

**ANALISIS PENGARUH SOSIODEMOGRAFI DAN PERSEPSI  
TERHADAP KEPATUHAN ODHA DALAM MENJALANI TERAPI  
ARV DI RSUD DEMANG SEPULAU RAYA LAMPUNG TENGAH**

**TESIS**

**Oleh:**

**IRAWAN BUDI WASKITO  
NPM. 1928021015**



**MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
TAHUN 2023**

**ANALISIS PENGARUH SOSIODEMOGRAFI DAN PERSEPSI  
TERHADAP KEPATUHAN ODHA DALAM MENJALANI TERAPI  
ARV DI RSUD DEMANG SEPULAU RAYA LAMPUNG TENGAH**

**Oleh:  
IRAWAN BUDI WASKITO**

**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  
TAHUN 2023**

## ABSTRAK

### **Analisis Pengaruh Sosiodemografi Dan Persepsi Terhadap Kepatuhan ODHA Dalam Menjalani Terapi ARV Di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah**

Oleh

**IRAWAN BUDI WASKITO**

**Latar belakang :** Indonesia berupaya untuk mencapai *ending* HIV AIDS pada tahun 2030 namun kepatuhan minum obat ODHA masih menjadi permasalahan. Teori yang dapat digunakan untuk menelaah kepatuhan pengobatan adalah *Health Belief Model* (HBM) terdiri atas komponen *modifying faktor* (sosial demografi, kepercayaan individu persepsi dan melakukan aksi dengan dibantu oleh isyarat untuk bertindak). **Tujuan :** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh sosiodemografi dan persepsi terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah. **Metode :** kuantitatif dengan rancangan potong lintang, populasi 115 orang dan sampel yang memenuhi kriteria inklusi 93 orang lalu dianalisis dengan chi square dan regresi logistik. **Hasil :** ODHA menjalani terapi ARV patuh tinggi sebanyak 60,2%. Terdapat pengaruh faktor sosiodemografi : tingkat pendapatan ( $p=0,007$  dan  $OR=3,5$ ), tingkat pendidikan ( $p\ value=0,006$  dan  $OR=3,8$ ), pengetahuan ( $p\ value=0,002$  dan  $OR=4,9$ ) terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV. Terdapat pengaruh persepsi : kerentanan ( $p\ value=0,002$  dan  $OR=4,4$ ), keparahan ( $p\ value=0,002$  dan  $OR=4,4$ ), manfaat ( $p\ value=0,010$  dan  $OR=3,5$ ), hambatan ( $p\ value=0,011$  dan  $OR=3,2$ ), keyakinan diri ( $p\ value=0,000$  dan  $OR=6,5$ ) terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV. Variabel persepsi kerentanan menjadi variabel yang paling dominan pengaruhnya terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV dengan  $OR\ 6,6$ . **Kesimpulan :** Terdapat pengaruh faktor sosiodemografi dan persepsi terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV

**Kata Kunci :** Kepatuhan, ODHA, ARV, Sosiodemografi, Persepsi

## ABSTRACT

### *Analys Sociodemographic and Perceptions Effects on People with HIV/AIDS adherence in Undergoing ARV Therapy at Demang Sepulau Raya Hospital, Central Lampung*

by

**IRAWAN BUDI WASKITO**

**Background :** Indonesia is trying to achieve ending HIV AIDS in 2030 but People with HIV/AIDS (adherence on ARV still a problem. The theory that can be used to examine medication adherence is the Health Belief Model (HBM) which is consist of components such as modifying factors (social demography, individual perceptions of belief and taking action assisted by cues to act) . **Purpose:** This research aims to analyze the influence of Sociodemographic and Perceptions Effects on People with HIV/AIDS adherence in Undergoing ARV Therapy at Demang Sepulau Raya Hospital, Central Lampung. **Method :** Quantitative research with a cross-sectional design, 115 people as population and a sample that met the inclusion criteria was 93 people and then analyzed by chi square and logistic regression. **Results :** The study showed that 60.2% of people living with HIV underwent high adherence to ARV therapy. There is the influence of sociodemographic factors: income level ( $p=0.007$  and  $OR=3.5$ ), education level ( $p\ value=0.006$  and  $OR=3.8$ ), knowledge ( $p\ value=0.002$  and  $OR=4.9$ ) on People with HIV/AIDS adherence in Undergoing ARV Therapy. There is an influence of perception: vulnerability ( $p\ value=0.002$  and  $OR=4.4$ ), severity ( $p\ value=0.002$  and  $OR=4.4$ ), benefits ( $p\ value=0.010$  and  $OR=3.5$ ), barriers ( $p\ value = 0.011$  and  $OR = 3.2$ ), self-confidence ( $p\ value = 0.000$  and  $OR = 6.5$ ) on People with HIV/AIDS adherence in Undergoing ARV Therapy. The variable perceived susceptibility is the variable that has the most dominant influence on People with HIV/AIDS adherence in Undergoing ARV Therapy with an OR of 6.6. **Conclusion:** There is an influence of sociodemographic factors and perceptions on the adherence of PLHIV in undergoing ARV therapy

**Keyword :** adherence, People wih HIV/AIDS, anti retroviral therapy, Sociodemography, Perception,

Judul Tesis : **PENGARUH SOSIODEMOGRAFI DAN PERSEPSI TERHADAP KEPATUHAN ODHA DALAM MENJALANI TERAPI ARV DI RSUD DEMANG SEPULAU RAYA LAMPUNG TENGAH**

Nama Mahasiswa : Irawan Budi Waskito

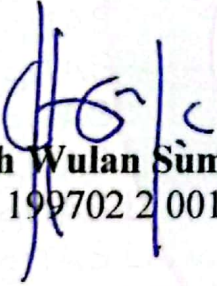
NPM : 1928021015

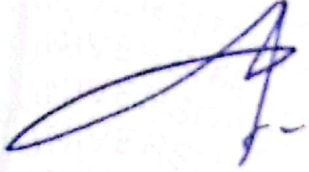
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kedokteran

**MENYETUJUI**

Komisi Pembimbing

  
**Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, SKM., M.Kes.**  
NIP 19720628 199702 2 001

  
**Dr. dr. Susianti, S.Ked., M.Sc**  
NIP19780805 200501 2 003

Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat

  
**Dr.dr. Beta Kurniawan, M.Kes**  
NIP 19781009 200501 1 001

## MENGESAHKAN

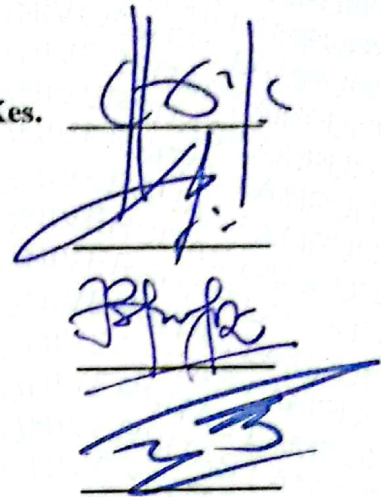
### 1. Tim Penguji

Ketua : Prof. Dr. Dyah Wulan S.R.W., SKM., M.Kes.


Sekretaris : Dr. dr. Susianti, S. Ked., M. Sc.

Penguji I : Dr. dr. Reni Zuraida, M.Si.

Penguji II : Dr. dr. Endang Budiarti, M.Kes.




### 2. Plt. Dekan Fakultas Kedokteran



**Dr. Eng. Suropto Dwi Yuwono, S. Si., M.T.**  
NIP 19740705 200003 1 001

### 3. Direktur Program Pasca Sarjana



**Prof. Dr. Ir. Murhadi, M. Si.**  
NIP 19640326 198902 1 001

Tanggal Lulus Ujian Tesis : 14 Juni 2023

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Tesis dengan judul **PENGARUH SOSIODEMOGRAFI DAN PERSEPSI TERHADAP KEPATUHAN ODHA DALAM MENJALANI TERAPI ARV DI RSUD DEMANG SEPULAU RAYA LAMPUNG TENGAH** adalah karya saya sendiri dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan yang tidak sesuai dengan etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme
2. Hak intelektual atas karya ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung

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

Bandar Lampung, Mei 2023

Yang Membuat Pernyataan,



**IRAWAN BUDI WASKITO**

**NPM. 1928021015**

## RIWAYAT HIDUP



Penulis Irawan Budi Waskito dilahirkan di Poncowati, Lampung Tengah pada tanggal 18 Mei 1977. Merupakan putra dari bapak S. Aris H. dan ibu Buyatmi. Penulis menempuh pendidikan dasar di SDN 2 Poncowati, Lampung Tengah. Pendidikan menengah pertama di SMPN 1 Poncowati, Lampung Tengah. Pendidikan menengah atas di SMAN Poncowati, Lampung Tengah dan Akademi Keperawatan (AKPER) Panca Bhakti Bandar Lampung. Selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan Strata 1 (Sarjana) pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI). Saat ini penulis bekerja sebagai Aparatur Sipil Negara (ASN) pada RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah.

“Pada tahun 2019 penulis melanjutkan pendidikan Strata 2 (Magister) pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Selanjutnya penulis melakukan penelitian dengan judul “Analisis Pengaruh Sosiodemografi dan Persepsi Terhadap Kepatuhan ODHA Dalam Menjalani Terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah”



## SANWACANA

Alhamdulillah, segala puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena dengan pertolongann-Nya lah penulis mampu menyelesaikan tesis ini dengan judul **“Analisis Pengaruh Sosiodemografi Dan Persepsi Terhadap Kepatuhan ODHA Dalam Menjalani Terapi ARV Di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah”** sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Dalam penyusunan ini, penulis mendapatkan banyak masukan, bimbingan, dan kritik dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M. selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Dr. Eng. Suropto Dwi Yuwono, S. Si., M.T. selaku Plt Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
3. Dr.dr. Beta Kurniawan, M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
4. Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar R.W., SKM., M.Kes, selaku Komisi Pembimbing I sekaligus Ketua Tim Penguji.
5. Dr. dr. Susianti, S. Ked., M. Sc selaku Komisi Pembimbing II sekaligus Sekretaris Tim Penguji.
6. Dr. dr . Reni Zuraida, M.Si selaku Penguji I
7. Dr. dr. Endang Budiarti, M.Kes selaku Penguji II
8. Direktur RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah

9. Teman seangkatan dan seperjuangan Pascasarjana angkatan Pertama 2019 Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
10. Seluruh dosen dan karyawan Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas kesediannya memberikan ilmu dan bantuan selama proses perkuliahan.
11. Seluruh responden penelitian atas kerja sama, kesediaan, serta waktu yang telah diluangkan.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih memiliki banyak kekurangan. Meskipun begitu, penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Bandar Lampung, Juni 2023

Irawan Budi Waskito

*Sebuah Persembahan Sederhana  
Untuk Istri dan Anak-anakku  
Hesti, Alwan & Alwan  
Serta Kedua Orang Tua dan Keluarga Besar  
Tercinta*

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>Halaman Judul .....</b>	<b>ii</b>
<b>Abstrak.....</b>	<b>iii</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>iv</b>
<b>Lembar Persetujuan .....</b>	<b>v</b>
<b>Lembar Pengesahan.....</b>	<b>vi</b>
<b>Pernyataan.....</b>	<b>vii</b>
<b>Riwayat Hidup.....</b>	<b>viii</b>
<b>Sanwacana .....</b>	<b>ix</b>
<b>Persembahan .....</b>	<b>x</b>
<b>Daftar Isi .....</b>	<b>xi</b>
<b>Daftar Tabel.....</b>	<b>xiv</b>
<b>Daftar Gambar .....</b>	<b>xv</b>

### **BAB I PENDAHULUAN**

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

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 HIV AIDS .....	8
2.1.1 Pengertian HIV .....	8
2.1.2 Pengertian AIDS .....	8
2.1.3 Epidemiologi HIV AIDS .....	9
2.1.4 Tanda Dan Gejala HIV .....	10
2.1.5 Kebijakan Nasional Tentang ARV .....	11
2.1.6 Penilaian dan Tata Laksana Pasca Diagnosis HIV .....	11
2.2 Anti Retroviral Therapy (ART ) .....	12
2.2.1 Pengertian ART .....	12
2.2.2 Tujuan Pemberian ARV .....	13
2.2.3 Fungsi ARV .....	13
2.2.4 Indikasi memulai ARV pada orang dewasa.....	14

2.3 Kepatuhan Pengobatan.....	15
2.3.1 Pengertian Kepatuhan .....	15
2.3.2 Beberapa Skala Pengukuran Kepatuhan .....	15
2.3.3 Validitas Skala MMAS-8.....	19
2.3.4 Faktor Sosiodemografi Yang Mempengaruhi Kepatuhan .....	20
2.3.5.Faktor Persepsi yang Mempengaruhi kepatuhan .....	24
2.4. Teori Perilaku <i>Health Belief Model (HBM)</i> .....	32
2.5 Kerangka Teori.....	34
2.6 Kerangka Konsep .....	35
2.7 Hipotesis .....	35

### **BAB III METODE PENELITIAN**

3.1. Jenis Penelitian.....	37
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian .....	37
3.3. Variabel Penelitian.....	37
3.4. Definisi Operasional .....	38
3.5. Populasi dan Sampel Penelitian .....	45
3.6. Pengumpulan Data .....	47
3.7. Analisis Data .....	51
3.8. Etika Penelitian .....	53

### **BAB IV HASIL PENELITIAN**

4.1. Gambaran Umum Objek Penelitian .....	55
4.2. Analisis Deskriptif Hasil Penelitian.....	57
4.2.1 Karakteristik Responden .....	57
4.2.2 Kepatuhan ODHA Dalam Menjalani Terapi ARV .....	57
4.2.3 Variabel Sosiodemografi ODHA .....	58
4.2.4 Variabel Persepsi ODHA .....	59
4.3. Pengaruh Sosiodemografi Terhadap Kepatuhan ODHA .....	61
4.4. Pengaruh Persepsi Terhadap kepatuhan ODHA .....	62
4.5. Variabel Yang Paling Dominan Berpengaruh Terhadap Kepatuhan ODHA .....	65

### **BAB V PEMBAHASAN**

5.1. Kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV .....	66
5.2. Variabel Sosiodemografi ODHA .....	67
5.3. Variabel Persepsi ODHA .....	71
5.4. Pengaruh Sosiodemografi Terhadap Kepatuhan ODHA .....	78
5.5. Pengaruh Persepsi Terhadap Kepatuhan ODHA .....	83
5.6. Variabel Yang Paling Dominan Berpengaruh Terhadap Kepatuhan ODHA .....	91
5.7. Keterbatasan Penelitian.....	94

### **BAB VI PENUTUP**

6.1. Simpulan .....	96
6.2. Saran .....	97

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Definisi Operasional.....	38
4.1 Karakteristik Responden Yang Menjalani Terapi ARV Di RSUD-DSR Lampung Tengah Tahun 2023.....	57
4.2 Kepatuhan ODHA Dalam Menjalani Terapi ARV Di RSUD-DSR Lampung Tengah Tahun 2023.....	57
4.3 Karakteristik Demografi Responden Yang Menjalani Terapi ARV Di RSUD-DSR Lampung Tengah Tahun 2023.....	58
4.4 Tingkat Persepsi ODHA Yang Menjalani Terapi ARV Di RSUD-DSR Lampung Tengah Tahun 2023.....	59
4.5 Pengaruh Sosiodemografi Terhadap Kepatuhan ODHA Dalam Menjalani Terapi ARV Di RSUD-DSR Lampung Tengah Tahun 2023.....	61
4.6 Pengaruh Persepsi Terhadap Kepatuhan ODHA Dalam Menjalani Terapi ARV Di RSUD-DSR Lampung Tengah Tahun 2023.....	63
4.7 Variabel Yang Paling Dominan Berpengaruh Terhadap Kepatuhan ODHA Dalam Menjalani Terapi ARV di RSUD-DSR Lampung Tengah Tahun 2023	66

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Alur pelayanan Pasca Diagnosis HIV .....	12
Gambar 2. Skala MMAS-8 .....	17
Gambar 3 Kerangka Teori.....	34
Gambar 4. Kerangka Konsep .....	35

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Kepatuhan (*adherence*) adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perilaku pasien dalam minum obat secara benar tentang dosis, frekuensi dan waktunya. Untuk terapi *Antiretroviral* (ARV) pada penderita HIV/AIDS, kepatuhan yang tinggi sangat diperlukan untuk menurunkan replikasi virus dan memperbaiki kondisi klinis dan imunologis, menurunkan risiko timbulnya resistansi ARV, dan menurunkan risiko transmisi HIV (Kemenkes RI, 2019a). Permasalahan di Indonesia untuk Pencegahan dan Penanggulangan HIV (P2HIV) adalah kepatuhan minum obat ODHA (Pokja Renstra Kemenkes, 2020).

Ketidakpatuhan pengobatan ARV menyebabkan meningkatnya progresifitas penyakit, transmisi HIV, dan resistansi ARV. Pada ODHA yang mengalami kegagalan terapi pada ARV lini kedua maka akan terjadi resistansi silang dalam kelas ARV yang sama ketika HIV terus berproliferasi meski dalam terapi ARV. Jika kegagalan terapi terjadi dengan paduan NNRTI atau 3TC, hampir pasti terjadi resistansi terhadap seluruh NNRTI dan 3TC. Berdasarkan data *invitro*, virus HIV yang memiliki mutasi M184V terhadap 3TC dapat menginduksi resistansi terhadap AZT atau TDF (Kemenkes RI, 2019a).

Sebanyak 90% dari orang yang menggunakan ARV menunjukkan keefektifan pengobatan. Antara tahun 2000-2020, angka infeksi baru HIV turun 49%,



angka kematian terkait HIV turun 55% dan sekitar 15,3 juta orang secara nyata dapat terselamatkan karena ARV (WHO, 2021e). Sebaliknya tanpa terapi ARV sebagian besar ODHA akan menuju imunodefisiensi secara progresif yang ditandai dengan menurunnya kadar CD4, kemudian berlanjut hingga kondisi AIDS dan dapat berakhir kematian (Kemenkes RI, 2019a).

HIV/AIDS tetap menjadi salah satu tantangan kesehatan masyarakat yang paling signifikan di dunia, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2021c). Indonesia berupaya untuk mencapai *ending* HIV AIDS pada tahun 2030 sejalan dengan komitmen dengan negara lainnya di tingkat global melalui jalur cepat (*fast track*) 95-95-95 dan target untuk mencapai 90-90-90 (90% ODHA tahu tentang statusnya, 90% ODHA sudah mendapatkan pengobatan, dan jumlah virus dari 90% ODHA sudah tidak terdeteksi atau *virally suppressed*) dan target *three zero/3.0* HIV AIDS (*zero* infeksi baru, *zero* kematian terkait AIDS, serta *zero* stigma dan diskriminasi) pada tahun 2020-2024 (Kemenkes RI, 2020).

Secara global sebanyak 37,7 Juta orang di dunia hidup dengan HIV (WHO, 2020c). Sebanyak 680.000 (480.000-1 juta orang) meninggal karena HIV (WHO, 2021h). Diperkirakan akan ada 7,7 juta kematian terkait HIV selama 10 tahun ke depan ditambah adanya pandemi sehingga layanan HIV terganggu dan respon kesehatan masyarakat terhadap HIV yang melambat (WHO, 2021b). Hanya 73% dari 37,7 juta Orang Dengan HIV memiliki akses ke terapi *Antiretroviral* (ARV) (WHO, 2020c). Pada tahun 2020 terdapat 27,5 juta orang menerima ARV (WHO, 2021c). Pada 2020 sebanyak 360.000 orang (66%) Orang Dengan HIV di Indonesia mengetahui statusnya. Estimasi jumlah orang yang terinfeksi HIV baru sejak 2010 hingga 2020 menurun sebanyak -43%, namun estimasi jumlah orang meninggal karena HIV meningkat sebanyak 102% (WHO, 2021f).

Penemuan kasus HIV AIDS baru di Provinsi Lampung pada tahun 2019 sebesar 588 kasus, meningkat pada 2020 menjadi 611 kasus dan menurun

kembali pada 2021 menjadi 518 kasus. Kasus HIV yang menjadi AIDS dan dilaporkan pada tahun 2019 sebesar 143 kasus, menurun menjadi 126 kasus pada 2020 dan makin menurun menjadi 102 kasus di tahun 2021. Estimasi Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) hidup tahun 2022 sebesar 10.093 kasus di mana untuk estimasi HIV sebanyak 4.913 kasus dan AIDS sebanyak 1.283 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2022).

Kasus HIV di Kabupaten Lampung Tengah pada tahun 2019 sebesar 189 kasus meningkat pada 2020 menjadi 210 kasus namun menurun menjadi 168 kasus pada tahun 2021. Kasus AIDS pada tahun 2019 sebanyak 127 kasus, meningkat menjadi 135 kasus pada 2020 dan makin meningkat pada 151 kasus pada tahun 2021. ODHA yang mendapatkan *Anti Retro Virus* (ARV) pada tahun 2019 sebanyak 111 orang, meningkat menjadi 124 orang pada 2020 dan makin meningkat pada 2021 menjadi 148 orang (Dinas Kesehatan Kab Lampung Tengah, 2021).

Jumlah kunjungan ODHA di RSUD Demang Sepuluh Raya pada tahun 2019 sebanyak 120 orang, menurun di 2020 menjadi 105 orang dan meningkat kembali pada 2021 menjadi 115 orang. Rincian kunjungan pada tahun 2019 di klinik rawat jalan/rawat inap RSUD Demang Sepuluh Raya sebesar 36 orang, menurun menjadi 14 orang pada 2020 dan meningkat kembali menjadi 19 orang pada 2021. Data jumlah kunjungan di Klinik *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) Mahoni tahun 2019 sebanyak 84 orang, meningkat pada 2020 menjadi 105 orang dan meningkat kembali di 2021 menjadi 115 orang. Data *Loss Follow Up* (LFU) ODHA di klinik VCT Mahoni RSUD Demang Sepuluh Raya tahun 2019-2021 berjumlah 12 orang (RSUD Demang Sepuluh Raya, 2022).

Tidak ada obat untuk infeksi HIV, namun dengan meningkatnya akses ke pencegahan, diagnosis, pengobatan dan perawatan HIV yang efektif, termasuk untuk infeksi oportunistik, infeksi HIV telah menjadi kondisi kesehatan kronis yang dapat dikelola, memungkinkan orang yang hidup

dengan HIV untuk menjalani hidup yang panjang dan sehat (WHO, 2021c) dengan terapi ARV.

ARV bekerja dengan menghentikan replikasi virus, menurunkan tingkat virus ke tingkat yang rendah di dalam tubuh sehingga sistem kekebalan akan berfungsi secara normal. Jika ODHA menggunakan ARV, peluang mereka untuk menularkan HIV ke orang lain sangat berkurang (WHO, 2020b). Inisiasi ARV dini terbukti berguna untuk pencegahan, bermanfaat secara klinis, meningkatkan harapan hidup, dan menurunkan insiden infeksi terkait HIV dalam populasi (Kemenkes RI, 2019a).

ODHA dapat menikmati kesehatan yang baik, asalkan mereka mematuhi pengobatan dan pengobatan tetap efektif. ARV menunjukkan efektivitas jika adanya kepatuhan yang baik dan berkelanjutan. Namun, di rangkaian tertentu, banyak orang yang hidup dengan HIV tidak mematuhi pengobatan dengan konsisten (WHO, 2020b).

Teori yang dapat digunakan untuk menelaah kepatuhan pengobatan yang merupakan salah satu perilaku/*sick role behaviour* adalah teori *Health Belief Model* (HBM) sebagai prediksi dari perilaku kesehatan (Abraham & Sheeran, 2014). HBM adalah salah satu kerangka yang paling banyak digunakan dalam menjelaskan perubahan dan pemeliharaan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan serta kerangka kerja untuk intervensi perilaku kesehatan (Champion & Skinner dalam Glanz et al, 2008). HBM terdiri atas komponen *modifying faktor* (sosial demografi faktor : usia, gender, suku, kepribadian, sosial ekonomi, pendidikan, pengetahuan), kepercayaan individu persepsi: (kerentanan, tingkat keparahan, manfaat, hambatan yang dirasakan, keyakinan akan kemampuan individu melakukan tindakan menghadapi situasi tertentu), dan melakukan aksi (perilaku individu) dengan dibantu oleh isyarat untuk bertindak (Abraham & Sheeran, 2014).

Berdasarkan penelitian (Haryadi et al., 2020) ada hubungan tingkat pendidikan, (Irakoze, 2021) ekonomi, (Abadiga et al., 2020),(Ceylan et al., 2019), (Wulandari & Rukmi, 2021), (Wulandari & Rukmi, 2021)(Suryanto & Nurjanah, 2021) Debby et al., 2019) pengetahuan, persepsi kerentanan, persepsi keparahan (Ashraf & Virk, 2021), (Sunaryo et al., 2016), persepsi manfaat (Ashraf & Virk, 2021), persepsi hambatan, (Lobis et al., 2020), (B. Yu et al., 2021) penelitian (Mi et al., 2020) (Suryanto & Nurjanah, 2021) persepsi keyakinan diri dengan kepatuhan minum ARV.

Dari uraian tersebut diatas peneliti tertarik menganalisis mengenai “Pengaruh sosiodemografi dan persepsi terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah”.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apakah terdapat pengaruh sosiodemografi dan persepsi terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah?”.

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan umum**

Diketahui pengaruh sosiodemografi dan persepsi terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah.

### **1.3.2. Tujuan khusus**

1. Diketahui gambaran kepatuhan dalam menjalani terapi ARV, sosiodemografi (tingkat pendapatan, pendidikan dan pengetahuan), persepsi (kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan dan keyakinan diri) ODHA di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah

2. Diketahui pengaruh sosiodemografi (tingkat pendapatan, pendidikan dan pengetahuan) terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah
3. Diketahui pengaruh persepsi (kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan dan keyakinan diri) terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah
4. Diketahui variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

Berdasarkan tujuan penelitian yang ingin dicapai, maka penelitian ini diharapkan memiliki manfaat baik secara teoritik dan aplikatif.

##### **1.4.1. Manfaat teoritik**

1. Bagi peneliti

Menjadi sarana pembelajaran dalam mengembangkan disiplin ilmu Epidemiologi Kesehatan yang diperoleh di perkuliahan, khususnya terkait epidemiologi penyakit menular HIV/AIDS, implementasi pengobatan menggunakan ARV pada ODHA serta faktor yang mempengaruhi kepatuhan ODHA dalam menjalankan terapi di rumah sakit.

2. Bagi peneliti lanjutan

Penelitian diharapkan dapat menjadi bukti empiris untuk peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian lanjutan terkait epidemiologi penyakit menular, ARV, HIV/AIDS maupun pembandingan bagi peneliti yang melakukan penelitian yang sama.

#### **1.4.2. Manfaat aplikatif**

##### **1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah Bidang P2P dan Seksi Surveilans dan Penyakit Menular untuk melakukan penelitian berbasis *evidence based* terkait kepatuhan terapi ARV di Rumah Sakit.

##### **2. Bagi RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah**

Memberikan masukan bagi Direktur RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah dalam rangka mengevaluasi klinik VCT Mahoni RSUD Demang Sepulau Raya dalam upaya mencapai *Ending* HIV AIDS.

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1. HIV AIDS**

#### **2.1.1. Pengertian HIV**

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) menargetkan sel-sel sistem kekebalan, yaitu sel CD4 yang membantu tubuh merespons infeksi. Di dalam sel CD4, HIV bereplikasi dan pada gilirannya, merusak dan menghancurkan sel. Tanpa pengobatan yang efektif dari kombinasi obat antiretroviral (ARV), sistem kekebalan akan melemah hingga tidak dapat lagi melawan infeksi dan penyakit (WHO, 2020b)

#### **2.1.2. Pengertian AIDS**

*Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) adalah istilah yang berlaku untuk tahap paling lanjut dari infeksi HIV. Pada AIDS sistem kekebalan yang melemah dan adanya ancaman atau "infeksi oportunistik". AIDS banyak terjadi saat sebelum terapi antiretroviral (ARV) tersedia. Sekarang, karena semakin banyak orang mengakses ARV, kebanyakan orang yang hidup dengan HIV tidak berkembang menjadi AIDS. Namun, lebih mungkin terjadi pada orang dengan HIV yang belum di tes, pada orang yang di diagnosis pada tahap akhir infeksi, dan pada orang yang tidak memakai ARV (WHO, 2020b)

### 2.1.3. Epidemiologi HIV AIDS

#### a. Prevalensi HIV AIDS

Secara global terdapat 1,5 juta (1-2 juta) orang terinfeksi HIV dengan rincian orang dewasa usia >15 tahun sebanyak 1,3 juta, wanita usia >15 tahun sebanyak 660.000, laki-laki usia >15 tahun sebanyak 640.000 dan anak-anak <15 tahun sebanyak 150.000 (WHO, 2021h).

Sebanyak 16% dari orang dengan HIV tersebut tidak mengetahui statusnya (WHO, 2020c). Dari total 37,7 juta orang dengan HIV terdiri atas usia dewasa >15 tahun sebanyak 36 juta, wanita >15 tahun sebanyak 19,3 juta, laki-laki usia >15 tahun sebanyak 16,7 juta dan anak <15 tahun sebanyak 1,7 juta (WHO, 2021h).

Pada 2020 di wilayah Afrika sebanyak 25,4 juta orang hidup dengan HIV (WHO, 2021b) dan 76% (19,4 juta orang) dalam pengobatan ARV. Di Amerika terdapat 3,7 juta orang hidup dengan HIV dengan 71% (2,6 juta) dalam pengobatan ARV. Di Asia Tenggara terdapat 3,7 juta orang hidup dengan HIV dengan 61% (2,2 juta) dalam pengobatan ARV. Di Eropa terdapat 2,6 juta dengan 64% (1,7 juta orang) mendapat pengobatan sedangkan di Mediterania Timur terdapat 42.000 orang dengan HIV dengan 25% (110.000) mendapat pengobatan ARV (WHO, 2021g).

Data Epidemiologi HIV tahun 2020 diperkirakan prevalensi pada usia dewasa (15-49 tahun) sebesar 0,4%, *estimasi incidence rate* per 1000 *uninfected population* sebesar 0,10, estimasi jumlah anak usia 0-14 dengan HIV sebesar 18.000. Estimasi jumlah orang meninggal karena HIV sebesar 24.000, estimasi orang hidup dengan HIV sebesar 540.000, estimasi jumlah orang yang baru terinfeksi HIV sebesar 28.000 dan jumlah wanita usia  $\geq 15$  tahun dengan HIV sebesar 190.000. (WHO, 2021f)



b. *Agent*/Penyebab Penyakit

HIV merupakan virus penyebab AIDS termasuk golongan retrovirus yang mudah mengalami mutasi, sehingga sulit membuat obat yang dapat membunuh virus tersebut. Virus HIV sangat lemah dan mudah mati diluar tubuh. Virus HIV termasuk virus yang sensitif terhadap pengaruh lingkungan seperti air mendidih, sinar matahari dan berbagai desinfektan.

c. *Host*/tuan rumah

Distribusi golongan umur penderita HIV/AIDS di Amerika, Eropa, Afrika dan Asia tidak jauh berbeda, berkisar di kelompok 15-45 tahun (aktif secara seksual). Transmisi seksual baik homo maupun heteroseksual merupakan pola transmisi utama. Kelompok masyarakat berisiko tinggi adalah mereka yang melakukan hubungan seksual dengan banyak mitra seks, kaum homoseksual atau biseksual.

d. *Environment*/faktor lingkungan

Faktor lingkungan adalah agregat dari seluruh kondisi luar yang memengaruhi kehidupan dan perkembangan penyakit. Faktor lingkungan sosial yang memengaruhi kejadian HIV/AIDS pada laki-laki berumur 25-44 tahun adalah transfusi darah (donor maupun penerima), penggunaan narkoba, kebiasaan konsumsi alkohol, ketersediaan sarana di pelayanan kesehatan (kondom), faktor sosial budaya dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan, akses ke tempat Pekerja Seks Komersial dan akses ke pelayanan kesehatan (Setiarto et al., 2021).

#### **2.1.4. Tanda dan gejala HIV**

Gejala HIV bervariasi tergantung pada stadium infeksi. Orang yang hidup dengan HIV cenderung paling menular dalam beberapa bulan

pertama setelah terinfeksi, namun banyak yang tidak menyadari status mereka sampai tahap selanjutnya. Dalam beberapa minggu pertama setelah infeksi awal orang mungkin tidak mengalami gejala atau penyakit (influenza termasuk demam, sakit kepala, ruam atau sakit tenggorokan). Ketika infeksi semakin melemahkan sistem kekebalan, tanda dan gejala lain (pembengkakan kelenjar getah bening, penurunan berat badan, demam, diare dan batuk) dapat muncul. Tanpa pengobatan, hal ini dapat mengembangkan penyakit parah seperti tuberkulosis (TB), meningitis kriptokokus, infeksi bakteri parah, dan kanker (limfoma dan sarkoma Kaposi) (WHO, 2021d).

#### **2.1.5. Kebijakan nasional tentang ARV**

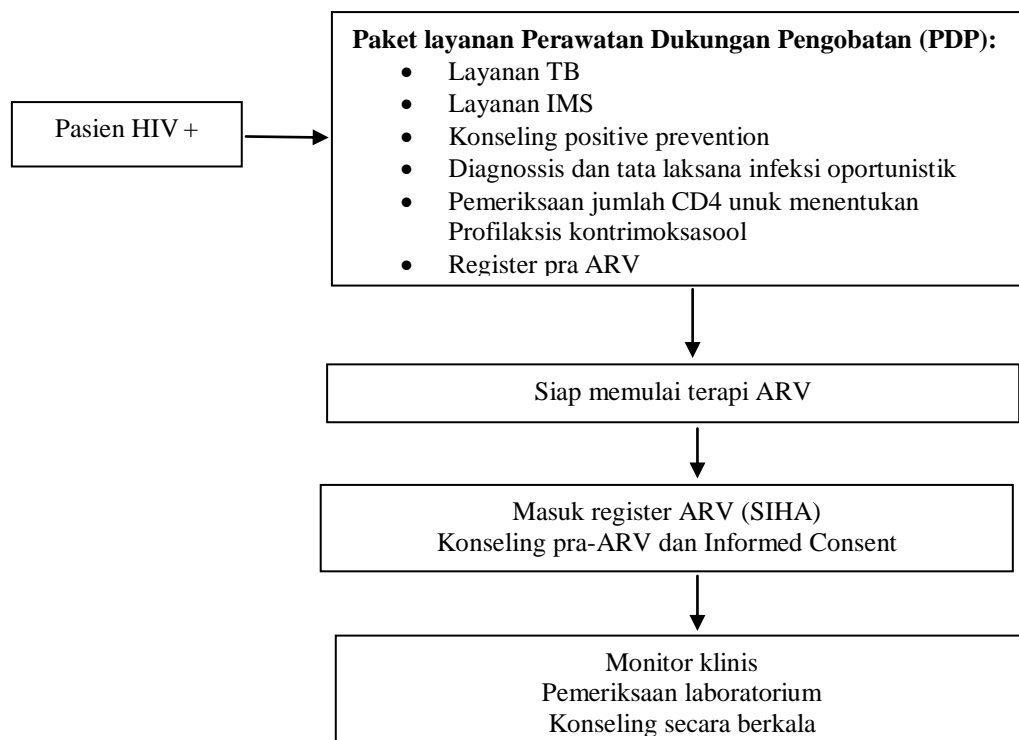
Salah satu strategi Indonesia terkait HIV AIDS adalah peningkatan dan perluasan akses masyarakat pada layanan pengobatan HIV AIDS. Komitmen Indonesia bersama negara lain untuk melakukan pendekatan *fast track* 90-90-90 dengan cara pendeteksian orang yang terinfeksi pada 90% orang yang diperkirakan terinfeksi, memberikan terapi antiretroviral (ARV) dini pada 90% orang yang terinfeksi, serta mampu mencapai keadaan virus tak terdeteksi pada 90% orang yang minum ARV. Pendekatan *fast track* ini diharapkan dapat menurunkan angka infeksi baru HIV secara tajam, sesuai dengan capaian pembangunan berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDGs) (Kemenkes RI, 2019a).

Target Rencana Aksi Nasional (RAN) HIV AIDS tahun 2020-2024 salah satunya adalah meningkatkan proporsi ODHA yang menerima terapi pengobatan ARV menjadi 70% dan memastikan kepatuhan mereka untuk menjamin keberhasilan menekan jumlah virus di dalam darahnya di tahun 2024. Meningkatkan akses cakupan pemeriksaan *viral load ODHA on ARV* menjadi 75% tahun 2024 (Kemenkes RI, 2020). Pada dokumen Rencana Strategis bidang kesehatan (Renstra Kemenkes RI) tahun 2020-2024 disebutkan target menurunkan insiden

HIV dari 0,24% pada 2018 menjadi 0,18% pada 2024, meningkatkan jumlah orang dengan HIV AIDS (ODHA) yang mendapatkan pengobatan sebagai salah satu bentuk upaya pencegahan penularan HIV dan meningkatkan kualitas hidup ODHA (Pokja Renstra Kemenkes, 2020).

### 2.1.6. Penilaian dan tata laksana pasca diagnosis HIV

Sesudah dinyatakan HIV positif, dilakukan pemeriksaan CD4 dan deteksi penyakit penyerta serta infeksi oportunistik. Pemeriksaan CD4 digunakan untuk menilai derajat imunodefisiensi dan menentukan perlunya pemberian profilaksis (Kemenkes RI, 2019a).



**Gambar 1. Alur pelayanan Pasca Diagnosis HIV**

Sumber : Kemenkes RI, 2019

## 2.2. Anti Retroviral Therapy (ART)

### 2.2.1. Pengertian ART

*Anti Retroviral Therapy (ART)* adalah perawatan yang menekan atau menghentikan retrovirus (Kemenkes RI, 2019a).

### 2.2.2. Tujuan pemberian ARV

- a. Pemberian ARV memiliki tujuan utama untuk mencegah morbiditas dan mortalitas yang berhubungan dengan HIV. Tujuan ini dapat dicapai melalui pemberian terapi ARV yang efektif sehingga kadar *viral load* tidak terdeteksi. Lamanya supresi virus HIV dapat meningkatkan fungsi imun dan kualitas hidup secara keseluruhan, menurunkan risiko komplikasi AIDS dan non-AIDS serta memperpanjang kesintasan.
- b. Tujuan terapi ARV adalah untuk mengurangi risiko penularan HIV (Kemenkes RI, 2019a)

### 2.2.3. Fungsi ARV

- a. ARV sebagai pencegahan penularan HIV  
Seseorang yang menjalani terapi ARV dan penekanan virus tidak akan menularkan HIV ke pasangan seksualnya. ARV berfungsi sebagai pencegahan yang efektif, mengurangi risiko penularan selanjutnya sebesar 96%. ARV aman dan efektif jika mereka mematuhi pengobatan mereka (WHO, 2020c).
- b. Pemberian ARV lebih dini dapat menurunkan penularan HIV sebesar 93% pada pasangan seksual non-HIV (pasangan *serodiskordant*). Supresi kadar *viral load* dengan menggunakan ARV terbukti berhubungan dengan konsentrasi virus pada sekresi genital yang rendah. Upaya pencegahan dengan menggunakan ARV ini merupakan bagian dari *Treatment as Prevention* (TasP). Sangat penting untuk disadari bahwa penurunan jumlah virus akibat terapi ARV harus disertai dengan pengurangan perilaku berisiko, sehingga penggunaan ARV secara konsisten dengan paduan yang tepat, penggunaan kondom yang konsisten, perilaku seks dan NAPZA yang aman, pengobatan infeksi menular seksual yang konsisten dengan paduan yang tepat, mutlak diperlukan untuk pencegahan penularan HIV. Upaya ini yang disebut dengan *positive prevention* (Kemenkes RI, 2019a)

### c. ARV sebagai Terapi Pengobatan HIV

Penyakit HIV dapat dikelola dengan rejimen pengobatan yang terdiri dari kombinasi tiga atau lebih obat *antiretroviral* (ARV). Terapi *antiretroviral* (ARV) saat ini tidak menyembuhkan infeksi HIV tetapi sangat menekan replikasi virus dalam tubuh seseorang dan memungkinkan pemulihan sistem kekebalan individu untuk memperkuat dan mendapatkan kembali kapasitas untuk melawan infeksi oportunistik dan beberapa jenis kanker. Sejak 2016, WHO telah merekomendasikan agar semua orang yang hidup dengan HIV diberikan ARV seumur hidup, termasuk anak-anak, remaja, dewasa dan wanita hamil dan menyusui, terlepas dari status klinis atau jumlah CD4.

#### 2.2.4. Indikasi memulai ARV pada orang dewasa

ARV diindikasikan pada semua ODHA berapapun jumlah CD4-nya. Sebelum memutuskan untuk memulai ARV, kesiapan ODHA harus selalu dipastikan. Bukti yang ada menunjukkan bahwa memastikan kepatuhan yang baik sejak fase awal pengobatan ARV sangat penting untuk menentukan keberhasilan terapi jangka panjang.

Berbagai studi menunjukkan pada daerah dengan sumber daya terbatas, faktor utama yang berpengaruh pada kepatuhan terapi adalah kesiapan memulai ARV selain obat gratis adalah kemudahan menggunakan ARV. Beberapa ODHA tidak mempunyai akses untuk pengetahuan tentang HIV yang akurat, efektivitas terapi ARV, dan berbagai tantangan yang akan dihadapi supaya tetap patuh pada pengobatan. Karena itu, diperlukan konseling untuk memastikan pengetahuan ODHA tentang ARV, termasuk penggunaan seumur hidup, efek samping yang mungkin terjadi, bagaimana memonitor ARV, dan kemungkinan terapi selanjutnya jika terjadi kegagalan, pada saat sebelum memulai terapi ARV dan saat diperlukan obat tambahan sesudah memulai ARV.

Pada ODHA yang datang tanpa gejala infeksi oportunistik, ARV dimulai segera dalam 7 hari setelah diagnosis dan penilaian klinis. Pada ODHA sudah siap untuk memulai ARV, dapat ditawarkan untuk memulai ARV pada hari yang sama, terutama pada ibu hamil. Terapi ARV harus diberikan pada semua pasien TB dengan HIV tanpa memandang nilai CD4. Pada keadaan ko-infeksi TB-HIV, pengobatan TB harus dimulai terlebih dahulu, kemudian dilanjutkan dengan pengobatan ARV (Kemenkes RI, 2019a).

### **2.3. Kepatuhan Pengobatan**

#### **2.3.1 Pengertian kepatuhan**

Kepatuhan (*adherence*) adalah “sejauh mana pasien mengikuti instruksi medis”. Sedangkan *compliance* adalah pasien mengerjakan apa yang diterangkan oleh dokter/apoteker nya (Nursalam & Dian, 2011). Namun instruksi dalam pengertian ini menyiratkan pasien adalah penerima yang pasif dan setuju atas saran tenaga kesehatan, hal ini bertentangan dengan prinsip kolaborasi aktif dalam proses pengobatan. Hubungan antara pasien dan tenaga kesehatan penyedia perawatan (baik itu dokter, perawat atau praktisi kesehatan lainnya) harus menjadi kemitraan. Kepatuhan memerlukan persetujuan dari pasien, mereka harus menjadi mitra aktif dalam perawatan mereka sendiri dan komunikasi yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan menjadi keharusan (WHO, 2003).

#### **2.3.2. Beberapa skala pengukuran kepatuhan**

Berbagai instrumen untuk mengukur kepatuhan diantaranya adalah

- a. Pengukuran langsung : verifikasi bahwa obat itu memang telah tertelan melalui
  - 1) Analisis biologi tes darah atau urin/feses untuk pendeteksian obat yang tertelan atau
  - 2) Menambahkan indikator ke obat yang tertelan namun ini

adalah evaluasi yang mahal.

b. Pengukuran tidak langsung. Mudah dan murah namun membutuhkan kerjasama pasien

1) *Patient diatary.*

Pasien diharuskan untuk mendaftar, setiap hari, semua kejadian yang berhubungan dengan minum obat. Dapat memberikan informasi penting (waktu dan jumlah yang digunakan setiap obat, kesulitan yang dihadapi, situasi eksternal yang mengganggu waktu minum obat, reaksi yang merugikan dan lainnya. Kelemahan dari metode ini adalah bahwa register dapat dengan mudah diubah oleh pasien.

2) *Structured questionnaires or interviews.*

Kuesioner atau wawancara terstruktur juga dikenal sebagai ukuran psikometri kepatuhan pengobatan, alat yang menilai perilaku pengguna, metode tidak langsung yang paling umum digunakan, metode yang cepat, sederhana dan murah. Contoh *Questionnaires Morisky-Green (TMG), Haynes and Sacket, Brief Medication Questionnaire (BMQ) Questionnaire of Adherence to Medications - Team Qualiaids (QAM-Q), Hill-Bone compliance scale, Measure adherence to treatment (MAT).*

3) *Registration of pharmaceuticals exemption in pharmacy.*

Pemantauan elektronik obat dan jumlah pil

4) *Medication Electronic Monitoring (MEMS).*

Metode paling modern namun mahal. membutuhkan penggunaan *microprosesor* pada tutup botol obat sehingga setiap pembukaan dan penutupan tutup botol obat tercatat oleh sistem sebagai dosis yang diminum, data yang dikumpulkan kemudian oleh komputer.

5) *Counting pills.*

Menghitung jumlah pil yang tersisa dari obat yang diresepkan (Pinto & Pereira, 2017).

**Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire**

Question	Patient Answer (Yes/No)	Score Y=1; N=0
Do you sometimes forget to take your medicine?		
People sometimes miss taking their medicines for reasons other than forgetting. Thinking over the past 2 weeks, were there any days when you did not take your medicine?		
Have you ever cut back or stopped taking your medicine without telling your doctor because you felt worse when you took it?		
When you travel or leave home, do you sometimes forget to bring along your medicine?		
Did you take all your medicines yesterday?		
When you feel like your symptoms are under control, do you sometimes stop taking your medicine?		
Taking medicine every day is a real inconvenience for some people. Do you ever feel hassled about sticking to your treatment plan?		
How often do you have difficulty remembering to take all your medicine? <input type="checkbox"/> A. Never/rarely <input type="checkbox"/> B. Once in a while <input type="checkbox"/> C. Sometimes <input type="checkbox"/> D. Usually <input type="checkbox"/> E. All the time		A = 0; B-E = 1
Total score		
<b>Scores: &gt;2 = low adherence</b> <b>1 or 2 = medium adherence</b> <b>0 = high adherence</b> <small>Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24:67-74.</small>		

**Gambar 2. Skala MMAS-8**  
 Sumber (Morisky et al., 1986).

No	Pertanyaan	Tidak = 0	Ya = 1
1	Apakah anda terkadang lupa minum obat ?	0	1
2	Selama 2 minggu yang lalu, apakah ada hari di mana anda tidak minum obat namun bukan karena alasan lupa ?	0	1
3	Apakah anda pernah mengurangi dosis atau berhenti minum obat tanpa memberitahukan kepada dokter dengan alasan anda merasa bertambah parah saat mengkonsumsi obat ?	0	1
4	Apakah terkadang anda lupa untuk membawa obat yang semestinya diminum ketika bepergian/menginap keluar kota/meninggalkan rumah?	0	1
5	Apakah kemarin anda minum obat ?	0	1
6	Apakah terkadang anda berhenti minum obat ketika merasa penyakit anda terkendali,?	0	1
7	Apakah anda pernah merasa terganggu harus minum obat setiap hari ?	0	1
8	Seberapa sering anda sulit untuk mengingat waktu minum obat ?		



Pilih salah satu	
Tidak pernah/jarang.....	0
Sesekali.....	1
Terkadang.....	2
Biasanya.....	3
Selalu/sering.....	4

---

Total nilai =..... (dijumlahkan)

Nilai minimum adalah 0 dan nilai maksimum adalah 11

Lalu dikelompokkan menjadi :

Kepatuhan tinggi jika skor = 0

Kepatuhan sedang jika skor = 1-2

Kepatuhan rendah jika skor = 3-11

Instrumen yang digunakan untuk mengukur kepatuhan pengobatan adalah MMAS 8 (*Modified Morisky Adherence Scale-8*) (Morisky et al., 1986). Tujuh item pertama pada MMAS 8 adalah *Yes/ No responses* sedangkan item terakhir adalah *5-point Likert response*. Item tambahan berfokus pada perilaku minum obat, terutama yang terkait dengan kekurangan asuh, seperti kealpaan, sehingga hambatan terhadap kepatuhan dapat diidentifikasi dengan lebih jelas (Lam & Fresco, 2015).

MMAS-8 dipilih menjadi instrumen pengukuran pada penelitian ini karena jika diterapkan di klinik rawat jalan, dapat menjawab kebutuhan akan alat yang valid, andal, efektif dalam hal biaya bagi penyedia layanan kesehatan dan pasien untuk mengukur kepatuhan pengobatan. Penggunaan alat ini secara luas dapat memberikan wawasan tentang faktor-faktor yang dapat di modifikasi mengenai kepatuhan pada populasi pasien yang berbeda, akan menghasilkan pemahaman yang lebih baik tentang ketidakpatuhan dan meletakkan dasar bagi intervensi yang ditujukan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap terapi.

MMAS-8 sudah memastikan sifat psikometrik dan menguji validitas bersamaan dan prediktif dari ukuran kepatuhan pengobatan 8 butir yang dilaporkan sendiri (WHO, 2003).

### 2.3.3. Validitas skala MMAS-8

Uji validitas merupakan cara yang digunakan untuk mengukur ketepatan dan kecermatan dari instrumen yang akan diteliti. Validitas tidak hanya menghasilkan data yang tepat tetapi juga memberikan gambaran yang cermat mengenai data-data tersebut. Instrumen yang diuji validitas yang diharapkan adalah data yang diperoleh mempunyai tingkat kesalahan yang lebih kecil (Donsu, 2016).

Skala MMAS-8 memiliki sensitivitas sebesar 93% dan spesifitas 53%. MMAS juga memiliki validitas dan reliabilitas yang luar biasa pada pasien dengan penyakit kronis lainnya. MMAS-8 adalah ukuran laporan *self-report* yang paling diterima untuk kepatuhan terhadap pengobatan (Lam & Fresco, 2015).

Berdasarkan penelitian (Riani et al., 2017) dinyatakan hasil *psychometric properties* uji reliabilitas dan uji validitas menunjukkan bahwa MMAS-8 versi Indonesia memiliki reliabilitas dan validitas yang baik dengan hasil *internal consistency reliability* yang dinilai menggunakan *Cronbach's alpha coefficient* adalah 0,824 dan hasil uji *test-retest reliability* menggunakan *Spearman's rank correlation* adalah 0,881. Hasil Uji *known groups validity* menunjukkan korelasi signifikan antara pengukuran tekanan darah pasien dengan masing-masing kategori tingkat kepatuhan pasien dalam MMAS-8 ( $\chi^2=26,987$ ;  $P,0,05$ ) dan hasil *convergent validity* pada MMAS-8 versi Indonesia adalah  $r = 0,883$  dengan hasil sensitivitas =82,575% dan nilai spesifisitas 44,915%.

Uji validasi terhadap *psychometric properties 8-item* dari kuesioner MMAS-8 versi Indonesia sudah pernah dilakukan terhadap pengobatan hipertensi dengan nilai  $r = 0,883$ , dengan nilai sensitivitas = 82,575% dan nilai spesifisitas = 44,915% (Defilia et al, 2017). Penelitian Rosyida et al (2015) menunjukkan hasil uji validitas dan realibilitas terhadap kuesioner MMAS-8 versi Indonesia dengan hasil rhitung > rtabel (0,355) dan hasil koefisien reliabilitas *Alpha Cronbach* sebesar 0,729, yang menunjukkan bahwa kuesioner MMAS-8 yang digunakan telah valid dan reliabel. Sementara untuk kuesioner pengetahuan tentang HIV/AIDS telah dilakukan Uji *Content Validity Index (CVI)* dengan hasil 1 (valid) dan uji reliabilitas dengan hasil 0,34. (A.W., Erika, 2021)

AIDS diklasifikasikan sebagai penyakit kronis (Jacques et al, 2015) sehingga penggunaan skala MMAS-8 merupakan pengukuran yang dapat digunakan dalam menentukan kepatuhan terhadap pengobatan. Berdasarkan uji validitas yang dilakukan oleh Siahaan & Yona (2015) kuesioner kepatuhan minum obat ARV yang menggunakan MMAS-8 mendapatkan hasil bahwa seluruh butir pertanyaan dinyatakan valid dengan nilai *Pearson Correlation* 0,69-0,898.

#### **2.3.4. Faktor sosiodemografi yang memengaruhi kepatuhan**

##### **a. Pendidikan**

##### **1) Pengertian Pendidikan**

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan Negara (Presiden RI, 2021). Jalur Pendidikan formal terdiri atas: pendidikan anak usia dini formal, pendidikan dasar,

pendidikan menengah dan pendidikan tinggi (Presiden RI, 2021).

## 2) Kategori Pendidikan

Kategori pendidikan Berdasarkan Peraturan Pemerintah RI Nomor 17 Tahun 2010 Tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan bahwa pendidikan dasar (SD sederajat), menengah (SMP sederajat), atas (SMA sederajat) dan tinggi (universitas, diploma) (Presiden RI, 2010).

## 3) Hubungan Pendidikan dengan Kepatuhan terapi ARV

Menurut (Zajacova & Lawrence, 2018) pendidikan terkait kesehatan yang lebih baik dan umur yang lebih panjang. Orang dewasa yang berpendidikan rendah melaporkan kesehatan umum yang lebih buruk, kondisi lebih kronis, memiliki lebih banyak keterbatasan dan dan timbulnya kecacatan fungsional.

Pendidikan memiliki efek kesehatan yang lebih kuat untuk wanita daripada pria. Variasi yang diamati mungkin mencerminkan perbedaan sosial yang sistematis dalam proses pendidikan seperti kualitas sekolah, ilmu yang dipelajari, jenis kelembagaan, serta hasil yang berbeda untuk pencapaian pendidikan di pasar tenaga kerja di seluruh kelompok populasi.

Menurut (Suddart & Brunner dalam Setiarto et al., 2021) variabel pendidikan berhubungan dengan kepatuhan terapi pengobatan. Menurut (WHO, 2003) buta huruf, tingkat pendidikan yang rendah merupakan faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan yang buruk. Menurut (Iliyasu, Kabir, Abubakar, Babashani & Zubair, 2005) dalam (Hegazi et al., 2010) sebuah penelitian di Nigeria, pasien pendidikan formal empat kali lebih mungkin untuk mematuhi terapi, sementara dalam dua studi Afrika Timur pasien dengan pendidikan menengah lebih mungkin menerima ART daripada mereka

yang berpendidikan dasar (Karcher et al., 2006; Karcher, Omondi, Odera, Kunzo & Harm, 2007) dalam (Hegazi et al., 2010). (Hegazi et al., 2010) menyatakan tingkat pendidikan berpengaruh karena akses yang lebih besar ke informasi terkait kesehatan di luar klinik, komunikasi yang lebih mudah dengan dokter.

- 4) Penelitian terkait hubungan pendidikan dan kepatuhan ARV  
Penelitian (Hegazi et al., 2010), (Haryadi et al., 2020) menyatakan pendidikan berpengaruh baik pada kepatuhan ARV.

## b. Tingkat Pendapatan

### 1) Pengertian Pendapatan

Pendapatan rumah tangga adalah pendapatan yang diterima oleh rumah tangga bersangkutan baik yang berasal dari pendapatan kepala rumah tangga maupun pendapatan anggota-anggota rumah tangga. Pendapatan rumah tangga dapat berasal dari balas jasa faktor produksi tenaga kerja (upah dan gaji, keuntungan, bonus, dan lain lain), balas jasa kapital (bunga, bagi hasil, dan lain lain), dan pendapatan yang berasal dari pemberian pihak lain (transfer) (BPS, 2022).

### 2) Hubungan Tingkat Pendapatan dengan Kepatuhan terapi ARV

Menurut (Suddart & Brunner dalam Setiarto et al., 2021) variabel status sosial ekonomi berhubungan dengan kepatuhan terapi pengobatan. Menurut (WHO, 2003) status sosial ekonomi sebagai prediktor independen dari kepatuhan, di negara berkembang status sosial ekonomi rendah dapat menempatkan pasien pada posisi harus memilih antara prioritas berbagai kebutuhan ekonomi. Status sosial ekonomi yang buruk, kemiskinan, pengangguran, kondisi tempat tinggal, jarak yang jauh dari pusat perawatan, biaya transportasi yang tinggi, biaya pengobatan yang tinggi, merupakan prediktor kepatuhan buruk.

3) Penelitian terkait Hubungan Tingkat Pendapatan dengan Kepatuhan terapi ARV

Berdasarkan penelitian (Haryadi et al., 2020) ada hubungan jenis pekerjaan, (Irakoze, 2021) ekonomi dengan kepatuhan minum ARV.

c. Pengetahuan

1) Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan/kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk perilaku seseorang. Perilaku yang dilandasi pengetahuan lebih lestari dibandingkan perilaku yang tidak dilandasi pengetahuan (Notoatmodjo, 2007)

2) Tingkatan Pengetahuan dalam domain Kognitif

Tingkatan Pengetahuan dalam domain Kognitif terdiri atas

a. Tahu. Peningat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

b. Memahami. Mampu menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar.

c. Aplikasi. Menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi sebenarnya.

d. Analisis. Kemampuan menjabarkan materi ke dalam komponen-komponen.

e. Sintesis. Kemampuan meletakan/menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi. Kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi/objek (Notoatmodjo, 2007).

3) Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan terapi ARV

Menurut (Sasmita, 2010 dalam Setiarto *et al.*, 2021) yang melakukan penelitian di RSUP Dr.Kariadi Semarang menyatakan pengetahuan tentang terapi ARV merupakan faktor paling kuat memengaruhi kepatuhan terapi ARV.

Menurut (WHO, 2003) *patient related faktor* untuk kepatuhan salah satunya adalah pengetahuan dan keyakinan pasien tentang penyakitnya, motivasi untuk mengelolanya, kepercayaan diri (*self efficacy*) dalam kemampuan mereka untuk terlibat dalam perilaku manajemen penyakit, dan harapan mengenai hasil dari pengobatan dan konsekuensi dari kepatuhan yang buruk, berinteraksi dengan cara yang belum sepenuhnya dipahami untuk memengaruhi perilaku kepatuhan. Pengetahuan dan keterampilan yang tidak memadai dalam mengelola gejala penyakit dan pengobatannya menjadi masalah utama.

- 4) Penelitian Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan terapi ARV Penelitian (Abadiga *et al.*, 2020),(Ceylan *et al.*, 2019), (Wulandari & Rukmi, 2021), (Wulandari & Rukmi, 2021), (Suryanto & Nurjanah, 2021) (Debby *et al.*, 2019), (Sunaryo *et al.*, 2016) menyatakan terdapat hubungan pengetahuan dengan kepatuhan ARV

### **2.3.5. Faktor persepsi yang memengaruhi kepatuhan**

Pengertian Persepsi

Persepsi adalah proses diterimanya rangsang melalui pancaindera yang didahului oleh perhatian sehingga individu mampu mengetahui, mengartikan dan menghayati tentang hal yang diamati, baik di dalam maupun di luar individu (Sunaryo, 2004).

a. Persepsi Kerentanan

- 1) Pengertian persepsi kerentanan

*Perceived Susceptibility* (persepsi kerentanan yang dirasakan).

Kerentanan yang dirasakan mengacu pada keyakinan tentang

kemungkinan mendapatkan penyakit/kondisi tertentu (Champhion & Skinner dalam Glanz *et al*, 2008). Persepsi kerentanan adalah anggapan bahwa individu rentan akan kondisi atau masalah tertentu Neutbeam dalam (Cragg *et al.*, 2013). Operasionalisasi kerentanan adalah pertanyaan yang menekankan konsep kemungkinan dugaan terkena penyakit, kemungkinan menjadi sakit, kemungkinan pengulangan menjadi sakit kembali. Kepercayaan kerentanan bercirikan tiga tahap yaitu tahap pertama melibatkan kesadaran bahwa ancaman kesadaran bahwa ancaman kesehatan ada, tahap kedua keterlibatan untuk menentukan seberapa berbahayanya ancaman itu dan seberapa banyak orang yang kemungkinan akan berpengaruh. Tahap ketiga adalah ketika ancaman telah dipersonalisasi, kerentanan pribadi akan diakui (Abraham & Sheeren dalam Conner & Norman, 2015).

- 2) Hubungan persepsi kerentanan dengan kepatuhan terapi ARV  
Penyakit HIV/AIDS bersifat kronis dan progresif sehingga berdampak luas pada segala aspek kehidupan baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritualitas penderitanya. Infeksi HIV akan meningkatkan kerentanan penderita terhadap risiko mortalitas jika tidak mendapatkan terapi ARV (Kemenkes RI, 2019a)
- 3) Telaah penelitian Hubungan Persepsi kerentanan dengan kepatuhan terapi ARV  
Penelitian (Ashraf & Virk, 2021) p value 0,000 OR=0,14, (Vitalis, 2016) p value 0,009 (Agustin *et al.*, 2018) p value 0,000 di mana terdapat hubungan antara persepsi kerentanan dengan kepatuhan pengobatan ARV.

#### b. Persepsi Keparahan

- 1) Pengertian persepsi keparahan



Perasaan tentang keseriusan tertular penyakit atau membiarkannya tidak diobati termasuk evaluasi konsekuensi medis dan klinis (misalnya penyakit dapat menimbulkan kesakitan, kecacatan atau bahkan kematian) dan kemungkinan konsekuensi sosial (seperti efek dari penyakit dapat mengganggu pekerjaan, mengganggu produktivitas kerja, berefek pada kehidupan berkeluarga dan hubungan sosial). Kombinasi antara kerentanan dan tingkat keparahan disebut sebagai ancaman yang dirasakan (Champhion & Skinner dalam Glanz *et al*, 2008). (contoh: HIV/AIDS adalah penyakit serius)

(Champhion & Skinner dalam Glanz *et al*, 2008). Persepsi keparahan adalah anggapan bahwa individu akan mendapatkan sesuatu yang serius sebagai konsekuensi dari masalah/penyakit Nutbeam dalam (Cragg *et al.*, 2013). Smith & Roger dalam (Conner & Norman, 2015) menyatakan terdapat 3 dimensi keparahan yaitu *visibilitas disablement* (ringan vs parah), waktu onset (dalam waktu dekat vs beberapa lama/jauh di depan), tingkat onset (bertahap vs tiba-tiba). Jika efek dari suatu penyakit kuat/parah maka semakin kuat niat untuk mengambil tindakan pencegahan. Komponen keparahan dapat juga dibagi menjadi (keparahan penyakit jika ditangani segera vs keparahan penyakit jika ditangani terlambat). Penilaian ancaman dianggap berkontribusi pada manfaat subjektif dari mengambil tindakan dibandingkan tidak mengambil tindakan.

Berdasarkan (US Departement of Health and Human Service, 2017) pengukuran keparahan pada penderita HIV/AIDS dewasa adalah adanya gangguan kondisi mayor pada kardiovaskuler, dermatologi, endokrin dan metabolis, gastrointestinal, musculoskeletal, neurologi, kehamilan nifas dan menyusui, psikiatri, pernafasan, sensori, sistemik, urinary serta nilai dari laboratorium untuk pemeriksaan kimia, darah dan urin analisis.

- 2) Hubungan persepsi keparahan dengan kepatuhan terapi ARV

Jumlah virus HIV dalam tubuh ODHA dapat dikurangi dengan terapi ARV, upaya penurunan/supresi jumlah virus HIV / viral load artinya konsentrasi virus pada sekresi tubuh rendah dengan catatan harus digunakan secara konsisten dengan panduan yang tepat ditambah penggunaan kondom yang konsisten, perilaku seks dan NAPZA yang aman, pengobatan infeksi menular seksual yang konsisten dengan panduan yang tepat (Kemenkes RI, 2019a)

### c. Persepsi Manfaat yang Dirasakan

#### 1) Pengertian Persepsi Manfaat yang Dirasakan

Persepsi manfaat yang dirasakan/*Perceived benefit* terdiri dari manfaat medis dan psikososial dalam perilaku yang meningkatkan kesehatan (Abraham & Sheeren dalam Conner & Norman, 2015). Bahkan jika seseorang memersepsikan kerentanan pribadi sebagai hal yang serius/kondisi kesehatan (ancaman yang dirasakan), apakah persepsi ini mengarah pada perubahan perilaku akan dipengaruhi oleh keyakinan orang tersebut mengenai manfaat yang dirasakan dari beragam tindakan yang tersedia untuk mengurangi ancaman penyakit. Persepsi yang tidak terkait kesehatan lainnya, seperti tabungan finansial yang akan didapat jika dengan berhenti merokok atau berhenti merokok akan meningkatkan derajat kesehatan keluarga sehingga dapat juga memengaruhi keputusan perilaku. Individu yang menunjukkan keyakinan optimal dalam kerentanan dan keparahan tidak diharapkan untuk menerima tindakan kesehatan yang direkomendasikan kecuali mereka juga menganggap tindakan tersebut berpotensi bermanfaat dengan mengurangi ancaman (Champion & Skinner dalam Glanz *et al*, 2008).

*Perceived benefits* mengukur keyakinan orang mengenai manfaat yang dirasakan dari berbagai tindakan yang tersedia untuk mengurangi ancaman penyakit. Individu menunjukkan keyakinan optimal dalam kerentanan dan keparahan yang tidak diharapkan untuk menerima tindakan kesehatan yang dianjurkan dan mereka juga menganggap tindakan yang dilakukan sebagai sesuatu yang berpotensi menguntungkan dan mengurangi ancaman (Daulay, 2015).

- 2) Hubungan persepsi manfaat dengan kepatuhan terapi ARV  
Menurut (WHO, 2003) motivasi pasien untuk mematuhi pengobatan yang ditentukan dipengaruhi oleh nilai yang dia tempatkan tentang mengikuti rejimen pengobatan (rasio biaya-manfaat) dan tingkat kepercayaan untuk dapat mengikutinya.

Membangun motivasi intrinsik pasien dengan meningkatkan persepsi pentingnya kepatuhan, dan memperkuat kepercayaan diri dengan membangun keterampilan manajemen diri, adalah target perawatan perilaku yang harus ditangani secara bersamaan jika kepatuhan ingin ditingkatkan.

- 3) Penelitian Hubungan Persepsi manfaat dengan kepatuhan terapi ARV  
Penelitian (Lobis et al., 2020) (B. Yu et al., 2021) (Sunaryo *et al.*, 2016) menyatakan terdapat hubungan persepsi manfaat dengan kepatuhan ARV.

#### d. Persepsi Hambatan yang Dirasakan

- 1) Pengertian Persepsi Hambatan yang dirasakan  
Komponen hambatan terdiri atas hambatan praktis untuk melakukan perilaku (misal waktu, biaya, ketersediaan, transportasi, waktu tunggu, biaya psikologis terkait untuk melakukan perilaku tersebut, rasa sakit, rasa malu yang ditimbulkan (akibat status HIV dan terapi ARV), ancaman

terhadap kesejahteraan hidup, gaya hidup dan mata pencaharian) (Abraham & Sheeren dalam Conner & Norman, 2015).

Akses fasilitas kesehatan menurut Riskesdas dalam (Kemenkes RI, 2019b) jenis fasilitas kesehatan terdekat dan kemudahan akses untuk setiap pelayanan kesehatan tersebut. Penelitian (Sisyahid & Indarjo, 2017) menyatakan hambatan dalam terapi ARV diantaranya adalah tidak adanya sarana transportasi, tidak betah karena harus antre dengan pasien lain, merasa takut bila diantara banyak orang yang ada di rumah sakit ada yang mengenalinya dan menanyakan bermacam hal mengenai alasannya datang ke rumah sakit.

Aspek negatif potensial dari tindakan kesehatan tertentu dirasakan hambatan dapat bertindak sebagai penghalang untuk melakukan perilaku yang direkomendasikan. Sebuah ketidaksadaran, analisis biaya-manfaat dilakukan individu dalam menimbang manfaat tindakan yang diharapkan dengan hambatan yang dirasakan. Misalnya analisis yang dilakukan individu adalah “melakukan upaya mengelola penyakit bisa membantu saya untuk hidup lebih sehat, tapi mungkin saja mahal (karena melakukan anjuran), memiliki efek samping negatif (karena harus minum ARV dianggap merepotkan), tidak menyenangkan, tidak nyaman,. Dengan demikian, “gabungan tingkat kerentanan dan tingkat keparahan menyediakan energi atau kekuatan untuk bertindak dan persepsi manfaat (minus hambatan) memberikan jalan tindakan yang disukai (Champion & Skinner dalam Glanz *et al*, 2008).

*Perceived barriers*, yaitu mengukur penilaian individu mengenai besar hambatan yang ditemui untuk mengadopsi

perilaku kesehatan yang disarankan, seperti hambatan finansial, fisik, dan psikososial (Daulay, 2015).

## 2) Hubungan Persepsi hambatan dengan kepatuhan terapi ARV

Menurut (WHO, 2003) *patient related faktor* adalah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan. Kurangnya kebutuhan yang dirasakan sendiri untuk pengobatan; kurangnya efek yang dirasakan pengobatan, keyakinan negatif tentang kemanjuran pengobatan; kesalahpahaman dan tidak menerima penyakit; ketidakpercayaan pada diagnosis; kurangnya persepsi tentang risiko kesehatan yang terkait dengan penyakit; kesalahpahaman tentang instruksi perawatan; kurangnya penerimaan pemantauan; rendah harapan akan pengobatan; kehadiran rendah pada tindak lanjut/kontrol ulang, atau pada konseling, motivasi, perilaku, atau kelas psikoterapi; keputusan dan perasaan negatif; frustrasi dengan penyedia layanan kesehatan; takut ketergantungan; kecemasan atas kompleksitas rejimen obat, dan perasaan distigmatisasi oleh penyakit. Persepsi kebutuhan pribadi untuk pengobatan dipengaruhi oleh gejala, harapan dan pengalaman dan oleh kognisi penyakit. Kekhawatiran tentang pengobatan biasanya muncul dari keyakinan tentang efek samping dan gangguan gaya hidup, dan dari kekhawatiran yang lebih abstrak tentang efek dan ketergantungan jangka panjang. Mereka terkait dengan pandangan negatif tentang obat-obatan secara keseluruhan dan kecurigaan bahwa dokter meresepkan obat secara berlebihan.

Menurut (Kemenkes RI, 2021) stigma dari keluarga, petugas kesehatan maupun masyarakat luas terhadap ODHIV. Minimnya dukungan dari orang sekitar turut berdampak pada rendahnya tingkat kepatuhan ODHIV melakukan pengobatan

ARV. Padahal orang dengan HIV tentu memerlukan dukungan untuk tidak menghentikan pengobatan tanpa indikasi medis dan tetap semangat karena dengan ARV, tetap dapat berkarya dengan baik. Kementerian Kesehatan memiliki komitmen dalam upaya agar stigma dan diskriminasi pada pasien HIV AIDS dengan menjamin hak asasi manusia termasuk orang dengan HIV.

3) Penelitian terkait hubungan persepsi hambatan dengan kepatuhan ARV

Penelitian (Ashraf & Virk, 2021) , (Lobis *et al.*, 2020) (B. Yu *et al.*, 2021) (Sunaryo *et al.*, 2016) menyatakan ada hubungan persepsi hambatan dengan kepatuhan ARV.

e. Persepsi keyakinan diri

1) Pengertian Persepsi keyakinan diri

Keyakinan bahwa seseorang dapat berhasil menjalankan perilaku yang diperlukan untuk mendapatkan hasil, seseorang memperkirakan bahwa perilaku yang diberikan akan mengarah pada hasil tertentu (Champion & Skinner dalam Glanz *et al.*, 2008). Self efficacy adalah keyakinan akan kemampuan kapasitas seseorang dalam mencapai tujuan/kemampuan untuk melakukan rekomendasi yang diminta Nutbeam dalam (Cragg *et al.*, 2013).

2) Hubungan Persepsi keyakinan dengan kepatuhan terapi ARV

Self-Efficacy adalah salah satu konstruksi yang dijelaskan di dalam teori Cognitive-Behavioural Theories (CBT) yang digunakan oleh ahli perilaku kesehatan untuk memahami kepatuhan kronis pada kondisi medis. Persepsi keyakinan diri memotret perilaku seseorang mengenai kesehatan dan penyakitnya. Self-Efficacy menggambarkan keyakinan seseorang bahwa mereka dapat mengubah perilaku tertentu atau melaksanakan spesifikasi yang diperlukan, untuk mencapai

hasil kesehatan positif tertentu dalam proses mengelola kondisi penyakit. Self-efficacy menunjukkan bagaimana pasien dengan kronis kondisi medis akan berperilaku dalam hal mematuhi obat-obatan termasuk kepatuhan ARV. Adherence Self-Efficacy dapat di definisikan sebagai keyakinan individu pada kemampuan untuk secara ketat mematuhi ARV meski pun ada tantangan terhadap kesehatan atau keadaan seseorang. Self efficacy penting dalam membantu pasien dengan penyakit kronis, di mana seseorang dapat memperoleh keterampilan yang diperlukan yang akan memungkinkan individu untuk berkembang. Orang dengan Self-Efficacy tinggi lebih mungkin untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu (Adefolalu, 2020).

3) Penelitian terkait hubungan persepsi keyakinan dengan kepatuhan ARV

Penelitian (Lobis *et al.*, 2020) p value 0,000 OR 4,7, penelitian (Mi *et al.*, 2020) p value 0,000 (Suryanto & Nurjanah, 2021) mendapatkan ada hubungan antara persepsi keyakinan dengan kepatuhan minum ARV.

#### **2.4. Teori Perilaku *Health Belief Model (HBM)***

Karakteristik demografi seperti status sosial ekonomi, jenis kelamin, etnis, dan usia diketahui terkait dengan pola perilaku terkait kesehatan preventif (yaitu pola perilaku yang memprediksi perbedaan morbiditas dan mortalitas) serta penggunaan layanan kesehatan yang berbeda (Rosenstock, 1974). Bahkan ketika layanan dibiayai publik, status sosial ekonomi dikaitkan dengan pola perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.

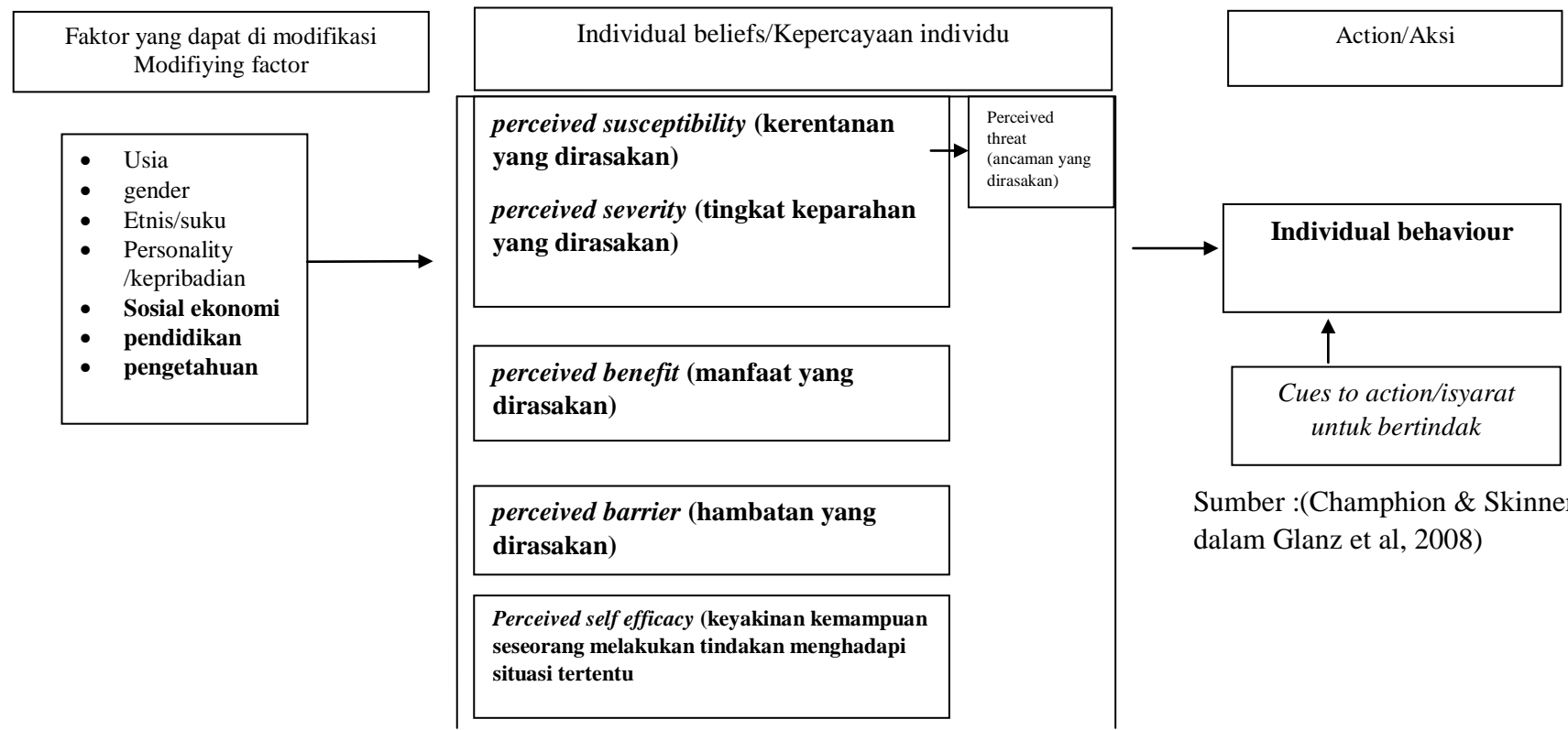
Model HBM dapat diterapkan pada berbagai perilaku kesehatan dan dengan demikian memberikan kerangka kerja untuk membentuk pola perilaku yang relevan dengan kesehatan masyarakat serta melatih profesional perawatan kesehatan untuk bekerja dari persepsi subjektif pasien mereka tentang penyakit dan pengobatan. HBM berfokus pada dua aspek representasi

individu dari perilaku kesehatan dan kesehatan: persepsi ancaman dan evaluasi perilaku. Persepsi ancaman ditafsirkan sebagai dua keyakinan utama: kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit atau masalah kesehatan, dan tingkat keparahan konsekuensi penyakit yang diantisipasi. Evaluasi perilaku juga terdiri dari dua set keyakinan yang berbeda: keyakinan yang berkaitan dengan manfaat atau kemanjuran dari perilaku kesehatan yang direkomendasikan, dan keyakinan yang berkaitan dengan biaya, atau hambatan untuk memperlakukan perilaku tersebut.



## 2.5 Kerangka Teori

Kerangka teori adalah visualisasi hubungan antara berbagai variabel untuk lebih menjelaskan suatu fenomena (Wibowo, 2014).

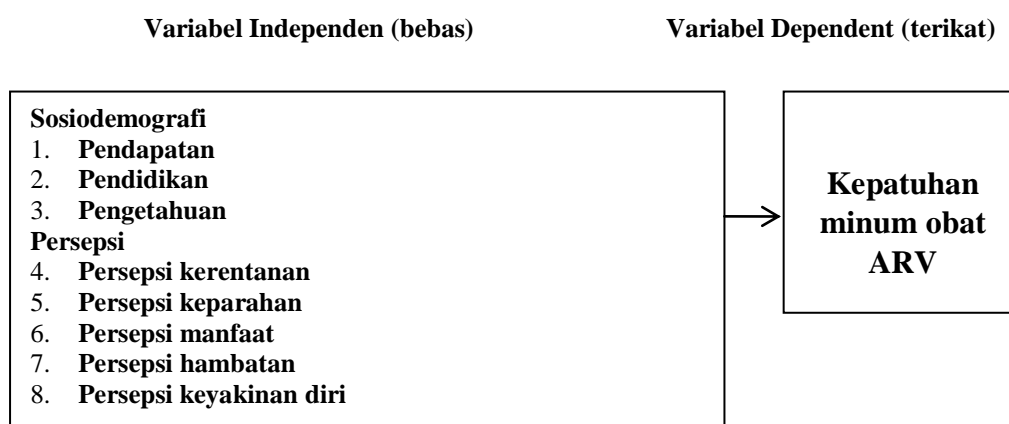


Sumber : (Champhion & Skinner dalam Glanz et al, 2008)

Gambar 3. Kerangka Teori

## 2.6. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah visualisasi hubungan antara berbagai variabel, yang dirumuskan oleh peneliti sesudah membaca berbagai teori yang ada dan kemudian menyusun teorinya sendiri yang akan digunakan peneliti sebagai landasan untuk penelitian. Variabel adalah objek yang ditetapkan oleh peneliti dengan tujuan untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan. Variabel dependen adalah variabel yang terikat dengan variabel-variabel lain yang berhubungan dengannya/variabel yang mendapatkan perlakuan. Variabel independen adalah variabel yang memengaruhi variabel dependen (Wibowo, 2014).



**Gambar 4. Kerangka Konsep**

## 2.7. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1.  $H_0$  = Tidak ada pengaruh sosiodemografi (pendapatan, pendidikan, pengetahuan) terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah.

$H_a$  = Ada pengaruh sosiodemografi (pendapatan, pendidikan, pengetahuan) terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah.

2. Ho = Tidak ada pengaruh persepsi (kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan, keyakinan diri) terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah.

Ha = Ada pengaruh persepsi (kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan, keyakinan diri) terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah.
3. Ho Tidak ada variabel dominan yang berpengaruh terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah

Ha = Ada variabel dominan yang berpengaruh terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah

## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **3.1. Jenis Penelitian**

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif observasional: *cross sectional*. Penelitian kuantitatif adalah metode yang memberlakukan kuantifikasi pada variabel-variabelnya, menguraikan distribusi variabel secara numerik (memakai angka absolut berupa distribusi frekuensi dan nilai relatif berupa persentase) kemudian menguji hubungan antar variabel dengan menggunakan formula statistik. *Cross sectional* adalah penelitian deskriptif di mana subjek penelitian diamati/diukur satu kali saja (Wibowo, 2014)

### **3.2. Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari 2023 di Klinik VCT Mahoni RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah.

### **3.3. Variabel Penelitian**

Variabel independen dalam penelitian ini adalah variabel demografi (tingkat pendapatan, pendidikan, pengetahuan), persepsi (kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan, keyakinan diri) serta variabel dependen adalah kepatuhan minum obat ARV.

### 3.4. Definisi Operasional

**Tabel 3.1. Definisi Operasional**

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Variabel Dependen</b>						
1	Kepatuhan minum ARV	<p>Kepatuhan minum obat Terapi ARV berdasarkan skala <i>Morinsky Medication Adherence Scale</i> (MMAS-8) terdiri atas 8 pertanyaan tentang</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terkadang lupa minum obat</li> <li>2. Tidak minum obat bukan alasan lupa</li> <li>3. Mengurangi dosis/berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter</li> <li>4. Lupa membawa obat saat bepergian</li> <li>5. Kemarin lupa minum obat</li> <li>6. Berhenti minum obat saat merasa penyakit terkendali</li> <li>7. Merasa terganggu saat harus minum obat setiap hari</li> <li>8. Kesulitan mengingat waktu minum obat dalam pilihan jawaban</li> </ol> <p>Sumber (Morisky et al., 1986).</p>	Wawancara	Kuesioner	<p>0 Patuh sedang/rendah jika skor = 0-7</p> <p>1 Patuh tinggi jika skor = 8</p>	Ordinal
<b>Variabel Independen</b>						
2	Pendapatan	<p>Pendapatan yang diterima oleh rumah tangga yang berasal dari suami istri dalam keluarga berupa gaji/upah, keuntungan, bonus, maupun dari pemberian pihak lain dalam jangka waktu sebulan Sumber : (BPS, 2022).</p>	Wawancara	Kuesioner	<p>0 &lt; UMK</p> <p>1 ≥ UMK Rp 2.637.161 (Kabupaten Lampung Tengah, 2022) UMK kab Lampung Tengah 2023</p> <p>Sumber (Dinas Tenaga Kerja Provinsi Lampung, 2022)</p>	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
3	Pendidikan	Pendidikan formal yang berhasil ditamatkan dan mendapatkan ijazah (PP Pemerintah RI no 57 Tahun 2021 tentang Standar Nasional Pendidikan dan PP no 17 tahun 2010 tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan).	Wawancara	Kuesioner	0 Rendah jika tamat SMP/ sederajat atau dibawahnya 1 Menengah dan Pendidikan Tinggi jika lulusAkademi/ Universitas atau SMA/sederajat (Presiden RI, 2010)	Ordinal
4	Pengetahuan	Pengetahuan responden terkait isi konseling pasca-diagnosis sebelum memulai ARV diantaranya: 1. Indikasi memulai ARV pada orang dewasa 2. Jenis ARV: lini pertama, kedua, ketiga 3. Pengertian kepatuhan 4. Komitmen untuk patuh sebelum memulai pengobatan ARV penting 5. Pasien berperan serta aktif dalam kepatuhan pengobatan 6. Terdapat potensi/kemungkinan risiko efek samping atau efek yang tidak diharapkan setelah memulai terapi ARV, 7. Terdapat kemungkinan komplikasi yang berhubungan dengan ARV jangka panjang, interaksi dengan obat lain, 8. Pasien wajib datang ke RS untuk monitoring keadaan klinis, 9. Pasien wajib datang ke RS untuk monitoring pemeriksaan laboratorium secara berkala termasuk pemeriksaan jumlah CD4 sesuai ketentuan Sumber : (Kemenkes RI, 2019a).	Wawancara	Kuesioner	0 Rendah jika skor 0-18 1 Tinggi jika skor 19-36	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
5	Persepsi kerentanan	<p>Pernyataan responden terkait kerentanan yang dirasakan terkait penyakitnya seperti</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. menyadari bahwa penyakit HIV AIDS adalah sebuah ancaman berbahaya untuk kesehatan</li> <li>2. menyadari bahwa bahaya penyakit HIV AIDS termasuk dalam kategori sangat berbahaya</li> <li>3. menyadari bahwa adanya penyakit HIV AIDS menimbulkan pengaruh besar pada keluarga terdekat</li> <li>4. menyadari bahwa adanya penyakit HIV AIDS menimbulkan pengaruh besar pada kehidupan sosial responden (lingkungan sekitar, lingkungan tempat kerja)</li> <li>5. menyadari bahwa ada ancaman perburukan perjalanan kondisi seorang dengan penyakit HIV/AIDS</li> <li>6. menyadari bahwa responden secara pribadi rentan mengalami perburukan kondisi penyakit HIV/AIDS yang saya derita</li> </ol>	Wawancara	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Tidak jika skor 0-12</li> <li>1. Ya jika skor 13-24</li> </ol>	Ordinal

Sumber: (Kemenkes RI, 2019a), (Champhion & Skinner dalam Glanz et al, 2008), Neutbeam dalam (Cragg et al., 2013), (Abraham & Sheeren dalam Conner & Norman, 2015)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
6	Persepsi keparahan	<p>Pernyataan responden terkait keparahan penyakit HIV/AIDS yang diderita seperti adanya gangguan pada sistem:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kardiovaskuler: hipertensi</li> <li>2. Kulit: memar, bintik merah, sensasi gatal</li> <li>3. Endokrin: adanya penyakit diabetes mellitus</li> <li>4. Pencernaan: tidak nafsu makan</li> <li>5. Gangguan pencernaan:diare</li> <li>6. Gangguan pencernaan:sariawan</li> <li>7. Gangguan pencernaan: muntah</li> <li>8. Gangguan alat gerak: pegal-pegal/myalgia</li> <li>9. Gangguan syaraf: sakit kepala berputar-putar/vertigo</li> <li>10. Gangguan pernafasan:sesak nafas</li> <li>11. Gangguan pendengaran: tinnitus/telinga berdenging</li> <li>12. Gangguan sistemik: kelelahan (fatigue or malaise)</li> <li>13. Ganguan sistemik: demam</li> <li>14. Gangguan sistemik: pengurangan berat badan yang tidak dikehendaki</li> <li>15. Adanya komplikasi HIV: Penyakit Tuberkulosis/TB Paru</li> <li>16. Adanya komplikasi HIV:Kanker</li> </ol> <p>Sumber : (US Departement of Health and Human Service, 2017), (WHO, 2021d)</p>	Wawancara	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Tidak jika skor 0</li> <li>1. Ya jika skor 1-64</li> </ol>	Ordinal



No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
7	Persepsi manfaat	<p>Pernyataan responden terkait keuntungan/manfaat terapi ART seperti ARV dapat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah morbiditas dan mortalitas yang berhubungan dengan HIV</li> <li>2. Mengurangi risiko penularan HIV.</li> <li>3. ARV sebagai terapi (tidak menyembuhkan infeksi HIV tetapi sangat menekan replikasi virus dalam tubuh seseorang dan memungkinkan pemulihan sistem kekebalan individu untuk memperkuat dan mendapatkan kembali kapasitas untuk melawan infeksi oportunistik.</li> </ol> <p>Sumber: (Kemenkes RI, 2019a).</p>	Wawancara	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Tidak jika skor 0-8</li> <li>1. Ya jika skor 9-16</li> </ol>	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
8	Persepsi Hambatan	<p>Pernyataan responden terkait hambatan finansial, fisik, psikososial (Daulay, 2015) dalam menjalani terapi ART seperti:</p> <p>Hambatan finansial</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hambatan akses: ketersediaan waktu, keterjangkauan biaya, transportasi</li> </ol> <p>Hambatan Fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Waktu tunggu pelayanan/antri</li> <li>3. Frustrasi dengan penyedia layanan kesehatan (WHO, 2003)</li> </ol> <p>Hambatan Psikososial</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Adanya stigma: rasa malu/takut yang ditimbulkan jika status HIV diketahui orang lain.</li> <li>5. Rasa malu/takut jika ketahuan mengkonsumsi ARV</li> <li>6. Rasa malu/takut ada yang mengenali dan menanyakan mengapa datang ke RS.</li> <li>7. Minum ARV dianggap merepotkan, tidak menyenangkan, tidak nyaman (Abraham &amp; Sheeren dalam Conner &amp; Norman, 2015).</li> <li>8. Adanya efek samping neurospikiatrik obat yang dirasakan (seperti mimpi buruk, sakit kepala, depresi)</li> <li>9. Adanya gejala depresi terkait penyakit HIV/AIDS kronis yang diderita (Kemenkes RI, 2019a)</li> <li>10. Kurangnya efek yang dirasakan pengobatan, keyakinan negatif tentang kemanjuran pengobatan (WHO, 2003)</li> <li>11. Tidak ada dukungan keluarga</li> </ol> <p>Sumber: (Kemenkes RI, 2021)</p>	Wawancara	Kuesioner	0 Tidak/ hambatan tinggi jika skor 28-42 1 Ya/hambatan rendah jika skor 0-27	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
9	Persepsi keyakinan diri	<p>Pernyataan responden terkait keyakinan diri seperti</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Yakin mampu menjalankan anjuran minum ARV untuk mendapatkan hasil upaya penurunan jumlah virus di dalam darah.</li> <li>2. yakin Minum ARV sesuai anjuran dokter akan memperpanjang kesintasan/lama waktu bertahan untuk hidup dari penyakit (membuat panjang umur)</li> <li>3. yakin minum ARV akan meringankan gejala HIV/AIDS yang diderita</li> <li>4. yakin minum ARV akan mengurangi risiko penularan</li> <li>5. yakin minum ARV harus disertai dengan pengurangan perilaku berisiko (seks aman, memakai kondom)</li> <li>6. yakin ARV aman untuk dirinya</li> <li>7. yakin minum ARV akan membantu mencegah terjangkit komplikasi seperti Tb Paru/Tbc</li> </ol> <p>Sumber: (WHO, 2021d), (WHO, 2020c), (Kemenkes RI, 2019a), (Champhion &amp; Skinner dalam Glanz et al, 2008), Neutbeam dalam (Cragg et al., 2013), (Abraham &amp; Sheeren dalam Conner &amp; Norman, 2015).</p>	Wawancara	Kuesioner	0 Tidak jika skor 0-20 1 Ya jika skor 21-28	Ordinal

### 3.5. Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.5.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan elemen/subjek (Murti, 2003). Populasi dalam penelitian adalah penderita HIV AIDS yang tercatat mendapatkan pelayanan ARV di RSUD Demang Sepulau Raya tahun 2022 berjumlah 115 orang (RSUD DSR, 2022).

#### 3.5.2. Sampel

Sampel adalah sebuah subset yang dicuplik dari populasi yang akan diamati atau diukur (Last *et al* dalam Murti, 2003). Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh populasi yang memenuhi kriteria inklusi berjumlah 93 orang.

Dalam penelitian ini jumlah sampel yang diambil sudah memenuhi kriteria jumlah sampel minimal dalam telaah penelitian terdahulu. Jumlah sampel minimal yang diperlukan dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus uji hipotesis 2 proporsi (Rachmat, 2012).

$$n = \frac{\left( z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Dimana :

n = besar sampel minimum

$\alpha$  = derajat kemaknaan 0,05=5%

$Z_{1-\alpha/2}$  = derajat kemaknaan=nilai z pada derajat kepercayaan  $1-\alpha=1,96$

P = proporsi rata-rata  $(p_1+p_2)/2$

$Z_{1-\beta}$  = Kekuatan uji =nilai z pada kekuatan uji (power) =1,28

P1 = proporsi kelompok 1

P2 = proporsi kelompok 2

*Association between demographic characteristics and adherence*

Respondents characteristics		frequency	Adherence n= 153	Non- adherence N=74	Statistic values
Education level	No education	2	2	0	$X^2=3.17$
	primary	24	16	8	
	secondary	155	103	52	P=0.530
	diploma	32	24	8	
	undergraduate	14	8	6	

Sumber : (Irakoze, 2021)

Kepatuhan minum obat=153/227=0,6

Ketidakpatuhan minum obat: 74/227=0,3

$P = \frac{P_1+P_2}{2} = \frac{0,6+0,3}{2} = 0,45$

$2 \qquad \qquad \qquad 2$

$$n = \frac{\left( z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$n = \frac{\{(1,96 \times \sqrt{2(0,45(1-0,45))} + 1,28 \sqrt{0,6(1-0,6) + 0,3(1-0,3)}\}^2}{(0,6-0,3)^2}$$

$$n = \frac{\{(1,96 \times \sqrt{0,9(0,55)} + 1,28 \sqrt{0,24 + 0,21}\}^2}{0,09}$$

$$n = \frac{\{(1,96 \times \sqrt{0,495} + 1,28 \sqrt{0,45}\}^2}{0,09}$$

$$n = \frac{\{(1,96 \times 0,7 + 1,28 \times 0,67\}^2}{0,09}$$

$$n = \frac{\{(1,3 + 0,8\}^2}{0,09}$$

$$n = \frac{\{2,1\}^2}{0,09}$$

$$= \frac{4,41}{0,09}$$

$$= 49$$

Dari hasil perhitungan rumus uji hipotesis beda dua proporsi diperoleh sampel sebesar 49 orang.

Retriski pemilihan sampel/eligibility kriteria terdiri atas kriteria inklusi dan eksklusi (Murti, 2003). Responden yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut, yaitu:

- a. Usia  $\geq 17$  tahun
- b. Mendapatkan terapi ARV minimal 1 bulan
- c. ODHA yang mendapatkan *single-tablet regimens* (STRs) dan *multiple-tablet regimens* (MTRs).
- d. Bersedia menjadi responden

Kriteria eksklusi responden adalah

- a. Pasien menderita gangguan komunikasi, tuli, tuna wicara, tuna rungu
- b. Pasien menderita gangguan kejiwaan seperti Skizofrenia

### **3.5.3. Pengambilan sampel**

Sampel ditemui di klinik VCT Mahoni ataupun ditemui di tempat tertentu yang dikehendaki ODHA untuk menjaga privasi responden.

## **3.6. Pengumpulan Data**

### **3.6.1. Sumber data**

Data yang dikumpulkan pada penelitian ini berupa data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang dikumpulkan secara langsung dari sumber datanya (Rinaldi & Mujianto, 2017). Data primer diperoleh melalui wawancara peneliti berdasarkan kuesioner yang diajukan langsung kepada responden. Data primer yang dikumpulkan meliputi data demografi (pendidikan, sosial ekonomi, pengetahuan), persepsi (kerentanan, keparahan, hambatan, persepsi persepsi keyakinan diri) serta kepatuhan minum ARV. Data

sekunder adalah data yang dikumpulkan dari berbagai sumber yang telah ada di mana peneliti sebagai tangan kedua, data sekunder meliputi data berjenjang HIV AIDS dari WHO, Kemenkes, Dinas Kesehatan Propinsi Lampung, Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah, Rumah Sakit RSUD Demang Sepulau Raya.

### 3.6.2. Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah: Kuesioner Penelitian, berisi

- a. Pertanyaan tentang perilaku kepatuhan minum ARV diukur menggunakan *Medication Adherence Rating Scale (MARS)* dengan 8 pernyataan di mana pernyataan yang bernada negatif (B1-B7, B8) jika menjawab ya diberi skor 0 dan menjawab tidak diberi skor 1, pernyataan bernada positif (B7,B78) jika menjawab ya diberi skor 1 jika menjawab tidak diberi skor 0, lalu skor nilai dari pertanyaan 1 sd 9 (dijumlahkan). Nilai maksimum adalah 9 dan nilai minimum adalah 0 dengan koding/kategori 0 untuk Kepatuhan tinggi jika skor = 0, koding 1 untuk Kepatuhan sedang jika skor = 1-2, koding 2 untuk Kepatuhan rendah jika skor 3-18.
- b. Pertanyaan tentang pendapatan terdiri atas 1 pertanyaan terbuka.
- c. Pertanyaan tentang pendidikan atas 1 pertanyaan tertutup dengan pilihan jawaban.
- d. Pertanyaan tentang pengetahuan terdiri atas 9 pertanyaan dengan 5 pilihan jawaban *likert* dengan skoring pada pernyataan positif (Sangat setuju diberi skor 4, Setuju skor 3, Ragu-ragu skor 2, Tidak setuju skor 1, Sangat tidak setuju skor 0).
- e. Pertanyaan tentang persepsi kerentanan terdiri atas 6 pertanyaan dengan 5 pilihan jawaban *likert* dengan skoring pada pernyataan positif (Sangat setuju diberi skor 4, Setuju skor 3,

Ragu-ragu skor 2, Tidak setuju skor 1, Sangat tidak setuju skor 0).

- f. Pertanyaan tentang persepsi keparahan terdiri atas 16 pertanyaan dengan 5 pilihan jawaban likert dengan skoring pada pernyataan positif (normal diberi skor 0, ringan skor 1, sedang skor 2, berat skor 3, berpotensi mengancam kehidupan skor 4).
- g. Pertanyaan tentang persepsi manfaat terdiri atas 4 pertanyaan dengan 5 pilihan jawaban likert dengan skoring pada pernyataan positif (Sangat setuju diberi skor 4, Setuju skor 3, Ragu-ragu skor 2, Tidak setuju skor 1, Sangat tidak setuju skor 0).
- h. Pertanyaan tentang persepsi hambatan terdiri atas 14 pertanyaan dengan 5 pilihan jawaban likert dengan skoring pada pernyataan negatif (Sangat setuju diberi skor 0, Setuju skor 1, Ragu-ragu skor 2, Tidak setuju skor 4, Sangat tidak setuju skor 5).
- i. Pertanyaan tentang persepsi keyakinan diri terdiri atas 7 pertanyaan dengan 5 pilihan jawaban likert dengan skoring pada pernyataan positif (Sangat setuju diberi skor 4, Setuju skor 3, Ragu-ragu skor 2, Tidak setuju skor 1, Sangat tidak setuju skor 0).

### **3.6.3. Proses pengumpulan data**

Penelitian dimulai pada bulan Januari 2023, peneliti dibantu oleh 2 orang enumerator berlatar belakang pendidikan Sarjana Kesehatan untuk mempersiapkan responden yang telah dipilih dan melakukan proses wawancara di lapangan. Sebelum melakukan pengumpulan data dengan terlebih dahulu peneliti melakukan *briefing* pada enumerator tentang kegiatan yang dilakukan untuk selanjutnya memberi penjelasan tentang kegiatan pada responden.

### **3.6.4. Persiapan penelitian**



Melakukan pengambilan data sekunder di Dinas Kesehatan Propinsi Lampung, Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah Cq Bidang Pemberantasan Penyakit Seksi Penyakit Menular, melakukan pengambilan data sekunder Data HIV AIDS dan ARV ke RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah.

### **3.6.5. Pelaksanaan penelitian**

Untuk memperoleh data primer dilakukan dengan cara wawancara pada pasien berdasarkan kuesioner. Proses pengumpulan data primer dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

- a. Responden yang terpilih ditemui oleh enumerator di klinik VCT atau di tempat yang ditentukan responden untuk menjaga privasi.
- b. Pengantar dan perkenalan mengenai tujuan, manfaat penelitian oleh peneliti dan enumerator terkait dengan kegiatan yang akan dilakukan.
- c. Penjelasan cara pengisian *informed consent*, penandatanganan lembar *informed consent* oleh responden sebagai bentuk persetujuan dan kesediaan menjadi responden.
- d. Pelaksanaan wawancara oleh peneliti dan enumerator, pengisian kuesioner dilakukan secara fisik oleh enumerator/peneliti.

### **3.6.6. Pengolahan data**

Kuesioner yang telah berisi jawaban responden dikumpulkan dalam format *excel* dan dilakukan pengolahan data sehingga dihasilkan informasi yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian. Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, tahapan yang harus dilalui adalah :

#### **a. Penyuntingan Data (*Editing*)**

Penyuntingan data adalah kegiatan melakukan pengecekan kelengkapan dan kejelasan isian kuesioner berupa jawaban responden dalam kuesioner, kemudian dilakukan konversi data dari data mentah jawaban responden yang disimpan dalam

aplikasi ke format *excel*. Selanjutnya dilakukan koreksi dan pemberian skoring atau nilai mengacu pada ketentuan yang telah dijelaskan pada sub bab instrument penelitian dalam metodologi penelitian.

b. Pengkodean Data (*Coding*)

Pengkodean data adalah kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi angka bagi masing-masing data dari tiap-tiap pertanyaan untuk mempermudah entry data dan analisis data sesuai dengan pengkategorian yang telah ditentukan dalam definisi operasional. Pengkodean data dilakukan setelah kuesioner dikoreksi dan diberi nilai sesuai dengan kunci jawaban berdasarkan skoring untuk tiap-tiap pertanyaan.

c. Pemasukan Data (*Entry Data*)

Setelah semua kuesioner dikoreksi dan diberi kode, kemudian dimasukan seluruh data yang sudah diruah dalam bentuk kode dari format *Microsoft Excel* ke dalam aplikasi statistik. Pada tahap ini juga dilakukan pengontrolan terhadap data-data yang dimasukan agar tidak terjadi pemasukan data ganda atau kesalahan memasukan data lainnya.

d. Pembersihan Data (*Cleaning*)

Setelah semua data dimasukan, maka dilakukan pengecekan ulang terhadap data-data tersebut untuk melihat apakah terdapat jawaban yang belum dikode atau kesalahan dalam pemberian kode. Jika memang terdapat kesalahan, maka segera dilakukan koreksi. Pembersihan data diketahui dengan melihat missing data, variasi data dan konsistensi data, hal ini bertujuan agar kualitas data tetap terjaga.

### 3.7. Analisis Data

Analisis data bertujuan untuk menjelaskan fenomena, kejadian atau perilaku atau untuk menerangkan apa yang menjadi latar belakang fenomena,

kejadian atau perilaku pada seseorang, sekelompok masyarakat atau masyarakat (Rinaldi & Mujianto, 2017).

Proses analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah:

a. Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi dari semua variabel yang diteliti yaitu variabel independent dan variabel dependen di mana hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel independent dan variabel dependen. Metode uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi Square* (uji kaid kuadrat). Tujuan *chi square* adalah menguji perbedaaan persentase antara dua atau lebih kelompok sampel. Ketentuan *chi square* adalah sampel/kelompok bersifat independen dan jenis data yang dihubungkan adalah kategorik dengan kategorik. Pada tahap ini, masing-masing variabel independent dilakukan uji *Chi Square* satu per satu dengan perilaku pencegahan sehingga diperoleh *p-value* untuk melihat ada tidaknya hubungan antara variabel independent yang diuji terhadap variabel dependennya, selain itu juga diketahui angka proporsi untuk tiap kategori dari variabel independent terhadap tiap kategori perilaku pencegahan. Proses ini dilakukan sampai semua variabel independent selesai dilakukan uji *Chi Square*.

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk menilai atau mempelajari beberapa variabel independent secara bersamaan dengan satu variabel dependen agar dapat melihat faktor dominan yang berhubungan dengan variabel dependen. Metode uji statistik yang digunakan adalah regresi logistik karena variabel independen dan dependennya berbentuk kategorik.

Langkah pertama yang harus dilakukan adalah seleksi bivariat untuk variabel-variabel independent yang akan diolah atau dianggap lolos seleksi untuk masuk ke dalam analisis multivariat.

Pada analisis multivariat dibuat permodelan secara bertahap dengan mengeluarkan variabel yang memiliki  $p\text{-value} > 0,05$  satu persatu dan kemudian dilihat perubahan nilai  $OR$ -nya. Untuk variabel yang dikeluarkan dan kemudian tidak mengalami perubahan  $OR > 10\%$ , maka variabel tersebut dikeluarkan dari model, jika ditemukan perubahan  $OR > 10\%$  maka variabel tersebut dimasukkan kembali ke dalam permodelan karena merupakan variabel pengontrol, kemudian langkah yang sama diulangi lagi dengan mengeluarkan variabel yang memiliki  $p\text{-value} > 0,05$  dan melihat perubahan nilai  $OR$  -nya sampai dengan tidak ada lagi variabel yang memiliki  $p\text{-value} > 0,05$ . Sehingga pada akhirnya diperoleh permodelan akhir dari analisis multivariat (Hastono, 2016).

### **3.8. Etika Penelitian**

Sebelum penelitian ini dilaksanakan, akan diajukan ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Unila untuk mendapatkan *Ethical Clearance* (Surat Lolos Etik). Kode Etik Peneliti digunakan sebagai acuan moral bagi peneliti dalam melaksanakan penelitian untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi bagi kemanusiaan. Sehingga semua penelitian memiliki etika penelitian. Dalam melakukan penelitian, peneliti memiliki prinsip etika penelitian mencakup:

- a. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respek for human dignity*) sehingga dalam melakukan penelitian, peneliti mempertimbangkan hak-hak calon responden untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan.

- b. Menghormati privasi dan kerahasiaan calon responden penelitian (*respect for privacy and confidentiality*), setiap calon responden memiliki hak-hak dasar individu (privasi dan kebebasan individu. Jika bersedia menjadi responden penelitian, Identitas dan jawaban responden akan dirahasiakan.
- c. Keadilan. Semua calon responden penelitian harus diperlakukan dengan baik, sehingga terdapat keseimbangan antara manfaat dan risiko yang didapatkan serta memperhatikan risiko fisik, mental dan risiko sosial yang diakibatkan oleh penelitian.
- d. Prinsip memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan. Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subjek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalkan dampak yang merugikan bagi subjek. Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stres tambahan maka subjek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera (Rinaldi & Mujianto, 2017).

Adapun isi *informed consent* penelitian yaitu penjelasan manfaat penelitian, penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan, penjelasan manfaat yang akan didapatkan, persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subjek berkaitan dengan prosedur penelitian, persetujuan subjek dapat mengundurkan diri kapan saja dan Jaminan anonimitas dan kerahasiaan calon responden (Rinaldi & Mujianto, 2017).

Penelitian ini telah mendapatkan izin kaji etik pada tanggal 02 Maret 2023 dengan nomor kaji etik No 783/UN26.18/PP.05.02.00/2023

## BAB VI PENUTUP

### 6.1. Simpulan

Hasil dari penelitian yang dilakukan di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah Tahun 2023 adalah

1. Gambaran responden adalah
  - a. Menjalani terapi ARV patuh tinggi sebanyak 60,2%
  - b. Sosiodemografi (berpendapatan  $\geq$  UMK Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2023 sebesar Rp2.637.161,- sebanyak 53,8%. Pendidikan Dasar /SD-SMP sebanyak 57%, Pengetahuan Tinggi sebanyak 74,2%),
  - c. Memiliki persepsi (kerentanan sebanyak 61,3%, keparahan sebanyak 52,7%, manfaat sebanyak 58,1%, hambatan rendah sebanyak 52,7%, keyakinan diri sebanyak 52,7%).
2. Terdapat pengaruh faktor sosiodemografi: tingkat pendapatan ( $p=0,007$  dan  $OR=3,5$ ), tingkat pendidikan ( $p\ value=0,006$  dan  $OR=3,8$ ), pengetahuan ( $p\ value=0,002$  dan  $OR=4,9$ ) terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV
3. Terdapat pengaruh persepsi : kerentanan ( $p\ value=0,002$  dan  $OR=4,4$ ), Keparahannya ( $p\ value=0,002$  dan  $OR=4,4$ ), manfaat ( $p\ value=0,010$  dan  $OR=3,5$ ), hambatan ( $p\ value=0,011$  dan  $OR=3,2$ ), keyakinan diri ( $p\ value=0,000$  dan  $OR=6,5$ ) terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV
4. Variabel persepsi kerentanan menjadi variabel yang paling dominan

pengaruhnya terhadap kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV dengan OR 6,6.

## 6.2 Saran

1. Kepada Direktur RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah  
Hendaknya perlu disusun strategi komunikasi untuk meningkatkan persepsi kerentanan, mengoptimalkan peran tenaga kesehatan lain dalam konseling kepatuhan seperti Perawat, tenaga Promosi Kesehatan RS (PKRS) dan tenaga surveilans RS.

Perbaiki SOP untuk memulai pengobatan ARV, mengundang dan memberikan edukasi bagi anggota keluarga atau kerabat pasien *Lost to Follow Up (LFU)* untuk mengikuti pengobatan terapi ARV dengan menjadi Pengawas Menelan Obat (PMO)

Melakukan tindak lanjut pada kasus *LFU* ODHA di klinik VCT Mahoni RSUD Demang Sepulau Raya untuk menelusuri alasan *LFU* dan melakukan tindakan misalnya dengan pemberian program *multi-month dispensing (MMD)* ODHA mendapatkan stok obat langsung selama 3-6 bulan lewat pemberian obat multi-bulan. pemberian obat antiretroviral untuk lebih dari satu bulan hingga maksimal tiga bulan kepada ODHA yang saat ini berada dalam kondisi stabil selama terapi ARV. Program ini akan mengurangi biaya waktu yang terbuang dan transportasi bagi klien, meningkatkan kepuasan pasien dan kepatuhan berobat. Melengkapi sarana prasarana edukasi dalam bentuk media cetak dan media audio visual untuk meningkatkan kepatuhan.

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah  
Hendaknya Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah melakukan penambahan SDM kesehatan di RS yang memiliki kompetensi di bidang konseling ARV untuk kegiatan mengaktifkan konseling minum ARV. Membantu menggerakkan fasilitas layanan primer untuk berperan serta mengawasi kepatuhan minum obat ARV untuk mencapai *ending* HIV AIDS pada tahun 2030.

## 2. Kepada peneliti lanjutan

Hendaknya peneliti selanjutnya melakukan penelitian lanjutan dengan mempertimbangkan jenis kelamin responden, status penyakit responden apakah HIV atau AIDS, lini obat yang dipakai dan jenis obat yang dipakai, riwayat apakah saat memulai memakai ARV kondisi responden baru ter-diagnosis pada tahap akhir infeksi ataupun pada responden yang baru memulai pengobatan ARV

Hendaknya dilakukan penelitian menggunakan metode kualitatif, meneliti variabel lainnya dalam konsep *health belief model* seperti *cues to action* yang terkait kepatuhan minum obat ARV ataupun melakukan penelitian di komunitas masyarakat di kabupaten Lampung Tengah ataupun tingkat Provinsi Lampung. Melakukan penelitian terkait kepatuhan minum obat menggunakan teori perilaku pada level individu seperti *theory of reasoned action*, *transtheoretical (stage of change)*, *sosial learning theory*.



## DAFTAR PUSTAKA

- Abadiga, M., Hasen, T., Mosisa, G., & Abdisa, E. (2020). Adherence to antiretroviral therapy and associated factors among human immunodeficiency virus positive patients accessing treatment at Nekemte Referral hospital, West Ethiopia, 2019. *PLoS One Journal*, 1–14.
- Abraham, C., & Sheeran, P. (2014). The health belief model. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine, Second Edition, January*, 97–102.
- Adefolalu, A. O. (2020). Description of a Framework to Enhance Antiretroviral Therapy Adherence using Self-efficacy and Belief about Medicines. *EJMED, European Journal of Medical and Health Sciences*, 2(4), 1–6.
- 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.
- Alcorn, K. (2007). *HATIP 92 : Bagaimana memberi dukungan kepatuhan yang baik : pengalaman dari seluruh dunia*. Spiritia.or.Id.
- Ashraf, M., & Virk, R. N. (2021). Determinants of medication adherence in patients with HIV : Application of the Health Belief Model. *Research Article Journal*, 71(5), 1409–1412.
- Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia. (2022). Profil Internet Indonesia 2022. In *Apji.or.Od* (Issue June).
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Lampung Tengah. (2022). *Statistik Kesejahteraan Rakyat Kabupaten Lampung Tengah 2022* (Vol. 3509).
- Badan Pusat Statistik Lampung Tengah. (2020). *Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020 Kabupaten Lampung Tengah*.
- Banna, T., & Dirgantari Pademme. (2021). Hubungan Self-Efficacy Dengan Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral (ARV) Pada Pasien HIV-AIDS Di Puskesmas Kota Sorong. *Jurnal Keperawatan STIKES Wililiam Booth*, 10(2), 71–76.

- BPS. (2022). *Istilah Pendapatan*. Www.Bps.Go.Id. diakses 1 Maret 2022
- Center for Disease Control and Prevention. (2023). *Health Literacy Basic*. Www.Cdc.Gov. diakses 1 Maret 2022
- Ceylan, E., Koc, A., Inkaya, A. C., & Unal, S. (2019). Determination of medication adherence and related factors among people living with HIV / AIDS in a Turkish university hospital. *Turkish Journal Of Medical Science*, 198–205.
- Conner, M., & Norman, P. (2015). *Predicting and Changing Health Behavior Research and Practice with Social Cognition Models* (Third Edit). Mc Graw Hill Education Open University Press.
- Cragg, L., Davies, M., & Macdowall, W. (2013). *Health Promotion Theory* (Second Edi). Mc Graw Hil, Openl University Press.
- Dantie, Y. (2020). Antiretroviral therapy adherence among patients enrolled after the initiation of the Universal Test and Treat strategy in Dessie town : a cross-sectional study. *International Journal of STD & AIDS*, 31(9), 886–893.
- Daulay, F. (2015). Uji Validitas Konstruk Pada Instrumen Health Belief Model ( HBM) Dengan Metode Confirmatory Factor Analysis (CFA). *UGM Repository, April 2015*.
- Dinas Kesehatan Kab Lampung Tengah. (2021). *HIV AIDS Lampung Tengah*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. (2022). *Data HIV AIDS Propinsi Lampung*.
- Dinas Tenaga Kerja Provinsi Lampung. (2022). *Berikut Besaran UMK 15 Kabupaten/Kota di Lampung 2023*. Kupastuntas.Co. diakses 1 Maret 2022
- Driever, E. M., & Brand, P. L. P. (2020). Education makes people take their medication: Myth or maxim? *Breathe*, 16(1), 1–8.  
<https://doi.org/10.1183/20734735.0338-2019>
- Fahriati, A. R., Purnama, F., Indah, S., Satria, B. M., & Ayu, A. (2021). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum antiretroviral pada ODHA (orang dengan HIV AIDS) berdasarkan systematic literature review. *PHRASE (Pharmaceutical Science Journal )*, 1(1), 29–46.
- Fatihattunnida, R., & Nurfitita, D. (2018). *Hubungan antara Pengetahuan, Dukungan Keluarga, dan tingkat ekonomi dengan kepatuhan pengobatan antiretroviral pada penderita HIV/AIDS di Yayasan Matahati Pangandaran* (Vol. 429) [Universitas Ahmad Dahlan]. eprints.uad.ac.id
- Fauziah, A. (2018). *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Self Acceptance Penderita Hiv Dan Aids Dalam Kelompok Dukungan Sebaya (Kds)*

*Berdasarkan Teori Health Belief Model.* Universitas Airlangga.

- Geburu, T., Lentiro, K., & Jemal, A. (2018). Perceived behavioural predictors of late initiation to HIV/AIDS care in Gurage zone public health facilities: A cohort study using health belief model. *BMC Research Notes*, *11*(1), 1–6.
- Glanz et al. (2008). *Health Behavior and Health Education, Theory, Research and Practice* (C. T. Orleans (ed.); Edisi keenam). Jossey-Bass a Wiley Imprint.
- Haryadi, Y., Sumarni, S., & Angkasa, M. (2020). Jenis Pekerjaan Dan Tingkat Pendidikan Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral (Arv) Pada Pasien HIV/AIDS. *Jurnal Lintas Keperawatan*, *1*(1), 1–8.
- Hastono, S. P. (2016). *Analisis Data Pada Bidang Kesehatan*. Raja Grafindo.
- Hegazi, A., Bailey, R. L., Ahadzie, B., Alabi, A., & Peterson, K. (2010). Literacy, education and adherence to antiretroviral therapy in the Gambia. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, *22*(11), 1340–1345.
- Hilman, C. C., & Ndraha, S. (2019). Profil Penderita HIV / AIDS di RSUD Koja. *Jurnal Kedokteran Meditek*, *25*(2), 81–87.
- Ilmiah, W. S. (2019). *Model Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral Melalui Upaya Koping Dan Cues To Action Pada Orang Dengan HIV Positif*. Universitas Airlangga.
- Inoue, Y., & Schaede, U. (2020). A web-based survey nds low antiretroviral therapy adherence in approximately 35 % of Japanese people living with HIV. *Research Square*, 1–12.
- Irakoze, H. (2021). *Factors Influencing Adherence To Antiretroviral Therapy Among Youth (15-24 Years) In Selected Health Facilities In Nyeri County, Kenya*. Kenya Methodist University.
- Kabupaten Lampung Tengah. (2022). *Gaji UMR Lampung Tengah*. <https://gajipokok.com/gaji-umr-lampung-tengah/> diakses 18 Februari 2022
- Kemkes RI. (2019a). *Keputusan Menteri Kesehatan No 01.07 tahun 2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV*.
- Kemkes RI. (2019b). *Pengisian Kuesioner Riskesdas 2018*.
- Kemkes RI. (2020). Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV/AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020-2024. In *Ditjen P2P*.
- Kemkes RI. (2021). *Stigma Negatif Masyarakat Hambat Eliminasi HIV/AIDS di Indonesia*. [Kemkes.Go.Id./](https://kemkes.go.id/) diakses 18 Maret 2022

- Kementerian Keuangan. (2022). *Pemulihan Perekonomian Indonesia Setelah Kontraksi Akibat Pandemi Covid-19*. Djkn.Kemenkeu.Go.Id.
- Khumsaen, N., & Stephenson, R. (2017). Beliefs and perception about hiv/aids, self-efficacy, and hiv sexual risk behaviors among young thai men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 29(2), 175–190.
- Kridaningsih, T. N., Widiyanti, M., Adiningsih, S., Hutapea, H. M. L., Fitriana, E., & Natalia, E. I. (2021). Profile of HIV/AIDS Patients Coinfected with Tuberculosis in Bumi Wonorejo Health Centre and Santo Rafael Clinic Nabire, Papua. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 31(4), 247–252.
- Kustanti, C. Y., & Pradita, R. (2018). Self Efficacy Penderita HiV/AIDS Dalam Mengonsumsi Antiretroviral Di Lembaga Swadaya Masyarakat Kebaya Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan*, 5(1).
- Lam, W. Y., & Fresco, P. (2015). Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International*, 2015.
- Lee, G., & Park, S. H. (2022). How health beliefs and sense of control predict adherence to COVID-19 prevention guidelines among young adults in South Korea. *Frontiers in Psychology*, 13(December), 1–13.
- Lestari, D. A. (2018). *The Correlation Between Risk Perception, Outcome Expectancies And Task Self-Efficacy With Adherence Of People Living With HIV/AIDS (PILWHA) In Antiretroviral Therapy In Puskesmas Dupak Surabaya*. Universitas Airlangga.
- Lobis, Y. B., Murti, B., & Prasetya, H. (2020). Influences of Peer Support Group and Psychosocioeconomic Determinants on Treatment Compliance in HIV/AIDS Patients: A Path Analysis Evidence from Sragen, Central Java. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 5(3), 348–358.
- Manowati, L. (2019). Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku lost of follow up Pada Pasien HIV/AIDS Dengan Terapi ARV di RSUD dr Soetomo Surabaya. In *repository.unair.ac.id*. Universitas Airlangga.
- Mayeye, B. F., Goon, D. Ter, & Yako, E. M. (2019). An Exploratory Study of the Determinants of Adherence to Antiretroviral Therapy by Adolescents and Youths in the Eastern Cape, South Africa. *Global Journal of Health Science*, 11(11), 141.
- Mgbako, O., Conard, R., Mellins, C. A., Dacus, J. devasri, & Remien, R. H. (2022). A Systematic Review of Factors Critical for HIV Health Literacy, ART Adherence and Retention in Care in the U.S. for Racial and Ethnic Minorities. *AIDS and Behavior*, 26(11), 3480–3493.

- Mi, T., Li, X., Zhou, G., Qiao, S., Shen, Z., & Zhou, Y. (2020). HIV Disclosure to Family Members and Medication Adherence: Role of Social Support and Self-efficacy. In *AIDS and Behavior* (Vol. 24, Issue 1). Springer US.
- Mitzel, L. D., Foley, J. D., Sweeney, S. M., Park, A., Mitzel, L. D., Foley, J. D., Sweeney, S. M., Park, A., Foley, J. D., Sweeney, S. M., Park, A., & Venable, P. A. (2019). Medication Beliefs , HIV-Related Stigmatization , and Adherence to Antiretroviral Therapy : An Examination of Alternative Models to Antiretroviral Therapy : An Examination of Alternative Models. *Behavioral Medicine*, 0(0), 1–11.
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and Predictive Validity of Self Reported Measure of Medication Adherence. *Med Care Vol. 24*, 24(1), 67–74.
- Morowatisharifabad, M. A., Movahed, E., Farokhzadian, J., & Nikooie, R. (2019). Antiretroviral therapy adherence and its determinant factors among people living with HIV/AIDS : a case study in Iran. *BMC Research Notes*, 12(162), 1–5.
- Murti, B. (2003). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Gadjah Mada University Press.
- Neupane, S., Dhungana, G. P., & Ghimire, H. C. (2019). Adherence to antiretroviral treatment and associated factors among people living with HIV and AIDS in Chitwan, Nepal. *BMC Public Health*, 19(720), 1–9.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku* (Pertama). Rineka Cipta.
- Nursalam, D. K., & Dian, N. (2011). Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi HIV. In *Jakarta: Salemba Medika*. Salemba Medika.
- Pinto, I. C., & Pereira, M. (2017). Assessment methods and therapy adherence scales in hypertensive patients : A literature review . *J Cardiovasc Med Therapy*, 1(2), 9–13.
- Pokja Renstra Kemenkes. (2020). Pokok-Pokok Renstra Kemenkes. In *Rapat Kerja Kesehatan Nasional* (Issue 1).
- Presiden RI. (2010). Peraturan Pemerintah RI NO 17 Tahun 2010 Tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan. In *Peraturan Pemerintah RI*.
- Presiden RI. (2021). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 57 Tentang Standar Nasional Pendidikan. In *Peraturan BPK*.
- Rachmat, M. (2012). *Buku Ajar Biostatistika Aplikasi pada Penelitian Kesehatan* (1st ed.). EGC.

- Riani, D. A., Ikawati, Z., & Kristina, S. A. (2017). Validasi 8-Item Morisky Medication Adherence Scale Versi Indonesia pada Pasien Hipertensi Dewasa di Puskesmas Kabupaten Sleman dan Kota Yogyakarta. *Universitas Gadjah Mada*, 1–8.
- Rinaldi, S. F., & Mujiyanto, B. (2017). *Metodologi Penelitian dan Statistik Buku Ajar Teknologi Laboratorium Medis (TLM)* (1st ed.). Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Keeehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Edisi Tahun 2017.
- RSUD Demang Sepulau Raya. (2022). *Data Kunjungan ODHA Di RSUD Demang Sepulau Raya*.
- Safira, N., Lubis, R., & Fahdhy, M. (2018). Factors Affecting Adherence to Antiretroviral Therapy. *KnE Life Sciences*, 4(4), 60.
- Schatz, E., Seeley, J., Negin, J., Weiss, H. A., Tumwekwase, G., Kabunga, E., Nalubega, P., & Mugisha, J. (2019). “for us here, we remind ourselves”: Strategies and barriers to ART access and adherence among older Ugandans. *BMC Public Health*, 19(1), 1–13.
- Schunk, D. H., & DiBenedetto, M. K. (2021). Self-efficacy and human motivation. *Advances in Motivation Science*, 8(December), 153–179.
- Setiarto, R. H. B., Karo, M. B., & Tambaip, T. (2021). *Penanganan Virus HIV/AIDS* (1st ed.). Dee Puslish.
- Sigalingging, N., Sitorus, R. J., & Flora, R. (2022). Determinants Of Adherence To Antiretroviral Therapy In Hiv / Aids Patients In Jambi. *Media Kesehatan Masyarakat*, 4(2), 273–283.
- Sisyahid, A. K., & Indarjo, S. (2017). Health Belief Model Dan Kaitannya Dengan Ketidapatuhan Terapi Antireteroviral Pada Orang Dengan HIV/AIDS. *Unnes Journal of Public Health*, 6(41), 9–15.
- Sorsu, N. A. (2021). *Factors Influencing Adherence To Antiretroviral Therapy (Art) Among Adult People Living With HIV/AIDS In Saris, Kality And Akaki Health Centers, Addis Ababa, Ethiopia* (SGS/0255/2012 A; Juni 2021).
- Spiritia. (2020). Buku Saku Pengobatan ARV Bagi Petugas Lapangan Komunitas. In *Buku Saku* (pertama).
- Spiritia. (2021a). *Resistensi Obat ARV*. Spiritia.or.Id. / diakses 18 Februari 2022
- Spiritia. (2021b). *Risiko Efek Samping Obat Antiretroviral (ARV) Dalam Jangka Pendek dan Jangka Panjang*. Spiritia.or.Id. / diakses 18 Februari 2022

- Spiritia. (2021c). *Terapi ARV Hanya Redam Virus HIV, Bukan Memberantas*. Spiritia.or.Id. / diakses 18 Februari 2022
- Sujiono, Y. N. (2013). Metode Pengembangan Kognitif. In *Penerbit Universitas Terbuka*.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk Keperawatan*. EGC.
- Sunaryo, Demartoto, A., & Adriyani, R. B. (2016). Association between Knowledge, Perceived Seriousness, Perceived Benefit and Barrier, and Family Support on Adherence to Anti- Retrovirus Therapy in Patients with HIV/AIDS. *Journal of Health Promotion and Behavior*, 1(1), 54–61.
- Suryanto, Y., & Nurjanah, U. (2021). Kepatuhan Minum Obat Anti Retro Viral (ARV) Pada Pasien HIV/AIDS. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia (JIKPI)*, 2(1), 14–22.
- Tanwijaya, C. A. (2021). *Hubungan Dukungan Keluarga terhadap kepatuhan konsumsi antiretrovital pada pasien HIV Kontrol RSU Siloam Karawaci [Universitas Pelita Harapan]*.
- Townsend, D. (2016). *Perawatan AIDS di Luar Rumah Sakit*. Spiritia. diakses 18 Maret 2023
- US Departement of Health and Human Service. (2017). *Division of AIDS ( DAIDS ) Table for Grading the Severity of Adult and Pediatric Adverse Events* (Issue July). Division of AIDS National institute of Allergy and Infection Disease.
- Velame, K. T., Silva, R. de S. da, & Cerutti Junior, C. (2020). Factors related to adherence to antiretroviral treatment in a specialized care facility. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 66(3), 290–295.
- Vitalis, D. (2016). Predicting adherence to antiretroviral therapy among pregnant women in Guyana : Utility of the Health Belief Model. *International Journal of STD & AIDS*, 0(0), 1–10.
- WHO. (2003). *Adherence to Long-term Therapies, Evidence for Action*. diakses 4 Januari 2023
- WHO. (2020a). *Coronavirus disease (COVID-19): HIV and antiretrovirals*. Who.Int. diakses 4 Januari 2023
- WHO. (2020b). *HIV/AIDS*. Who Newsroom Questions and Answers. diakses 4 Januari 2023
- WHO. (2020c). *HIV AIDS*. Who.Int. diakses 4 Januari 2023
- WHO. (2021a). *Coronavirus disease (COVID-19): COVID-19 vaccines and*

- people living with HIV*. Who Newsroom. diakses 4 Januari 2023
- WHO. (2021b). *HIV/AIDS*. Who Newsroom diakses 4 Januari 2023.
- WHO. (2021c). *HIV AIDS*. Who Newsroom. diakses 4 Januari 2023
- WHO. (2021d). *HIV AIDS*. WHO Keyfact. diakses 4 Januari 2023
- WHO. (2021e). *HIV Drug Resistance*. WHO Keyfact. diakses 4 Januari 2023
- WHO. (2021f). *Indonesia HIV Country Profile 2021*. Cfs.Hivci.Org. diakses 4 Januari 2023
- WHO. (2021g). Key Facts HIV. In *WHO Key Facts*. diakses 4 Januari 2023
- WHO. (2021h). *The Global Health Observatory HIV AIDS*. Data/GHO/Themes. diakses 4 Januari 2023
- Wibowo, A. (2014). *Metodologi Penelitian Praktis Bidang Kesehatan*. Raja Grafindo Persada.
- Wulandari, E. A., & Rukmi, D. K. (2021). Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan Klinis Dan Komunitas*, 5(November), 157–166.
- Yu, B., Jia, P., Huang, Y. ling, Zhou, J. min, Xie, T., Yu, J., Liu, C., Xiong, J., Han, J. yu, Yang, S. fan, Dong, P. jie, Yang, C., Wang, Z. xin, & Yang, S. juan. (2021). Self-efficacy as a crucial psychological predictor of treatment adherence among elderly people living with HIV: analyses based on the health belief model. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 0(0), 1–7.
- Yu, Y., Luo, D., Chen, X., Huang, Z., Wang, M., & Xiao, S. (2018). Medication adherence to antiretroviral therapy among newly treated people living with HIV. *BMC Public Health*, 18(825), 1–8.
- Zajacova, A., & Lawrence, E. M. (2018). The relationship between education and health: reducing disparities through a contextual approach. *Annu Rev Public Health HHS Public Access*, 39(1), 273–289.