

**TESIS**

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN  
LAYANAN PENGOBATAN ARV PADA PASIEN HIV DI  
PUSKESMAS KOTA AMBON**

***ANALYSIS FACTORS AFFECTING THE UTILIZATION OF  
ARV TREATMENT SERVICES IN HIV PATIENTS IN AMBON  
CITY PUSKESMAS***

**Faradila Kilkoda  
K052211017**



**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2023**



LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN LAYANAN  
PENGOBATAN ARV PADA PASIEN HIV DI PUSKESMAS KOTA AMBON

Disusun dan diajukan oleh

FARADILA KILKODA  
K052211017

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 06 Juli 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Dr. Balqis, SKM, M.Sc.PH., M.Kes  
NIP. 19790817 200912 2 001



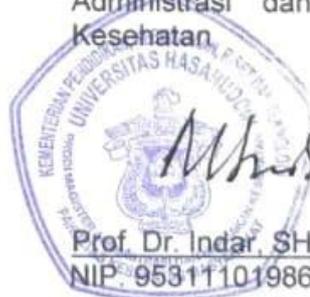
Prof. Dr. Indar, SH, MPH  
NIP. 195311101986011001

Dekan Fakultas  
Kesehatan Masyarakat



Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc.PH., Ph.D  
NIP. 19720529 200112 1 001

Ketua Program Studi S2  
Administrasi dan Kebijakan  
Kesehatan



Prof. Dr. Indar, SH, MPH  
NIP. 95311101986011001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **Faradila Kilkoda**  
NIM : K052211017  
Program studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulissan saya berjudul :

### **ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN LAYANAN PENGOBATAN ARV PADA PASIEN HIV DI PUSKESMAS KOTA AMBON**

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 06 Juli 2023.

Yang menyatakan

  
Faradila Kilkoda

## ABSTRAK

**FARADILA KILKODA.** *Analisis Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Layanan Pengobatan ARV pada Pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon* (dibimbing oleh **Balqis** dan **Indar**).

Setiap tahunnya, Jumlah kasus HIV di Indonesia yang dilaporkan dari tahun 2005 sampai dengan Maret 2021 cenderung meningkat. Jumlah kumulatif kasus HIV yang dilaporkan sampai Maret 2021 sebanyak 427.201 (78,7% dari target 90% estimasi ODHA tahun 2020 sebesar 543.100).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi pemanfaatan layanan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif analitik dengan desain *cross sectional*. Responden dalam penelitian ini diperoleh dengan menggunakan metode *Isaac* dan *Michael* sebanyak 156 pasien HIV dari Puskesmas Waihaong dan Puskesmas Karpan Kota Ambon dengan menggunakan kuesioner. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan SPSS dan untuk analisis data menggunakan uji statistik dengan menggunakan uji statistik deskriptif, uji analisis komparatif dan uji analisis multivariat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh pengetahuan, sikap pasien, ketersediaan tempat layanan, dan sikap petugas kesehatan terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon. Selanjutnya ada pengaruh terhadap Tindakan pasien, jarak akses, dan dukungan teman sebaya dan komunitas terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon. Variabel tindakan dan jarak akses merupakan variabel yang paling kuat pengaruhnya dibandingkan dengan variabel yang lain.

**Kata Kunci:** Pemanfaatan, HIV, Pengobatan ARV, Puskesmas



## ABSTRACT

**FARADILA KILKODA.** *Analysis of Factors Affecting the Utilization of ARV Treatment Services in HIV Patients at the Ambon City Health Center ( supervised by Balqis, and Indar ).*

The incidence of HIV cases in Indonesia has shown a consistent upward trend each year from 2005 to March 2021. As of March 2021, the total reported number of HIV cases reached 427,201, which accounts for approximately 78.7% of the estimated target of 543,100 people living with HIV (PLHIV) by 2020.

The aim of this study is to analyze the factors that influence the utilization of antiretroviral (ARV) treatment services among HIV patients at the Health Centers in Ambon City. This study adopts a quantitative analytic approach with a cross-sectional design. A total of 156 HIV patients from Waihaong Health Center and Karpan Health Center in Ambon City were selected as respondents using the Isaac and Michael method and were administered a questionnaire. The collected data were processed using SPSS software, and statistical tests, including descriptive analysis, comparative analysis, and multivariate analysis, were conducted for data analysis.

The results of the study showed that there was no Affecting on knowledge, patient attitudes, availability of service points, and attitudes of health workers on the use of ARV treatment in HIV patients at the Ambon City Health Center. Furthermore, there is an Affecting on the patient's actions, access distance, and peer of community support on the use of ARV treatment in HIV patients at the Ambon City Health Center.

**Keywords:** Utilization, HIV, Treatment of ARV, Health Center.



## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Analisis Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Layanan Pengobatan ARV pada Pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon”**. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Dalam proses penyusunan tesis ini berbagai hambatan, kesulitan dan keterbatasan dihadapi oleh penulis sejak dari persiapan hingga penyelesaian, namun atas izin Allah SWT dan bantuan, bimbingan serta kerjasama dari berbagai pihak akhirnya tesis ini dapat terselesaikan, maka dengan penuh rasa hormat dan tulus penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc.PH, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH selaku Ketua Prodi Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan sebagai Anggota Komisi Penasehat, Terima Kasih atas bantuan dan bimbingannya yang telah diberikan kepada penulis sejak proses awal hingga akhir penyusunan tesis ini.
3. Dr. Balqis, SKM., M.Kes., M. Sc.PH sebagai Ketua Komisi Penasehat pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran serta perhatian dalam membantu penulis menyelesaikan tesis ini.
4. Prof. Dr. Darmawansyah, S.E.,MS, Prof. Dr. Atjo Wahyu, S.KM.,M.Kes, dan Prof. Dr. Anwar Daud, S.KM., M.Kes selaku tim penguji yang secara aktif telah memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.

5. Bapak/ibu dosen pengajar Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin dan juga kepada Bapak Muhammad Yusri, S.KM, M.Kes yang telah banyak membantu, mendidik dan memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga kepada penulis selama masa pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
6. Bapak/ibu staf pengelola Program Pascasarjana dan Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan, terkhusus untuk Bapak Muhammad Al Fajrin, S.KM, M.Kes, Ibu Hadariani, S.KM, dan Nur Annisa Hamka, S.KM yang selalu membantu penulis selama masa pendidikan.
7. Penghargaan dan terima kasih yang tak terhingga kupersembahkan untuk kedua orang tua tercinta, Suami saya Bapak Farouk Chan, S.T dan anak-anak saya (Arsyila dan Haura) serta keluarga besar saya yang senantiasa memberikan nasehat dan motivasi serta doa restu kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan Magister di Universitas Hasanuddin Makassar. Dan kepada semua pihak yang penulis tidak dapat sebutkan namanya satu per satu yang telah membantu memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis sejak awal penulisan hingga penyelesaiannya, penulis ucapkan terima kasih.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Olehnya itu penulis berharap kritikan dan saran dari pembaca. Dan dengan mengharap Ridha-Nya, semoga tesis ini dapat memberikan nilai positif bagi pembangunan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, Januari 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TESIS</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian .....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>11</b>
A. Tinjauan Umum Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	11
B. Tinjauan Umum tentang HIV AIDS.....	18
C. Tinjauan Umum tentang ARV.....	23
D. Tinjauan Umum tentang Puskesmas.....	25
E. Sintesa Penelitian .....	32
F. Kerangka Teori .....	37
G. Kerangka Konsep .....	38
H. Hipotesis Penelitian.....	39
I. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif Penelitian .....	40
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	<b>43</b>
A. Jenis Penelitian.....	43
B. Waktu dan Lokasi Penelitian .....	43
C. Populasi dan Sampel .....	43
D. Teknik Pengumpulan dan Analisis Data.....	45
E. Teknik Penyajian Data .....	48
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	<b>49</b>
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	49
B. Hasil Penelitian .....	51
C. Pembahasan.....	66
<b>BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	<b>77</b>
A. Kesimpulan .....	79
B. Saran .....	80

**DAFTAR PUSTAKA.....**  
**LAMPIRAN.....**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1	Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur.....	52
Tabel 2	Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Pengetahuan pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon .....	53
Tabel 3	Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Sikap pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon .....	53
Tabel 4	Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Tindakan pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon .....	54
Tabel 5	Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Jarak Akses Tempat pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon .....	54
Tabel 6	Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Sikap Petugas pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon .....	55
Tabel 7	Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Dukungan Teman pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon .....	55
Tabel 8	Frekuensi Responden Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon ...	56
Tabel 9	Pengaruh Pengetahuan Pasien Terhadap Pemanfaatan Pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon .....	56
Tabel 10	Pengaruh Sikap Pasien Terhadap Pemanfaatan Pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.....	57
Tabel 11	Pengaruh Tindakan Pasien Terhadap Pemanfaatan Pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.....	58
Tabel 12	Pengaruh Jarak Akses Ke Tempat Pelayanan ARV Terhadap Pemanfaatan Pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon .....	59
Tabel 13	Pengaruh Sikap Petugas Kesehatan Terhadap Pemanfaatan Pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon .....	61
Tabel 14	Pengaruh Dukungan Teman Sebaya Terhadap Pemanfaatan Pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon .....	62
Tabel 15	Hasil Analisis Bivariat antara Variabel Independen dengan Variabel Dependen .....	63
Tabel 16	Hasil Analisis Multivariat Pembuatan Model Faktor Penentu antara Variabel Independen dan dan Variabel Dependen ..	65
Tabel 17	Hasil Analisis Multivariat Tindakan Pasien dan Jarak Akses Terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon .....	65

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

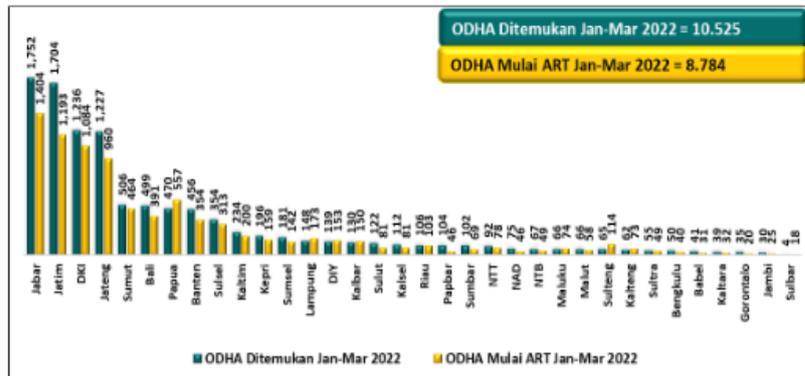
Kesehatan merupakan merupakan Hak Asasi Manusia (HAM) dan aspek terpenting dalam pembangunan suatu Negara. Kesehatan secara tegas diamanatkan dalam Undang –undang Dasar 1945. Salah satu masalah kesehatan yang masih menjadi perhatian khusus di Indonesia dan mendapat perhatian lebih dari *World Health Organization* (WHO) yakni HIV/AIDS. Indonesia dinyatakan sebagai negara dengan tingkat penyebaran HIV/AIDS tercepat di Asia (Rizzana, 2017).

*Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah sekumpulan gejala yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV. *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah sejenis virus yang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. (Kemenkes, 2020).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), sekitar 79,3 juta orang telah terinfeksi virus HIV dan 36,3 juta orang telah meninggal karena HIV sejak awal epidemi. Secara global pada akhir tahun 2020, tercatat 37,7 juta orang hidup dengan HIV dan mengakibatkan kematian sebanyak 680 ribu. HIV terbesar di dunia adalah di benua Afrika (25,7 juta orang), kemudian di Asia Tenggara (3,8 juta) di Indonesia sebanyak 50.282 jiwa, dan di Amerika (3,5 juta). Sedangkan yang terendah ada di Pasifik Barat sebanyak 1,9 juta orang (WHO, 2019).

Fenomena orang dengan HIV/AIDS jumlahnya cenderung meningkat baik di Negara maju maupun Negara berkembang termasuk Indonesia (Nurwati,2019). Jumlah kasus HIV di Asia yang dilaporkan tahun 2021 terdapat 410.000 orang yang ODHIV, dan diantara mereka terdapat 69.000 yang baru terinfeksi. Kemudian 150.000 remaja yang terinfeksi HIV. Pencegahan penularan dari ibu ke anak pada cakupan 49% [39-61%] jauh di bawah rata-rata global yaitu 81% [63-97%] (WHO, AidsDataHub, 2021)

Setiap tahunnya, Jumlah kasus HIV di Indonesia yang dilaporkan dari tahun 2005 sampai dengan Maret 2021 cenderung meningkat. Jumlah kumulatif kasus HIV yang dilaporkan sampai Maret 2021 sebanyak 427.201 (78,7% dari target 90% estimasi ODHIV tahun 2020 sebesar 543.100) (Kemenkes, 2021). Sedangkan Jumlah ODHIV yang ditemukan periode Januari – Juni 2022 sebanyak 22.331 orang dari 2.018.641 orang yang dites HIV, dan sebanyak 18.749 orang mendapat pengobatan ARV. Distribusi ODHIV di Indonesia dapat dilihat dalam grafik di bawah ini. (Kemenkes, 2022).



Sumber Data: SIHA Laporan KT dan LBPHA Jan – Mar 2022

Berdasarkan data laporan tahun Triwulan I di Indonesia menunjukkan bahwa orang dengan HIV/AIDS terbanyak pada daerah Jawa Barat, disusul Jawa Timur, DKI, Jawa tengah dan Sumatera Utara, namun tidak hanya terdapat di kota – kota tapi terdapat juga di kota-kota kecil. Maluku merupakan salah satu provinsi dengan jumlah kasus yang cukup tinggi. Berdasarkan data yang dilansir, jumlah kasus HIV hingga pada tahun 2020 sebanyak 3.134 kasus (Rostanti, 2021).

Kota Ambon merupakan daerah dengan prevalensi tertinggi pengidap penyakit HIV/AIDS di provinsi Maluku. Setiap tahunnya, daerah ini mengalami penambahan kasus. Tercatat jumlah penambahan kasus HIV/AIDS tiga tahun terakhir di Kota Ambon yakni 309 kasus pada tahun 2019, 273 kasus tahun 2020, dan 183 kasus pada tahun 2021(Dinkes Kota Ambon, 2022). Untuk memberikan kepastian hukum dan perlindungan setiap upaya penanggulangan HIV/AIDS di Kota Ambon, maka pemerintah daerah membentuk dasar hukum bagi semua yang terlibat dalam pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di Kota Ambon yaitu Peraturan Daerah Kota

Ambon Nomor 10 Tahun 2015 tentang Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immuno Deficiency Syndrome*.

Langkah-langkah penanggulangan HIV dan AIDS dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan yang tercantum pada aturan Bab IV pasal 5 meliputi promosi, pencegahan, penanganan, dan rehabilitasi. Penanggulangan sebagaimana yang dimaksud pasal 5 yaitu melalui upaya pengobatan, perawatan, dukungan, pendampingan, dan pengamatan penyakit. Hal ini dilakukan dengan cara peningkatan kemampuan sumber daya, penyediaan obat ARV, menyediakan alat dan layanan pemeriksaan HIV/AIDS, layanan pengobatan, serta melakukan surveilans perilaku pada penderita (Perda Ambon, 2015).

Bertambahnya jumlah kasus HIV adalah tantangan dalam pembangunan kesehatan. Jangkauan dan kepatuhan masih merupakan tantangan besar terutama di daerah yang jauh dan tidak mudah dicapai. sehingga langkah yang diambil yaitu dengan menjadikan beberapa daerah menjadikan Puskesmas sebagai satelit untuk pengobatan ARV dari rumah sakit dalam kerangka kerja Layanan HIV-IMS Komprehensif Berkesinambungan (LKB) (Kemenkes RI, 2017). Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan masyarakat sekaligus merupakan upaya pelayanan kesehatan perseorangan tingkat pertama yang bertujuan untuk

mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Penemuan kasus baru dan pengobatan terdapat di beberapa puskesmas yang tersebar di beberapa wilayah Indonesia khususnya di Kota Ambon. Puskesmas Waihaong merupakan salah satu puskesmas di wilayah Kota Ambon. berdasarkan data, terdapat 78 kasus baru pada tahun 2019, 57 kasus baru pada tahun 2020, dan 47 kasus baru pada tahun 2021 (Dinkes Kota Ambon, 2021). Hal ini menunjukkan bahwa perlunya penanganan dan tindak lanjut dari puskesmas dalam menangani HIV AIDS di wilayahnya.

Upaya yang dilakukan saat ini untuk penderita HIV yakni pengobatan Antiretroviral (ARV). pemberian ARV mampu menekan jumlah virus (viral load), sehingga akan meningkatkan status imun pasien HIV dan mengurangi kematian akibat infeksi oportunistik. Penggunaan ARV telah berhasil menurunkan angka kematian terkait HIV/AIDS dari 1,5 juta pada tahun 2010 menjadi 1,1 juta pada tahun 2015 (WHO,2016).

Pelayanan pasien HIV/AIDS di Indonesia diberikan secara gratis termasuk penyediaan terapi ARV (Antiretroviral), yang secara signifikan dapat menurunkan angka kematian dan kesakitan, meningkatkan kualitas hidup ODHIV dan harapan masyarakat. Hasil tatalaksana pada pasien HIV/AIDS dapat diklasifikasikan menjadi terapi ARV yang terkontrol, berhenti terapi, rujuk keluar, meninggal dunia, lost to follow-

up, dan tidak diketahui (Rosiana, 2018). Faktor utama dalam mencapai keberhasilan pengobatan infeksi virus HIV yaitu kepatuhan. Kepatuhan dalam meminum ARV merupakan faktor terpenting dalam menekan jumlah virus HIV dalam tubuh manusia yakni minum obat sesuai dosis, tidak pernah lupa, tepat waktu, dan tidak pernah putus (Karyadi, 2017).

Ketidakpatuhan pasien dalam pengobatan berkaitan dengan *lost to follow up*. *Lost to follow up* terapi ARV adalah pasien yang tidak berkunjung ke klinik VCT untuk pengobatan selama 90 hari sejak kunjungan terakhir atau putus berobat selama 3 bulan berturut-turut. ODHIV yang berhenti mengikuti terapi akan berisiko kematian yang lebih besar (Handayani et al., 2017).

Berdasarkan data awal yang diperoleh terdapat 22 Puskesmas di Kota Ambon. Puskesmas yang hanya memberikan layanan pengobatan ARV hanya pada 2 Puskesmas, yaitu Puskesmas Waihaong dan Puskesmas Karpan. Adapun untuk jumlah kunjungan pengobatan ARV dalam 3 tahun terakhir pada Puskesmas Waihaong tahun 2019 sebanyak 169, tahun 2020 sebanyak 235, dan pada tahun 2021 sebanyak 277. Kemudian untuk jumlah kunjungan di Puskesmas Karpan pada tahun 2019 sebanyak 27, tahun 2020 sebanyak 168, dan tahun 2021 sebanyak 81 kunjungan.

Ketidakpatuhan pasien pada terapi ARV dapat memberikan efek negatif yang sangat besar karena persentase penyakit HIV/AIDS diperkirakan akan meningkat. Banyak penelitian menunjukkan bahwa

hanya dengan kelupaan satu atau dua dosis obat ARV dalam satu minggu dapat memberikan dampak besar terhadap pengobatan HIV/AIDS (UNAIDS, 2012).

Penelitian yang dilakukan pada tahun 2018 tentang Hubungan Dukungan Keluarga dan Pengetahuan dengan Kepatuhan Ibu Hamil dengan HIV dalam Mengonsumsi ARV di RSUD dr. Margono Soekarjo Purwokerto didapatkan hasil bahwa: Sebagian besar responden mendapat dukungan keluarga; Sebagian besar responden mempunyai pengetahuan yang baik; Sebagian besar responden patuh mengonsumsi ARV; Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan ibu hamil dengan HIV dalam mengonsumsi ARV; dan Ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan ibu hamil dengan HIV dalam mengonsumsi ARV (Tri Anasaridan Yuli Trisnawati, 2018). Paradigma baru yang menjadi tujuan global dari UNAIDS adalah *Zero AIDS – Related Death*. Tujuan ini dapat tercapai salah satunya dengan cara ODHIV datang ke layanan HIV/AIDS dan segera mendapatkan terapi ARV, artinya prosentase ODHIV patuh ARV memiliki target 100%.

Dari latar belakang yang telah disebutkan, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait “Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Layanan Pengobatan ARV pada Pasien HIV Di Puskesmas Kota Ambon”.

## **B. Rumusan Masalah**

Dari latar belakang yang telah ditulis, penulis memberikan identifikasi masalah yang akan dijadikan bahan penelitian yaitu, “Menganalisis Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Layanan Pengobatan ARV pada Pasien HIV Di Puskesmas Kota Ambon”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Layanan Pengobatan ARV pada Pasien HIV Di Puskesmas Kota Ambon.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis pengaruh pengetahuan pasien terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon
- b. Menganalisis pengaruh sikap pasien terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.
- c. Menganalisis pengaruh tindakan pasien terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.
- d. Menganalisis pengaruh jarak akses ke tempat layanan ARV terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.

- e. Menganalisis pengaruh sikap petugas kesehatan terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.
- f. Menganalisis pengaruh sikap teman sebaya dan komunitas terhadap pemanfaatan pengobatan ARV di Puskesmas Kota Ambon.
- g. Menganalisis hubungan antara Tindakan pasien, Jarak akses, dan dukungan teman sebaya terhadap pemanfaatan pengobatan ARV di Puskesmas Kota Ambon

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Teoritis**

###### **a. Bagi Ilmu Pengetahuan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumbangsih nyata bagi ilmu pengetahuan

###### **b. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi tambahan dan pengalaman yang berharga bagi peneliti selanjutnya

##### **2. Manfaat Praktis**

###### **a. Bagi Dinas Kesehatan Terkait**

Sebagai bahan evaluasi dan bahan pertimbangan dalam penyusunan rencana baru untuk pelaksanaan PERDA Kota

Ambon No.10 Tahun 2015 terkait Penanggulangan HIV AIDS di Kota Ambon.

b. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman serta wawasan peneliti untuk menganalisis faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi Pemanfaatan Layanan Pengobatan ARV pada Pasien HIV Di Puskesmas Kota Ambon.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

##### **1. Pengertian Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan ataupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan tersebut yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat, dan kewajaran, mudah dicapai oleh masyarakat, terjangkau serta bermutu (Azwar, A., 2010).

Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat (Perpres No.71 Tahun 2013). Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) wajib memberikan pelayanan primer yang komprehensif sebagai gate keeper dengan kualitas pelayanan kesehatan menjadi prioritas (Davi, M., 2016).

Menurut Lavey dan Loomba (1973) yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara

dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Davi, M., 2016).

Pelayanan kesehatan masyarakat (public health service) adalah bagian dari pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit dengan sasaran utamanya adalah masyarakat. Pelayanan kesehatan masyarakat ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya dilakukan secara bersama-sama dalam suatu organisasi (Davi, M., 2016).

Pelayanan kesehatan harus memiliki syarat pokok. Syarat pokok yang dimaksud adalah:

a. Tersedia dan Berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (available) serta bersifat berkesinambungan (continuous). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya di masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

b. Dapat Diterima dan Wajar

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima (acceptable) oleh masyarakat serta bersifat wajar (appropriate), artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan

masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah Dicapai

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

d. Mudah Dijangkau

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksudkan yaitu dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

e. Bermutu

Pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksud disini adalah yang

menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

## 2. Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Faktor-faktor determinan dalam penggunaan pelayanan kesehatan didasarkan pada beberapa kategori antara kependudukan, struktur sosial, psikologi sosial, sumber daya keluarga, sumber daya masyarakat, organisasi dan model-model sistem kesehatan. Anderson (1973) menggambarkan model sistem kesehatan (*health model system*) yang berupa model kepercayaan kesehatan.

Terdapat beberapa teori pemanfaatan pelayanan yang dikembangkan sesuai dengan variabel-variabel yang digunakan dalam masing-masing teori (Notoatmodjo, 2010).

### a. Teori "*Preced-Proced*"

Anderson percaya bahwa setiap individu mempunyai perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan gaya hidup, mempunyai tipe dan frekuensi penyakit yang berbeda serta mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan. Anderson mengelompokkan faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam 3 karakteristik, yaitu karakteristik predisposisi (*predisposing*

*characteristics*), karakteristik pendukung (*enabling characteristics*), karakteristik kebutuhan (*need characteristics*).

- 1.) Karakteristik predisposisi (*predisposing characteristics*): setiap individu memiliki kecenderungan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda karena terdapat ciri individu, seperti: ciri demografi (umur, jenis kelamin, dan status perkawinan), struktur sosial (tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, ras/suku, agama, dan sebagainya), dan kepercayaan kesehatan (keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit).
- 2.) Karakteristik kemampuan (*enabling characteristics*) : kondisi yang membuat individu mampu memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Individu tidak akan bertindak, sekalipun memiliki predisposisi untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Karakteristik pendukung tersebut antara lain : sumber daya keluarga (penghasilan keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan, penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, serta pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan) dan sumber daya masyarakat (jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia, dan lokasi tempat tinggal penduduk).

3.) Karakteristik kebutuhan (*need characteristics*) : stimulus langsung untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Karakteristik kebutuhan mencakup penilaian terhadap suatu penyakit dan dibagi menjadi dua kategori : penilaian individu (penilaian kesehatan yang dirasakan seseorang, besarnya ketakutan terhadap penyakit, dan hebatnya rasa sakit yang diderita) dan penilaian klinik (penilaian terhadap beratnya penyakit yang terlihat dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter) (Notoatmodjo, 2010).

b. Model Kepercayaan Kesehatan

HBM (*Health belief model*) telah berkembang di tahun 1950 oleh para ahli psikologi sosial. Berkembangnya pelayanan kesehatan masyarakat akibat kegagalan dari orang atau masyarakat untuk menerima usaha-usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh provider (Glanz, 2002).

Ada 5 variabel yang menyebabkan seseorang mengobati penyakitnya:

1.) Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)

Persepsi seseorang terhadap resiko dari suatu penyakit. Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan terhadap penyakit tersebut.

2.) Keparahan yang dirasakan (*perceived seriousness*)

Tindakan seseorang dalam pencarian pengobatan dan pencegahan penyakit dapat disebabkan karena keseriusan dari suatu penyakit yang dirasakan misalnya dapat menimbulkan kecacatan, kematian, atau kelumpuhan, dan juga dampak sosial seperti dampak terhadap pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial.

3.) Keuntungan yang dirasakan (*perceived benefits*)

Penerimaan seseorang terhadap pengobatan penyakit dapat disebabkan karena keefektifan dari tindakan yang dilakukan untuk mengurangi penyakit. Faktor lainnya termasuk yang tidak berhubungan dengan perawatan seperti, berhenti merokok dapat menghemat uang.

4.) Hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*)

Dampak negatif yang ditimbulkan oleh tindakan pencegahan penyakit akan mempengaruhi seseorang untuk bertindak. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan atau hambatan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan tersebut.

5.) Isyarat atau tanda-tanda untuk bertindak (*Cues to action*)

*Cues to action* adalah mempercepat tindakan yang membuat seseorang merasa butuh mengambil tindakan atau melakukan tindakan nyata untuk melakukan perilaku sehat. *Cues to action* juga berarti dukungan atau dorongan dari lingkungan terhadap individu

yang melakukan perilaku sehat. Saran dokter atau rekomendasi telah ditemukan juga bisa menjadi *Cues to action* untuk bertindak dalam konteks memeriksakan penyakit.

6.) Keyakinan akan diri sendiri (*self efficacy*)

Kepercayaan seseorang terhadap kemampuannya dalam pengambilan tindakan (Glanz, 2002).

## **B. Tinjauan Umum Tentang HIV-AIDS**

### **1. Pengertian HIV-AIDS**

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) merupakan sejenis virus yang menginfeksi melalui sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. HIV menyerang sel CD4 dan merubahnya menjadi tempat berkembang biak kemudian merusaknya sehingga tidak dapat digunakan lagi. Sedangkan sel darah putih sangat dibutuhkan dalam kekebalan tubuh karena ketika diserang oleh penyakit maka tubuh tidak memiliki perlindungan untuk melawan penyakit tersebut (Istiqomah, 2019).

Turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan oleh infeksi HIV dapat menyebabkan timbulnya sekumpulan gejala yang biasa disebut dengan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS). Agar tidak sampai ke dalam stadium AIDS maka diperlukan pengobatan dengan *Antiretroviral* (ARV) pada penderita HIV dengan cara menurunkan jumlah virus HIV di dalam tubuh. Sedangkan pada penderita AIDS, pengobatan ARV

dibutuhkan untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dan berbagai komplikasinya (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

### 3. Etiologi HIV-AIDS

HIV tergolong pada kelompok virus sitopatik yang diklasifikasikan dalam famili retroviridae, subfamily lentriviridae, genus lentivirus. Berdasarkan strukturnya HIV termasuk famili retrovirus yang merupakan kelompok virus RNA yang mempunyai berat molekul 0,7 kb (kilobase). Virus ini terdiri dari 2 grup, yaitu HIV-1 dan HIV-2. Grup HIV-1 adalah grup yang paling banyak menimbulkan kelainan dan lebih ganas diseluruh dunia dibandingkan dengan grup HIV-2 (Istiqomah, 2019).

HIV dikelilingi oleh *lipid bilayer envelope* yang terdiri dari satu bagian inti yang berbentuk silinder. Terdapat dua jenis glikoprotein pada *lipid bilayer* yaitu berupa gp120 dan gp41. Protein ini memiliki fungsi utama untuk memediasi pengenalan sel CD4+ dan reseptor kemokin dan memungkinkan virus untuk melekat pada sel CD4+ yang terinfeksi. Bagian dalam terdapat berbagai protein dan enzim yang penting untuk replikasi dan maturase HIV antara lain adalah p24, p7, p9, p17, reserve transcriptase, integrase, dan protase.

Berbeda dengan retrovirus yang lain, terdapat sembilan gen yang digunakan oleh HIV untuk mengkode protein penting dan enzim. Terdapat tiga gen utama yaitu *pol*, *gag*, dan *env*. Protein inti dikode oleh gen *gag*, enzim reserve transkriptase, integrase, dan protase dikode oleh gen *pol*, dan komponen struktural HIV yaitu glikoprotein dikode oleh

gen *env*. Sedangkan gen *rev*, *nef*, *vif*, *vpu*, *vpr*, dan *tat* berperan untuk replikasi virus dan meningkatkan tingkat infeksi HIV (Yuliyanasari, 2017).

#### 4. Penularan HIV-AIDS

HIV dapat ditularkan saat melakukan hubungan seksual dengan orang yang terinfeksi HIV melalui pertukaran berbagai cairan tubuh seperti darah, ASI, air mani, dan cairan vagina. Saat hubungan seksual berlangsung, air mani, cairan vagina, dan darah dapat mengenai selaput lendir vagina, penis, dubur, atau mulut sehingga HIV yang terdapat dalam cairan tersebut masuk ke aliran darah. HIV juga dapat ditularkan dari ibu ke anaknya selama kehamilan dan persalinan. Individu tidak dapat terinfeksi melalui kontak sehari-hari seperti berciuman, berpelukan, berjabat tangan, atau berbagi benda pribadi (WHO, 2021).

#### 5. Perjalanan Penyakit dan Stadium Infeksi HIV

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas seluler. Penurunan imunitas cenderung diikuti dengan adanya peningkatan risiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta keganasan penyakit. Perjalanan HIV-AIDS dibagi dalam dua fase, yaitu fase infeksi awal dan fase infeksi lanjut (Manowati, 2019).

##### a. Fase Infeksi Awal

Proses infeksi (*immunokompeten*) pada fase awal akan terjadi respons imun berupa peningkatan aktivitas imun, yaitu pada tingkat

seluler (HLA-DR; sel T; IL-2R); serum atau humoral (beta-2 mikroglobulin, neopterin, CD8, IL-R) dan antibody upregulation (gp 120, anti p24; IgA). Induksi sel T-helper dan sel-sel lain diperlukan untuk mempertahankan fungsi sel-sel T, sehingga T-helper tidak dapat memberikan induksi kepada sel-sel efektor sistem imun. Dengan tidak adanya T-helper, sel-sel efektor sistem imun seperti T8 sitotoksik, sel NK, monosit dan sel B tidak dapat berfungsi secara baik. Daya tahan tubuh menurun sehingga pasien jatuh ke dalam stadium lanjut.

b. Fase Infeksi Lanjut

Fase ini disebut dengan imunodefisien, dalam serum pasien yang terinfeksi HIV ditemukan adanya faktor supresif berupa antibodi terhadap proliferasi sel T. Adanya supresif pada proliferasi sel T tersebut dapat menekan sintesis dan sekresi limfokin. Sehingga sel T tidak mampu memberikan respons terhadap mitogen, terjadi disfungsi imun yang ditandai dengan penurunan kadar CD4+, sitokin (IFN $\gamma$ ; IL-2; IL-6), antibodi down regulation (gp120; anti p-24), TNF  $\alpha$ , dan anti nef.

Selain itu, terdapat tiga stadium infeksi HIV, diantaranya yaitu (Kementerian Kesehatan RI, 2015):

a. Fase I : Masa jendela (*window period*)

Pada fase ini tubuh sudah terinfeksi HIV, namun pada pemeriksaan darah masih belum ditemukan antibodi anti-HIV. Sejak infeksi awal, masa jendela biasanya berlangsung sekitar dua minggu sampai tiga

bulan, Sekitar 30-50% orang mengalami gejala infeksi berupa demam, nyeri tenggorokan, pembesaran kelenjar getah bening, ruam kulit, nyeri sendi, sakit kepala, bisa disertai batuk seperti gejala flu pada umumnya yang akan mereda dan sembuh dengan atau tanpa pengobatan. Fase “*flu-like syndrome*” ini terjadi akibat serokonversi dalam darah, saat replikasi virus terjadi sangat hebat pada infeksi primer HIV.

b. Fase II : Masa laten

Masa laten ini bisa tanpa gejala/tanda (asimtomatik) hingga gejala ringan. Meskipun gejala penyakit belum timbul tetapi tes darah terhadap HIV menunjukkan hasil yang positif. Masa tanpa adanya gejala rata-rata berlangsung selama 2-3 tahun, sedangkan masa gejala ringan dapat berlangsung selama 5-8 tahun, ditandai oleh berbagai radang kulit seperti ketombe, folikulitis yang hilang timbul meskipun dilakukan pengobatan.

c. Fase III : Masa AIDS

Masa AIDS adalah fase terminal infeksi HIV dengan kekebalan tubuh yang telah menurun drastis sehingga mengakibatkan timbulnya berbagai infeksi oportunistik, berupa peradangan berbagai mukosa, misalnya infeksi jamur dimulut, kerongkongan dan paru-paru, dan organ lain di luar paru-paru. Sering ditemukan diare kronis dan penurunan berat badan sampai lebih dari 10% dari berat awal.

## 6. Patogenesis HIV-AIDS

Target utama dari infeksi HIV di jaringan yaitu sistem imun dan sistem saraf pusat. Terganggunya sistem imun dapat mengakibatkan kondisi imunodefisiensi pada *cell mediated immunity* yang berakibat pada hilangnya sel T CD4+ dan ketidakseimbangan fungsi ketahanan sel T helper. Selain sel tersebut, makrofag dan sel dendrit juga menjadi target. Melalui jaringan mukosa dan darah, HIV masuk ke dalam tubuh yang selanjutnya akan menginfeksi sel T, sel dendritik dan makrofag. Kemudian berlangsung infeksi di jaringan limfoid dimana virus akan menjadi laten pada periode yang lama (Yuliyanasari, 2017).

### C. Tinjauan Umum Tentang ARV

*Antiretroviral* (ARV) adalah obat yang digunakan untuk penderita yang terinfeksi HIV/AIDS. Obat ini sangat berguna untuk kelangsungan hidup penderita. Obat ini tidak membunuh virus, namun dapat memperlambat pertumbuhan virus. Waktu pertumbuhan virus diperlambat, begitu juga dengan perjalanan penyakit HIV.

Tujuan terapi ARV adalah untuk menurunkan angka rawat inap, kesakitan, dan kematian yang disebabkan oleh HIV/AIDS; Meningkatkan kualitas hidup ODHIV; Memulihkan dan memelihara fungsi kekebalan tubuh; Menekan replikasi virus secara maksimal dan terus-menerus yang berakibat langsung maupun tidak langsung pada pemulihan atau pemeliharaan fungsi kekebalan tubuh; dan Mengurangi laju penularan

HIV di masyarakat.

Manfaat terapi ARV secara signifikan memberikan hasil yang baik bagi pasien HIV/AIDS. Pemberian ARV selama infeksi HIV akut memberikan efek yang baik pada pasien seperti memperpendek durasi simptomatik infeksi, mengurangi sel yang terinfeksi, menyediakan cadangan respon imun yang spesifik dan menurunkan jumlah virus dalam jangka waktu yang lama. Terapi ARV diberikan seumur hidup karena HIV/AIDS sampai sekarang belum dapat disembuhkan. Tujuan pemberian ARV adalah menjaga *viral load* dibawah 50 kopi/ml, dikatakan gagal terapi jika *viral load* mencapai 1000 kopi/ml. Keberhasilan terapi ARV memerlukan kepatuhan terapi bagi pasien HIV/AIDS sehingga kepatuhan pasien harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap kunjungan. Kegagalan terapi ARV sering diakibatkan oleh ketidakpatuhan pasien mengkonsumsi ARV (Kemenkes RI, 2011).

Jenis-jenis ARV berdasarkan cara kerjanya dibedakan dalam beberapa golongan yaitu golongan NRTI, NNRTI, dan PI. Golongan NRTI: Abacavir, Didanosin, Lamivudin, Stavudin, Tenolovir, Zalcibatin, Zidotudin. Golongan NNRTI: Efavirenz, Neviparin. Golongan PI: Loponavir, Ritonavir, Nelfinavir, Saquinavir.

Kegagalan terapi ARV adalah ketidakberhasilan mencapai target. Kegagalan virologis merupakan pertanda awal dari kegagalan pengobatan satu kombinasi obat ARV. Setelah terjadi kegagalan virologis, dengan berjalannya waktu akan diikuti oleh kegagalan imunologis dan

akhirnya akan timbul kegagalan klinis.

Pada keadaan gagal klinis biasanya ditandai oleh timbulnya kembali infeksi oportunistik. Hal ini disebabkan oleh rendahnya jumlah limfosit CD4<sup>+</sup> akibat terjadinya resistensi virus terhadap ARV yang sedang digunakan. Kegagalan virologis muncul lebih dini daripada kegagalan imunologis dan klinis. Karena itu pemeriksaan *viral load* akan mendeteksi lebih dini dan akurat kegagalan pengobatan dibandingkan dengan pemantauan menggunakan kriteria imunologis maupun klinis, sehingga mencegah meningkatnya morbiditas dan mortalitas pasien HIV. Pemeriksaan *viral load* juga digunakan untuk menduga risiko transmisi kepada orang lain, terutama pada ibu hamil dengan HIV dan pada tingkat populasi. Pasien HIV yang dinyatakan gagal pada pengobatan lini pertama, harus menggunakan pengobatan ARV lini kedua supaya dapat mencapai tujuan pengobatan ARV seperti disebut diatas. Hal ini akan mengakibatkan terjadinya perubahan biaya pengobatan karena harga obat ARV lini kedua lebih mahal dari obat ARV lini pertama.

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

Hubungan pasien dan tenaga kesehatan memiliki karakteristik yang dapat mempengaruhi kepatuhan dalam menjalani terapi ARV meliputi: Kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan;

Pandangan pasien terhadap kompetensi tenaga kesehatan; Komunikasi, nada afeksi dari hubungan tersebut (hangat, terbuka, kooperatif); dan Kesesuaian kemampuan serta kapasitas tempat layanan dengan kebutuhan pasien.

#### **D. Tinjauan Umum Tentang Puskesmas**

##### **1. Pengertian Puskesmas**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019, Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2019).

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes, 2019). Pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang tidak hanya memberikan pelayanan yang menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Nopiani, 2019).

Puskesmas merupakan organisasi fungsional yang berperan aktif dalam masyarakat pada tingkat yang inklusif, merata, dapat diterima dan terjangkau, serta menggunakan hasil perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sesuai untuk mendorong upaya pelayanan kesehatan dengan biaya yang wajar oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan ini difokuskan untuk melayani masyarakat yang lebih luas untuk mencapai kesehatan yang optimal tanpa mengurangi kualitas individu (Irmawati, Sultan dan Nurhannis, 2017).

## 2. Fungsi dan Peran Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes, 2019). Pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang tidak hanya memberikan pelayanan yang menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Nopiani, 2019).

Puskesmas merupakan organisasi fungsional yang berperan aktif dalam masyarakat pada tingkat yang inklusif, merata, dapat diterima dan terjangkau, serta menggunakan hasil perkembangan ilmu pengetahuan dan

teknologi yang sesuai untuk mendorong upaya pelayanan kesehatan dengan biaya yang wajar oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan ini difokuskan untuk melayani masyarakat yang lebih luas untuk mencapai kesehatan yang optimal tanpa mengurangi kualitas individu (Irmawati, Sultan dan Nurhannis, 2017).

Fungsi Puskesmas adalah sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, serta pusat pelayanan kesehatan strata I yang mencakup layanan kesehatan swasta dan publik. Sebagai unit pelaksana kinerja pusat kesehatan, Puskesmas didorong untuk terus meningkatkan kinerjanya sesuai dengan fungsi yang diembannya. Salah satu bentuk untuk mengevaluasi kinerja bidang kesehatan khususnya Puskesmas yaitu dengan melihat tingkat kepuasan masyarakat terhadap Puskesmas (Ma'rufi dkk., 2015).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang pusat kesehatan masyarakat, dimana puskesmas menyelenggarakan fungsi yaitu penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya dan penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya. Dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya Puskesmas berwenang untuk:

- a. Menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan

- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi, jaringan pelayanan Puskesmas dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat
- f. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
- h. Memberikan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual
- i. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan
- j. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, melaksanakan sistem kewaspadaan dini, dan respon penanggulangan penyakit
- k. Melaksanakan kegiatan pendekatan keluarga

- I. Melakukan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah kerjanya, melalui pengoordinasian sumber daya kesehatan di wilayah kerja Puskesmas

Dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya puskesmas berwenang untuk :

- a. Penyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu, dan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologi, sosial, dan budaya dengan membina hubungan dokter - pasien yang erat dan setara.
- b. Penyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif.
- c. Penyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat.
- d. Penyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan kerja.
- e. Penyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi.
- f. Melaksanakan penyelenggaraan rekam medis.
- g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan.

- h. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
- i. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.
- j. Melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayah kerjanya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Puskesmas memegang peranan yang sangat penting sebagai lembaga pelaksanaan teknis. Puskesmas membutuhkan keterampilan manajerial dan ide-ide positif untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Peran ini menjadi nyata dengan keterlibatan Puskesmas dalam pengambilan kebijakan daerah melalui sistem perencanaan, pengelolaan operasional yang terorganisir, sistem evaluasi dan pemantauan yang komprehensif dan praktis. Puskesmas juga diharapkan berperan dalam pemanfaatan teknologi informasi sebagai bagian dari upaya peningkatan pelayanan kesehatan secara holistik dan terintegrasi (Anggraeni, 2019).

## E. Sintesa Penelitian

NO	Nama	Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	A. Wiwiek Damayanti Amanda, 2020	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral (Arv) Pada Pasien Hiv/Aids Di Poliklinik Vct Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (Bbkpm) Makassar	Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada pasien HIV/AIDS	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang bersifat survey analitik dengan pendekatan cross sectional dengan jumlah sampel 31 responden. Metode pengumpulan sampel dengan teknik Purposive sampling.	Ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada pasien HIV/AIDS di Poli VCT Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Makassar dan disarankan untuk peneliti selanjutnya untuk meneliti variabel yang belum diteliti dengan populasi yang banyak.
2.	M. Hidayat Lasti, 2017	Analisis Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral (ARV) Pada Komunitas LSL (Laki-Laki Seks Dengan Laki-Laki) ODHIV Di Kota Parepare Sulawesi Selatan	Menganalisis kepatuhan minum obat ARV pada komunitas LSL ODHIV dengan fokus pada Karakteristik Individu, Dukungan Keluarga, Institusi Penyedia Layanan, dan Konteks Sosial	Studi kualitatif dengan desain fenomenologi. Teknik pengumpulan data dengan indepth interview, Focus Group Discussion, Observasi dan Photovoice. Dengan informan 6 ODHIV LSL	Kepatuhan minum obat ARV pada 6 ODHIV LSL yang ada di kota Parepare pada tingkat kepatuhan yang tinggi. Pendidikan, manfaat ARV, dukungan keluarga, akses ARV, hubungan dengan penyedia layanan, pengetahuan tentang HIV dan AIDS, kelompok dukungan sebaya dan program ramah ODHIV

				dan 7 orang dari institusi terkait.	berdampak positif terhadap kepatuhan minum obat ARV pada ODHIV LSL. Sedangkan efek samping, lama mengantri di rumah sakit, stigma terhadap ODHIV dan stigma terhadap LSL berdampak negatif terhadap kepatuhan minum obat ARV pada ODHIV LSL
3.	Mimin Mustika Sari, 2019	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi Antiretroviral (Arv) Pada Orang Dengan Hiv/Aids ODHIV Di Kabupaten Madiun	Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi ARV pada ODHIV di Kabupaten Madiun	Jenis penelitian ini adalah kuantitatif analitik dengan desain cross sectional. Penentuan sampel dengan teknik purposive sampling. Jumlah sampel penelitian sebanyak 194 responden	Menunjukkan ada pengaruh pengetahuan ODHIV terhadap kepatuhan terapi ARV dengan nilai p value sebesar 0,023. Ada pengaruh sikap ODHIV terhadap kepatuhan terapi ARV dengan nilai p value sebesar 0,02. Ada pengaruh tindakan ODHIV terhadap kepatuhan terapi ARV dengan nilai p value sebesar 0,037. Tidak ada pengaruh ketersediaan tempat layanan terhadap kepatuhan terapi ARV dengan nilai p value sebesar 0,197. Tidak ada pengaruh jarak akses ke tempat layanan terhadap kepatuhan terapi ARV dengan nilai p value sebesar

					0,257. Ada pengaruh sikap petugas kesehatan terhadap kepatuhan terapi ARV dengan nilai p value sebesar 0,012.
4.	Aisha Maulidya Sari, Ika Ratna Hidayati, Rizka Novia Atmadani	Hubungan Tingkat Efek Samping Obat ARV Pada Pasien ODHIV Terhadap Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat ARV	Untuk mengetahui hubungan tingkat efek samping obat terhadap tingkat kepatuhan dalam pengobatan ARV pada pasien ODHIV	Menggunakan cross-sectional pada pasien ODHIV di Puskesmas Dinoyo, Kota Malang	Hasil penelitian didapatkan bahwa tingkat efek samping obat pasien ODHIV di Klinik VCT (Voluntary Counselling and Testing) Puskesmas Dinoyo yakni pasien ODHIV yang mengalami efek samping rendah 20% , efek samping sedang 28,2% dan efek samping tinggi 51,8% d. Kepatuhan minum obat pasien ODHIV di Klinik VCT Puskesmas Dinoyo pasien dengan kepatuhan rendah sebanyak 1,2%, kepatuhan sedang 69,4% dan kepatuhan tinggi 29,4%. Tidak terdapat hubungan signifikan antara tingkat efek samping obat ARV pada pasien ODHIV terhadap tingkat kepatuhan penggunaan obat ARV dengan nilai p-value yang didapatkan sebesar 0,567

5.	Rezky Nur Fadillah, 2021	Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral (Arv) Pada Orang Dengan Hiv-Aids (ODHIV) Di Kota Palopo Tahun 2020	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada ODHIV di Kota Palopo	Penelitian observasional dengan rancangan cross sectional atau yang disebut juga rancangan potong silang	Terdapat hubungan antara pengetahuan pengobatan, dan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat ARV pada ODHIV di Kota Palopo tahun 2020. Kurangnya sosialisasi dan edukasi kepada masyarakat mengenai HIV-AIDS menjadi penyebab sebagian besar ODHIV menutup diri dan menyembunyikan penyakitnya. Hal ini berdampak pada kurangnya Pengawas Minum Obat (PMO) pada ODHIV, dan berisiko terhadap kepatuhan minum obat jangka panjang
6.	Suarnianti, Agnes Derek, Nur Khalid, 2021	Evaluasi Treatment Terkini Dalam Pengobatan HIV/AIDS: Literature Review	Tujuan penelitian adalah untuk mengevaluasi efektivitas treatment terkini berbasis dolutegravir (DTG) dalam pengobatan HIV/AIDS.	Menggunakan metode studi kepustakaan atau literatur review. Pengumpulan artikel dengan penelusuran di PubMed, dan Proquest dengan kata kunci dolutegravir, treatment, HIV/AIDS, didapatkan 353 jurnal yang relevan, kemudian didapatkan	Keberhasilan dalam pengobatan HIV/AIDS berbasis DTG perlu melihat 3 aspek penting yaitu transmisi penularan selama penggunaan DTG, efek samping dari DTG dan risiko yang dapat ditimbulkan regimen DTG. Regimen DTG baik kombinasi maupun yang tidak, sangat efektif dalam menekan tra

				9 jurnal yang sesuai dengan kriteria inklusi untuk dilakukan review, kriteria artikel yang digunakan adalah yang dipublikasikan dari tahun 2019-2020	nsmisi penularan dan menurunkan viral load dibandingkan regimen lainnya
7.	Siti Permata Putri, 2020	Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Arv Pada ODHIV	Untuk mengetahui apa saja faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat ARV pada ODHIV	Metode kuantitatif, Cross Sectional	Faktor informasi mempengaruhi kepatuhan minum obat ARV pada ODHIV dengan p value =0,001< 0,05. Faktor motivasi mempengaruhi kepatuhan minum obat ARV pada ODHIV dengan p value = p=0,001< 0,05. Faktor keterampilan berperilaku mempengaruhi kepatuhan minum obat pada ODHIV dengan p value= 0,001< 0,05
8.	Ekta Suci Wahyuni, Rohman Azzam, 2021	Penurunan Kejadian Loss to Follow up Melalui Pemberian SMS Reminder dan Edukasi Pasien HIV/AIDS	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui penurunan kejadian loss to follow up melalui pemberian SMS reminder	Penelitian kuantitatif dengan desain eksperimental kuasi dengan pendekatan pre-test and post-test with control group terhadap 36 pasien yang selama ini	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa usia, jenis kelamin, status pekerjaan dan tingkat pendidikan berhubungan dengan kejadian loss to follow up, sedangkan lama terinfeksi dan jarak dari

			dan edukasi pasien HIV/AIDS	melakukan LTFU di RSUD Kabupaten Bekasi	rumah ke tempat pelayanan kesehatan tidak berhubungan dengan loss to follow up. Terjadi perubahan loss to follow up bermakna setelah diberikan dua intervensi. Kata kunci: edukasi; kejadian edukasi; loss to follow up; SMS reminder
9.	Surya Rakhmat Hidayat, Linda Dwi Novial Fitri, 2020	Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Kepatuhan Minum Obat pada ODHIV di Puskesmas Temindung Samarinda	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada ODHIV di Puskesmas Temindung Samarinda	Penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional. Populasi penelitian ini sebanyak 79 responden dan teknik pengambilan sampel penelitian ini menggunakan total sampling. untuk mengukur kepatuhan minum obat menggunakan rekam medis. Uji statistic menggunakan uji chi-square.	Hasil penelitian pemanfaatan pelayanan kesehatan ini didapatkan hasil uji statistik yang signifikan yaitu p value = $0.000 < \alpha = 0.05$ . maka $H_0$ diterima dan dapat diambil kesimpulan terdapat hubungan yang bermakna antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada ODHIV

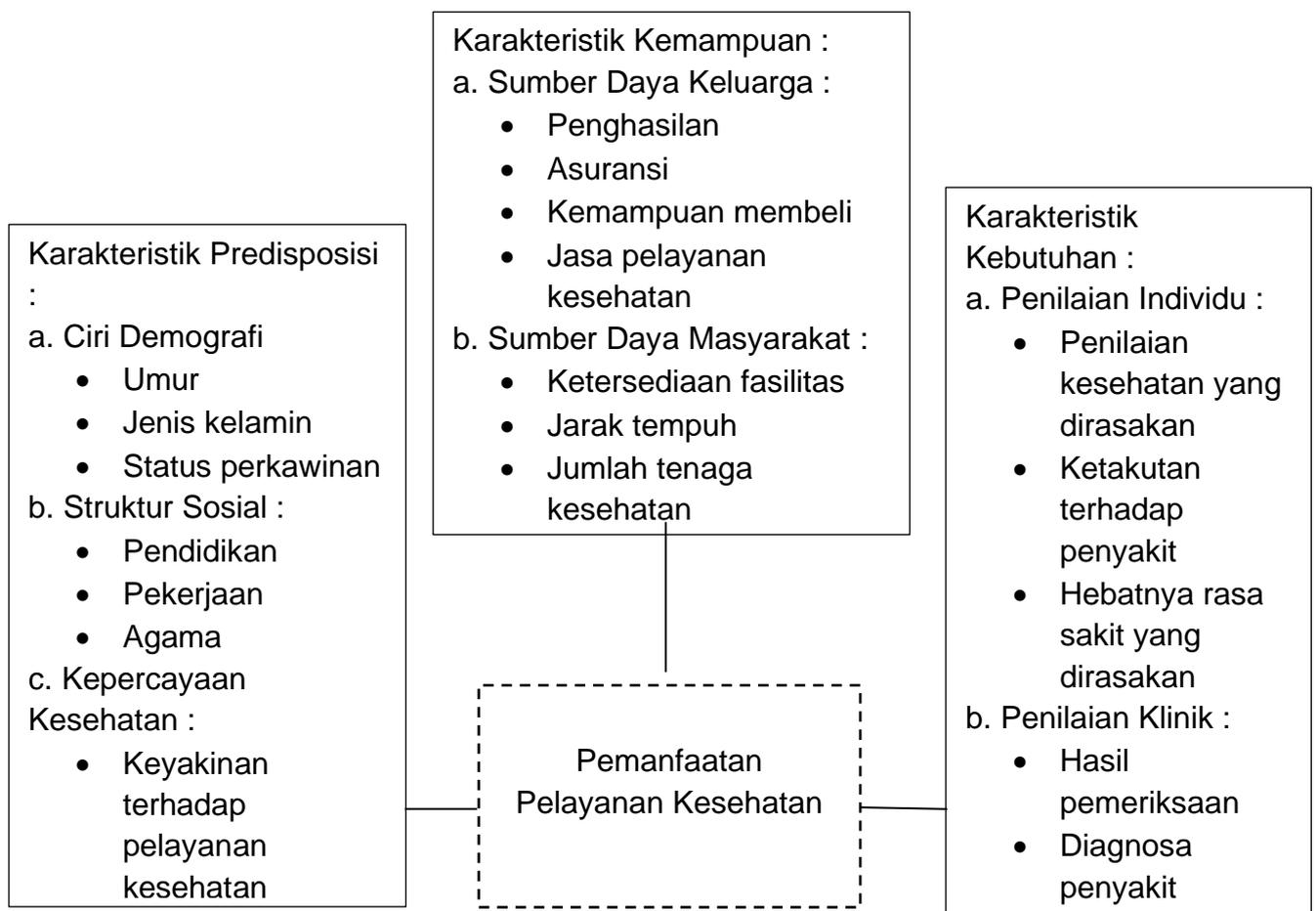
10.	Balqis; Thabrany, Hasbullah; Siregar, Kemal N, 2019	Cross-Sector Collaboration Indicators Development of HIV-AIDS Prevention Program in Indonesia	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengembangkan indikator untuk mengukur kerjasama lintas sektor Program Pencegahan HIV-AIDS	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan desain prosedur penilaian cepat, dan informasi digali melalui wawancara mendalam untuk mengembangkan indikator penilaian dan cara mengukur kerjasama lintas sektor Program Pencegahan HIV-AIDS.	Ditemukan bahwa dari lima dimensi kerjasama lintas sektor program penanggulangan HIV-AIDS, terdapat 18 indikator baru yang terbentuk dari dimensi tata kelola, administrasi, kemandirian organisasi, gotong royong dan norma. Diharapkan dari indikator-indikator tersebut dapat diukur strategi pemerintah dalam program pencegahan HIV-AIDS.
11.	Darmawansyah; Arifin, M.A; Abadi, M.Y; Marzuki, D.S; Fajrin, M.A; Birawa, R.A; Rosdiana. 2020	Desentralisasi Pelaksanaan Program Penanggulangan HIV/AIDS di Kota Makassar	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengkaji desentralisasi dalam program penanggulangan HIV/AIDS di Kota Makassar.	Peneliti menggunakan metode penelitian kualitatif dengan desain studi kasus. Informan dalam penelitian yaitu Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Sulawesi Selatan, Pemegang program HIV-AIDS Puskesmas dan Ketua Organisasi	Hasil penelitian menunjukkan SDM untuk program HIV/AIDS di Kota Makassar sudah terpenuhi dan sesuai dengan kualifikasi terdiri dari tenaga dokter, perawat, laboratorium, farmasi dan kesehatan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan HIV/AIDS sudah berjalan sehingga terbentuk kader di lapangan namun pemberdayaan belum

				LSM peduli HIV-AIDS Kota Makassar.	maksimal dalam penerapannya.
12.	Adele S. Benzaken, Gerson F. M. Pereira, Lendel Costa, Amilcar Tanuri, André F. Santos, and Marcelo A. Soares. 2019	Antiretroviral treatment, government policy and economy of HIV/AIDS in Brazil: is it time for HIV cure in the country?	Tujuan untuk menganalisis kemajuan Brasil sepanjang epidemi HIV/AIDS untuk mencapai pengobatan ARV yang canggih dan untuk mengurangi angka kematian akibat AIDS di negara tersebut	Pengembangan sistem kesehatan masyarakat yang universal dan gratis, diskusi tajam dengan perusahaan farmasi untuk mengurangi harga obat antiretroviral (ARV), investasi untuk pengembangan obat generik dan lisensi wajib ARV.	Brasil menyediakan terapi antiretroviral yang canggih, terdiri dari obat ART paling modern, yang sebagian besar disebarluaskan ke populasi HIV melalui sistem kesehatan masyarakat yang terpadu, universal, dan bebas biaya. Penggunaan ART sebagai alat pencegahan penularan HIV (PrEP dan PEP), digabungkan dengan kemampuan tes HIV terdesentralisasi yang modern dan efisien, semuanya menambah jumlah HIV yang terus meningkat

## F. Kerangka Teori

Teori Anderson (1974) dalam (Notoatmodjo, 2012) yang menggambarkan model sistem kesehatan (*health system model*) dijadikan landasan referensi untuk mengungkap variabel ini. Teori tersebut disusun dalam bentuk kerangka teori seperti berikut :

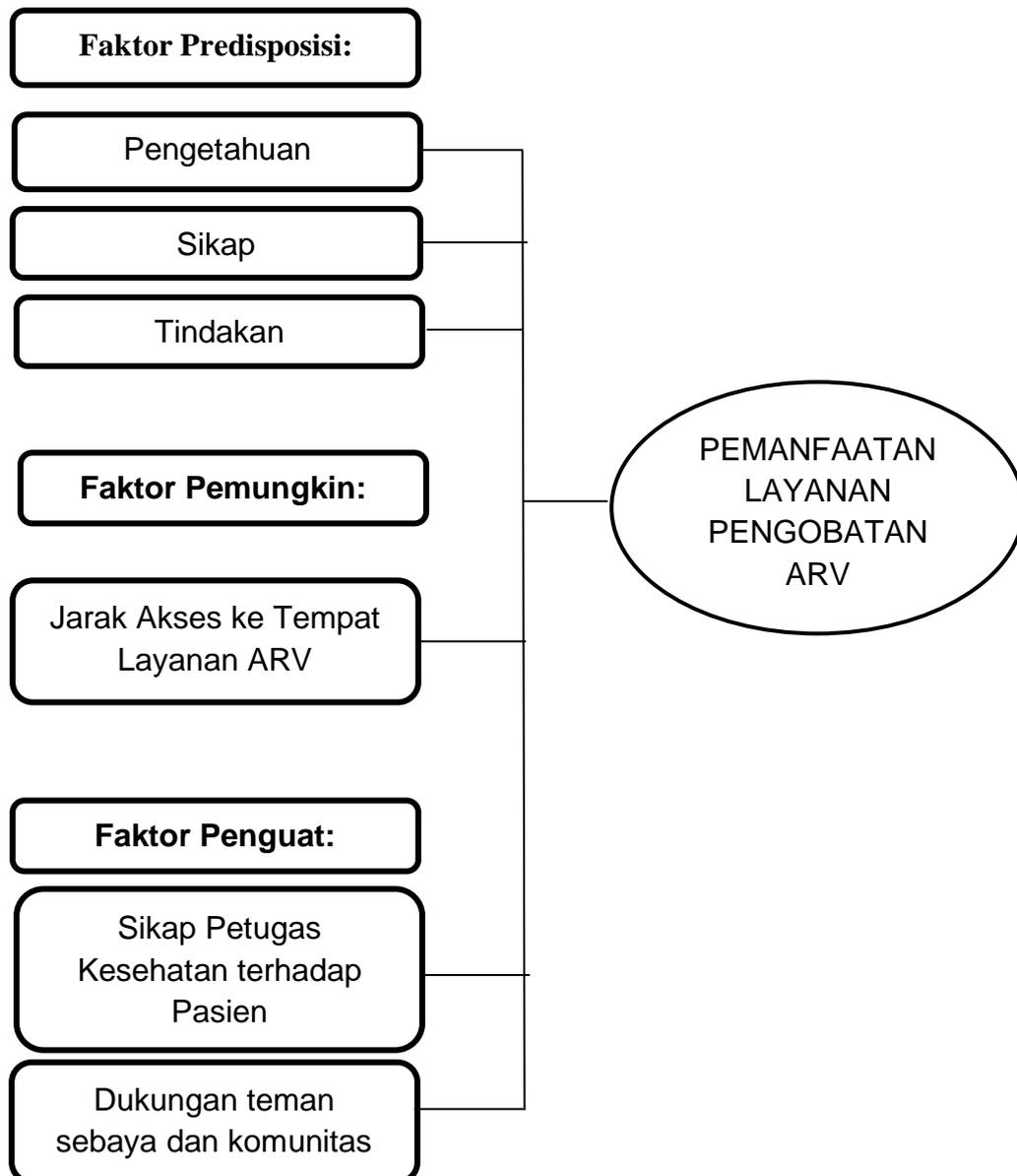
### Kerangka Teori :



Sumber : Anderson (1974), dalam Notoatmodjo (2012)

## G. Kerangka Konsep

Berdasarkan teori diatas, maka dapat disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



Gambar 2. Kerangka Konsep

Variabel Independen:

Variabel Dependen:

## **H. Hipotesis Penelitian**

### 1. Hipotesis Null (Ho)

- a. Tidak ada pengaruh pengetahuan pasien terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.
- b. Tidak ada pengaruh sikap pasien terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.
- c. Tidak ada pengaruh tindakan pasien terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.
- d. Tidak ada pengaruh jarak akses ke tempat layanan ARV terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.
- e. Tidak ada pengaruh sikap petugas kesehatan terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.
- f. Tidak ada pengaruh dukungan teman sebaya dan komunitas terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.

### 2. Hipotesis Alternatif (Ha)

- a. Ada pengaruh pengetahuan pasien terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.
- b. Ada pengaruh sikap pasien terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.

- c. Ada pengaruh tindakan pasien terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.
- d. Ada pengaruh jarak akses ke tempat layanan ARV terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.
- e. Ada pengaruh sikap petugas kesehatan terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.
- f. Ada pengaruh dukungan teman sebaya dan komunitas terhadap pemanfaatan pengobatan ARV pada pasien HIV di Puskesmas Kota Ambon.

### I. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif Penelitian

Definisi operasional adalah menjelaskan semua variabel dan semua istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara optimal, sehingga mempermudah pembaca, penguji dalam mengartikan makna penelitian (Nursalam, 2013). Adapun definisi operasional ini akan diuraikan dalam tabel berikut:

No	Variabel	Operasional	Alat Ukur	Skala Data	Skor / Kategori
1	Pengetahuan Pasien tentang pengobatan ARV	Informasi yang diketahui atau disadari oleh pasien tentang HIV/AIDS dan pengobatan ARV: 1. Definisi HIV/AIDS dan ARV 2. Penyebab dan peningkatan resiko	Kuesioner	Nominal	1 = Baik, jika total skor jawaban benar $\geq$ 76% 2 = Kurang baik, jika total skor jawaban benar < 76%

		HIV/AIDS 3. Terapi pengobat ARV			
2	Sikap Pasien terhadap Pengobatan ARV	Tanggapan dan perlakuan Pasien selama menjalani pengobatan HIV/AIDS (ARV): 1. Kesiediaan waktu ke tempat pengobatan 2. Sikap pasien untuk rutin memeriksakan diri 3. Pentingnya pemeriksaan dan pengobatan ARV	Kuesioner	Nominal	1 = Positif, jika hasil mean lebih besar dari rata-rata 2 = Negatif, jika hasil mean lebih rendah dari rata-rata
3	Tindakan Pasien terhadap Pengobatan ARV	Tindakan dalam hal pengobatan dan keteraturan minum obat: 1. Rutin menjalani pengobatan 2. Rutin menjalani selama 6 bulan 3. Kepatuhan minum obat	Kuesioner	Nominal	1 = Baik, jika total skor jawaban benar $\geq 76\%$ 2 = Kurang baik, jika total skor jawaban benar $< 76\%$
4	Jarak akses ketempat layanan ARV	Jarak rumah ODHIV dengan tempat layanan ARV berdasarkan pada cara menjangkaunya. Jarak dekat dari rumah responden $\leq 2.247,5$ meter. (Waktu yang ditempuh $< 15$ menit serta tidak ada kesulitan dalam hal transportasi).	Kuesioner	Nominal	1 = Terjangkau 2 = Tidak terjangkau

5	Sikap petugas kesehatan terhadap pasien ODHIV	Sikap petugas kesehatan saat melayani pasien ODHIV dalam menjalani pengobatan ARV dinilai dari tingkat keramahan, kepedulian, komunikatif, dan pemberian informasi yang tepat.	Kuesioner	Nominal	1 = Positif, jika hasil mean lebih besar dari rata-rata 2 = Negatif, jika hasil mean lebih rendah dari rata-rata
6	Dukungan teman sebaya dan komunitas	Kemampuan teman sebaya dan komunitas dalam memberikan dukungan secara emosional terhadap pasien ODHIV	Kuesioner	Nominal	1 = Mendukung, jika hasil mean lebih besar dari rata-rata 2 = tidak mendukung, jika hasil mean lebih rendah dari rata-rata
7	Pemanfaatan Pengobatan ARV pada ODHIV di Puskesmas Kota Ambon	Pemanfaatan pengobatan dilihat dari Jumlah kunjungan ODHIV selama pemberian terapi ARV di Puskesmas Kota Ambon	Kuesioner	Nominal	1 = Memanfaatkan, jika berkunjung setiap bulan 2 = Tidak memanfaatkan, jika tidak berkunjung >3 bulan berturut-turut