mencakup seorang ayah, ibu, dan anak atau dari suami/istri (keluarga inti).

Menurut Sarafino (1997) dukungan sosial keluarga dapat dibedakan menjadi beberapa bentuk, yaitu :

1. Dukungan emosional (*emotional support*)
Melibatkan ungkapan rasa empati dan perhatian terhadap individu, sehingga individu itu merasa nyaman, dicintai dan diperhatikan. Dukungan ini meliputi perilaku seperti memberikan perhatian dan afeksiserta bersedia mendengarkan keluh kesah orang lain.
2. Dukungan penghargaan (*esteem support*)
Melibatkan ekspresi yang berupa pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performa orang lain. Dukungan ini akan membantu membangun perasan menghargai terhadap diri sendiri pada individu dan menghargai kompetensinya.
3. Dukungan instrumental (*instrumental support*)
Melibatkan bantuan langsung, misalnya yang berupa bantuan finansial atau bantuan dalam mengerjakan tugas-tugas tertentu.
4. Dukungan informasi (*informational support*)
Dukungan yang bersifat informasi ini dapat berupa saran, pengarahan dan umpan balik tentang bagaimana cara memecahkan persoalan.
5. Dukungan jaringan (*network support*)
Menyediakan suatu perasaan keanggotan dalam sebuah kelompok orang-orang yang berbagai kepentingan dan aktivitas sosial.

Menurut Sarason, B.R, et al, (1987:813-815), ada 3 bentuk pengukuran dukungan sosial keluarga, yaitu :

1. *Social Embeddedness*
Pada pengukuran dengan cara ini, dukungan sosial yang diterima individu diukur dari jumlah hubungan atau interaksi yang dijalin individu dengan orang-orang disekitarnya. Individu yang memiliki hubungan yang lebih banyak dinilai memiliki dukungan sosial yang besar. Dengan demikian, bentuk pengukuran ini tidak memandang kualitas interaksi yang terjalin.
2. *Enacted Social Support*
Pengukuran ini adalah dukungan sosial yang diterima seseorang didasarkan pada frekuensi tingkah laku dukungan yang diterima individu.

Jadi konkretnya, berapa jumlah orang yang mendukung, berapa banyak dukungan tersebut diberikan, menjadi ukurannya. bentuk pengukuran ini juga tidak melihat dukungan sosial dari sudut persepsi individu penerima dukungan.

3. *Perceived Social Support*

Pengertian *Perceived social support* menurut Sarafino dan Smith (dalam Mumpuni, 2014) menyatakan bahwa social support bukan hanya mengacu kepada perilaku yang secara nyata dilakukan oleh seseorang, atau disebut *received support*, namun juga merujuk pada persepsi seseorang bahwa kenyamanan, perhatian, dan bantuan selalu tersedia jika dibutuhkan atau disebut dengan *perceived support*.

Young (dalam Dewayani, dkk, 2011) mengklasifikasikan dukungan sosial ke dalam dua bentuk, yaitu dukungan sosial yang diterima (*received support*) dan dukungan sosial yang dipersepsikan (*perceived support*). Taylor, Sherman, Kim, Takagi, dan Dunagan (dalam Dewayani, dkk, 2011) mengemukakan bahwa *perceived support* lebih menguntungkan daripada *received support*. Dukungan sosial dikatakan sebagai sumber yang vital untuk kesejahteraan individu karena dapat membantu individu tersebut dalam mengatasi masalah dan stres yang dialaminya (Lazarus & Folkman, dalam Dewayani, dkk, 2011).

Terdapat hasil penelitian yang menemukan bahwa dukungan sosial memiliki dampak langsung terhadap distress, khususnya menghadapi stimulus stressful. Wills dan Schinar (dalam Roth, 2004) mendefinisikan *perceived social support* sebagai dukungan yang diyakini berbeda dengan apa yang tersedia. Menurut Wills dan Schinar, yang membedakan antara *perceived* dan *received social support* yaitu suatu bantuan yang dianggap akan tersedia dibandingkan dengan suatu bantuan yang benar-benar tersedia. Sarason (dalam Aprianti, 2012) mengemukakan bahwa ada dukungan sosial yang tersedia ketika dibutuhkan dan dukungan tersebut diidentifikasi melalui sudut pandang subjektif dan dapat diukur.

Dimensi Perceived social support terdapat tiga dimensi yaitu :

- 1) Keluarga, dalam penelitian ini dinyatakan bahwa dukungan yang berasal dari keluarga merupakan faktor utama dalam melakukan pengobatan *Direct Acting Antiviral* (DAA) bagi pasien Hepatitis C baik yang tinggal bersama orang tua ataupun yang tinggal terpisah dengan orang tuanya.
- 2) Teman, menurut Hartup, dkk (dalam Aprianti, 2012) pertemanan atau persahabatan merupakan hal yang sangat penting bagi dewasa muda, seseorang yang memiliki teman cenderung lebih sejahtera; karena dengan memiliki teman membuat seseorang menganggap dirinya baik atau seseorang yang menganggap dirinya baik cenderung lebih mudah untuk menciptakan pertemanan.
- 3) *Significant Other* (Seseorang Yang Spesial) dapat diinterpretasikan sebagai siapa saja yang dianggap berperan penting dalam kehidupan seseorang (dalam Aprianti, 2012)

2.1.13 Kepatuhan Pengobatan

Kepatuhan menurut WHO (2013) diartikan sebagai sejauh mana pasien mengikuti intruksi medis. Kepatuhan juga diartikan sebagai fenomena multidimensi yang memiliki lima faktor yang saling berhubungan satu sama lain yaitu faktor pasien, terapi, sistem kesehatan, lingkungan dan sosial ekonomi (WHO, 2015).

Kepatuhan menurut Horne dalam Lailatushifah (2012) adalah bentuk ketaatan pasien dalam mengkonsumsi obat sesuai saran dokter. Kepatuhan (*adherence*) merupakan hasil kesepakatan antara pasien dengan pemberi resep, sehingga pasien bebas memutuskan akan menyetujui atau tidak rekomendasi yang diberikan oleh dokter. Kepatuhan mengkonsumsi obat merupakan suatu perilaku ketaatan pasien berdasarkan saran atau prosedur dari dokter mengenai penggunaan obat, dan didahului dengan konsultasi antara pasien dengan dokter sebagai penyedia jasa medis.

Kepatuhan juga di definisikan sebagai sejauh mana perilaku seseorang

dalam mengikuti program pengobatan, diet dan atau melaksanakan perubahan pola hidup yang lebih baik sesuai dengan rekomendasi dari penyedia pelayanan kesehatan (Gebremariam et al., 2010).

Menurut Horne dalam Lailatushifah (2012) sebagai sebuah perilaku aspek-aspek kepatuhan dapat diketahui melalui metode yang digunakan misalnya frekuensi, jumlah pil/obat lain, kontinuitas, metabolisme dalam tubuh, aspek biologis dalam darah, dan perubahan fisiologis dalam tubuh. Secara umum ada empat faktor yang mempengaruhi seseorang untuk berperilaku patuh atau tidak patuh dalam mengkonsumsi obat, antara lain :

- 1) Persepsi dan perilaku pasien (seperti : persepsi berat ringannya sakit, variabel sosiodemografis, kepribadian, keyakinan, sikap, dan motivasi pasien selama pengobatan berlangsung)
- 2) Interaksi dan pasien dan dokter dan komunikasi antara keduanya (seperti keterampilan dalam memberikan konsultasi, pesan-pesan yang diberikan dari berbagai sumber)
- 3) Kebijakan dan praktik pengobatan di masyarakat oleh pemerintah setempat (seperti sistem pajak dalam resep, penghapusan regulasi resep dan hak konsumen dalam pembuatan resep)

Sedangkan menurut Edi (2020) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi seseorang untuk berperilaku patuh terhadap pengobatan antara lain :

- a) Faktor sosio demografi, antara lain umur, jenis kelamin, ras dan budaya
- b) Faktor sosio ekonomi, antara lain pendapatan, budaya ekonomi dan geografis
- c) Karakteristik pasien, yaitu keyakinan kesehatan, kedisiplinan, dan kesadaran. Pasien yang dilibatkan dalam pengambilan keputusan dapat meningkatkan kepatuhan. Selain itu adanya persepsi pasien terhadap kepatuhan juga dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat
- d) Psiko-sosial, yaitu faktor yang dapat menurunkan kepatuhan (seperti kondisi kejiwaan/depresi, kepribadian yang rendah dan sikap pesimis, wawasan yang sempit, dan malas) dan faktor yang dapat meningkatkan

kepatuhan (seperti sikap optimis, memiliki harapan, wawasan yang luas, kemampuan mengendalikan diri)

- e) Karakteristik obat, antara lain regimen obat, lama terapi, frekuensi penggunaan obat, jenis obat, harga obat, efek samping obat, serta kejadian yang tidak diinginkan dari obat
- f) Karakteristik penyakit, seperti jenis penyakit yang diderita apakah termasuk jenis penyakit kronis atau akut
- g) Karakteristik fasilitas dan petugas kesehatan, antara lain kemudahan untuk mencapai fasilitas kesehatan, ketanggapan petugas, sikap petugas, dan kemampuan petugas untuk merasakan kekhawatiran pasien.
- h) Komunikasi yang terjalin antara pasien dan dokter meliputi frekuensi, kualitas, durasi, dan kemampuan dokter untuk memberikan informasi
- i) Modal sosial, seperti adanya dukungan sosial, penyediaan edukasi, program konseling.

Kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan dapat dinilai dengan melihat dua hal yaitu proses dan dampak dari pengobatan. Ukuran kepatuhan pasien dengan melihat proses yaitu seperti penepatan waktu kunjungan dengan dokter atau obat- obatan yang diambil sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Sedangkan dampak dari pengobatan berarti menggunakan hasil akhir pengobatan sebagai parameter keberhasilan (WHO, 2003).

Cara kepatuhan minum obat *Direct Acting Antiviral (DAA)* :

Dalam pengobatan Hepatitis C pasien terlebih dahulu diberikan *inform content* atau surat persetujuan yang di tandatangi oleh pasien dan pihak keluarga saat akan memulai pengobatan dengan tujuan pengobatan pasien sampai selesai di damping oleh pihak keluarga atau orang terdekat yang dipilih sebagai pengawas minum obat (PMO) selama pasien menjalani pengobatan baik pengobatan dengan waktu 3 bulan yaitu untuk pasien non sirosis maupun pasien dengan pengobatan 6 bulan yaitu pasien sirosis. Pasien Hepatitis C yang patuh adalah yang menyelesaikan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* secara teratur tanpa putus obat setiap harinya di waktu yang sama selama 3

bulan bagi pasien non sirosis hati dan 6 bulan bagi pasien dengan sirosis hati, sedangkan pasien yang tidak patuh adalah pasien yang tidak melakukan pengobatan secara rutin dan frekuensi meminum obat tidak terlaksana sesuai dengan rencana pengobatan yang telah ditentukan sebelumnya.

Kepatuhan pasien Hepatitis C dalam melakukan pengobatan antivirus (DAA) sangat berperan penting untuk keberhasilan pengobatan karena meningkatkan angka keberhasilan mencapai SVR 12/24. Oleh karena itu sebelum memulai pemberian pengobatan antiviral harus diberikan edukasi terlebih dahulu kepada pasien mengenai jadwal pengobatan dan berbagai efek samping yang dapat muncul selama selama pengobatan. Pasien hepatitis C yang patuh dalam mengonsumsi obat akan melakukan monitoring terapi dengan tujuan untuk menilai efikasi terapi, reaksi yang muncul namun tidak diinginkan dan interaksi obat yang mungkin terjadi. Monitoring yang dilakukan salah satunya adalah respon virologis. Pemeriksaan ini dilakukan dengan menggunakan HCV RNA yang diperiksa secara kuantitatif pada awal terapi dan secara kualitatif pada akhir terapi. Setelah selesai terapi pasien akan diminta melakukan test Sustained Virological Response (SVR). Apabila hasil pemeriksaan SVR bernilai positif artinya tidak ditemukan HCV RNA pada pemeriksaan dan dapat disimpulkan bahwa pasien tersebut patuh selama pengobatan dan sudah sembuh.

Pasien juga dihimbau untuk rutin kontrol ke dokter untuk memantau efek samping obat dan mencegah terjadinya putus obat akibat efek samping yang tidak diinginkan. Untuk meningkatkan angka kepatuhan pasien diperlukan kerjasama tim multidisiplin meliputi dokter internist, perawat, dokter kejiwaan, dukungan sosial (keluarga, teman). Terutama bagi pasien dari golongan sosial ekonomi lemah dan penggunaan narkoba, dukungan sosial dan konsultasi kejiwaan serta akses konsultasi dokter dan kemudahan mendapatkan pelayanan medis akan membantu meningkatkan keberhasilan terapi antivirus (Kementrian kesehatan RI, 2019).

2.1.14 Path Analysis

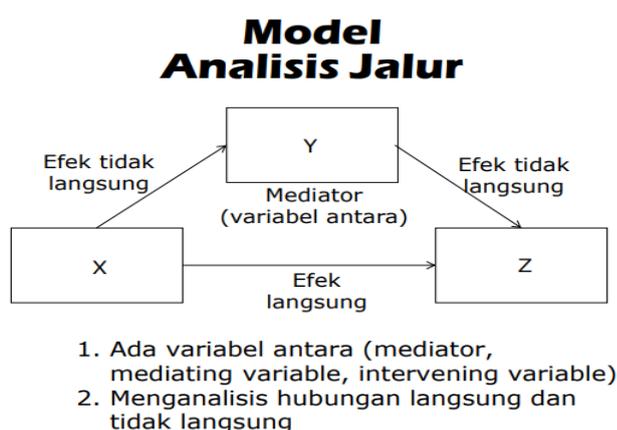
Terdapat banyak definisi mengenai *Path Analysis*, yaitu antara lain menurut Robert D. Retherford 1993 dalam Sarwono (2011). *Path analysis* adalah suatu teknik untuk menganalisis hubungan sebab akibat yang terjadi pada regresi berganda jika variabel bebasnya mempengaruhi variabel tergantung tidak hanya secara langsung tetapi juga secara tidak langsung. Path analysis merupakan teknik analisis yang digunakan untuk menganalisis hubungan sebab akibat yang inheren antar variabel yang disusun berdasarkan urutan temporer dengan menggunakan koefisien jalur sebagai besaran nilai dalam menentukan besarnya pengaruh variabel independen exogenous terhadap variabel dependen endogenous (Sarwono, 2011)

Path analysis memungkinkan peneliti melakukan analisis model-model yang lebih kompleks yang tidak bisa dilakukan oleh regresi linier berganda dan juga dapat digunakan untuk mengetahui hubungan langsung maupun tidak langsung salah satunya melalui variabel intervening. Analisis jalur mempresentasikan hubungan kausal antar variabel dalam bentuk gambar agar semakin mudah dibaca. Penggambaran ini dilakukan untuk menjelaskan hubungan yang terjadi baik variabel dependen maupun independen ataupun hubungan lain terhadap variabel moderasinya.

Berbeda dari analisis data regresi yang hanya memengaruhi secara langsung. Analisis jalur mampu menganalisis data hubungan tidak langsung antar-variabel, akibat dari keterbatasan yang dimiliki oleh analisis regresi linear berganda, maka analisis jalur (*path analysis*) dapat mengcover semua yang diperlukan untuk analisis data berdasarkan nilai yang nantinya dibandingkan terhadap taraf signifikansinya. Analisis jalur digunakan untuk menelaah hubungan antara model kausal yang telah dirumuskan peneliti atas dasar pertimbangan teoritis dan atau pengetahuan tertentu, hubungan kausal selain didasarkan pada data, juga didasarkan pada perumusan hipotesis dan analisis logis, sehingga dapat dikatakan analisis jalur dapat digunakan untuk menguji seperangkat hipotesis kausal serta untuk menafsirkan hubungan.

Menurut Bhisma Murti (2022) *Path analisis* atau analisis jalur adalah suatu model analisis multivariat yang melibatkan banyak variable yang merupakan gabungan dari sejumlah model analisis regresi (bisa dua atau lebih) sehingga lebih kompleks yang dapat di gunakan untuk menganalisis hubungan - hubungan antar variable yang melibatkan variable antara. Analisis jalur dapat digunakan untuk menganalisis hubungan – hubungan antar variable yang terukur dalam skala kontinu maupun kategorikal. Dengan kata lain analisis jalur dapat digunakan untuk menganalisis hubungan – hubungan antar variable dari beberapa model regresi linier (data kontinu) maupun beberapa model regresi logistik (data kategorikal).

Kegunaan Path analysis atau analisis jalur adalah untuk menguji sebuah atau sejumlah teori yang kompleks dan digunakan untuk mengestimasi besarnya hubungan-hubungan antar konstruks (variable) yang melibatkan variable antara. Path analysis merupakan sejumlah analisis regresi jika di gabungkan menjadi model analisis jalur (path analysis) dengan menggunakan mediator variable antara (intervining variable) yang menganalisis hubungan langsung dan hubungan tidak langsung, variabel X merupakan variable eksogen , dan variabel Y dan Z merupakan variable endogen yang terdapat pada gambar 7.



Gambar 7. Model Path analysis

Tujuan Analisis jalur (Path analysis) yaitu :

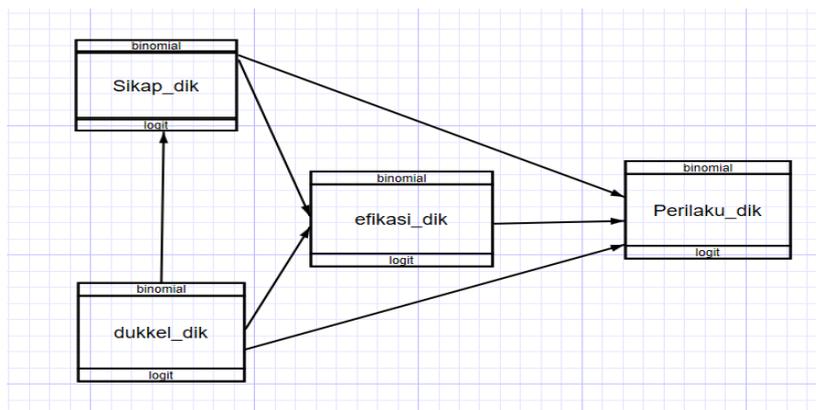
1. Melihat hubungan antar variable
2. Menerangkan hubungan antar variable-variabel

3. Mengidentifikasi jalur penyebab suatu variable tertentu terhadap variable lain yang dipengaruhi
4. Menghitung besarnya pengaruh satu variable eksogen atau lebih terhadap variable endogen

Variabel dalam analisis jalur yaitu :

1. Variabel eksogen variabel yg tdk ada panah yg mengarah ke variabel tsb.
2. Variabel endogen variabel yg ada panah yg mengarah ke variabel tsb
3. Variabel antara memiliki panah yg mengarah dan yg meninggalkan variabel tsb

Contoh dari uraian variabel dalam analisis jalur tersebut diatas yang ditunjukkan pada gambar 8.



Gambar 8. Contoh model analisis jalur

Pengolahan data pada analisis jalur (path analysis) dapat dilakukan salah satunya dengan menggunakan STATA yaitu salah satu perangkat lunak komputer untuk mengolah dan menganalisis data yang memiliki kelebihan dibandingkan pengolahan data yang lain. Stata mengestimasi dengan dua pendekatan yaitu :

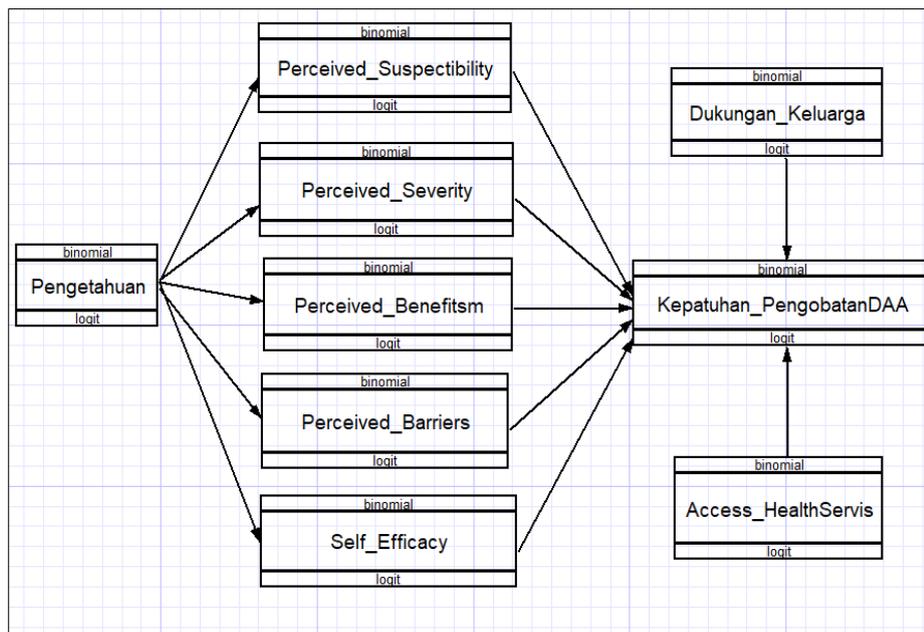
1. *Structural Equation Modeling* (SEM) :
SEM digunakan jika variabel endogen menggunakan data kontinu
2. *Generalized Structural Equation Modeling* (GSEM) :
GSEM digunakan jika variabel endogen bukan menggunakan data kontinu

Pada penelitian ini menggunakan *Path analysis* dengan menggunakan STATA-13 pendekatan GSEM (*generalized structural equation modeling*), dimana GSEM digunakan jika variabel endogen bukan menggunakan data kontinu (data yang pengumpulan datanya di dapat dengan cara mengukur dengan alat ukur yang memakai skala tertentu misalnya suhu, berat, dst). Pada penelitian ini menggunakan data dikotomi atau data kategorik yaitu data yang bersifat pilah satu sama lain, data dikotomi di peroleh dari pengelompokan hasil pengukuran variable pengetahuan, variable *Perceived susceptibility*, variable *Perceived severity*, variable *perceived benefits*, variable *Perceived barriers*, variable *Self efficacy*, variable dukungan keluarga (*family support*), variable akses layanan kesehatan (*access to health servis*) dan variable kepatuhan pengobatan DAA dari skoring kuesioner.

Terdapat lima (5) langkah dalam menggunakan Path Analysis dengan menggunakan GSEM yaitu :

1. Spesifikasi model

Spesifikasi model adalah membuat diagram jalur berdasarkan teori dan hasil penelitian yang relevan sebelumnya, dalam penelitian ini yaitu berdasarkan teori *Health Belief Model* (HBM). penelitian ini mengamati pengaruh 9 variabel, yaitu 6 variabel endogen yang terdiri dari *Perceived susceptibility*, *Perceived severity*, *Perceived benefitsm*, *Perceived barriers*, *Self efficacy*, Kepatuhan Pengobatan DAA, dan 3 variabel eksogen yaitu Pengetahuan, dukungan keluarga, dan akses pelayanan kesehatan. Spesifikasi model akan menggambarkan pengaruh antar variabel yang akan diteliti, adapun dalam penelitian ini spesifikasi modelnya terdapat pada gambar 9.



Gambar 9. Spesifikasi model analisis jalur penelitian

Berdasarkan gambar 9 bahwa dari spesifikasi model yang dibuat oleh peneliti berdasarkan teori *Health Belief Model* (HBM) menunjukkan bahwa kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral* (DAA) secara langsung dipengaruhi oleh kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*), keparahan yang dirasakan (*perceived severity*), manfaat yang dirasakan (*perceived barriers*), rasa kepercayaan diri (*Self efficacy*), dukungan keluarga, dan akses pelayanan kesehatan. Kepatuhan pengobatan secara tidak langsung dipengaruhi oleh pengetahuan pasien.

2. Mengidentifikasi model

Identifikasi model (model identification) adalah menentukan sejauh mana Path analysis yang di spesifikasi secara teoritis dan praktis (empiris) dapat di estimasi dengan menggunakan data pengamatan (sampel) yang tersedia. Analisis jalur (Path analysis) bisa dilakukan jika *degree of freedom* ≥ 0 . Degree of freedom (derajat bebas) adalah jumlah informasi pengamatan informasi di dalam data yang bebas untuk bervariasi ketika mengestimasi suatu parameter populasi.

$$df = \text{degree of freedom} = \# \text{observation} - \# \text{parameter}$$

$df \geq 0$ path analysis dapat dilakukan,

$df = 0$ maka disebut identified,

$df > 0$ maka disebut over identified,

$df < 0$ maka disebut under identified.

$$df = \sum \text{variabel. terukur} \times (\sum \text{variabel. terukur} + 1) / 2 - (\text{variabel endogen} + \text{variabel eksogen} + \text{jumlah parameter}).$$

$$\begin{aligned} df &= 9 \text{ (variable terukur)} \times (9 + 1) / 2 - (6 \text{ variabel endogen} + 3 \\ &\quad \text{variabel eksogen} + 12 \text{ jumlah parameter}) \\ &= 9 \times 5 - 21 \\ &= 45 - 21 \\ &= 24 \end{aligned}$$

Berdasarkan hasil perhitungan df yang diperoleh yaitu 24 artinya ($df \geq 0$ path analysis dapat dilakukan).

3. Kesesuaian model (*Goodnes of Fit*)

Yaitu pemeriksaan shahih atau tidaknya model yang digunakan tergantung pada terpenuhi atau tidak asumsi yang mendasarinya, terdapat tiga kesesuaian model yang digunakan sebagai indikator validitas model path analysis yaitu :

1) Chi square

Uji Chi Square membandingkan model yang dibuat dengan model saturasi (model ideal) menurut komputer. Model baik jika ($p < 0.05$)

2) Absolute Fix Index

Root Mean Square Error Approximation (RMSEA) diharapkan $< 0,08$ untuk model yang baik. (Hu dan Bentler, 1999)

3) Incremental Fix Index

Comparative Fit Index (CFI), General Fit Index (GFI), Normed Fit Index (NFI), Tucker-Lewis Index (TLI) diharapkan ≥ 0.90 untuk model yang baik (Hu dan Bentler, 1999)

4. Estimasi Koefisien

Jika model analisis jalur sudah cukup baik, langkah selanjutnya mengestimasi parameter koefisien jalur (path coefficient) :

- 1) Periksa tanda positif atau negative
- 2) Periksa besarnya koefisien jalur
- 3) Periksa signifikansi statistik koefisien jalur (b)

Hasil Interpretasi koefisien jalur terstandarisasi terdapat pada tabel 3.

Tabel 3. Interpretasi koefisien jalur terstandarisasi

Terstandarisasi	Interpretasi
0, 01	Sangat Kecil
0, 2	Kecil
0, 5	Sedang
0,8	Besar
1,2	Sangat Besar
2	Besar sekali

Sumber : cohen, 1988 ; Sawilowski, 2009

5. Respesifikasi Model (jika perlu)

2.2 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu menjadi salah satu acuan dalam melakukan penelitian, sehingga penulis dapat memperkaya teori yang digunakan dalam mengkaji penelitian yang akan dilakukan. Penelitian terdahulu berupa jurnal terkait dengan penelitian yang dilakukan penulis diuraikan dalam Tabel 4.

Tabel 4. Penelitian terdahulu

Nama dan tahun	Pengukuran Variabel		Populasi dan sampel	Teknik analisis data	Hasil penelitian
	X	Y			
Kurniawati (2015)	Penggunaan narkotika suntik, transfusi darah, status HIV, penggunaan kondom, jumlah hubungan seksual, jumlah pasangan seksual, tipe hubungan seksual dan hitung CD4 + pasien koinfeksi HIV/HCV	Hepatitis C	Populasi : Pasangan seksual pasien koinfeksi HIV/HCV yang menjalani rawat jalan dan rawat inap di Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta. Sampel : 119 orang.	uji chi-square dan Fisher dan regresi logistik menggunakan program SPSS.	Selama periode Mei-Agustus 2008, diperoleh 119 subyek penelitian pada rentang usia 19-39 tahun (median 26 tahun) dan 95,8% diantaranya berjenis kelamin perempuan. Didapatkan prevalensi Hepatitis C sebesar 10,1%. Hasil analisis bivariat kelompok subyek non pengguna narkotika suntik didapatkan status HIV reaktif dan hubungan seksual nonvaginal berhubungan dengan kejadian Hepatitis C. Pada hasil analisis multivariat didapatkan hanya tipe hubungan nonvaginal yang berhubungan dengan kejadian Hepatitis C (adjusted RP 8,051; IK95% 1,215-53,353).
Jenis penelitian : Deskriptif Kuantitatif Desain : Cross-sectional	Riwayat darah atau produk darah transfusi sebelum tahun 1992, penggunaan narkoba suntikan, pemenjaraan, tato, memiliki lebih dari satu pasangan seksual, tindak, pendidikan menengah	Hepatitis C	Kasus adalah pasien dewasa (usia 18 tahun) dengan hasil tes serologi positif untuk hepar antibodi virus hepatitis C dan RNA virus Hepatitis C yang terdeteksi dari Januari 2015 hingga Desember 2018. Kontrol adalah pasien dengan usia, jenis kelamin, dan etnis yang cocok yang tidak	Hubungan antara Hepatitis C dan demografi dan faktor risiko adalah dinilai menggunakan analisis regresi logistik univariabel dan multivariabel.	Analisis multivariabel menunjukkan bahwa riwayat transfusi darah atau produk darah sebelum tahun 1992 memiliki hubungan dengan kejadian Hepatitis C (OR = 6,99 dengan 95% CI : 3,73 - 13,81), penggunaan narkoba suntikan (OR = 6,60, 95% CI : 3,66 – 12,43), penjara (OR = 4,58, 95% CI: 1,62-16,40), tato (OR = 3,73, 95% CI:1,37-12,00), memiliki lebih dari satu pasangan seksual (OR = 2,06, 95% CI : 1,16-3,69), meniskus kuping (OR = 1,71, 95% CI : 1,04-2,80), dan hanya memiliki pendidikan menengah (OR = 1,92 dengan 95% CI: 1,06–3,57) secara independen

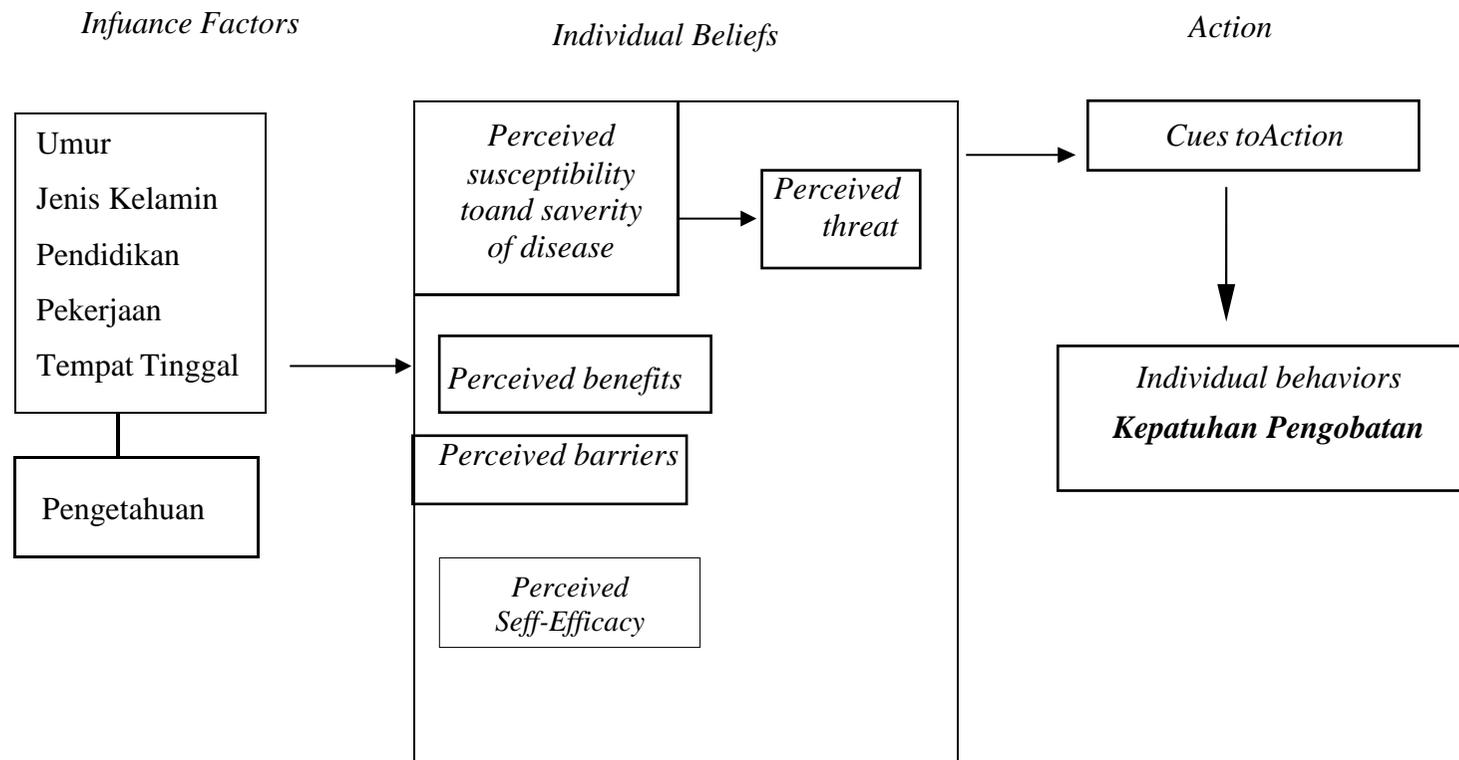
			terinfeksi dengan virus Hepatitis C.		terkait dengan Hepatitis C. Tidak ada hubungan yang ditemukan antara pekerjaan perawatan kesehatan, cedera tusukan jarum, prosedur bedah, hemodialisis, akupunktur, bekam, atau olahraga kontak dan infeksi Hepatitis C. Temuan ini menunjukkan bahwa risiko Hepatitis C adalah multifaktorial. Memiliki riwayat darah atau produk darah transfusi sebelum tahun 1992, penggunaan narkoba suntikan, pemijaraan, tato, memiliki lebih dari satu pasangan seksual, tindik, dan hanya memiliki pendidikan menengah dikaitkan dengan peningkatan kemungkinan Hepatitis C
Noer Endah Pracoyo et al (2018)	Data titer anti-HCV dan data variabel umur, jenis kelamin dan variabel pengetahuan tentang perilaku (penggunaan jarum suntik, penggunaan pisau cukur, pemakaian kondom, dan perilaku seksual)	Hepatitis C	Kasus data titer anti-HCV dari individu yang terpilih pada daerah perkotaan dalam Riskesdas 2007 dan data kesehatan masyarakat yang dilakukan pada 33 provinsi di Indonesia, Jumlah total sampel 20.648 data titer anti-HCV pada umur 1 - >60 tahun	Hubungan antara pengetahuan responden yang pernah menderita hepatitis tentang perilaku penularan Hepatitis C dengan antibody anti hepatitis (titer anti-HCV) di Indonesia menggunakan uji chi-square program SPSS 17.00 melalui proses pembobotan.	Diperoleh nilai kemaknaan ($p = 0,22$) dan $OR=1,364$, serta $95\% CI = (1,046 -1,778)$. variabel perilaku (penggunaan pisau cukur bersama, menggunakan kondom saat berhubungan seks dan berganti pasangan) tidak ada hubungan yang bermakna dengan titer antibodi anti Hepatitis C, sedangkan variabel umur dan variabel penggunaan jarum suntik terdapat hubungan yang bermakna dengan nilai $p=0,001$. Kesimpulan penelitian ini tidak ada hubungan yang bermakna antara perilaku (penggunaan pisau cukur bersama sama, penggunaan kondom dan berganti ganti pasangan seks) antara orang-orang yang pernah menderita Hepatitis C dengan titer antibodi anti Hepatitis C.
Sari & Sutarga (2021)	Data umur, jenis kelamin, status koinfeksi, status sirosis, faktor risiko, rejimen pengobatan Hepatitis C, kelengkapan terapi dan akhir pengobatan Direct Acting	Hepatitis C	Sampel adalah penderita Hepatitis C yang menjalani pengobatan tahun 2018 – 2019 di provinsi Bali berjumlah 111 orang	Karakteristik penderita Hepatitis C di provinsi Bali tahun 2018 - 2019 menggunakan total sampling dinilai dengan uji chi-square dengan program SPSS	Penderita hepatitis terbanyak berasal dari kelompok umur 31 – 40 tahun (34.23%) serta di dominasi oleh laki-laki (70.27%). Terdapat 17.12% penderita Hepatitis C yang memiliki status koinfeksi dan 62.16% penderita Hepatitis C mengalami sirosis. Sebanyak 69.63% penderita Hepatitis C telah menjalani pengobatan DAA secara lengkap dengan 87.50% diantaranya dinyatakan

	Antiviral (DAA)				SVR. Dari seluruh penderita Hepatitis C dalam penelitian ini, masih banyak (84.68%) penderita yang tidak melakukan pemeriksaan SVR saat 3 atau 6 minggu setelah menjalani pengobatan
Patricia Gita Naully, Perdina Nursidika (2020)	Upaya Preventif Penyakit Hepatitis B dan C	Hepatitis B dan C	sample adalah Warga Binaan Penjara (WBP) berjumlah 30 orang.	Evaluasi kegiatan dilakukan dengan cara membandingkan nilai tes awal dan tesakhir para peserta. Data dianalisis menggunakan teknik analisis deskriptif.	Hasil evaluasi membuktikan bahwa mayoritas WBP melakukan tindakan beresiko tinggi karena keterbatasan pengetahuan dan informasi, namun setelah mendapatkan materi penyuluhan terlihat adanya peningkatan nilai tes pada seluruh peserta. Kegiatan ini berhasil meningkatkan pengetahuan WBP di Lapas Narkotika Kelas IIA Bandung terkait penyebab, gejala klinis, cara penularan, pencegahan, serta beberapa layanan kesehatan pemerintah untuk mencegah, mendiagnosa, serta mengobati penyakit Hepatitis B dan C.
Madeleine Caven, et al (2019) Jenis penelitian : Deskriptif Kualitatif Desain : Review jurnal	Perubahan perilaku penggunaan narkotika pada pasien yang mendapatkan pengobatan Hepatitis C yaitu : perilaku menyuntik, frekuensi pemakaian, peminjaman jarum suntik, peminjaman peralatan suntik	Hepatitis C	Pengguna narkotika suntik (Penasun) yang mendapatkan pengobatan Hepatitis C	Review jurnal dari tahun 1991 - 2019. databases: PubMed, EMBASE, CINAHL and PsycINFO yang diterbitkan dalam Bahasa Inggris	Hasil studi menunjukkan dampak pengobatan berbasis DAA pada penasun menemukan bahwa ada penurunan yang signifikan secara keseluruhan dalam injeksi opioid (OR: 0,95, 95% CI 0,92- 0,99, n= 190) antara inisiasi pengobatan dan tindak lanjut 2 tahun (Artenie et al., 2019). Hasil studi menunjukkan penurunan yang signifikan dalam frekuensi menyuntikkan antara pendaftaran dan sesudah pengobatan ($\chi^2 (7) = 36,44, p < .001, n= 32$), dengan penurunan terbesar dalam penyuntikan dilaporkan antara pendaftaran dan minggu 8 pengobatan, dipertahankan hingga 6 bulan tindak lanjut Malaguti et al. (2019). pengobatan tidak secara signifikan memfasilitasi pengurangan penggunaan jarum non-steril (OR 0,94; 95% CI 0,79–1,12, n= 93) (Midgard et al., 2017). Satu studi menyelidiki dampak pengobatan berbasis

					DAA pada hasil perilaku melaporkan penurunan yang signifikan dalam jumlah peserta yang melaporkan berbagi jarum suntik selama pengobatan dan 2 tahun tindak lanjut (OR 0,87, 95% CI 0,80- 0,94, n= 190) (Artenie et al., 2019)
Schroeder. S et al (2019)	Mengeksplorasi persepsi dan sikap terhadap reinfeksi Hepatitis C diantara pria gay dan biseksual (GBM) yang koinfeksi HIV & telah selesai pengobatan DAA	Hepatitis C	15 gay dan biseksual di Melbourne Australia yang koinfeksi HIV dan telah menyelesaikan pengobatan Hepatitis C (DAA)	Study design, sampling dan rekrutmen dengan wawancara mendalam dan melakukan analisis data	Peserta memahami tentang infeksi Hepatitis C resiko infeksi ulang ditangkap dalam tiga kategori, 1.dikotomi Hepatitis C dan penyakit HIV : perasaan kontras dengan hasil diagnosis karena Hepatitis C masih memiliki stigma yang lebih besar di bandingkan HIV meskipun peserta tidak diwawancarai tidak mengidentifikasi populasi yang biasanya berisiko Hepatitis C. 2. Lingkungan berisiko dan menghindari infeksi ulang : jaringan social dan perilaku seksual berisiko dan penggunaan narkoba adalah hal umum di lingkungan mereka, Menghindari lingkungan berisiko ini untuk menghindari infeksi ulang mengakibatkan pelepasan komunitas, membuat mereka merasa terisolasi secara sosial. 3. Perawatan Hepatitis C sebagai katalis untuk perubahan : Keterlibatan dalam perawatan Hepatitis C berkontribusi pada pemahaman yang lebih baik tentang risiko Hepatitis C, dan berkomitmen pengurangan risiko penularan untuk menghindari infeksi ulang Hepatitis C.
M.A Khalil et al (2021)	Mengevaluasi pengobatan DAA dan faktor resiko potensial terjadinya depresi dan tekanan psikologis selama mengikuti pengobatan DAA	Hepatitis C	Populasi : 126 pasien Hepatitis C genotif 4 di RS Kasr Al Ainy, Universitas Kairo Sampel : 79 pasien DAA yang tidak memiliki masalah kejiwaan sebelumnya di awal pengobatan	Wawancara, ceklis form 90-R, Beck depression inventory (BDI) dan wawancara klinik terstruktur DSM-IV (SCID-IV)	47 pasien menunjukkan tingkat keparahan depresi berdasarkan skor BDI meningkat secara signifikan dibandingkan skor awal (p= <0,001). Sekitar 32 % pasien mengalami depresi sedang hingga berat. Semua skor Daftar Periksa Gejala-90 menunjukkan peningkatan yang signifikan setelah perawatan terkait tekanan psikologis.

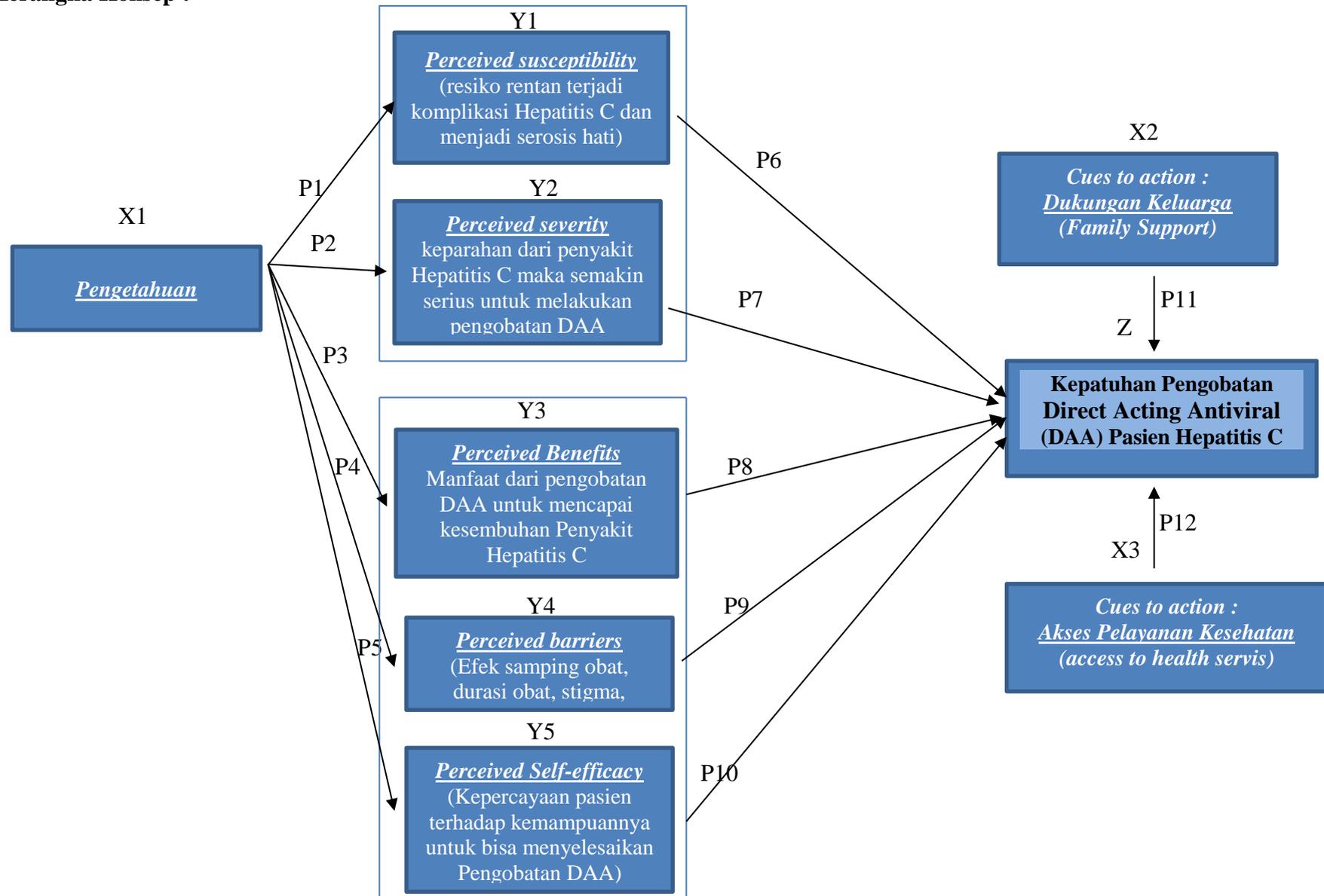
2.3 Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan hubungan antara konsep-konsep yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2018). Berdasarkan tinjauan pustaka maka kerangka teori disimpulkan, dengan Gambar 13.



Gambar 13. Modifikasi kerangka teori (Rosenstock et al., 1988; Glanz et al., 2002))

2.4 Kerangka Konsep :



Gambar 14. Kerangka Konsep dengan Struktur Path Analysis Model

2.5 Hipotesis :

Pada penelitian ini didapatkan hipotesis sebagai berikut :

1. Ada pengaruh tidak langsung pengetahuan terhadap kepatuhan pengobatan direct DAA melalui *Perceived susceptibility*
2. Ada pengaruh tidak langsung pengetahuan terhadap kepatuhan pengobatan DAA melalui *Perceived severity*
3. Ada pengaruh tidak langsung pengetahuan terhadap kepatuhan pengobatan DAA melalui *Perceived benefitsm*
4. Ada pengaruh tidak langsung pengetahuan terhadap kepatuhan pengobatan DAA melalui *Perceived barriers*
5. Ada pengaruh tidak langsung pengetahuan terhadap kepatuhan pengobatan DAA melalui *Self efficacy*
6. Ada pengaruh langsung *Perceived susceptibility* terhadap kepatuhan Pengobatan DAA pada pasien Hepatitis C
7. Ada pengaruh langsung *Perceived severity* terhadap kepatuhan Pengobatan DAA pada pasien Hepatitis C
8. Ada pengaruh langsung *Perceived benefitsm* terhadap kepatuhan Pengobatan DAA pada pasien Hepatitis C
9. Ada pengaruh langsung *Perceived barriers* terhadap kepatuhan Pengobatan DAA pada pasien Hepatitis C
10. Ada pengaruh langsung *Self efficacy* terhadap kepatuhan Pengobatan DAA pada pasien Hepatitis C
11. Ada pengaruh langsung dukungan keluarga terhadap kepatuhan Pengobatan DAA pada pasien Hepatitis C
12. Ada pengaruh langsung akses layanan kesehatan terhadap kepatuhan Pengobatan DAA pada pasien Hepatitis C

BAB III. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan metode observasional analitik dengan pendekatan studi *cross-sectional* yaitu pendekatan silang yang tidak menggunakan subjek yang sama, dalam waktu bersamaan atau serentak (Silaenet al, 2013). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi secara langsung maupun tidak langsung terhadap kepatuhan pasien Hepatitis C yang mendapatkan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* dengan pendekatan teori *Health Belief Model (HBM)* di RSUD Hi. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2022. Keuntungan metode *cross-sectional* yaitu cepat memperoleh hasil sehingga peneliti dapat mengetahui hasil penelitian atau membuat kesimpulan dengan cepat, kemungkinan kehilangan sampel kecil karena pengukuran hanya satu kali, serta dapat mengukur banyak variabel dalam sekaligus (Suharmi, 2012), (Sastroasmoro and Ismael, 2011).

Path analysis sebagai metode yang dipilih peneliti berdasarkan kesesuaian model teori yang di gunakan yaitu *Health Belief Model (HBM)* untuk mengetahui pengaruh langsung (*direct effect*) dan pengaruh tidak langsung (*indirect effect*) untuk menganalisis hubungan-hubungan antar variabel dengan melibatkan variabel antara. Pada penelitian ini mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh secara langsung dan tidak langsung terhadap kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* bertujuan menerangkan akibat langsung dan akibat tidak langsung seperangkat variabel sebagai variabel independen (variabel yang mempengaruhi) terhadap variabel lainnya yang merupakan variabel dependen (variabel akibat) maupun variabel antara.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Hi. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dengan waktu pelaksanaan penelitian pada bulan Desember 2022.

3.3 Variabel Penelitian

Menurut Sugiyono (2014:58) variabel penelitian adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut kemudian ditarik kesimpulannya. Pada penelitian ini terdiri dari variabel independent (bebas), variabel intervening (antara) dan variabel dependent (terikat).

3.3.1 Variabel Bebas (Independent Variable) :

Menurut Sugiyono (2014:61), variabel independent (bebas) adalah variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependent (terikat). Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1) Pengetahuan sebagai variabel independen (X_1)

Pengetahuan adalah hasil tahu seseorang setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu sehingga mempengaruhi seseorang untuk mampu mengambil keputusan.

2) Dukungan keluarga sebagai variabel independen (X_2)

Dukungan keluarga adalah dorongan berupa bantuan, perhatian, penghargaan, atau kepedulian yang di dapat dari satu kelompok individu yang terkait oleh ikatan perkawinan atau darah secara khusus, mencakup seorang ayah, ibu, dan anak atau dari suami/istri (keluarga inti).

3) Akses layanan kesehatan sebagai variabel Independen (X_3)

Suatu bentuk pelayanan kesehatan dengan berbagai macam jenis pelayanannya yang dapat dijangkau oleh masyarakat.

3.3.2 Variabel Intervening (Variabel antara)

Merupakan variabel yang mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung (memperkuat atau memperlemah) hubungan antara

variabel independen dengan dependen (Sugiyono, 2011).

Variable intervening dalam penelitian ini adalah :

- 1) Aspek persepsi kerentanan (*Perceived susceptibility*) (Y1) yaitu persepsi pasien akan resiko rentan terjadi komplikasi Hepatitis C menjadi serosis hati atau karsinoma hati pada penyakit Hepatitis C yang dideritanya.
- 2) Aspek persepsi keseriusan (*Perceived severity*) (Y2) yaitu pemahaman akan keparahan dari penyakit Hepatitis C maka semakin serius untuk melakukan pengobatan DAA.
- 3) Aspek pemahaman pasien terhadap manfaat (*Perceived benefitsm*) (Y3) yaitu pemahaman pasien terhadap manfaat dari program pengobatan DAA yang dilakukannya.
- 4) Aspek persepsi hambatan (*Perceived barriers*) (Y4) Yaitu persepsi hambatan yang dirasakan oleh pasien dalam mengikuti program pengobatan DAA.
- 5) Aspek self efikasi untuk patuh minum obat (*Self efficacy*) (Y5) yaitu Kepercayaan pasien terhadap kemampuannya untuk bisa menyelesaikan Pengobatan DAA.

3.3.3 Variabel terikat (Dependent Variable)

Variabel dependen atau variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Variabel dependen (Z) dalam penelitian ini adalah kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* pada pasien Hepatitis C sesuai program hepatitis selama 3 bulan atau 6 bulan tanpa putus.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional menguraikan variabel dependen maupun variabel independen, cara ukur, alat ukur, hasil ukur, dan skala ukur pada penelitian ini. Definisi operasional pada penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 5.

Tabel 5. Definisi operasional variabel bebas dan variabel terikat.

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Pengetahuan	Pengetahuan yang dimiliki responden mengenai penyakit Hepatitis C	Kuesioner	kuesioner berjumlah 12 item pertanyaan, dengan Pengukuran menghitung jumlah jawaban yang benar dibagi jumlah soal dengan pilihan jawaban : benar diberi nilai 1 (satu), salah/tidak tahu diberi nilai 0 (nol). Nilai tertinggi 12 dan nilai terendah 0 Hasil skor yang diperoleh dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu Baik dan kurang baik	Nilai pengetahuan di kategorikan : 1 : Pengetahuan Baik bila skor yang diperoleh > mean (9,25) 0 : Pengetahuan Kurang Baik Bila skor yang diperoleh \leq mean (9,25) (berdasarkan hasil uji normalitas menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov)	Nominal
2	Perceived susceptibility	Persepsi kerentanan responden tentang resiko yang bisa terjadi dari kondisi penyakit Hepatitis C yang di deritanya dengan indikator nya lifestyle, faktor resiko, faktor koinfeksi penyakit lain.	Kuesioner	Kuesioner dengan 5 item pernyataan menggunakan skala Likert : Option Favorable : 4 : sangat setuju 3 : setuju 2 : tidak setuju 1 : sangat tidak setuju Option UnFavorable : 4 : sangat tidak setuju 3 : tidak setuju 2 : setuju 1 : sangat setuju Hasil skor yang diperoleh dengan nilai tertinggi 20, dan terendah 5, dan di kelompokkan menjadi 2 kategori yaitu tinggi dan rendah	Nilai Perceived susceptibility di kategorikan : 1 : Tinggi bila skor yang diperoleh > mean (16,27) 0 : Rendah bila skor yang diperloleh \leq mean (16,27) (berdasarkan hasil uji normalitas menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov)	Nominal
3	Perceived severity	Persepsi keseriusan responden dari penyakit Hepatitis C yang dideritanya dengan indikator komplikasi penyakit dan dampak social yang akan didapatkan	Kuesioner	Kuesioner dengan 5 item pernyataan menggunakan skala Likert : Option Favorable : 4 : sangat setuju 3 : setuju 2 : tidak setuju 1 : sangat tidak setuju Option UnFavorable : 4 : sangat tidak setuju 3 : tidak setuju 2 : setuju 1 : sangat setuju Hasil skor yang diperoleh dengan nilai tertinggi 20, dan terendah 5, dan di kelompokkan menjadi 2 kategori yaitu tinggi dan rendah	Nilai Perceived severity di kategorikan : 1 : Tinggi bila skor yang diperoleh > median (14,00) 0 : Rendah bila skor yang diperloleh \leq median (14,00) (berdasarkan hasil uji normalitas menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov)	Nominal

4	Perceived benefitsm	Persepsi kemanfaatan dan keuntungan responden bila melakukan pengobatan DDA. Dengan indikator informasi dari tenaga medis, mengontrol gaya hidup, meningkatkan waktu produktifitas	Kuesioner	Kuesioner dengan 5 item pernyataan menggunakan skala Likert : Option Favorable : 4 : sangat setuju 3 : setuju 2 : tidak setuju 1 : sangat tidak setuju Option UnFavorable : 4 : sangat tidak setuju 3 : tidak setuju 2 : setuju 1 : sangat setuju Hasil skor yang diperoleh dengan nilai tertinggi 20, dan terendah 5, dan di kelompokkan menjadi 2 kategori yaitu tinggi dan rendah	Nilai Perceived Benefitsm di kategorikan : 1 : Tinggi bila skor yang diperoleh > median (18,00) 0 : Rendah bila skor yang diperoleh \leq median (18,00) (berdasarkan hasil uji normalitas menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov)	Nominal
5	Perceived barriers	Persepsi hambatan yang dirasakan reponden terkait kondisi yang menjadi halangan penderita untuk mencapai keadaan sehat selama pengobatan DAA. Dengan indikator efek samping obat yang dirasakan, dukungan social, akses menuju Rumah sakit	Kuesioner	Kuesioner dengan 5 item pernyataan menggunakan skala Likert : Option Favorable : 4 : sangat setuju 3 : setuju 2 : tidak setuju 1 : sangat tidak setuju Option UnFavorable : 4 : sangat tidak setuju 3 : tidak setuju 2 : setuju 1 : sangat setuju Hasil skor yang diperoleh dengan nilai tertinggi 20, dan terendah 5, dan di kelompokkan menjadi 2 kategori yaitu tinggi dan rendah	Nilai Perceived barriers di kategorikan : 1 : Rendah bila skor yang diperoleh > median (16,00) 0 : Tinggi bila skor yang diperoleh \leq median (16,00) (berdasarkan hasil uji normalitas menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov)	Nominal
6	Self efficacy	kepercayaan pada diri sendiri untuk dapat mencapai keadaan sehat dengan indikator rasa percaya diri selama menjalani pengobatan DAA.	Kuesioner	Kuesioner dengan 5 item pernyataan menggunakan skala Likert : Option Favorable : 4 : sangat setuju 3 : setuju 2 : tidak setuju 1 : sangat tidak setuju Option UnFavorable : 4 : sangat tidak setuju 3 : tidak setuju 2 : setuju 1 : sangat setuju Hasil skor yang diperoleh dengan nilai tertinggi 20, dan terendah 5, dan di kelompokkan menjadi 2 kategori yaitu tinggi dan rendah	Nilai Self efficacy di kategorikan : 1 : Tinggi bila skor yang diperoleh > median (18,00) 0 : Rendah bila skor yang diperoleh \leq median (18,00) (berdasarkan hasil uji normalitas menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov)	Nominal

7	Dukungan keluarga (family support)	Keterlibatan keluarga (suami/ istri/ anak/ keluarga terdekat) dalam memotivasi dan memberi bantuan kepada pasien dalam menjalani pengobatan DAA yang meliputi dukungan informatif, dukungan penghargaan, dukungan emosional, dan dukungan tambahan.	Kuesioner	Kuesioner dengan 20 item pernyataan menggunakan skala Likert : Option Favorable : 4 : sangat setuju 3 : setuju 2 : tidak setuju 1 : sangat tidak setuju Option UnFavorable : 4 : sangat tidak setuju 3 : tidak setuju 2 : setuju 1 : sangat setuju Hasil skor yang diperoleh dengan nilai tertinggi 80, dan terendah 20, dan di kelompokkan menjadi 2 kategori yaitu tinggi dan rendah	Dukungan keluarga di kategorikan : 1 : Kuat bila skor yang diperoleh > median (74,00) 0 : Lemah bila skor yang diperoleh ≤ median (74,00) (berdasarkan hasil uji normalitas menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov)	Nominal
8	Akses layanan kesehatan (Acces to Health Servis)	Sikap responden terhadap keterjangkauan akses pelayanan pengobatan DAA. dengan indikator dimensi ketersediaan (availability), dimensi keterjangkauan (affordability), dan dimensi penerimaan (Acceptability)	Kuesioner	Kuesioner dengan 15 item pernyataan menggunakan skala Likert : Option Favorable : 4 : sangat setuju 3 : setuju 2 : tidak setuju 1 : sangat tidak setuju Option UnFavorable : 4 : sangat tidak setuju 3 : tidak setuju 2 : setuju 1 : sangat setuju Hasil skor yang diperoleh dengan nilai tertinggi 60, dan terendah 15, dan di kelompokkan menjadi 2 kategori yaitu tinggi dan rendah	Nilai Akses Layanan kesehatan di kategorikan : 1 : Mudah bila skor yang diperoleh > median (49,35) 0 : Sulit bila skor yang diperoleh ≤ median (49,35) (berdasarkan hasil uji normalitas menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov)	Nominal
9	Kepatuhan	Deskripsi kepatuhan pasien Hepatitis C dalam minum obat DAA berdasarkan kepatuhan pasien untuk mengkonsumsi obat secara rutin dan tepat waktu.	Kuesioner MMAS 8 (Morisky Medication Adherence Scale)	Kuesioner dengan 8 item pertanyaan ber nilai terendah 0 dan tertinggi 8. Dengan pilihan jawaban ya dan Tidak. Hasil skor yang diperoleh menjadi 2 kategori yaitu patuh dan tidak patuh	Nilai Kepatuhan di kategorikan : 1 : Patuh bila skor yang diperoleh > median (6,00) 0 : Tidak Patuh bila skor yang diperoleh ≤ median (6,00) (berdasarkan hasil uji normalitas menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov)	Nominal

3.5 Populasi dan Sampel

3.5.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan. Populasi merupakan keseluruhan sumber data yang diperlukan di dalam suatu penelitian (Notoatmojo, 2010). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien Hepatitis C yang melakukan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* di RSUD Hi. Abdul Moeleok Provinsi tahun 2018 sampai 2022 yang sebanyak 109 orang.

3.5.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan suatu cara tertentu sehingga dianggap dapat mewakili populasinya, sampel merupakan bagian populasi penelitian yang dipakai untuk memperkirakan hasil dari sebuah penelitian (Notoatmodjo, 2010). Menurut Polit & Beck (2012) sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan criteria tertentu, sehingga dianggap dapat mewakili populasi. Penting sampel ditentukan untuk mempelajari karakteristik suatu populasi, karena tidak mungkin peneliti melakukan penelitian pada populasi karena jumlahnya yang sangat besar, keterbatasan waktu, biaya, dan hambatan lainnya

3.5.2.1 Besaran Sampel

Penelitian ini menggunakan rumus Slovin untuk menghitung besar sampel yang digunakan (Nursalam, 2017) :

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

keterangan :

n = besar sampel

N = besar populasi

d = tingkat signifikansi / tingkat presisi yang diinginkan : 0,05

Sehingga dapat dihitung besar sampel nya adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{109}{1 + 109 (0,05)^2} = 86$$

Untuk menghindari drop out, peneliti menambahkan 10% dari jumlah sampel ($10\% \times 86 = 8,6$). Sehingga total sampel adalah 96 orang

3.5.2.2 Kriteria Sampel

Kriteria inklusi adalah criteria atau ciri-ciri yang harus dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2014). Kriteria inklusi dalam penelitian ini sebagai berikut :

- a. Responden adalah pasien usia dewasa terdiagnosis Hepatitis C
- b. Responden melakukan pengobatan DAA baik aktif maupun selesai
- c. Terdaftar pada rekam medis layanan Hepatitis C
- d. Pasien menanda tangani lembar inform consent
- e. Bersedia mengikuti jalannya penelitian

Kriteria eksklusi :

- a. Pasien Hepatitis C yang memiliki komplikasi berat

3.5.2.3 Tehnik Pengambilan sampel

Teknik sampling adalah teknik pengambilan sampel. Untuk menentukan sampel yang akan digunakan dalam penelitian. Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini yaitu *probability sampling* dengan teknik *random probability sampling*. *random probability sampling* adalah salah satu teknik sampling dengan cara pengambilan sampel secara acak tanpa memperhatikan strata karena sampel homogen. Sampel yang digunakan telah memenuhi kriteria inklusi langsung dijadikan responden penelitian. dengan cara pengambil menggunakan bantuan computer.

3.6 Pengumpulan Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan sumber primer dan sekunder. Sumber primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data dan sumber sekunder merupakan

sumber tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen. (Sugiyono, 2016). Data yang akan dikumpulkan dalam penelitian ini adalah jenis data primer dan data sekunder. Data primer dalam penelitian ini digali langsung dari responden mengenai gambaran pengetahuan, dukungan keluarga, akses layanan kesehatan yang dilakukan, serta kepatuhan dalam pengobatan *Direct Acting Antiviral* (DAA) selama pasien melakukan pengobatan Hepatitis C di RSUD.Hi.Abdul Meolok sedangkan data sekunder di ambil dari data rekam medik pasien.

3.6.1 Jenis Data

Jenis data penelitian yang dikumpulkan meliputi data primer dan data sekunder.

- a. Data primer yaitu data diperoleh langsung oleh peneliti dari sumber pertama. Data primer diperoleh dengan memberikan kuesioner yang akan diisi oleh responden baik kepada pasien yang datang ke layanan Hepatitis C (ruang Endoscopy) maupun yang telah selesai pengobatan dengan melakukan kuesioner berupa video call ataupun panggilan telepon serta pengisian kuesioner menggunakan *google-form* kepada pasien tersebut.
- b. Data sekunder adalah data yang berasal dari rekam medis pasien di layanan hepatitis (ruang Endoscopy) C RSUD.Hi. Abdul Moelok

3.6.2 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat pengumpulan data yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati (Sugiono, 2014). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan melakukan pengukuran variabel-variabel yaitu karakteristik responden, pengetahuan, *Perceived susceptibility*, *Perceived severity*, *Perceived benefits*, *Perceived barriers*, *Self efficacy*, dukungan keluarga, akses layanan kesehatan dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner yang dilakukan dengan mengajukan sejumlah pertanyaan atau pernyataan secara tertulis kepada responden.

3.6.2.1 Pengukuran Karakteristik Responden

Karakteristik responden diukur dengan menggunakan kuesioner yang berisi 6 pertanyaan mengenai umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, dan alamat asal. Cara mengisi karakteristik berupa umur dengan cara menuliskan pada kolom yang disediakan, sedangkan untuk jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, dan alamat asal pasien memilih dengan cara menyilang atau melingkari pilihan sesuai kolom yang tepat.

3.6.2.2 Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuan responden diukur dengan menggunakan kuesioner yang berisi 12 pertanyaan dengan pilihan jawaban benar, salah dan tidak tahu. Setiap jawaban yang benar diberikan skor 1 (satu) dan jawaban salah diberikan skor 0 (nol). Skor mentah dikonversi menjadi persentase untuk menafsirkan tingkat pengetahuan. Skor keseluruhan adalah 12, skor maksimum adalah 12 dan skor minimum adalah 0. Instrumen penelitian ini menggunakan daftar pertanyaan yang berbentuk kuesioner, responden hanya diminta untuk memberikan tanda centang (\surd) pada jawaban yang dianggap sesuai dengan responden.

Sebelum disajikan dalam bentuk kategori pengetahuan baik dan pengetahuan kurang baik dapat diuji normalitas terlebih dahulu. Jika data berdistribusi normal maka cut off point menggunakan nilai mean, sehingga pembagian kategori pengetahuan baik $>$ mean dan pengetahuan kurang baik jika cut off point \leq mean. Jika data berdistribusi tidak normal maka cut off point menggunakan nilai median, sehingga pembagian kategori pengetahuan baik $>$ median dan kurang baik jika cut off point \leq median. Adapun uji normalitas yang digunakan adalah uji Kolmogorov-Smirnov karena sampel dalam penelitian ini berjumlah 96 orang ($n \geq 50$).

Kategori tingkat pengetahuan responden dibagi menjadi dua tingkatan yang didasarkan pada nilai persentase yaitu sebagai berikut :

- a. Tingkat pengetahuan kategori Baik jika nilainya $>$ median/mean
- b. Tingkat pengetahuan kategori Kurang jika nilainya \leq median/mean

3.6.2.3 Pengukuran Dukungan Keluarga

Instrumen dukungan keluarga pada penelitian ini berupa kuesioner dukungan keluarga yang diadopsi dan dimodifikasi dari instrumen penelitian (Desy Fitri Maulidia, 2014) terdiri dari 20 item pernyataan dalam bentuk skala Likert. Kuesioner ini dibuat tentang dukungan keluarga yang terdiri 4 domain yaitu dukungan informatif, dukungan penilaian, dukungan emosional, dan dukungan instrumental atau tambahan. Masing-masing domain terdiri dari 5 item pernyataan. Pernyataan favourable / unfavorable yang berjumlah 20 item. Model skala Likert yang digunakan terdiri dari 4 jawaban, yaitu Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS). Untuk pernyataan positif, jawaban SS diberi skor 4, S diberi skor 3, TS diberi skor 2, & STS diberi skor 1.

Dari 20 pertanyaan, pertanyaan 1-5 mengenai dukungan informasional, pernyataan no 6-10 mengenai dukungan penghargaan, pernyataan no 11-15 mengenai dukungan instrumental, dan pernyataan no 16-20 mengenai dukungan emosional. Skor maksimal pada kuesioner ini yaitu 80 dan skor minimalnya yaitu 20.

Sebelum disajikan dalam bentuk kategori dukungan keluarga kuat dan dukungan keluarga lemah dapat diuji normalitas terlebih dahulu. Jika data berdistribusi normal maka cut off point menggunakan nilai mean, sehingga pembagian kategori dukungan keluarga kuat $>$ mean dan dukungan keluarga lemah jika cut off point \leq mean.

Jika data berdistribusi tidak normal maka cut off point menggunakan nilai median, sehingga pembagian kategori dukungan keluarga kuat $>$ median dan dukungan keluarga lemah jika cut off point \leq median. Adapun uji normalitas yang digunakan adalah uji Kolmogorov-Smirnov karena sampel dalam penelitian ini berjumlah 96 orang ($n \geq 50$).

hasil pengukuran yang diperoleh dari kuesioner sebagai berikut :

- a. Dukungan Keluarga Kuat , jika skor yang diperoleh $>$ mean/median
- b. Dukungan Keluarga Lemah, jika skor yang diperoleh \leq mean/median

3.6.2.4 Pengukuran Akses Layanan Kesehatan

Pada penelitian ini pengukuran akses pelayanan kesehatan (*aces to health servis*) dilakukan dengan menggunakan kuesioner berdasarkan dimensi *availability* (ketersediaan) atau akses fisik, dimensi *affordability* (keterjangkauan) atau akses keuangan, dan dimensi *acceptability* (penerimaan). Setiap dimensi terdiri dari beberapa 5 (lima) pertanyaan yang digunakan untuk memperoleh data dalam wawancara mendalam untuk dianalisis.

1) *Dimensi Availability* (Ketersediaan) :

Pertanyaan meliputi dukungan ketersediaan tenaga kesehatan yang terampil pada pelayanan Hepatitis C di RSUD Hi.Abdul Moeleok, ketersediaan fasilitas pemeriksaan laboratorium & sarana penunjang lainnya yang dibutuhkan selama menjalani pengobatan sesuai kebutuhan pasien Hepatitis C, serta fasilitas sarana prasarana lain seperti ruang tunggu yang nyaman untuk pasien dan dapat memenuhi kebutuhan pasien dan mengulas pertanyaan tentang ketersediaan sarana transportasi untuk menuju menjalankan pengobatan.

2) *Dimensi Affordability* (Keterjangkauan) :

Pertanyaan terkait pelayanan Hepatitis C apakah tidak dipungut biaya, apakah ada jaminan dana kesehatan yang diberikan pemerintah, apakah tidak terdapat biaya tidak langsung yang harus di keluarkan pasien yang dirasakan memberatkan pasien dengan pengeluaran biaya tidak langsung yang meliputi biaya transportasi untuk menuju lokasi, waktu pengobatan, pendapatan dari pasien atau keluarga, dan terhambatnya pekerjaan.

3) *Dimensi Acceptability* (Penerimaan) :

Pertanyaan tentang akses ketersediaan program Hepatitis C termasuk pengobatan DAA, Indikator ini menanyakan kepada responden tentang program Hepatitis C yang ada tersebut sudah atau belum memenuhi

kebutuhan pasien. Pada dimensi *acceptability* terdapat tiga indikator, yaitu informasi, penjelasan, dan perawatan yang diberikan mempertimbangkan konsep penyakit Hepatitis C dan nilai-nilai sosial; pasien merasa diterima dan dirawat dengan baik; pasien percaya akan kompetensi dari penyedia layanan kesehatan.

Dari 15 pertanyaan, pertanyaan 1-5 mengenai Dimensi *Availability* (Ketersediaan), pernyataan no 6-10 mengenai Dimensi *Affordability* (Keterjangkauan), pernyataan no 11-15 mengenai Dimensi *Acceptability* (Penerimaan). Skor maksimal pada kuesioner ini yaitu 60 dan skor minimalnya yaitu 15.

Sebelum disajikan dalam bentuk kategori akses layanan kesehatan mudah dan akses layanan kesehatan sulit dapat diuji normalitas terlebih dahulu. Jika data berdistribusi normal maka cut off point menggunakan nilai mean, sehingga pembagian kategori akses layanan kesehatan mudah jika cut off point $>$ mean dan akses layanan kesehatan sulit jika cut off point \leq mean.

Jika data berdistribusi tidak normal maka cut off point menggunakan nilai median, sehingga pembagian kategori akses layanan kesehatan mudah jika cut off point $>$ median dan akses layanan kesehatan sulit jika cut off point \leq median. Adapun uji normalitas yang digunakan adalah uji Kolmogorov-Smirnov karena sampel dalam penelitian ini berjumlah 96 orang ($n \geq 50$).

hasil pengukuran yang diperoleh dari kuesioner sebagai berikut :

- a. Akses Layanan kesehatan Mudah jika skor yang diperoleh $>$ mean/median
- b. Akses Layanan kesehatan Sulit jika skor yang diperoleh \leq mean/median

3.6.2.5 Pengukuran Persepsi Responden

Pengukuran persepsi responden menggunakan kuisisioner yang digunakan untuk mengukur *Perceived susceptibility*, *Perceived severity*, *Perceived*

benefitsm, Perceived barriers, Self efficacy. Pengukuran persepsi responden menggunakan instrumen yang merupakan instrumen *Caring Behaviors Inventory (CBI)* 25 items (Wu, 2006).

Pengukuran menggunakan 5 item pernyataan untuk masing-masing pernyataan dengan pilihan jawaban sangat setuju (skor 4), setuju (skor 3), tidak setuju (skor 2) dan sangat tidak setuju (skor 1). Pernyataan yang menggunakan pernyataan positif sehingga semakin tinggi skor maka akan semakin baik persepsinya. Sebaliknya semakin rendah skor maka akan semakin kurang baik persepsinya, kecuali *Perceived barriers* dengan pernyataan negatif maka semakin rendah skor semakin baik persepsinya, dan sebaliknya semakin tinggi skor semakin kurang baik hasilnya. Instrumen pernyataan responden menggunakan skala penilaian 1 sampai 4 nilai maksimum untuk pernyataan adalah 20 dan nilai minimum adalah 5. Sebelum disajikan dalam bentuk kategori persepsi tinggi dan persepsi rendah dapat diuji normalitas terlebih dahulu. Jika data berdistribusi normal maka cut off point menggunakan nilai mean, sehingga pembagian kategori persepsi tinggi jika cut off point $>$ mean dan persepsi rendah jika *cut off point* \leq mean.

Jika data berdistribusi tidak normal maka cut off point menggunakan nilai median, sehingga pembagian kategori persepsi tinggi jika cut off point $>$ median dan persepsi rendah jika cut off point \leq median. Adapun uji normalitas yang digunakan adalah uji Kolmogorov-Smirnov karena sampel dalam penelitian ini berjumlah 96 orang ($n \geq 50$).

Kategori untuk persepsi/perilaku dibagi dua yaitu persepsi tinggi dan persepsi rendah dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Tinggi bila nilai atau skor didapatkan \geq mean/median,
- b. Rendah jika skor atau nilai yang didapatkan $<$ mean/median

kecuali untuk *Perceived barriers*, dikatakan hambatan tinggi bila nilai atau skor didapatkan \geq mean/median, sedangkan dikatakan hambatan rendah jika skor atau nilai yang didapatkan $<$ mean/median.

3.6.2.6 Pengukuran Kepatuhan Responden

Kepatuhan dalam pengobatan DAA menggunakan pengukuran dengan metode tidak langsung yaitu metode *self-report* yang menggunakan kuesioner MMAS-8 (*Morisky Medication Adherence Scale*). Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat yang dinamakan *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS), dengan 8 item pertanyaan (Morisky & Muntner, 200).

Pada kuesioner terdapat 7 pertanyaan dengan respon "Ya" atau "Tidak", dimana "Ya" memiliki skor 0 dan "Tidak" memiliki skor 1 kecuali pertanyaan nomor 5 jawaban "Ya" bernilai 1. Sedangkan untuk pertanyaan nomor 8 memiliki beberapa pilihan, "tidak pernah" memiliki skor 1, "sesekali" memiliki skor 0,75, "kadang-kadang" memiliki skor 0,5, "biasanya" memiliki skor 0,25, dan "selalu" memiliki skor 0. Total skor MMAS-8 dapat berkisar dari 0-8 dan dapat dikategorikan kedalam dua tingkat kepatuhan yaitu kepatuhan tinggi dan rendah .

Sebelum disajikan dalam bentuk kategori patuh dan tidak patuh dapat diuji normalitas terlebih dahulu. Jika data berdistribusi normal maka cut off point menggunakan nilai mean, sehingga pembagian kategori patuh jika cut off point $>$ mean dan tidak patuh jika cut off point \leq mean. Jika data berdistribusi tidak normal maka cut off point menggunakan nilai median, sehingga pembagian kategori patuh jika cut off point $>$ median dan tidak patuh jika cut off point \leq median. Adapun uji normalitas yang digunakan adalah uji Kolmogorov-Smirnov karena sampel dalam penelitian ini berjumlah 96 orang ($n \geq 50$).

dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Tinggi bila nilai atau skor didapatkan \geq mean/median,
- b. Rendah jika skor atau nilai yang didapatkan $<$ mean/median

3.6.2.7 Uji Validitas

Menurut Sugiyono (2017) validitas menunjukkan derajat ketepatan antara data yang sesungguhnya terjadi pada objek dengan data yang dikumpulkan oleh peneliti. Validitas adalah ketepatan atau kecermatan suatu instrument dalam pengukuran. Teknik pengujian yang digunakan untuk uji validitas adalah menggunakan korelasi *Bivariate Pearson* (Produk Momen Pearson). Nilai r-hitung dicocokkan dengan r-tabel product moment pada taraf signifikan 5%. Jika r-hitung lebih besar dari r-tabel 5%. Maka butir soal tersebut valid.

Kuesioner penelitian ini sudah dilakukan uji validitas dimana validitas merujuk pada asumsi bahwa alat ukur yang digunakan akan mengandung definisi operasional yang tepat dan validitas isi untuk memastikan kuesioner memiliki kesesuaian isi dalam proses pengukuran pengetahuan, dukungan keluarga, persepsi, akses layanan kesehatan dan kepatuhan pengobatan yaitu dengan menyebarkan kuesioner penelitian kepada pasien Hepatitis C diluar wilayah penelitian yaitu di RSUD Tebet Jakarta selatan. Responden yang digunakan dalam uji validitas ini yaitu 30 orang pasien Hepatitis C yang sedang pengobatan DAA, sehingga dari jumlah responden tersebut diketahui r tabel pada taraf signifikan 5% yaitu 0,361.

Kuesioner dinilai valid apabila r-hitung lebih besar dari r-tabel (0,3610) pada nilai signifikansi 0,05 (5%), pengujian validitas ini dilakukan dengan menggunakan program SPSS 22.0 for windows dengan kriteria berikut :

1. Jika r hitung $>$ r tabel maka pernyataan tersebut dinyatakan valid.
2. Jika r hitung $<$ r tabel maka pernyataan tersebut dinyatakan tidak valid.
3. Nilai r hitung dapat dilihat pada kolom *corrected item total correlation*

1. Uji Validitas Pengetahuan

Berdasarkan data hasil uji validitas variabel pengetahuan memperoleh r-hitung $>$ r-tabel (0.3610), kecuali pernyataan item nomor 4,5,7 sehingga item nomor 4,5,7 tidak dapat digunakan. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pertanyaan yang valid mengukur pengetahuan pada

pasien Hepatitis C yaitu berjumlah 12 pertanyaan dengan rincian item yaitu nomor 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15.

2. Uji validitas dukungan keluarga

Berdasarkan data hasil uji validitas variabel dukungan keluarga diperoleh hasil r-tabel terendah yaitu 0,507 dan yang tertinggi yaitu 0,933, dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dan pernyataan r-hitung lebih besar dari r-tabel (0,3610) sehingga kuesioner variable dukungan keluarga dapat dinyatakan valid.

3. Uji Validitas Akses Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan data hasil uji validitas variabel akses pelayanan kesehatan diperoleh hasil r-tabel terendah yaitu 0,505 dan tertinggi yaitu 0,976, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dan pernyataan memiliki r-hitung lebih besar dari r-tabel (0,3610) sehingga kuesioner variable akses pelayanan kesehatan dapat dinyatakan valid.

4. Uji Validitas *Perceived susceptibility* (Persepsi Kerentanan)

Berdasarkan data hasil uji validitas pertanyaan HBM *Perceived susceptibility* diperoleh hasil r-tabel terendah yaitu 0,440 dan tertinggi yaitu 0,821, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dan pernyataan memiliki r-hitung lebih besar dari r-tabel (0,3610) sehingga kuesioner variable HBM *Perceived susceptibility* dapat dinyatakan valid.

5. Uji Validitas *Perceived severity* (Persepsi Keseriusan)

Berdasarkan data hasil uji validitas pertanyaan HBM *Perceived severity* diperoleh hasil r-tabel terendah yaitu 0,557 dan tertinggi yaitu 0,689, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dan pernyataan memiliki r-hitung lebih besar dari r-tabel (0,3610) sehingga kuesioner variable HBM *Perceived severity* dapat dinyatakan valid.

6. Uji Validitas *Perceived Benefits* (Persepsi Kemanfaatan)

Berdasarkan data hasil uji validitas pertanyaan HBM *Perceived benefits* diperoleh hasil r-tabel terendah yaitu 0,427 dan yang tertinggi yaitu 0,695, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dan pernyataan r hitung lebih besar dari r tabel (0,3610) sehingga kuesioner variable HBM *Perceived benefits* dapat dinyatakan valid.

7. Uji validitas *Perceived barriers* (Persepsi Hambatan)

Berdasarkan data hasil uji validitas pertanyaan HBM *Perceived barriers* diperoleh hasil r-tabel terendah yaitu 0,424 dan yang tertinggi yaitu 0,889, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dan pernyataan r hitung lebih besar dari r tabel (0,3610) sehingga kuesioner variable HBM *Perceived barriers* dapat dinyatakan valid.

8. Uji Validitas *Self efficacy* (Kepercayaan diri)

Berdasarkan data hasil uji validitas pertanyaan HBM *Self efficacy* diperoleh hasil r-tabel terendah yaitu 0,424 dan yang tertinggi yaitu 0,889, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dan pernyataan r hitung lebih besar dari r tabel (0,3610) sehingga kuesioner variable HBM *Self efficacy* dapat dinyatakan valid.

9. Uji Validitas Kepatuhan

Berdasarkan data hasil uji validitas pertanyaan kepatuhan diperoleh hasil r-tabel terendah yaitu 0,409 dan yang tertinggi yaitu 0,961, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dan pernyataan r hitung lebih besar dari r tabel (0,3610) sehingga kuesioner variable kepatuhan dapat dinyatakan valid.

3.6.2.8 Uji Reliabilitas Kuesioner

Uji reliabilitas digunakan untuk mengetahui konsistensi alat ukur, apakah alat pengukur yang digunakan dapat diandalkan dan tetap konsisten jika pengukuran tersebut diulang. Untuk mengukur reliabilitas skala atau kuesioner dapat digunakan rumus *cronbach alpha*. Perhitungan uji reliabilitas skala diterima, jika hasil perhitungan $r_{hitung} > r_{tabel}$ 5%. Uji reliabilitas pada penelitian ini dilakukan oleh peneliti setelah melakukan uji validitas. Diketahui r_{tabel} pada taraf signifikan 5% berdasarkan jumlah responden yaitu 0,361.

Uji reliabilitas dilakukan terhadap kuesioner yang akan digunakan dalam penelitian dengan tujuan untuk mengetahui konsistensinya. Kuesioner diujikan kepada 30 orang responden dan dihitung dengan menggunakan program SPSS 22.0 for windows menggunakan uji Cronbach's alpha. Dengan hasil didapatkan bahwa dari hasil uji reliabilitas pada semua kuesioner yang digunakan memperoleh hasil sebagai berikut :

1. Hasil uji reliabilitas untuk pengetahuan mendapatkan hasil cronbach alpha 0,892 sehingga dari kuesioner tersebut dapat dikatakan konsisten.
2. Hasil uji reliabilitas untuk dukungan keluarga mendapatkan hasil cronbach alpha terendah 0,915 dan tertinggi 0,944 sehingga dari kuesioner tersebut dapat dikatakan konsisten.
3. Hasil uji reliabilitas untuk akses pelayanan kesehatan mendapatkan hasil cronbach alpha terendah 0,888 dan tertinggi 0,969 sehingga dari kuesioner tersebut dapat dikatakan konsisten.
4. Hasil uji reliabilitas untuk *Health Belief Model* (persepsi responden) mendapatkan hasil cronbach alpha terendah 0,781 dan tertinggi 0,838 sehingga dari kuesioner tersebut dapat dikatakan konsisten.
5. Hasil uji reliabilitas kepatuhan pengobatan mendapatkan hasil cronbach alpha 0,938 sehingga dari kuesioner tersebut dapat dikatakan konsisten.

3.7 Prosedur Penelitian

3.7.1. Tahap Persiapan Penelitian

- a. Mengurus permohonan *Ethical Clearence* di Komite Etik Fakultas Kedokteran Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Lampung.
- b. Mengurus surat-surat permohonan izin penelitian melalui pihak universitas jurusan Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Lampung.
- c. Membawa surat permohonan penelitian ke direktur RSUD Hi.Abdul Moeloek Provinsi Lampung
- d. Mempersiapkan kuesioner penelitian

3.7.2. Tahap Pelaksanaan Penelitian

- a. Peneliti memilih sampel penelitian teknik purposive sampling.
- b. Subjek penelitian diberikan penjelasan tentang jalannya penelitian yang dilaksanakan, kemudian ditanya kesediaannya untuk menjadi responden penelitian dan mengisi lembar informed consent.
- c. Mengisi kuesioner yang telah dibuat

3.7.3. Tahap Pengolahan Data

- a. Mengolah data dan menginterpretasikan hasil penelitian.
- b. Konsultasi hasil penelitian dengan dosen pembimbing dan revisi hasil.

3.7.4. Tahap Publikasi Hasil

- a. Melakukan sidang hasil penelitian, revisi hasil penelitian, dan pengesahan hasil penelitian.
- b. Melaksanakan seminar hasil, mencetak penelitian dalam bentuk buku dan di publikasikan dalam bentuk jurnal.

3.8. Pengolahan Data

Sesudah proses pengumpulan data, data yang telah diperoleh akan diolah dengan menggunakan program statistik. Proses pengolahan data menggunakan program statistik ini terdiri dari beberapa langkah:

1. *Editing* (penyunting)

Untuk mengoreksi kembali apakah isian pada setiap kuisioner sudah diisi dengan lengkap.

2. *Coding* (mengkode)

Untuk mengkonversi atau melaksanakan pengkodean atas jawaban responden untuk mempermudah dalam pengolahan data.

3. *Data entry* (memasukkan data)

Dilakukan dengan memasukkan data ke dalam komputer.

4. *Tabulating* (tabulasi)

Dilakukan untuk mengelompokkan data ke dalam tabel sesuai dengan maksud dan tujuan penelitian.

3.9. Analisis Data

4.1.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan dengan menggunakan metode deskriptif untuk melihat distribusi variabel-variabel yang diteliti, baik variabel bebas maupun variabel terikat dalam bentuk persentase dari karakteristik obyek penelitian. Analisis univariat berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna dan pengolahan datanya hanya satu variabel saja. (sujarweni, 2014).

Dalam penelitian ini analisis univariat dilakukan untuk menghasilkan distribusi frekuensi masing- masing kelompok dari tiap variabel yaitu :

a. Karakteristik Responden yang terdiri atas :

- 1) Jenis kelamin responden
- 2) Usia responden
- 3) Pendidikan responden
- 4) Pekerjaan responden
- 5) Status pernikahan
- 6) Tempat tinggal

b. Pengetahuan responden

- c. *Perceived susceptibility* (kerentanan) responden
- d. *Perceived severity* (keparahan) responden
- e. *Perceived benefitsm* (manfaat yang dirasakan) responden
- f. *Perceived barriers* (hambatan) responden
- g. *Self efficacy* (kepercayaan diri mencapai sehat) responden
- h. Dukungan keluarga responden
- i. Akses layanan kesehatan responden
- j. Kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral* (DAA) responden

4.1.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang digunakan adalah dengan menggunakan uji non parametric chi-square. Metode statistik yang digunakan untuk menguji dugaan tentang adanya hubungan antara variabel apabila datanya berskala ordinal (rangking) atau berskala rasio/interval namun tidak memenuhi asumsi normalitas. Nilai korelasi tidak dihitung berdasarkan nilai aktual data, melainkan melalui peringkat yang sudah diberikan pada data. Koefisien korelasi digunakan untuk mengukur derajat erat tidaknya hubungan antar variabel dimana pengamatan pada masing-masing variabel tersebut didasarkan pada pemberian peringkat tertentu. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Chi Square*, dengan *Confidence Interval* (CI) dan tingkat kemaknaan $p < 0,05$.

Rumus *Chi Square* sebagai berikut :

$$X^2 = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{F}$$

X^2 : Harga *Chi* kuadrat yang dihitung dan dibandingkan dengan *chi* tabel

F_o : Frekuensi yang diselidiki (diosevasi) atau frekuensi empiris

F_e : Frekuensi yang diharapkan atau frekuensi teoritis

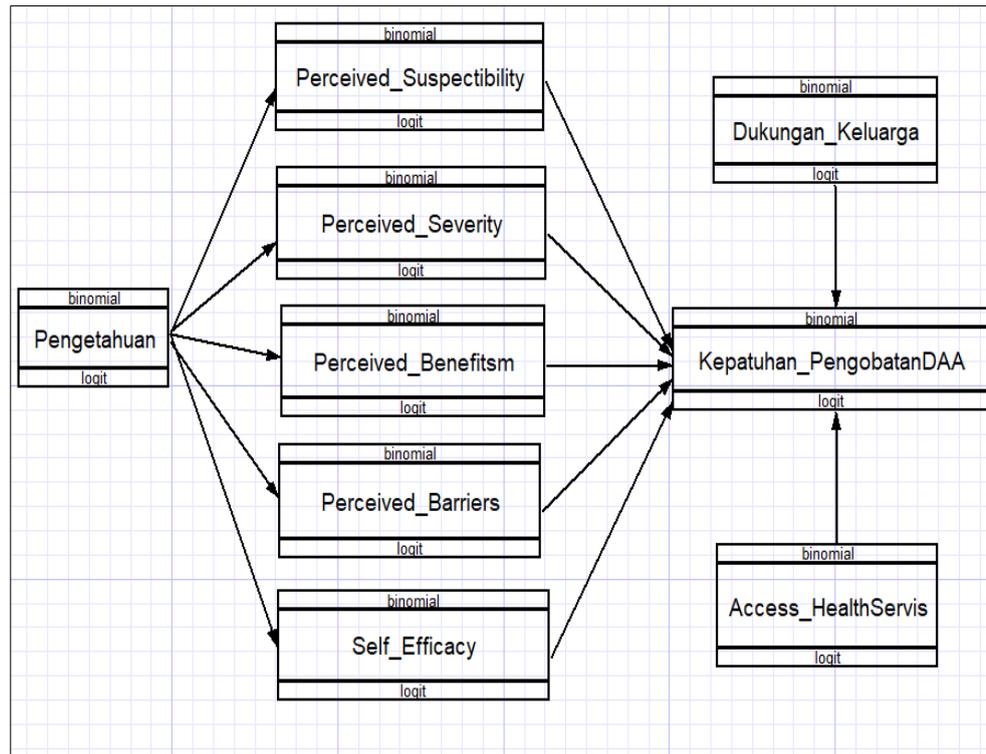
3.8.2 Analisis Multivariat

Metode analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah model analisis jalur (*Path analysis*) yaitu analisis jalur yang digunakan untuk menelaah hubungan antara model kausal yang telah di rumuskan peneliti atas dasar pertimbangan teoritis yang digunakan dalam hal ini peneliti menggunakan teori *Health Belief Model (HBM)*. Path analysis penelitian ini menggunakan program *software* pengolahan data statistik STATA-13 dengan menggunakan model analisis GSEM (*generalized structural equation model*), GSEM digunakan karena variable endogen menggunakan data kategorikal bukan menggunakan data kontinu.

Penelitian ini menggunakan data kategorik atau dikotomi yaitu data yang bersifat pilah satu sama lain, yang di peroleh dari pengelompokan hasil pengukuran sesungguhnya yaitu variable pengetahuan, *Perceived susceptibility*, *Perceived severity*, *perceived benefits*, *Perceived barriers*, *Self efficacy*, dukungan keluarga, akses layanan kesehatan dan kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* dari skoring kuesioner. Semua variable dimasukkan dalam uji analisis GSEM.

Tahapan pertama pada analisis jalur (*path analysis*) yaitu melakukan spesifikasi model dengan membuat diagram jalur berdasarkan teori yang digunakan dalam hal ini penelitian menggunakan teori HBM, selanjutnya penelitian ini mengamati pengaruh 9 variabel, yaitu 6 variabel endogen yang terdiri dari *perceived suscepctibility*, *Perceived severity*, *perceived benefism*, *Perceived barriers*, *Self efficacy*, kepatuhan pengobatan DAA, dan 3 (tiga) variabel eksogen yaitu pengetahuan, dukungan keluarga (*family support*), dan akses layanan kesehatan (*access to health servist*).

Spesifikasi model menggambarkan pengaruh antar variabel yang akan diteliti dalam penelitian yaitu terdapat pada gambar 12 sebagai berikut :



Gambar 12. Spesifikasi model penelitian dengan GSEM

Pada gambar 12 didapatkan bahwa kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* secara langsung dipengaruhi oleh kerentanan yang dirasakan (*Perceived susceptibility*), keparahan yang dirasakan (*Perceived severity*), manfaat yang dirasakan (*Perceived barriers*), rasa kepercayaan diri (*Self efficacy*), dukungan keluarga, dan akses pelayanan kesehatan (*access to health servis*). Kepatuhan pengobatan DAA secara tidak langsung dipengaruhi melalui pengetahuan pasien.

Tahapan kedua analisis jalur (*path analysis*) adalah mengidentifikasi model untuk mengetahui sejauh mana model analisis jalur yang di spesifikasi secara teoritis dan praktis dengan menggunakan data sampel penelitian yaitu dengan mencari nilai variabel independen terhadap variable dependen antar masing-masing variable menggunakan hasil akhir dari analisis GSEM (*generalized structural equation modeling*) yaitu menghitung nilai hasil akhir dari faktor apa saja yang berpengaruh secara langsung dan tidak langsung terhadap kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)*.

Tahapan ketiga pada analisis jalur (*path analysis*) yaitu menilai hasil variabel independen terhadap variabel dependen antar masing-masing variabel dengan kesesuaian model (*goodness of fit*) membandingkan dengan nilai *chi square*, dimana model jalur baik bila $p < 0,05$

Tahapan keempat pada analisis jalur (*path analysis*) yaitu mengestimasi parameter koefisien jalur (*path coefficient*) dengan periksa besarnya koefisien jalur dan signifikansi statistik koefisien jalur (p) dengan nilai interpretasi koefisien jalur semakin besar maka semakin berpengaruh nilainya.

3.9 Etika Penelitian

Etika penelitian berperan penting untuk menjaga segala hal yang berkaitan dengan hak serta kewajiban peneliti dan para responden. Data yang didapat dari responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti baik saat pengumpulan data maupun pada hasil penelitian. Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti harus mengurus perizinan dari etik Universitas Lampung, dan setelah itu pihak Universitas Lampung membuat surat izin pra penelitian sebagai surat pengantar proses permintaan data ke Dinas kesehatan provinsi DKI Jakarta untuk uji validitas dan realibilitas kuesioner (pra penelitian) dilakukan di RSUD Tebet Jakarta selatan, dan dilanjutkan pihak Universitas Lampung membuat surat izin ke RSUD Hi Abdul Moeleok Provinsi Lampung sebagai tempat penelitian dilakukan. Pada penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik (*ethical approval*) nomor 3586/ UN26.18 /PP.05.02.00 /2022.

Sebuah penelitian harus memiliki prinsip-prinsip etik untuk memberikan jaminan bahwa keuntungan yang didapat dari hasil penelitian lebih besar dibandingkan dengan resiko atau efek samping yang mungkin akan terjadi (Dharma, 2011). Sebagai pertimbangan etika dalam penelitian ini, peneliti

meyakini bahwa responden dilindungi dengan menerapkan 3 prinsip etik, yaitu *beneficience, confidentiality dan justice* (Polit & Beck, 2012).

1. *Beneficience*

Terdapat dampak positif yang bisa didapatkan pada obyek penelitian. Dalam hal ini memberikan keuntungan terhadap RSUD Hi. Abdul Moeloek Provinsi Lampung sebagai layanan pengobatan satu-satunya di provinsi Lampung dengan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* mengenai analisis data lebih lanjut terhadap data kepatuhan pengobatan pada pasien Hepatitis C di provinsi Lampung.

Prinsip etik ini memungkinkan peneliti memberikan keuntungan seoptimal mungkin pada responden dengan tidak menimbulkan kerugian atau kerusakan pada diri responden. Responden bebas dari eksploitasi, dan memberikan manfaat dalam meningkatkan pengetahuan dan perilaku responden dalam pengelolaan penyakit Hepatitis C yang dideritanya, sehingga dapat meningkatkan manajemen pengelolaan penyakitnya.

2. *Confidentiality*

Menjaga kerahasiaan, dalam hal ini semua data terkait dengan data responden pada penelitian di RSUD Hi. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dijamin kerahasiaannya. Dan peneliti hanya menggunakan data responden untuk kepentingan penelitian.

Responden dalam penelitian ini mempunyai hak dan kebebasan untuk memutuskan bersedia atau tidak bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa ada paksaan dari siapapun. Responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini diminta untuk menandatangani formulir *informed consent* sebagai bentuk persetujuan menjadi responden setelah sebelumnya diberikan informasi yang jelas tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian.

3. *Justice*

Suatu tindakan memberikan keadilan. Pada penelitian ini pengambilan sampel dilakukan secara *convidence* yaitu memilih sampel berdasarkan keinginan peneliti dan memiliki kesempatan yang sama untuk jadi responden penelitian.

BAB VI. SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang faktor – faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* pada pasien Hepatitis C di provinsi Lampung dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Berdasarkan karakteristik pasien Hepatitis C dengan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* di provinsi Lampung yaitu mayoritas berusia > 35 tahun (90,6%), berjenis kelamin laki-laki (81,3%), berpendidikan lulusan SMA & Sarjana (37,5%), memiliki pekerjaan wiraswasta (32,3%), berstatus menikah (86,5%), bertempat tinggal di perkotaan (70,8%), dan sebagian besar kategori faktor resiko tertular HCV yang berasal dari faktor lain-lainnya (45,8%).
2. Tingkat pengetahuan pasien Hepatitis C dengan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* di provinsi Lampung rata-rata kurang baik (55,2%), dukungan keluarga pasien rata-rata lemah (55,2%), akses pelayanan kesehatan rata-rata sulit (57,3%), memiliki persepsi kerentanan (*Perceived susceptibility*) rata-rata rendah (55,2%), memiliki persepsi keseriusan (*Perceived severity*) rata-rata rendah (53,1%), memiliki persepsi manfaat yang dirasa (*perceived benefits*) rata-rata rendah (54,2%), memiliki persepsi hambatan (*Perceived barriers*) rata-rata rendah (54,2%), memiliki *Self efficacy* rendah (52,1%) dan kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* rata-rata tidak patuh (52,1%).

3. Terdapat pengaruh langsung dari Persepsi kerentanan (*Perceived susceptibility*) terhadap kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* ($b = 1,421$; 95% CI = 0,332 to 2,510; $p = 0,011$).
4. Tidak terdapat pengaruh langsung dari persepsi keseriusan (*Perceived severity*) terhadap kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* ($b = 0,557$; 95% CI = - 0,473 to 1,588; $p = 0,289$).
5. Tidak terdapat pengaruh langsung dari persepsi kemanfaatan (*Perceived benefits*) terhadap kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* ($b = 0,674$; 95% CI = - 0,307 to 1,656; $p = 0,178$).
6. Tidak terdapat pengaruh langsung dan positif dari persepsi hambatan (*Perceived barriers*) terhadap kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* ($b = 0,582$; 95% CI = - 0,014 to 1,641; $p = 0,054$).
7. Tidak terdapat pengaruh langsung dari kepercayaan terhadap diri sendiri (*Self efficacy*) terhadap kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* ($b = 0,530$; 95% CI = 0,506 to 1,567; $p = 0,316$).
8. Terdapat pengaruh langsung dukungan keluarga terhadap kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* ($b = 1,307$; 95% CI = 0,174 to 2,240; $p = 0,024$).
9. Tidak terdapat pengaruh langsung akses layanan kesehatan (*access to health servis*) terhadap kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* ($b = 0,224$; 95% CI = - 0,182 to 1,281; $p = 0,667$).
10. Pengetahuan secara tidak langsung tidak mempengaruhi kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* melalui Persepsi kerentanan (*Perceived susceptibility*) ($b = 0,721$; 95% CI = - 0,994 to 1,542; $p = 0,085$).

11. Pengetahuan secara tidak langsung tidak mempengaruhi kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* melalui persepsi keseriusan (*Perceived severity*) ($b = 0,449$; 95% CI = - 0,311 to 1,310; $p = 0,227$).
12. Pengetahuan secara tidak langsung tidak mempengaruhi kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* melalui persepsi kemanfaatan (*perceived benefits*) ($b = 0,389$; 95% CI = - 0,420 to 1,199; $p = 0,346$).
13. Pengetahuan secara tidak langsung tidak mempengaruhi kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* melalui persepsi hambatan yang dirasa (*Perceived barriers*) ($b = 0,813$; 95% CI = - 0,014 to 1,641; $p = 0,054$).
14. Pengetahuan secara tidak langsung tidak mempengaruhi kepatuhan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* melalui kepercayaan terhadap diri sendiri (*Self efficacy*) ($b = 0,066$; 95% CI = - 0,378 to 0,873; $p = 0,871$).
15. *Perceived susceptibility* merupakan faktor yang paling berpengaruh dan signifikan di antara faktor-faktor lainnya terhadap kepatuhan Pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* dengan p -value 0,011 dan memiliki nilai koefisien jalur 1.421 ($b = 1,421$; 95% CI = 0,332 to 2,510; $p = 0,011$).

6.1 Saran

6.2.2.1 Bagi Pemerintah Indonesia

Mengusulkan kepada pemerintah melalui kementerian kesehatan, dinas kesehatan provinsi Lampung , dan pemberi layanan Hepatitis C (RSUD Hi.Abdul Moeloek) dengan upaya sebagai berikut :

1. Kepada dinas kesehatan provinsi lampung yang memiliki fungsi sebagai pembina, pengawas, koordinator upaya penyelenggaraan kesehatan kepada seluruh kabupaten/kota yang ada di provinsi Lampung sesuai Pergub nomor 32 tahun 2010 untuk dapat membuat surat edaran tentang sosialisasi penyakit hepatitis C dan upaya pencegahan yang ditujukan kepada RSUD Hi. Abdul Moeloek sebagai layanan lanjutan hepatitis C provinsi lampung dan kepada 15 dinas kesehatan kabupaten/kota sebagai layanan deteksi dini hepatitis C (puskesmas dan RSUD) serta melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap implementasi yang sudah dilakukan tersebut oleh semua layanan yang dimiliki.
2. Kepada RSUD Hi. Abdul Moeloek sebagai rumah sakit rujukan tipe A provinsi lampung yang berfungsi sebagai rumah sakit pembina bagi rumah sakit di bawahnya (tipe b, c, dan d) dapat meneruskan ke rumah sakit – rumah sakit binaannya berupa surat edaran bahwa persepsi kerentanan tentang penyakit yang diderita pasien Hepatitis C memengaruhi pasien dalam mematuhi pengobatannya dan karenanya pasien atau masyarakat perlu diberikan pendidikan kesehatan berupa informasi tentang bagaimana menerapkan perilaku pengurangan resiko tertular dengan cara melakukan penyuluhan dengan menggunakan media informasi seperti pemutaran video edukasi Hepatitis C di ruang-ruang tunggu pasien, *Standing banner*, Spanduk, Leaflet serta menggunakan media informasi digital platform yang dimiliki oleh rumah sakit seperti Instagram, Facebook, dan lain-lain yang mudah di akses oleh masyarakat.
3. RSUD Hi. Abdul Moeloek sebagai layanan rujukan satu-satunya program Hepatitis C di provinsi lampung untuk mengembangkan aplikasi informasi kepada pasien Hepatitis C dengan memberikan informasi tentang pentingnya meningkatkan pemahaman tentang mempertahankan dan meningkatkan perilaku kepatuhan pasien Hepatitis C menggunakan *Direct Acting Antiviral (DAA)* serta

membuat kelompok pertemuan secara rutin antara pasien Hepatitis C dengan dokter dan petugas kesehatan lainnya agar bisa diskusi dan konsultasi selama pengobatan berlangsung.

4. Pemberi layanan program hepatitis baik puskesmas, RSUD yang ada di kabupaten/kota yang bertugas melakukan layanan deteksi dini (skrinning) baik di puskesmas maupun di RSUD untuk melakukan kegiatan intervensi pencegahan (preventif) berupa edukasi atau penyuluhan kepada masyarakat pada kelompok populasi beresiko yaitu usia < 20 tahun atau remaja tentang pengetahuan perilaku beresiko tertular Hepatitis C serta peningkatan skrinning anti-HCV agar penderita Hepatitis C dapat lebih dini di temukan di masyarakat dan mencegah terjadinya komplilaksi lebih lanjut.
5. Untuk dukungan keluarga yang berpengaruh terhadap kepatuhan pasien Hepatitis C melakukan pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* di perlukan intervensi berupa program PMO (pengawas minum obat) sebagai satu bagian komponen di dalam panduan program pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* yang memiliki waktu pengobatan 3 bulan sampai 6 bulan dengan pengawasan langsung. Sebaiknya PMO berasal dari pihak keluarga, dan atau petugas kesehatan, kader kesehatan. Peran dan motivasi keluarga sangat penting untuk keberhasilan pengobatan yaitu untuk melakukan pengawasan terhadap pasien dalam hal menelan obat, mengingatkan pasien untuk pemeriksaan ulang setiap bulannya sesuai dengan jadwal yang ditentukan, memberikan dorongan terhadap pasien untuk berobat secara teratur hingga selesai pengobatan dengan hasil akhir tercapai SVR-12 100%, Dukungan PMO sebagai support system terdekat selama menjalani pengobatan DAA.

6.2.1 Bagi Peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian tentang pengobatan *Direct Acting Antiviral (DAA)* dengan mengembangkan variabel penelitiannya yang berbeda atau dengan pendekatan / metode penelitian yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- A. U., S., Badiger, S., & Kumar S., N. (2017). Medication adherence and health belief model among hypertensive patients attending rural health centres of a tertiary care hospital in South India. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 4(4), 1159. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20171342>
- Agustin, D. A., Prasetyo, A. A., & Murti, B. (2018). A Path Analysis on Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV/ AIDS Patients at Dr. Moewardi Hospital, Surakarta using Health Belief Model. *Journal of Health Promotion and Behavior*, 03(01), 48–55. <https://doi.org/10.26911/thejhpb.2018.03.01.05>
- Ariesti, E., & Pradikatama, Y. (2018). Hubungan Self efficacy Dengan Tingkat Kepatuhan Kota Malang. *Jurnal Keperawatan Malang (JKM)*, 3(1), 39–44.
- Armadhani, R. , Mudigdo, A., & Budihastuti, U. R. (2019). Path Analysis on the Determinants of Pap Smear Uptake in Women of Reproductive Age in Tegal, Central Java. *Journal of Maternal and Child Health*, 4(2), 77–86. <https://doi.org/10.26911/thejmch.2019.04.02.03>
- A'yunin, Q., Bantas, K. (2020). Relationship Of The Use Of Injected Narcotics With Hepatitis C Coinfection In Tebet Hospital, 2017-2019. *Jurnal Kesehatan Indra Husada* 8(2), 166-173. <https://doi.org/10.36973/jkih.v8i2.220>
- Bachrun, E. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). *Tunas-tunas Riset Kesehatan* 57-61; Vol VII; No 1.
- Bartensclager, R., and Lohmann, V., 2000. Replication of Hepatitis C virus. *J Gen Virol*. 81(7), pp. 1631-48.
- BPJS Kesehatan. (2021). Penyakit Katastropik Berbiaya Mahal Tetap Dijamin Program JKN-KIS. *Media Info BPJS Kesehatan*, 6–9.
- Budihusodo, U., 2009. Karsinoma Hati. In: Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Simadibrata, K. M., eds. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid 1 Edisi V*. Jakarta: Interna Publishing Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam, pp. 685-91.

- Centers for Disease Control and Prevention, 2014. Hepatitis C FAQs for the Public. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention CDC. Available from: <http://www.cdc.gov/hepatitis/c/cfaq.htm> [Accessed 22 maret 2022].
- Dale A Barnhart, et.al (2021). Knowledge among patients with Hepatitis C initiating on direct-acting antiviral treatment in rural Rwanda: A prospective cohort study. *GLOBAL HEALTH ACTION* 2021, VOL. 14, 1953250 <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1953250> [Accessed 22 maret 2022].
- Dany, F. and Sarwo Handayani (2017) ‘Seroprevalensi Hepatitis C pada Populasi Perkotaan dan Perdesaan di Indonesia Tahun 2013: Kajian Determinan Sosiodemografi, Lingkungan, Pejamu, dan Komorbiditas (Analisis Lanjut Riskesdas 2013)’, *Media Litbangkes*, 27(4), pp. 197–208. doi:10.22435/mpk.v27i4.6267.197-208.
- Desy Fitri Maulidia. (2014). Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Tuberkulosis. *Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Tuberkulosis*.
- Dorothea, CB. and Sianturi, SR.,(2020) ‘Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) Minum ARV’, *Jurnal Keperawatan Terapan (e-Journal)*, Vol. 06, No. 02, 2020: 2442-6873.
- Dwi Hadya Jayani (2019) 2020, Penduduk Indonesia Terbesar Keempat Dunia Databoks. Available at : <https://databoks.katadata.co.id/data-publish/2019/12/16/2020-penduduk-indonesia-terbesar-keempat-dunia> (Accessed: 11 March 2022).
- EASL, 2014. EASL Clinical Practice Guidelines : Management of Hepatitis C virus Infection. *Journal of Hepatology*, 60, pp. 392-420.
- Edi, I. G. M. S. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien Pada Pengobatan. *Jurnal Ilmiah Medicamento*, 1(1), 1–8. <https://doi.org/10.36733/medicamento.v1i1.719>
- Fitriani, Y., Pristianty, L., & Hermansyah, A. (2019). Pendekatan Health Belief Model (HBM) untuk Menganalisis Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dalam Menggunakan Insulin. *PHARMACY: Jurnal Farmasi Indonesia (Pharmaceutical Journal of Indonesia)*, 16(2), 167. <https://doi.org/10.30595/pharmacy.v16i2.5427>
- Gani, R. A., 2009. Hepatitis C. In: Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Simadibrata, K. M., eds. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid 1 Edisi V*. Jakarta: Interna Publishing Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam, pp. 662-7.
- Gebremariam, M. K., Bjune, G. A., & Frich, J. C. (2010). Barriers and facilitators of adherence to TB treatment in patients on concomitant TB and HIV treatment: A qualitative study. In *BMC Public Health* (Vol. 10, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-651>

- Glanz, K., Rimer, B. k., & Viswanath, K. (2002). *Health and Health*.
- González-Castro JL, Ubillos-Landa S, Puente-Martínez A and Gracia-Leiva M (2021) Perceived Vulnerability and Severity Predict Adherence to COVID-19 Protection Measures: The Mediating Role of Instrumental Coping. *Front. Psychol.* 12:674032. doi: 10.3389/fpsyg.2021.67403
- Haeruddin, H., Ananda, U. D. D., Fachrin, S. A., & Yusuf, R. A. (2021). Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengobatan Pasien Hipertensi pada Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Ilmiah Kesehatan (JIKA)*, 3(3), 166–176. <https://doi.org/10.36590/jika.v3i3.197>
- Ismayadi. (2021). *PENGARUH HEALTH BELIEF MODEL TERHADAP KEPATUHAN KONTROL PENGOBATAN DENGAN CORONAPHOBIA SEBAGAI VARIABEL MODERASI Tedi Ismayadi 1*, Wiwiek Rabiatul Adawiyah 1, Budi Aji 1 I.* 23(4), 96–109.
- Karen Glanz, Barbara K Rimer, K. Viswanath, (editors). 2008. *Health Behavior and Health Education; Theory, research, and practice* 4th Edition
- Kawulusan, K. B., Katuuk, M. E., & Bataha, Y. B. (2019). Hubungan Self-Efficacy Dengan Kepatuhan Minum Obat Hipertensi Di Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado. *Jurnal Keperawatan*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.35790/jkp.v7i1.24340>
- Kementrian kesehatan RI. (2019). *PEDOMAN NASIONAL PELAYANAN KEDOKTERAN TATA LAKSANA HEPATITIS C.* 1–80.
- Kurniawati, S. A., Karjadi, T. H., & Gani, R. A. (2015). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Hepatitis C pada pasangan seksual pasien koinfeksi Human Immunodeficiency Virus dan virus Hepatitis C. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 2(3), 133-139.
- L.O, E. S., Widyarni, A., & Noorhidayah. (2021). Hubungan Pekerjaan dan Jarak Pelayanan Kesehatan terhadap Peningkatan Kasus Penyakit Hepatitis B pada Ibu Hamil. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 4(4), 464–469. <https://doi.org/10.56338/mppki.v4i4.1865>
- Lailatushifah, S. N. F. (2012). Kepatuhan Pasien yang Menderita Penyakit Kronis Dalam Mengonsumsi Obat Harian. *Fakultas Psikologi Universitas Mercu Buana Yogyakarta*, 1–9. <http://fpsi.mercubuana-yogya.ac.id/wp-content/uploads/2012/06/>
- Lisa Purwanti Alfian. (2020). *PREVALENSI HEPATITIS VIRUS C (HVC) DI RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR PERIODE 2017-2019.* 21(1), 1–9. <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>

- Mahyarni (2013). Theory of Reasoned Action and Theory of Planned Behavior (Sebuah Kajian Historis tentang Perilaku). Jurnal EL-RIYASAH, 4(1), p. 13. doi: 10.24014/jel.v4i1.17
- M.A.Khalil, et al, (2021). Depression in patients with chronic hepatitis-C treated with direct-acting antivirals: A real-world prospective observational study. Journal of Affective Disorders 282 (2021) 126–132
- Marsela, D. (2017). Hubungan Dukungan keluarga dengan kepatuhan Program Pengobatan Pasien HIV/AIDS di Yayasan Taratak Jiwa Hati Padang tahun 2017. Padang: Universitas Andalas.
- Mohd Hanafiah, K. et al. (2013) ‘Global epidemiology of Hepatitis C virus infection: New estimates of age- specific antibody to HCV seroprevalence’, Journal of Hepatology. John Wiley & Sons, Ltd, pp. 1333–1342. doi: 10.1002/hep.26141.
- Mohd Suan MA, Said SM, Lim PY, Azman AZF, Abu Hassan MR (2019) Risk factors for Hepatitis C infection among adult patients in Kedah state, Malaysia: A case–control study. PLoS ONE 14(10): e0224459. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224459>
- Notoadmojo. (2014). Ilmu Perilaku Kesehatan. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta, p. 97
- Notoatmodjo. (2018). ‘Metode Penelitian kesehatan’. e-book Pusat pendidikan sumber daya manusia kesehatan Badan pengembangan dan pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Edisi Tahun 2018
- Perhimpunan Peneliti Hati Indonesia, 2014. Konsensus Nasional Penatalaksanaan Hepatitis C di Indonesia. Jakarta: Penerbit PPHI.
- Petruzzello, A. et al. (2016) ‘Global epidemiology of Hepatitis C virus infection: An up-date of the distribution and circulation of Hepatitis C virus genotypes’, World Journal of Gastroenterology. Baishideng Publishing Group Co., Limited, pp. 7824–7840. doi:10.3748/wjg.v22.i34.7824.
- Pracoyo N.E. et al. (2018) ‘Hubungan antara pengetahuan responden yang pernah menderita Hepatitis tentang perilaku penularan Hepatitis C dengan antibody anti Hepatitis C (Titer Anti-HCV) di Indonesia’; Media Litbangkes, Vol. 28 No. 4, Desember 2018, 289 – 294
- Poordad, F., Landaverde, C., 2009. Review : Rapid virological response to peginterferon alfa and ribavirin treatment of chronic Hepatitis C predicts sustained virological response and relapse in genotype 1 patients. Therap Adv Gastroenterol; 2(2), pp. 91-7.
- Rachmawati, W. (2019). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Malang : Wineka Media.

- Reilley B, Leston J, Redd JT, Geiger R. Lack of access to treatment as a barrier to HCV screening: a facility-based assessment in the Indian health service. *J Public Health Manag Pract*. 2014 Jul-Aug;20(4):420-3.
- Risikesdas. (2018). Laporan Provinsi Lampung Riskesdas 2018 Nasional. Jakarta
- Safri, F. M., Sukartini, T., & Ulfiana, E. (2019). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Tb Paru Berdasarkan Health Belief Model Di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulsari, Kabupaten Jember. *Indonesian Journal of Community Health Nursing*, 2(2), 12–20.
- Sari, D. A., & Sutarga, I. M. (2021). Karakteristik Penderita Hepatitis C Di Provinsi Bali Tahun 2018 – 2019. *Archive of Community Health*, 8(2), 204. <https://doi.org/10.24843/ach.2021.v08.i02.p02>
- Sarwono, J. (2011). Mengenal Path Analysis. *Jurnal Ilmiah Manajemen Bisnis*, 11(2), 285–296.
- Sunarta, E. A., Sulaeman, E. S., & Budihastuti, U. R. (2019). Path Analysis on the Determinants of Visual Inspection Acetic Acid Utilization on Early Detection of Cervical Cancer: Application of Health Belief Model Theory. *Journal of Health Promotion and Behavior*, 4(1), 32–42. <https://doi.org/10.26911/thejhpb.2019.04.01.04>
- Sari,Y., Rahmawati,T., 2022. Pengetahuan berhubungan dengan kepatuhan pasien hepatitis B dalam menjalani terapi hepatoprotektor. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi (JABJ)*. <http://jab.stikba.ac.id/index.php/jab>
- Sastroasmoro, S., Ismael, S. (2011). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Sagung Seto
- Schroeder, E.S, Higgs,P., Winter, R., et al., 2017. Hepatitis C risk perceptions and attitudes towards reinfection among HIV-diagnosed gay and bisexual men in Melbourne Australia. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25288/> | <https://doi.org/10.1002/jia2.25288>Sievert
- Setiyaningsih. (2016). ‘Health Belief Model : Determinants of Hypertension Prevention Behaviorin Adults at Community Health Center, Sukoharjo, Central Java’, *Journal of Health Promotion and Behavior*, 01(03), pp. 160–17
- Shafira,S., Ahmad Muhtadi (2020). ‘Evaluasi kepatuhan pasien Hepatitis C periode juli 2018 – juli 2019 di instalasi rawat jalan di salah satu rumah sakit kota bandung’ , *Jurnal Farmaka*, <https://doi.org/10.24198/farmaka.v18i2.26232>
- Siswanto. (2020). Epidemiologi Penyakit Hepatitis. *Mulawarman University*, 74.

- Sianturi, S. R., & CB, D. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Orang Dengan Hiv/Aids (Odha) Minum Obat Arv. *Journal of Applied Nursing (Jurnal Keperawatan Terapan)*, 6(2), 111. <https://doi.org/10.31290/jkt.v6i2.1572>
- Sidhajati R. (2012). Sidhajati RA. Ko-Infeksi Virus Hepatitis B dan Hepatitis C pada Penderita HIV/AIDS di Surakarta, Indonesia. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. Surakarta. 2012.(September), 1–47.
- Sulaiman, A.E, 2007. *In* : Sulaiman, H. A., Akbar, H. N., Lesmana, L. A., Noer, H. M. S., eds. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Hati Edisi I*. Jakarta: Penerbit Jayabadi, pp. 211-27.
- Sunarta, A.E, Sulaiman, S.E, Budihastuti, R.U, 2019. *Path Analysis on the Determinants of visual inspection acetic acid utilization on Early Detection of cervical cancer: application of Health Belief Model Theory*. *Journal of Health Promotion and Behavior* (2019) , 4(1): 32-42
- Swarjana, I. K., & SKM, M. (2012). *Metodologi penelitian kesehatan*. Penerbit Andi.
- Tri Hayati, H., & Murtisiwi, L. (2020). Gambaran Pengetahuan Pasien Tentang Hepatitis Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. *IJMS-Indonesian Journal On Medical Sciencendonesian Journal On Medical Science*, 7(2), 151–155.
- Tohme, R. A and Holmberg, S. D, 2012. Transmission of Hepatitis C Virus Infection Through Tattooing and Piercing: A Critical Review. *Oxford University Press on behalf of the Infectious Diseases Society of America*, 54, pp. 1167-78.
- Veronica, & Rahmayanti, K. P. (2019). Akses pelayanan kesehatan kepala keluarga perempuan di keluarga miskin: studi kasus pelayanan kesehatan bagi peserta jkn di indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 13(1), 28–39.
- Warsono, et.al (2020). : Causal Modeling of the Effect of Foreign Direct Investment, Industry Growth and Energy Use to Carbon Dioxide Emissions. *International Journal of Energy Economics and Policy*, 2020, 10(3), 348-354
- W., Altraif, I., Razavi, H. A., Abdo, A., Ahmed, E. A., AlOmair, A., et al., 2011. A systematic review of Hepatitis C virus epidemiology in Asia, Australia and Egypt. *Liver Int*, 31, pp. 61-80.
- WHO (2018) Guidelines For The Care And Treatment Of Persons Diagnosed With Chronic Hepatitis C Virus Infection. Available a t: <https://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines2018/en/>

WHO. (2021). Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. In *Who* (Issue 9).

World Health Organization. (2017). Regional Action Plan Of Hepatitis Viral In South East Asia 2016-2021. In *Genomic and Precision Medicine* (Vol. 2021, Issue July).
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128006856000175>

Yilmaz H, Yilmaz EM, Leblebicioglu H. Barriers to access to Hepatitis C treatment. *J Infect Dev Ctries*. 2016 Apr 28;10(4):308-16. doi: 10.3855/jidc.7849. PMID: 27130991.