

**HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN BEROBAT DENGAN
MORTALITAS PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN
WONOSOBO TAHUN 2019**

SKRIPSI



GANE ETIKA RATNASARI

15.0603.0014

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2019

**HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN BEROBAT DENGAN
MORTALITAS PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN
WONOSOBO TAHUN 2019**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang



GANE ETIKA RATNASARI

15.0603.0014

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2019

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN BEROBAT DENGAN
MORTALITAS PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN
WONOSOBO TAHUN 2019**

Telah disetujui untuk diujikan di hadapan Tim Penguji Skripsi Program Studi
Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah
Magelang



Magelang, Agustus 2019

Pembimbing I

Ns. Sodiq Kamal, M.Sc
NIDN.0610128001

Pembimbing II

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Dra. Sri Margawati", written over a horizontal line.

Dra. Sri Margawati, M.Kes
NIDN.0605115703

iiUniversitas Muhammadiyah Magelang

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Gane Etika Ratnasari
NPM : 15.0603.0014
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonorejo tahun 2019

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang
DEWAN PENGUJI

Penguji I : Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep

Penguji II : Ns. Sodik Kamal, M.Sc

Penguji III : Dra. Sri Margowati, M.Kes

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal : Agustus 2019

Mengetahui,

Dekan



Widiyanto, S.Kp, M.Kep

NIK 947308063

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN
HALAMAN PENYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa Skripsi ini adalah karya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap keaslian karya saya ini maka saya siap menanggung segala resiko/saksi yang berlaku.

Nama : Gane Etika Ratnasari
NPM : 15.0603.0014
Tanggal : Agustus 2019

6000
6000
Gane Etika Ratnasari
15.0603.0014

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Gane Erika Ratnasari
NPM : 15.0603.0014
Fakultas/ Jurusan : Ilmu Kesehatan/S1 Ilmu Keperawatan
E-mail address : guseetika1@gmail.com

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Perpustakaan UM Magelang, Hak Bebas Royalti Non-Ekklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah

LKP/ KP TA/ SKRIPSI TESIS Artikel Jurnal *)

yang berjudul : Hubungan antara Kepatuhan Berobat dengan Mortalitas Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo Tahun 2019

berserta perangkat yang diperlukan (bila ada). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Ekklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*) ini Perpustakaan UMMagelang berhak menyimpan, mengalih-media/ format-kan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/ mempublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan atau penerbit yang bersangkutan.

Saya bersedia untuk menanggung secara pribadi, tanpa melibatkan pihak Perpustakaan UMMagelang, segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah saya ini.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya.

Dibuat di : Magelang
Pada tanggal : Agustus 2019


Gane Erika Ratnasari
NPM 15.0603.0014

Mengetahui,
Dosen Pembimbing

MS. Sidiq Kamal, M.Sc
NIDN 0610128001

*) : pilih salah Satu

MOTTO

“ Jangan menunggu bahagia baru bersyukur, tetapi
bersyukurlah selalu maka kau akan bahagia”

HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillah..Alhamdulillah..Alhamdulillahirobbil'alamin...

Sujud syukur kusembahkan kepadamu tuhan yang maha agung dan maha tinggi dan adil dan maha penyayang, atas takdirmu telah kau jadikan aku manusia yang senantiasa berfikir, berilmu, beriman dan bersabar dalam menjalani kehidupan ini. Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal bagiku untuk meraih cita-citaku.

Yang Utama Buat

Ayah tercintaku bapak Rakhmat dan ibu Nastri yang senantiasa memberikan dukungan dan motivasi, tak lupa mbak ku Gane Woro Intani, Safika Azim, Gana Widya Andhika dan Reno Venda Valent Agesti yang selalu memberikan dukungan dan doa.

Dosen Pembimbingku

Untuk bapak NS. Sodiq Kamal, M.Sc dan Dra. Sri Margowati, M.Kes selaku dosen pembimbing skripsi saya, terimakasih banyak atas kesabarannya dalam membimbing saya, sudah mengajari dan memberikan masukan kepada saya dalam menyusun skripsi ini hingga akhirnya bisa selesai tepat waktu. Semoga bapak dan ibu diberikan kesehatan dan kesuksesan.

Seluruh Dosen Pengajar di Fakultas Kesehatan :

Terima kasih banyak untuk semua ilmu, didikan dan pengalaman yang sangat berharga yang telah kalian berikan kepada saya.

Kawan dan sahabat terbaikku kawan yang berada disisi ketika mendengar keluh kesahlu yang baik yang terhebat dan luar biasa membuat nyaman Putri arum K dan Siska setiani. Terimakasih untuk warna-warna persahabatan ini, bantuan, motivasi, tempat curhatan, teman konyol dan kisah kasih. Kalian adalah teman mengasyikan. Pertemuan yang mengajarkan kami bahwa persaudaraan yang abadi bukan hanya dari ikatan darah saja.

Teman- teman Seperjuangan

Teman- teman S1 Keperawatan angkatan 2015, terimakasih atas bantuan yang telah kalian berikan, mudah-mudahan kita bisa sukses bersama.

Nama : Gane Etika Ratnasari
NPM : 15.0603.0014
Judul Skripsi : Hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo tahun 2019

ABSTRAK

Latar belakang : *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) merupakan kumpulan gejala yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Tatalaksana Kepatuhan berobat terapi HIV/AIDS adalah dengan pemberian terapi antiretroviral (ARV) agar mencegah terjadinya mortalitas penyakit HIV/AIDS. **Tujuan :** Untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo. **Metode :** Metode dalam penelitian ini adalah *Non Experimental* dengan desain *Descriptif Korelatif*. Dalam sampel ini menggunakan studi dikumentasi dengan sampel 257 jiwa yang terdaftar, dari data tersebut data meninggal 51 jiwa dan hidup 206 jiwa. Instrument penelitian ini menggunakan ceklis kepatuhan berobat dan mortalitas. **Hasil :** Ada hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo dengan $p= 0,000$ ($p<0,05$), $r= 0,270$. **Kesimpulan :** Terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo. **Saran :** Diharapkan agar pasien HIV/AIDS agar dapat meningkatkan kepatuhan berobat agar menurunkan angka mortalitas.

Kata Kunci : HIV/AIDS, Kepatuhan berobat, Mortalitas.

Name : Gane Etika Ratnasari
Study program : Nursing Science
Title : The relationship between treatment compliance with HIV /
AIDS mortality in Wonosobo District in the year of 2019.

ABSTRACT

Background: Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is a collection of facts caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV). Compliance Management with HIV/AIDS treatment is to provide antiretroviral therapy (ARV) so that it can be used to prevent deaths from HIV/AIDS. **Objective:** To determine the relationship of medication adherence with HIV / AIDS mortality in Wonosobo District. **Method:** The method in this study was Non-Experimental with a descriptive correlative design. In this sample used documented study with a sample of 257 people registered, from this data the data died 51 people and 206 people. This research instrument used a list of medication adherence and death. **Results:** There was a relationship between medication adherence with HIV/AIDS death in Wonosobo District with $p = 0,000$ ($p = <0.05$), $r = 0.270$. **Conclusion:** There is a significant relationship between medication adherence with HIV/AIDS mortality in Wonosobo District. **Suggestion:** It is hoped that HIV/AIDS patients can increase treatment compliance to reduce mortality. **Keywords:** HIV / AIDS, Compliance with treatment, Death.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada kehadiran Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan proposal skripsi dengan judul “Hubungan antara Kepatuhan berobat dengan Mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo tahun 2019”. Penyusunan skripsi ini dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada beberapa pihak yang turut serta membantu dalam proses penyusunan proposal skripsi, diantaranya :

1. Puguh Widiyanto, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Sigit Priyanto, M.Kep sebagai Ketua Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan.
3. Ns. Sodik Kamal. M.Sc selaku Pembimbing I yang telah memberikan waktu, kesabaran dan bimbingannya.
4. Dra. Sri Margowati, M.Kes selaku Pembimbing II yang telah memberikan waktu, serta arahnya kepada saya untuk menyelesaikan skripsi ini.
5. Kepala Puskesmas beserta staff Puskesmas 1 Wonososo, Puskesmas 1 Kalikajar, Puskesmas 1 Selomerto, yang telah memberikan izin dalam melakukan studi pendahuluan.
6. Seluruh dosen dan karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah membantu dan memperlancar proses penyelesaian skripsi ini.
7. Keluarga besar Fikes yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini.

8. Teristimewa ucapan terimakasih kepada kedua orang tua dan keluarga yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan serta motivasi dalam penyelesaian skripsi.
9. Rekan-rekanku di Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang angkatan tahun 2015 yang telah memberikan do'a, dukungan, dan masukan yang sangat berguna dalam penyusunan skripsi.
10. Semua pihak yang telah membantu saya dan tidak dapat saya sebutkan satu per satu.

Semoga segala bentuk pertolongan dan amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis akan mendapat balasan dan berkah dari Allah SWT. Penulis memohon maaf apabila masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini karena masih sangat jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun bagi skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang menggunakan dan berguna untuk pengembangan ilmu pengetahuan di kemudian hari.

Magelang, 10 April 2019

Gane Etika Ratnasari

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
MOTTO.....	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	vii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
KATA PENGANTAR	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR BAGAN.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB 1PENDAHULUHAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Ruang lingkup penelitian.....	6
1.6 Keaslian Penelitian	7
BAB 2TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Kepatuhan Berobat	9
2.2 Mortalitas penyakit HIV/AIDS	14
2.3 HIV/AIDS.....	16
2.4 Hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas.....	24
2.5 Kerangka Teori	26
BAB 3METODE PENELITIAN.....	28
3.1. Design Penelitian.....	28
3.2. Kerangka Konsep	28

3.3. Definisi Operasional	29
3.4. Populasi dan Sampel.....	30
3.5. Waktu dan Tempat Penelitian.....	31
3.6. Instrumen Penelitian	32
3.7. Validitas dan Reliabilitas.....	32
3.8. Metode Pengumpulan Data	33
3.9. Metode Pengolahan Data.....	34
3.10. Analisa data	36
3.11. Etika Dalam Penelitian	36
BAB 4HASIL DAN PEMBAHASAN.....	38
4.1 Hasil Penelitian.....	38
4.2 Pembahasan	43
BAB 5KESIMPULAN DAN SARAN.....	49
5.1 Kesimpulan.....	49
5.2 Saran	50
DAFTAR PUSTAKA	51
LAMPIRAN.....	53

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	7
Tabel 2.4 Kerangka Teori	26
Tabel 3.3 Definisi Operasional Penelitian	29
Tabel 3.3 Jumlah penderita HIV/AIDS Di Pelayanan Kesehatan.....	31
Tabel 4.1 Karakteristik Penderita HIV/AIDS di RSUD Serjonegoro Wonosobo 2019	38
Tabel 4.2 Gambaran Status Mortalitas penyakit HIV/AIDS di RSUD Setjonegoro Wonosobo sampai Mei 2019	39
Tabel 4.3 Gambaran Grafik Jenis Kelamin dan Usia pada Pasien Mortalitas Penyakit HIV/AIDS di RSUD Setjonegoro Wonosobo 2019	40
Tabel 4.4 Gambaran Grafik Usia dan Berat Badan pada Pasien Mortalitas Penyakit HIV/AIDS di RSUD Setjonegoro Wonosobo 2019	41
Tabel 4.6 Gambaran Kepatuhan Berobat dan Mortalitas Penyakit HIV/AIDS di RSUD Setjonegoro Wonosobo 2019.....	42

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori	26
Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	29

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Ceklis Studi Dokumentasi Kepatuhan Berobat Dan Mortalitas Penyakit Hiv/Aids Di Rsud Setjonegoro Wonosobo.....	54
Lampiran 2. Studi Pendahuluan Kesbangpol	69
Lampiran 3. Studi Pendahuluan Rsud.....	70
Lampiran 4. Studi Pendahuluan Dinas Kesehatan	71
Lampiran 5. Permohonan Ijin Penelitian	72
Lampiran 6. Ethical Clearance.....	73
Lampiran 7. Surat Rekomendasi Kesbangpol.....	74
Lampiran 8. Surat Ijin Penganbilan Dara Rsud Krt Setjonegoro.....	75
Lampiran 9. Statistik <i>Uji Spearman</i>	76
Lampiran 10. Bimbingan Skripsi	79
Lampiran 11. Surat Keterangan Abstrak.....	86
Lampiran 12. Dokumentasi.....	87
Lampiran 13. Daftar Riwayat Hidup.....	89

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus sitopatik dari family retrovirus yang menginfeksi sel kekebalan tubuh manusia yang mengakibatkan kondisi tubuh menjadi lemah (Nasronudin,2014).Infeksi ini mengakibatkan kerusakan progresif dari sistem kekebalan tubuh sehingga menyebabkan kekebalan tubuh menurun.Menurut (Valentina,2019) Jika virus HIV terus berkelanjutan maka sistem kekebalan tubuh penderita akan semakin menurun sehingga virus HIV tersebut akan berkembang menjadi *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*.

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan tahapan infeksi dari HIV yang ditandai dengan infeksi oportunistik. Hal ini terjadi karena virus HIV menyerang sel CD4 sehingga jumlah sel didalam tubuh 200 sel/mm³ (Depkes,2015). Ketika jumlah sel kekebalan tubuh menurun kurang dari 200 sel/mm³ maka seseorang tersebut terdiagnosis AIDS.

Penyakit HIV/AIDS memberikan dampak negative bagi penderita.Dampak tersebut terbagi menjadi 4 yaitu dampak sosial, psikologis, fisik dan ekonomi.HIV/AIDS sering menyebabkan masalah sosial dimasyarakat hal ini terjadi karena masyarakat yang belum pahamakan ketakutan penularan HIV. Kondisi tersebut akan membuat penderita akan memiliki beban sosial. Seseorang yang dinyatakan terinfeksi HIV akan mengalami perubahan psikologis diantaranya penderita mengalami stress, depresi, merasa kurang dukungan sosial, perubahan perilaku (Nasronudin,2014).

Pengaruh psikologis dapat mempengaruhi sistem saraf pusat dan sistem imun sehingga strategi untuk mengurangi tekanan psikologis perlu diperhatikan. Beberapa penderita yang sudah terinfeksi HIV akan mengalami gangguan dalam psikologisnya. Respons stress yang terlihat pada penderita akan menimbulkan

penderita merasa kaku, dan kecacuan akut dengan kecemasan yang tinggi disertai dengan depresi. Kecemasan dan ketidak yakinan penderita akan menimbulkan proses penyakit, perjalanan penyakit, kemungkinan pengobatan. Penderita merasa sangat takut jika akan timbul gejala fisik yang baru karena hal tersebut akan menyebabkan dampak gangguan psikologis bertambah pada penderita. Gejala kecemasan akan timbul dalam bentuk serangan panik, agitasi, insomnia, ketegangan, nafsu makan berkurang, dan takikardi (Nasronudin,2014).

Dampak ekonomi yang disebabkan pada penderita HIV/AIDS merupakan dampak ekonomi krisis global yang terjadi dengan keadaan empat juta penderita berpenghasilan rendah dan menengah menerima pengobatan antiretroviral (Valentina,2019). Keadaan ini menyebabkan meningkatnya pengangguran, mengurangi kesejahteraan penderita HIV/AIDS, khususnya dinegara-negara miskin dengan penderita HIV/AIDS yang tinggi, sedangkan bagi Negara yang maju produk domestic bruto yang memiliki diproyesikan menyusut rata-rata 3.8% untuk pengobatan antiretroviral.

Menurut Nasronudin (2014), mengatakan dampak fisik pada penderita HIV/AIDS merupakan dampak yang ditakuti pada penderita karena penderita akan mengalami dampak seperti demam, diare kronis, disfagia, gangguan saluran pernafasan, infeksi pada kulit (herpes zoster, dermatitis seboroik), gangguan saraf pusat, limfadenopati, penurunan berat badan. Jika penderita sudah mengalami gangguan fisik maka penderita akan timbul kecemasan dan penderita akan mengalami insomnia, ketegangan, dan nafsu makan berkurang.

Mortalitas akibat HIV/AIDS di Wonosobo cukup tinggi yaitu 21,60%.Jumlah kumulatif mortalitas dari tahun ketahun semakin naik, jumlah mortalitas didunia mencapai 1,5 juta jiwa, jumlah mortalitas diindonesia mencapai 9.585 jiwa.Faktor mortalitas HIV dipengaruhi dengan tidak kepatuhan penderita dalam menjalani pengobatan ARV dan faktor ekonomi yang kurang memadai.

Menurut Indria Yogani (2015), mengatakan penderita HIV/AIDS jika tidak ditangani dengan baik hal ini akan mengakibatkan mortalitas orang dengan

HIV/AIDS(ODHA) akan mudah terkena berbagai infeksi oportunistik, tetapi mortalitas ODHA dapat diturunkan dengan cara diagnosis pada waktu yang tepat dan mendapatkan pemeriksaan yang lebih lanjut untuk mendapatkan terapi antiretroviral (ARV). Supaya dapat memperbaiki respons imunologi dengan cepat dan mengurangi mortalitas pada pasien HIV/AIDS.

Orang yang terkena HIV/AIDS membutuhkan pengobatan terapi antiretroviral (ARV) untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Untuk itu penderita perlu terus melakukan pengobatan medis kesarana kesehatan yang telah disediakan. Menurut Valentina (2019), salah satu faktor terpenting untuk menentukan apakah ODHA tetap melakukan pengobatan atau tidak adalah keyakinan terhadap pelayanan kesehatan.

Menurut pendapat Valentina (2019), Faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang untuk menggunakan kesehatan atau tidak antara lain : (1). predisposisi individu untuk menggunakan pelayanan kesehatan, (2) faktor *enabling* dan (3) tingkat penyakitnya. Komponen predisposisi mencakup : demografi (seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan, pengalaman penyakit masa lalu), struktur sosial (seperti pendidikan ras, pekerjaan, jumlah keluarga, suku, agama, perpindahan tempat tinggal) dan keyakinan (seperti penilaian terhadap suatu kesehatan dan sakit, sikap terhadap pelayanan kesehatan, pengetahuan tentang penyakit). Faktor yang kedua yaitu faktor *enabling* yang terdiri atas : faktor keluarga (pendapatan, asuransi kesehatan ataupun sumber-sumber yang lain) dan faktor komunitas (jumlah fasilitas kesehatan yang tersedia, biaya untuk pelayanan kesehatan, karakter penduduk pedesaan atau perkotaan). Faktor yang ketiga level/tingkatan penyakit yang mencangkup : variable *perceived* (jumlah hari yang sakit yang dilaporkan, jumlah gejala penyakit yang dialami dan laporan tentang keadaan kesehatan umum) dan variabel *evaluated* (seperti gejala dan keluhan penyakit berdasarkan aspek klinik dan memerlukan pengobatan).

Menurut Sarwono (2007), Faktor pencetus individu yang sakit untuk memperoleh kesembuhan adalah : faktor persepsi yang mempengaruhi oleh orientasi medis dan sosial budaya, faktor intesitas budaya (menghilang atau terus menetap), faktor

motivasi individu untuk mengatasi gejala yang disertai dalam faktor sosial psikologis yang memengaruhi respons sakit pada penderita.

Berdasarkan data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Penyakit *Human immunodeficiency Virus* (HIV) tahun 2016 sebanyak 1.867 kasus lebih tinggi dibandingkan dengan tahun 2015 sebanyak 1.467 kasus (Prokes Jawa Tengah, 2016). Kasus *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) tahun 2016 sebanyak 1.402 kasus lebih tinggi dibandingkan dengan tahun 2015 1.296 kasus. Peningkatan prevalensi kasus HIV/AIDS berjalan seiring dengan peningkatan faktor risiko dari HIV/AIDS sendiri (Prokes Jawa Tengah, 2016).

Dari hasil studi pendahuluan data Dinas Kesehatan Wonosobo situasi perkembangan HIV/AIDS kumulatif kasus HIV/AIDS dari tahun 2004 – triwulan III tahun 2018 jumlah kasus HIV/AIDS terus mengalami peningkatan dan dilaporkan sebanyak 537 kasus, yang terdiri 332 kasus HIV (61,82%) dan 205 kasus AIDS (38,18%). Dan berdasarkan faktor risiko penularan kasus HIV/AIDS diketahui bahwa memulai Heteroseksual 411 kasus (76,54%), Homoseksual 87 kasus (16,20%), Perinatal 22 kasus (4,10%), dan IDU 17 kasus (3,17%). Dan proporsi kasus HIV/AIDS yang meninggal sebanyak 116 kasus (21,60%).

Berdasarkan studi pendahuluan dari pelayanan kesehatan dalam kepatuhan berobat dan Mortalitas penyakit HIV/AIDS di RSUD Setjonegoro Wonosobo sebanyak 257 jiwa dan Mortalitas sebanyak 45 jiwa, di Puskesmas 1 Wonosobo sebanyak 18 jiwa dan Mortalitas tidak ada, di Puskesmas 1 Kalikajar sebanyak 9 jiwa dan Mortalitas tidak ada, dan di Puskesmas 1 Selomerto sebanyak 28 jiwa dan Mortalitas tidak ada.

Berdasarkan fenomena dan data di atas maka peneliti tertarik untuk mengkaji tentang Hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo.

1.2 Rumusan masalah

Penderita penyakit HIV/AIDS dari tahun ke tahun semakin meningkat dari tahun 2004-2018 penderita HIV sebanyak 332 kasus (61,82%), AIDS sebanyak 205 (38,18%), dan kasus yang meninggal sebanyak 116 kasus (21,60%). Kematian pada penderita HIV/AIDS itu terjadi karena sistem kekebalan tubuh yang diperankan oleh CD4 dan sel CD4 dengan berjumlah sedikit karena diserang oleh virus HIV. Maka pengendalian perkembangan virus HIV ini berpotensi untuk bisa mencegah mortalitas pada penderita HIV. Salah satu langkah dalam pengendalian virus HIV yaitu dengan melakukan control rutin untuk mendapatkan ARV. Maka dari hal tersebut peneliti tertarik untuk mengkaji “ Apakah ada pengaruh kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan berobat dengan kematian/mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran kepatuhan berobat penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo.
2. Mengidentifikasi gambaran mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo.
3. Mengidentifikasi hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi lebih lanjut tentang pentingnya pengobatan yang tepat dan mencegah terjadinya mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat dipergunakan sebagai bahan acuan dalam proses belajar mengajar dengan topik hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo.

1.4.3 Bagi pasien

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi penderita HIV/AIDS untuk memberikan motivasi dalam kepatuhan berobat.

1.4.4 Bagi Peneliti

Diharapkan peneliti ini menambah pengetahuan, wawasan peneliti dan merupakan pengalaman berharga dalam melatih kemampuan peneliti dalam melakukan penelitian.

1.4.5 Penelitian Selanjutnya

Diharapkan penelitian ini bisa dijadikan bahan masukan untuk melakukan penelitian yang berhubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo.

1.5 Ruang lingkup penelitian

1.5.1 Lingkup masalah

Permasalahan dalam penelitian ini adalah berhubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS.

1.5.2 lingkup Subjek

Subjek dalam penelitian ini adalah masyarakat yang terkena penyakit HIV/AIDS.

1.5.3 Lingkup tempat

Penelitian dilaksanakan di RSUD Setjonegoro Wonosobo , Puskesmas 1 Wonosobo, puskesmas 1 Selomerto, Puskesmas 1 Kalikajar.

1.6 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
1.	Ari Haryatiningih, 2017	Hubungan lamanya Terapi ARV dengan Kepatuhan minum obat pada anak HIV di klinik Teratai	Penelitian ini menggunakan studi desain analitik Cross sectional, data yang diambil dari bulan November-Desember 2016 secara RSHS, Bandung. Jumlah sampel minimal 33.	Dari penelitian ini didapatkan bahwa tidak adanya hubungan antara lamanya dengan kepatuhan minum obat ARV pada HIV diklinik Teratai.	Desain penelitian ini menggunakan analitik cross sectional sedangkan desain penelitian yang akan digunakan menggunakan descriptive korelatif.
2.	Valentina Meta Srikartika, 2019	Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien HIV/AIDS rawat jalan dalam pengobatan terapi Antiretroviral (ARV) di rumah sakit Dr.H.Moch.Ansari Saleh Banjarmasin	Desain penelitian yang digunakan adalah cross sectional. Kepatuhan pasien diukur dengan menggunakan kuesioner MMAS-8 dan faktor kepatuhan diukur dengan ACTG.	Terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan berobat dengan efek samping obat ($p=0,002$) dan ($r=0,326$), artinya semakin pasien merasakan efek samping yang tinggi maka semakin rendah nilai kepatuhan.	Desain penelitian ini menggunakan cross sectional sedangkan desain penelitian yang akan digunakan menggunakan descriptive korelatif.
3.	Estie Puspitasari, 2016	Predictor mortalitas pasien HIV/AIDS rawat jalan	Metode ini merupakan studi kohort retrospektif pada pasien rawat inap dewasa RSCM yang didiagnosa AIDS selama 2011-2013 dan analisis bivariat menggunakan uji Chi-Square, Variabel yang	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa poporsi mortalitas selama perawatan sebesar 23,4%, stadium klinis WHO 4 kadar hemoglobin <10g/dL dan kadar eLFG <60 ml/min/1.73m ²	Desain penelitian ini menggunakan kohort retrospektif sedangkan desain penelitian yang akan digunakan menggunakan descriptive korelatif.

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
			memenuhi syarat akan disertakan pada analisis multivariat dengan regresi logistic.	merupakan predikstor independen mortalitas pasien HIV/AIDS dewasa saat rawat inap.	

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kepatuhan Berobat

2.1.1 Definisi Kepatuhan Berobat

Ada beberapa macam terminology yang biasanya digunakan dalam literature untuk mendeskripsikan kepatuhan berobat pada pasien diantaranya *compliance* dan *adherence*. *Compliance* adalah secara pasif mengikuti saran dokter dan perintah dokter untuk melakukan terapi yang sedang dilakukan (Nurina 2012). *Adherence* adalah sejauh mana pengambilan obat yang diresepkan oleh layanan kesehatan. Tingkat kepatuhan *adherence* untuk pasien biasanya dilaporkan sebagai presentase dari dosis resep obat yang benar-benar diambil oleh pasien selama periode yang ditentukan oleh pelayanan kesehatan (Nurina, 2012).

Kepatuhan penderita harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap pengunjungan atau pengobatannya. Adapun kegagalan dalam menjalani pengobatan terapi ARV sering diakibatkan pada penderita tersebut karena tidak disiplin dalam mengkonsumsi atau terapi ARV tersebut.

Untuk mencapai kesupresi virologis yang baik diperlukan tingkat kepatuhan dalam menjalani terapi ARV yang sekarang sangatlah tinggi. Penelitian ini menunjukkan bahwa dalam mencapai tingkat supresi virus yang optimal setidaknya semua dosis tidak boleh terlupakan. Resiko sangat tinggi untuk kegagalan pada penderita karena penderita selalu melupakan untuk mengonsumsi obat. Kerja sama yang baik antara tenaga kesehatan dengan penderita serta dapat berkomunikasi dengan baik dalam suatu pengobatan yang konstruktif akan membantu penderita untuk selalu disiplin minum obat.

2.1.2 Tujuan Terapi Antiretroviral

Menurut Ari Haryantiningsih (2017), Tujuan terapi ARV pada penderita HIV/AIDS merupakan upaya untuk memperpanjang umur harapan hidup penderita. Terapi ARV bekerja memperlambat replikasi virus sehingga virus

dalam sirkulasi darah menurun lalu meningkatkan DC4 atau sistem imun meningkat. Adapun tujuan-tujuan terapi antiretroviral yaitu :

1. Menurunkan penderita yang kesakitan akibat karena HIV dan menurunkan angka mortalitas akibat AIDS.
2. Memperbaiki dan meningkatkan kualitas hidup penderita yang optimal.
3. Mempertahankan kekebalan imun ke fungsi normal lagi.
4. Menekan replikasi virus serendah dan selama mungkin hingga kadar HIV dalam plasma <50 kopi/ml

Terapi ARV sebaiknya diberikan pada penderita dalam keadaan kebersamaan dan dipantau dalam ketat agar dapat mengevaluasi kemajuan terapi tersebut dan tidak menimbulkan efek samping, serta tidak menimbulkan resisten yang lain.

2.1.3 Manfaat Terapi ARV

Menurut Nasronudin (2014), manfaat terapi RV :

1. Memulihkan dan memelihara fungsi kekebalan tubuh
2. Meningkatkan jumlah CD4 dalam tubuh
3. Membuat tubuh menjadi mampu melawan infeksi
4. Mengurangi terjadinya infeksi oportunistik
5. Menghentikan progresifitas atau perjalanan HIV
6. Menurunkan morbiditas dan mortalitas karena infeksi HIV
7. Mencegah atau mengurangi resiko penularan vertical dari ibu ke bayi
8. Mencegah atau mengurangi resiko penularan horizontal (dari orang ke orang lainnya).

2.1.4 10 Prinsip Terapi Antiretroviral

Adapun prinsip-prinsip terapi ARV yaitu :

1. Indikasi
ARV harus diterapkan dalam keadaan pemberian berdasarkan indikasi pengobatan yang tepat. Indikasi dari kepatuhan berobat ARV yaitu rutin, tidak rutin, dan tidak pernah. Dikatakan rutin yaitu pasien perbulan rutin ambil obat, dikatakan tidak rutin pasien jarang ambil obat perbulannya, dan

dikatakan tidak pernah yaitu pasien perbulannya tidak sama sekali ambil obat atau tidak sama sekali terapi ARV.

2. Kombinasi

Antiretroviral harus diberikan dalam keadaan secara kombinasi, dan melibatkan 3 jenis obat untuk mendapatkan efek yang optimal serta menurunkan resistensi.

3. Pilihan Obat

Dalam pemilihan obat pertama harus memprioritaskan yang baru dan kemudian memilih lini kedua atau obat yang lain jika dipandang masih bisa meminimalkan munculnya yang tidak maksimal.

4. Kompleksitas

Terapi antiretrovirus yang sangat menyeruh karena beberapa obat dalam mendapatkan obat akan mengalami interaksi dan efek samping terjadinya potensi interaksi dengan obat non-ARV. Dan mengonsumsi obat ARV tersebut jika tidak dalam batasan waktu juga bisa ada hambatan. Sering kali ARV diberikan selalu bersamaan dengan obat untuk mengatasi infeksi sekunder maka interaksi obat satu sama yang lain perlu untuk diperhatikan dengan saksama.

5. Resistensi

Dalam keadaan ini harus diperhatikan tanpa disadari potensi terjadinya resistensi dapat terjadi ARV lini yang sama dan resistensi silang yang dapat terjadi antara NNRTIs dan bagian PIs dan NRTIs. Harus diperhatikan agar dapat dievaluasi secara genetic potensi munculnya gen resisten.

6. Informasi

Memulai dan mempertahankan terapi antiretroviral secara efektif sangat perlu karena adanya informasi dari dokter dan perawat terhadap penderita. Dan untuk sebelum dimulai terapi antiretroviral akan diberikan petunjuk yang dimaksud dengan pengobatan terapi ARV. Dan apa efek samping dari ARV segera, lambat, atau ditunda perlu diketahui oleh pasien. Resistensi obat juga perlu diinformasikan terhadap penderita. Penderita juga harus mengetahui efek samping bila penderita menghentikan pengobatan ARV tersebut. Dan

sangat penting informasi tentang monitoring pemberian ARV secara klinis, laboratorium (biokimia, CD4, dan beban virus), dan radiologis secara berkala.

7. Motivasi

Motivasi untuk penderita harus ada dan penderita perlu ditekankan untuk tidak larut dalam kesedihan, kecemasan, dan ketakutan secara berlebihan setelah mengetahui adanya infeksi HIV. Dan penderita perlu diingatkan dan disadarkan bahwa didalam tubuhnya sudah terdapat virus yang perlu dieliminasi memulai pemberian ARV. Dan penderita memerlukan obat - obatan yang teratur, dosis yang tepat, dan kombinasi yang tepat untuk keberhasilan dalam pengobatan. Penderita perlu diinformasikan yang terkait dengan interaksi, resistensi antara ARV dan obat lain termasuk obat untuk infeksi sekundernya. Dengan informasi tersebut penderita akan mempunyai keinginan yang kuat untuk menjadi yang lebih baik melalui pengobatannya.

8. Monitoring

Efikasi pengobatan antivirus sudah ditentukan dan dimonitor melalui pemeriksaan klinis berkala, dan disertai pemeriksaan laboratorium untuk menentukan HIV-RNA virus dan CD4 secara periodic dan teratur.

9. Target Pengobatan

Pemberian antiretroviral adalah (a) target virologist, dapat menekan RNA virus hingga kurang dari 50 kopi per milliliter dalam plasma, (b) immunologis, menaikkan dan mempertahankan CD4 diatas 500 per mm, (c) teraupetik, obat ARV dapat diterima dengan baik didalam tubuh dan tidak ada efek samping, (d) klinis, memperbaiki kualitas hidup seoptimal mungkin dan mempertahankan selama mungkin, kesakitan karna HIV dan kematian kearena AIDS dapat ditekankan pada penderita, (e) epidemiologi, transmisi dapat diturunkan secara mengubah jalannya epidemiologi infeksi HIV , epidemiologi dapat diubah melalui upaya menurunkan infeksi HIV baru dan meningkatkan layanan pendamping, perawatan dan pengobatan dengan disertai layanan konseling dan pemeriksaan VCT yang bermutu, ramah dan manusiawi.

10. Efikasi

Pengobatan antiretroviral dapat dilakukan secara dengan kesinambungan agar dapat memperoleh hasil maksimal dan efikasi klinis, virologis dan imunologis yang nyata.

2.1.5 Faktor prediksi kepatuhan

Faktor-faktor prediksi kepatuhan berobat yaitu :

1. Fasilitas Layanan Kesehatan

Sistem layanan yang sangat sulit untuk dijangkau, sistem biaya yang kesehatan yang sangat mahal, tidak jelas dan birokratik adalah penghambatan yang berperan sangat signifikan terhadap kedisiplinan karena hal yang tersebut akan menyebabkan penderita tidak dapat akses layanan kesehatan dengan mudah. Termasuk dengan ruangan yang nyaman, jaminan kerahasiaan dan jadwal yang baik, petugas yang ramah dan membantu penderita.

2. Karakteristik Pasien

Adapun faktor sosiodemografi (umur, jenis kelamin, ras/etnis, penghasilan, pendidikan, buta huruf, asuransi kesehatan) dan faktor psikososial (kesehatan jiwa, penggunaan napza, lingkungan dan dukungan sosial, pengetahuan dan perilaku terhadap HIV dan pengobatan terapi ARV).

3. Panduan terapi antiretroviral

Jenis obat yang digunakan sesuai dalam bentuk panduan (*Fixed Drug Combination* atau bukan *Fixed Drug Combination*), jumlah pil obat yang harus diminum (frekuensi minum dan pengaruh dengan pola makanan), karakteristik obat dan efek samping dan mudah tidaknya akses untuk mendapatkan ARV.

4. Karakteristik penyakit penyerta

Meliputi stadium klinis dan lamanya sejak terdiagnosis HIV, jenis infeksi oportunistik (Infeksi oportunistik atau penyakit lain yang menyebabkan penambahan jumlah obat yang harus diminum), dan gejala yang berhubungan dengan HIV.

5. Hubungan penderita dengan tenaga kesehatan

Hubungan penderita dengan tenaga kesehatan dapat mempengaruhi kepatuhan meliputi : kepuasan penderita dan kepercayaan penderita terhadap tenaga kesehatan, pandangan penderita terhadap kompetensi tenaga kesehatan, komunikasi yang melibatkan penderita dalam proses penentuan kepuasan, nada infeksi dari hubungan tersebut (hangat, terbuka, kooperatif, dll) dan kesesuaian kemampuan dan kapasitas tempat layanan dengan kebutuhan penderita.

2.1.6 Tatalaksana Terapi ARV

Tatalaksana penyakit HIV/AIDS adalah dengan memberikan terapi antiretroviral (ARV) seumur hidup. Hal ini dilakukan untuk menekan replikasi virus HIV didalam darah. Pada penggunaan obat ARV memerlukan tingkat kepatuhan yang tinggi untuk keberhasilan terapi yang dijalankan (Valentina, 2019).

Menurut Valentina (2019), tingkat supresi virus yang optimal setidaknya 90-95% dari semua dosis obat ARV harus dikonsumsi sesuai dengan instruksi yang diberikan oleh dokter. Apabila dosis obat tidak mencapai 90% dapat menyebabkan terjadinya resistensi obat didalam tubuh sehingga obat tidak dapat memberikan efek terapi yang diharapkan. Terjadinya resistensi obat merupakan salah satu akibat karena adanya ketidakpatuhan terhadap pengobatan.

2.2 Mortalitas penyakit HIV/AIDS

2.2.1 Definisi Mortalitas

Kematian yang dialami oleh penderita penyakit HIV/AIDS cukuplah tinggi dari tahun ke tahun. Faktor mortalitas HIV tersebut dipengaruhi dengan tidak kepatuhan penderita dalam menjalani pengobatan ARV karena dengan tidak kepatuhan dalam terapi ARV tersebut penderita akan mengalami penurunan CD4 dan dapat menyebabkan virus semakin ganas dan berkembang lebih cepat. Karena dengan ketidak patuhan penderita dalam menjalani terapi ARV maka menyebabkan virus kebal terhadap ARV sehingga ARV tidak akan bisa berfungsi

lagi untuk menekan perkembangan virus dalam tubuh penderita (Nasronudin, 2014).

2.2.2 Angka Kematian/Mortalitas

Menurut Fahrudin (2015), Angka kematian banyak dipengaruhi oleh berbagai karakteristik seperti :

1. Jenis Kelamin

Umur kematian laki-laki paling banyak terkena resiko kematian dibandingkan dengan kematian perempuan.

2. Jenis pekerjaan

Setiap pekerjaan mempunyai berbagai resiko kematian yang berlainan. Pekerjaan pertambangan, pabrik industry mempunyai kematian yang lebih tinggi dari pada pekerjaan dalam kantor.

3. Tempat tinggal

Orang yang diam dikota resiko kematiannya berbeda dengan tinggal dipedesaan. Hal ini disebabkan karena faktor pelayanan kesehatan, gizi, pencernaan, fasilitas dan sarana pengobatan.

4. Status sosial ekonomi

Orang dengan pendapatan ekonomi tinggi mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan dan perawatan pengobatan lebih baik karena kemampuan membayar lebih besar dibandingkan dengan pendapat ekonomi yang rendah.

2.2.3 Faktor Pengaruh Mortalitas

Menurut Fahrudin (2015), faktor-faktor yang mempengaruhi mortalitas dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Faktor langsung (faktor dari dalam), faktor tersebut dipengaruhi beberapa variabel antara lain :

- a. Umur
- b. Jenis kelamin
- c. Penyakit
- d. Kecelakaan, kekerasan dan bunuh diri

2. Faktor tidak langsung (faktor dari luar), faktor tersebut dipengaruhi beberapa variabel antara lain :
 - a. Tekanan, baik psikis maupun fisik
 - b. Kedudukan dalam perkawinan
 - c. Kedudukan sosial dan ekonomi
 - d. Tingkat pendidikan
 - e. Pekerjaan
 - f. Beban anak yang dilahirkan
 - g. Tempat tinggal dan lingkungan
 - h. Tingkat pencernaan lingkungan
 - i. Fasilitas kesehatan dan kemampuan mencegah penyakit
 - j. Politik dan bencana alam

2.2.4 Faktor Prediktor Mortalitas

Menurut (Esti, 2016), mengatakan faktor prediktor mortalitas penyakit HIV/AIDS dapat disebabkan karena tidak pernah mendapatkan terapi ARV dan tidak pernah patuh berobat terapi ARV. Dan hal tersebut akan membuat penurunan kadar hemoglobin <10 g/dL, kadar eGFR <60 mL/min/1,73 m² dan kadar CD4 <200 sel menurun dan membuat pasien akan mengalami stadium klinis. Hal tersebut kurangnya informasi yang diberikan pada pasien sehingga pasien tidak pernah patuh terhadap pengobatan ARV. Maka hal tersebut untuk mencegah terjadinya predictor mortalitas maka pelayanan kesehatan selalu memberikan informasi dan motivasi terhadap penderita penyakit HIV/AIDS (Esti, 2016).

2.3 HIV/AIDS

2.3.1 Definisi HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus sitopatik dari family retrovirus yang menginfeksi sel kekebalan tubuh manusia yang mengakibatkan kondisi tubuh menjadi lemah (Nasronudin, 2014). Infeksi ini mengakibatkan kerusakan progresif dari sistem kekebalan tubuh sehingga menyebabkan kekebalan tubuh menurun. Menurut Valentina (2019) Jika virus HIV terus berkelanjutan maka sistem kekebalan tubuh penderita akan semakin menurun

sehingga virus HIV tersebut akan berkembang menjadi *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS).

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan tahapan infeksi dari HIV yang ditandai dengan infeksi oportunistik. Hal ini terjadi karena virus HIV menyerang sel CD4 sehingga jumlah sel didalam tubuh >200 sel/mm³ (Depkes,2015). Ketika jumlah sel kekebalan tubuh menurun kurang dari 200 sel/mm³ maka seseorang tersebut terdiagnosis AIDS.

2.3.2 Etiologi HIV/AIDS

Penularan HIV/AIDS hanya akan menular jika virus HIV berhasil hidup masuk kedalam tubuh manusia tetapi virus yang masuk berjumlah besar, HIV harus masuk kedalam tubuh orang dengan melalui cara penularan tertentu (Nasronudin,2014).

HIV merupakan virus sitopatik dari family retrovirus. Penularan HIV dapat masuk kedalam tubuh melalui cara :

1. Secara vertical dari ibu yang terinfeksi HIV ke anak (selama mengandung, persalinan, dan menyusui).
2. Secara transeksual (Homoseksual, dan Heteroseksual).
3. Dan secara horizontal yaitu kontak antar darah atau produk darah yang sudah terinfeksi HIV (pemakaian jarum suntik bersama-sama secara bergantian, tato, tindik, transfuse darah, transplantasi organ, tindakan hemodialisis, perawatan gigi).

Penularan melalui tiga cara tersebut akan mengakibatkan terjadinya HIV/AIDS yang dapat terjadi melalui darah, air mani, ASI dan cairan vagina seseorang yang menderita HIV/AIDS dalam jumlah yang cukup menginfeksi orang lain dan merugikan orang lain. Sedangkan melalui cairan seperti keringat, air liur, air seni, dan air mata tersebut tidak dapat menularnya HIV/AIDS (Djoerban,2009).

HIV/AIDS akan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dengan cara masuknya infeksi atau virus yang terbentuk antibody yang dapat dideteksi melalui

pemeriksaan laboratorium selama 2-12 minggu yang disebut sebagai masa jendela (Window period). Masa jendela pasien sangat infeksius dan mudah menularkan kepada orang lain, meskipun pemeriksaan laboratorium nya masih negative. Hampir 50% orang mengalami masa infeksi akan menimbulkan demam, pembesaran kelenjar getah bening, berkeringat di malam hari, ruam kulit, sakit kepala dan batuk. Seseorang yang terinfeksi HIV terdapat tanda dan gejala untuk jangka waktu yang cukup panjang (Nasronudin,2014).

2.3.3 Manifestasi HIV/AIDS

Infeksi HIV merupakan suatu gejala dan tanda pada tubuh *host* akibat intervensi pada Virus yang mengakibatkan keadaan asimtomatis yang berkepanjangan sehingga manifestasi AIDS sangat berat (Nasronudin,2014). HIV dapat dibagi menjadi 4 tahapan :

1. Tahap pertama

Merupakan tahapan infeksi yang akut, tahapan tersebut muncul gejala tetapi tidak spesifik. Tahapan tersebut dapat muncul selama 6 minggu pertama setelah terkena paparan HIV, jika yang sudah terkena paparan HIV tersebut seseorang tersebut akan merasakan demam, rasa letih, nyeri otot dan sendi, nyeri telan, dan pembesaran kelenjar gerah bening. Tahapan tersebut dapat juga disertai meningitis aseptic yang ditandai dengan demam, nyeri kepala hebat, kejang-kejang dan kelumpuhan saraf otak.

2. Tahap kedua

Tahap kedua ini merupakan tahapan asimtomatis, tahapan ini dapat hilang timbul gejala dan keluhannya. Tahap ini berlangsung setelah 6 minggu hingga beberapa bulan kemudian ataupun bahkan hampir tahunan setelah terinfeksi virus HIV tersebut. Pada saat ini pun sedang terjadi internalisasi HIV ke intraseluler. Dan pada tahapan kedua ini seseorang yang sudah terinfeksi HIV tersebut penderita masih beraktivitas masih layaknya orang normal.

3. Tahap ketiga

Tahapan ketiga ini merupakan tahapan simtomatis, pada tahapan ini terdapat gejala dan keseluruhan organ tubuh lebih spesifik dengan gradasi sedang

sampai berat. Tahapan ini akan menimbulkan gejala seperti berat badan akan menurun tetapi tidak sampai dengan 10%, dan pada selaput mulut akan terjadi sariawan yang berulang-ulang, terjadi peradangan pada sudut mulut, dan terdapat juga beberapa yang telah ditemukan infeksi bakteri pada saluran nafas bagian atas namun penderita bisa melakukan aktivitasnya meskipun terganggu dengan gejala tersebut. Penderita lebih banyak berada ditempat tidur meskipun kurang dari 12 jam perhari dalam bulan terakhir.

4. Tahap keempat

Tahapan keempat ini merupakan tahapan yang lebih dominan lanjut atau tahapan AIDS. Pada tahap ini akan mudah terjadi penurunan berat badannya lebih dari 10%, dan gejala tersebut akan terdapat tanda seperti diare yang lebih dari 1 bulan, panas yang tidak bisa diketahui penyebabnya yang lebih dari 1 bulan, kandidiasis oral, *oral hairy leukoplakia*, tuberculosis paru, dan pneumonia bakteri. Bahwa penderita akan selalu berbaring ditempat tidur terus lebih dari 12 jam sehari selama sebulan terakhir. Dan penderita tersebut akan diserang berbagai macam infeksi sekunder, misalnya pneumonia pneumokistik karinii, toksoplamosis otak, diare akibat kriptosporidiosis, penyakit virus sitomegalo, infeksi virus herpes, kandidiasis pada esofagus, trakea, bronkus atau paru secaraserta infeksi jamur yang lain misalnya histoplasmosis, koksidiodomikosis. Yang dapat juga ditemukan beberapa jenis seperti malignansi, termasuk keganasan kelenjar getah bening dan sarcoma Kaposi. Hiperaktivitas komplemen menginduksi sekresi histamine. Dan histamine tersebut akan menimbulkan seperti keluhan gatal-gatal pada kulit dan diiringi dengan mikroorganisme di kulit yang memicu akan terjadinya dermatitis HIV.

Adapun jenis-jenis manifestasi klinis terbagi menjadi 2 jenis yaitu :

1. Infeksi oportunistik

Infeksi oportunistik adalah infeksi yang timbul akibat dari penurunan sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut dapat timbul karena mikroba (bakteri, jamur, dan virus) yang bersal dari tubuh atau yang sudah ada dalam tubuh manusia dalam keadaan normal terkendali oleh kekebalan tubuh. Munculnya infeksi

oportunistik berkorelasi dengan jumlah CD4. Tuberculosis berkembang pada jumlah CD4 200-500 sel/mm³, seperti halnya candida albicans, infeksi pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP, sebelumnya dikenal sebagai Pnuemocystis carinii) umumnya terjadi pada jumlah CD4 < 200 sel/mm³ dan cytomegalovirus (CMV) infeksi terjadi ketika jumlah CD4 turun dibawah 100 sel/mm³.

Terdapat juga infeksi oportunistik yang mempengaruhi dari asupan makanan, gangguan metabolisme dan absorpsi makanan yang secara keseluruhan mengakibatkan penurunan berat badan.

2. Infeksi non oportunistik

Anak yang terinfeksi HIV sangat rentan terhadap pathogen umum. Konsekuensi dari kerentanan tersebut bahwa mereka sering kali memperlihatkan infeksi berulang yang dapat ditemui pula pada anak imunokompeten, seperti otitis media, sinusitis, dan pneumonia. Hal ini menyebabkan mereka harus menjalani pengobatan berulang dengan antibiotik spectrum luas. Peningkatan paparan antibiotik ini merupakan salah satu faktor resiko terjadi resistensi. Otitis berulang dapat terjadi sebesar 55% terinfeksi HIV/AIDS dan 35% anak yang tidak AIDS.

Adanya neutropenia dapat meningkatkan resiko terjadi infeksi bakteri sebesar 2,3 kali lipat pada anak dengan HIV/AIDS dan 7,9 kali lipat pada anak yang tidak AIDS.

2.3.4 Patofisiologi

HIV (*Human immunodeficiency virus*) suatu penyakit yang sangat ganas. HIV yang akan masuk kedalam tubuh seseorang dengan cara melalui tiga tahap dengan cara vertikal, horizontal dan transeksual. HIV tersebut mampu menembus dinding pembuluh darah secara tidak langsung melalui kulit dan mukosa yang secara tidak langsung seperti yang akan terjadi pada kontak seksual. HIV akan terdeteksi selama 4-11 hari paparan HIV dapat terdeteksi didalam darah (Nasronudin, 2014). Selama dalam sirkulasi sistemik ini akan terjadi viremia yang akan disertai dengan tanda dan gejala infeksi virus akut yang akan menyebabkan seperti demam

mendadak nyeri kepala, nyeri sendi, nyeri otot, mual muntah, insomnia dan batuk pilek. Keadaan tersebut disebut dengan sindrom retroviral akut. Pada fase ini akan terjadi penurunan daya tahan tubuh dan peningkatan HIV-RNA *Viral load*. Hal ini akan meningkat dengan cepat ketika awal terjadinya infeksi dan kemudian akan menurunkan CD4 secara perlahan dalam waktu beberapa tahun kemudian dalam kurun waktu kurang lebih 1,5-2,5 tahun sebelum pada akhirnya akan terjadi ke stadium AIDS.

Dan fase selanjutnya HIV akan masuk ke dalam sel target yang mampu mengekspresikan reseptor CD4. Reseptor CD4 tersebut akan terdapat pada permukaan limfosit T, monosit-makrofag, langerhan's, sel dendrite, astrosit, dan microglia. Selain itu akan masuk ke dalam sel HIV memerlukan *chemokine receptor* yaitu CXCR4 dan CCR5, ada pun reseptor yang lain yang memiliki tujuan yaitu CCR2b dan CCR3. Intensitas dalam gp120 HIV dengan reseptor CD4 akan berperan dalam region V terutama V3. Dan potensi ikatan akan diperkuat dengan ko-reseptor CCR5 dan CXCR4. Dan semakin kuat peran tersebut akan meningkatkan intensitas yang diikuti dalam proses interaksi lebih lanjut yang akan terjadi dalam fusi membran HIV dengan membrane sel target yang berperan dalam gp41 HIV. Dengan terjadinya kedua fusi membrane diseluruh sitoplasma HIV termasuk dalam enzim *reverse transcriptase* dan inti akan masuk ke dalam sitoplasma sel target dan setelah itu HIV akan melepaskan *single strand RNA* (ssRNA). Dan enzim reverse transcriptase akan menggunakan RNA untuk template mensintesis DNA. Kemudian RNA akan berpindah di *ribonuklease* dan enzim *reverse transcriptase* untuk mensintesis DNA lagi dan akan menjadi *double strand DNA* sebagai provirus. Provirus akan masuk ke dalam nucleus dan akan menyatu dengan kromosom sel *host* dengan perantara *integrase*. Dan hal tersebut akan mengakibatkan provirus menjadi tidak aktif untuk melakukan transkripsi dan translasi. Dan untuk mengaktifkan provirus dari keadaan laten akan membutuhkan proses aktivasi dari sel *host*. Jika sel *host* ini tidak teraktivasi oleh adanya inductor seperti antigen, sitokin maka sel akan memicu nuclear factor RB (NF-RB) Sehingga terikat pada 5'LTR (*Long Terminal*

Repeats). Sehingga nuclear factor RB (NF-RB) akan cepat memicu replikasi HIV yaitu intervensi mikroorganisme. Mikroorganisme akan memicu terjadinya infeksi sekunder dan mempengaruhi perjalanan replikasi dalam bakteri, virus, jamur, maupun protozoa. Dari empat golongan tersebut akan mempengaruhi pada replikasi HIV yaitu virus non-HIV yang paling utama adalah virus DNA.

Enzim polymerase akan mentranskrip DNA menjadi RNA dan akan berfungsi sebagai RNA genomic dan mRNA yang akan mengalami translasi yang menghasilkan polipeptida. Dan polipeptida akan bergabung dengan RNA yang akan menjadi virus baru dan akan membentuk benjolan pada permukaan sel host, kemudian polipeptida akan pecah oleh enzim protease dan menjadi protein dan enzim yang fungsional. Inti virus baru akan dilengkapi oleh kolesterol dan glikolipid dari permukaan sel host, sehingga akan berbentuk virus baru yang lengkap dan matang. Dan virus tersebut akan keluar dari sel dan akan menginfeksi sel target berikutnya. Secara perlahan limfosit T akan semakin menurun dari waktu ke waktu. Dan penderita akan mengalami penurunan jumlah limfosit T-CD4 melalui beberapa mekanisme. Jadi semua mekanisme tersebut akan menyebabkan penurunan sistem imun sehingga pertahanan individu mikroorganisme patogen menjadi lemah dan meningkat resiko terjadinya infeksi sekunder sehingga masuk ke stadium AIDS. Dan masuknya infeksi tersebut akan menyebabkan munculnya sebuah gejala klinis sesuai jenis infeksi sekundernya.

2.3.5 Cluster of differentiation 4

Sel CD4 adalah sel darah putih jenis limfosit yang merupakan bagian penting dari sistem kekebalan tubuh. Sel CD4 terkadang disebut sel T. Adan dua jenis dari sel T yaitu sel T-4 (CD4) adalah “T helper” yang berfungsi untuk melawan infeksi dan t-8 sel (CD8) adalah “*suppressor*” sel-sel yang mengakhiri respon imun.

Sel CD4 diproduksi oleh limpa, limfonodi, dan kelenjar timus. Sel CD4 beredar keseluruhan tubuh dan berfungsi untuk mengidentifikasi, serta menghancurkan kuman seperti bakteri dan virus.

Infeksi HIV ditandai dengan penurunan progresif dari sel CD4 di dalam darah, diikuti dengan pemulihan spontan yang bersifat sementara pada jumlah CD4 akan tetapi tidak diketahui jelas berapa lama proses ini berlangsung. Setelah peningkatan akan terjadi penurunan progresif pada jumlah CD4.

Faktor-faktor yang mempengaruhi jumlah CD4 antara lain :

1. Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan terapi terutama terkait pada waktu memulai terapi yang sangat berkorelasi dengan respon CD4. Jumlah CD4 dan hitungan limfosit total pada bayi sehat jauh lebih tinggi dibandingkan dengan orang dewasa, dan nilainya menurun sampai mencapai nilai orang dewasa pada usia 6 tahun.

2. Jenis kelamin

Pria dan wanita telah diketahui merespon suatu penyakit secara berbeda-beda, namun sampai saat ini kontribusi relative dari hormone seks belum jelas diketahui. Jumlah CD4 lebih tinggi pada anak perempuan dibandingkan dengan laki-laki, dan dipengaruhi oleh perbedaan faktor genetic intrinsic antara perempuan dan laki-laki yang terlepas dari kadar hormone seks steroid.

3. Viral load

Plasma viral (*viral load*) mempermudah untuk terjadi infeksi oportunistik adalah suatu indicator langsung dari keseluruhan jumlah sel yang memproduksi oleh virus pada seseorang yang terinfeksi Hiv. Terdapat hubungan antara *viral load* dengan jumlah CD4, jika *viral load* meningkat maka jumlah CD4 akan turun sehingga mempermudah untuk terjadinya infeksi oportunistik. Jika produksi virus dalam jumlah besar maka kemampuan dan tenaga *host* menurun untuk menekan kerusakan sel CD4 sehingga sel tersebut menjadi lebih cepat habis (imunosupresi).

4. Stadium klinis

Stadium klinis merupakan derajat keparahan suatu penyakit. Berdasarkan stadium HIV/AIDS pada anak berdiskifikasi menurut penyakit yang secara klinis berhubungan dengan HIV, masing-masing stadium memiliki infeksi

yang secara klinis tertentu yang mengindikasikan seseorang pasien anak HIV/AIDS berada pada stadium tersebut. Semakin berat manifestasi klinis maka semakin tinggi stadium klinis pasien. Jumlah CD4 normal adalah 410-1490 sel/mm³. Menurut Departemen Kesehatan, jika jumlah CD4 dibawah 350/mm³, atau dibawah 14% itu dianggap AIDS, sedangkan menurut WHO, jika jumlah sel CD4 <200 sel/ul disebut dengan kondisi HIV stadium IV. Stadium klinis secara tidak langsung mempengaruhi jumlah CD4 yaitu mengganggu asupan nutrisi sehingga anak jatuh pada kondisi gizi yang buruk dikarenakan adanya infeksi oportunistik.

5. Asupan nutrisi

Infeksi HIV akan mempengaruhi status nutrisi baik makronutrien maupun mikronutrien serta sistem imun pasien HIV/AIDS. Perubahan status nutrisi tersebut disebabkan oleh berbagai faktor yaitu anoreksia, hipermetabolik, hiperkatabolik, infeksi kronis, depresi, efek samping obat, radiasi dan kemoterapi.

Pasien HIV dengan status gizi buruk memiliki presentase jumlah CD4 yang rendah dan keadaan tersebut berkaitan dengan angka mortalitas tinggi.

2.4 Hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus sitopatik yang menginfeksi sel kekebalan tubuh manusia yang mengakibatkan kondisi tubuh menjadi lemah (Nasronudin, 2014). Infeksi ini mengakibatkan kerusakan progresif dari sistem kekebalan tubuh sehingga menyebabkan kekebalan tubuh menurun. Menurut Valentina (2019), Jika virus HIV terus berkelanjutan maka sistem kekebalan tubuh penderita akan semakin menurun sehingga virus HIV tersebut akan berkembang menjadi *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS).

Penularan HIV/AIDS hanya akan menular jika virus HIV berhasil hidup masuk kedalam tubuh manusia tetapi virus yang masuk kedalam tubuh penderita dengan berjumlah besar. HIV tersebut masuk kedalam tubuh seseorang dengan melalui cara penularan tertentu (Djoerban, 2009). Penularan HIV dapat masuk kedalam tubuh melalui cara transseksual, ASI, darah.

Kepatuhan berobat berobat pada pasien diantaranya *compliance* dan *adherence*. *Compliance* adalah secara pasif mengikuti saran dokter dan perintah dokter untuk melakukan terapi yang sedang dilakukan (Nurina 2012). *Adherence* adalah sejauh mana pengambilan obat yang diresepkan oleh layanan kesehatan. Tingkat kepatuhan *adherence* untuk pasien biasanya dilaporkan sebagai presentase dari dosis resep obat yang benar-benar diambil oleh pasien selama periode yang ditentukan oleh pelayanan kesehatan (Nurina, 2012).

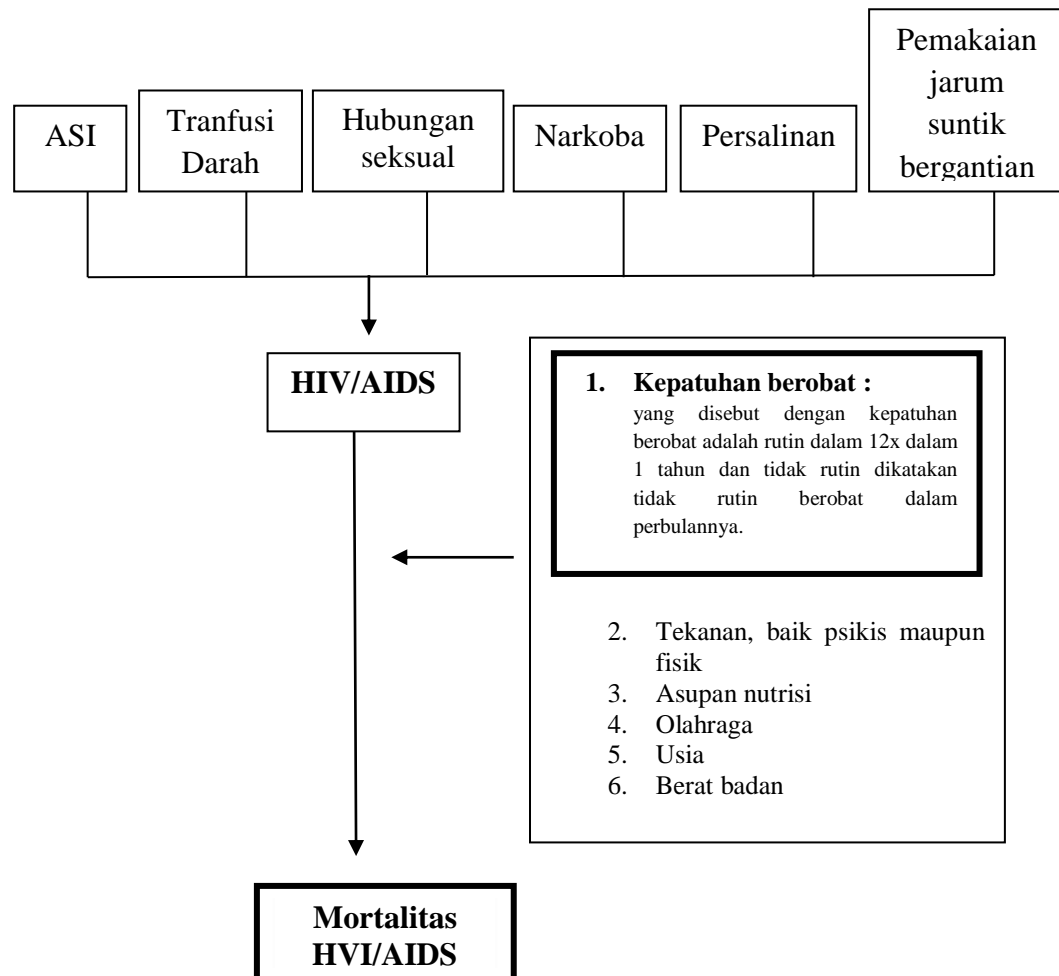
Kepatuhan penderita harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap kunjungan atau pengobatannya. Adapun kegagalan dalam menjalani pengobatan terapi ARV sering diakibatkan pada penderita tersebut karena tidak disiplin dalam mengkonsumsi atau terapi ARV tersebut. Tujuan terapi ARV ini untuk menurunkan penderita yang kesakitan akibat HIV/AIDS dan menurunkan angka mortalitas, memperbaiki dan meningkatkan kualitas penderita, mempertahankan kekebalan tubuh penderita.

Kematian yang dialami oleh penderita penyakit HIV/AIDS tersebut dapat dipengaruhi dengan ketidak kepatuhan penderita dalam menjalani pengobatan ARV karena dengan tidak menjalani terapi ARV tersebut penderita akan mengalami penurunan CD4 yang akan membuat penderita sering mengalami berbagai dampak. Dampak tersebut dapat dipengaruhi oleh berbagai infeksi oportunistik yaitu *Pneumocystis Jiroveci Pneumonia*, *Limfoid Interstitial Pneumonitis*, *Kandidas*, *Infeksi Cytomegalovirus* dan *Tuberculosis*.

2.5 Kerangka Teori

Kerangka teori ini disusun berdasarkan rangkuman teori diatas yang ada, khususnya mengenai kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS.

Tabel 2.4 Kerangka Teori



Keterangan :



1. Kepatuhan berobat
2. Mortalitas HIV/AIDS

Bagan2.1 Kerangka Teori

Sumber : Nasronudin (2014), Djoerban (2009)

2.6 Hipotesis

Hipotesis adalah penjelasan sementara dari penelitian yang perlu diuji kebenarannya atas jawaban pertanyaan tersebut.

Ho : Tidak ada hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo tahun 2019.

Ha : Terdapat hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo tahun 2019.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1. Design Penelitian

Design penelitian merupakan kerangka kerja yang digunakan untuk melaksanakan penelitian, design penelitian memberikan gambaran tentang prosedur dan semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian yang membantu peneliti dalam mengumpulkan data yang valid dengan tujuan dapat dikembangkan sehingga dapat digunakan untuk memahami dan memecahkan masalah-masalah (Sugiyono, 2015).

Dalam penelitian ini penulis menggunakan penelitian kuantitatif dengan metode non eksperimental. Penelitian ini menggunakan design *Descriptif Analitik*. Penelitian akan melakukan pengukuran variabel bebas dan terikat, kemudian akan menganalisa data yang terkumpul untuk mencari hubungan antara variabel. Dalam penelitian ini menggunakan pendekatan *Descriptif korelatif* yaitu metode yang mempelajari hubungan antara dua variabel atau lebih bertujuan untuk menemukan ada tidaknya hubungan dan apabila ada maka beberapa eratnya hubungan serta berarti atau tidaknya hubungan itu (Sugiyono, 2015).

3.2. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini merupakan penyederhanaan dari kerangka teori diatas. Faktor prediksi terhadap kepatuhan berobat secara teori meliputi : fasilitas layanan kesehatan, karakteristik pasien, informasi, karakteristik penyakit penyerta, dan hubungan penderita dengan tenaga kesehatan. Namun karena terbatasnya biaya serta karakteristik dari penyakit HIV/AIDS yang mana penyakit ini masih memiliki stigma yang tinggi yaitu jenis kelamin, jenis pekerjaan, tempat tinggal, dan status sosial ekonomi. Lebih jelasnya kerangka konsep secara sistematis dapat dilihat pada gambar 3.2 :

3.4. Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi dapat diartikan sebagai keseluruhan subjek atau objek yang berada pada suatu wilayah tertentu yang berkaitan pada masalah penelitian. Menurut (Martono,2015) populasi merupakan suatu unit individu yang berada didalam lingkup yang akan diteliti. Dalam penelitian ini merupakan sekelompok penderita dimana sampel ditarik, populasi penelitian terdiri atas sejumlah unit penelitian. Berdasarkan data yang terkena HIV/AIDS didapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo dari tahun 2004-2018 penderita HIV ada 537 jiwa dan jumlah mortalitas mencapai 116 jiwa. Berdasarkan populasi di layanan kesehatan pada tahun 2009-2018 penderita HIV/AIDS mencapai 315 jiwa dan jumlah mortalitas 45 jiwa. Sedangkan data dari RSUD Setjonegoro Wonosobo pada tahun 2018-2019 mencapai 273 jiwa yang terdaftar. Dari data tersebut yang meninggal sebanyak 51 jiwa, data yang hidup 206 jiwa, stop 1 jiwa, dan rujuk 15 jiwa.

3.4.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari suatu metode penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Pengambilan sample pada penelitian ini menggunakan teknik *total sampling* pada pasien yang akan meneliti di RSUD Setjonegoro dan Puskesmas 1 Wonosobo, Puskesmas 1 Kalikajar, dan Puskesmas 1 Selomerto. Teknik *total sampling* adalah metode penelitian ini yang berlandaskan pada filsafah positivism, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan ceklis dan analisa data bersifat kuantitatif atau statistic dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan (Sugiyono, 2017).

Berdasarkan populasi penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo adalah :

**Tabel 3.3 Jumlah penderita HIV/AIDS
Di Pelayanan Kesehatan**

No	Kasus HIV/AIDS	Data berobat	Mortalitas
1	RSUD Setjonegoro Wonosobo 2009-2018.	257	45
2	Puskesmas 1 Wonosobo	18	-
3	Puskesmas 1 Kalikajar	9	-
4	Puskesmas 1 Selomerto	28	-

Sumber: Data RSUD Setjonegoro, peskesmas 1 Wonosobo, Puskesmas 1 Kalikajar, dan Puskesmas 1 Selomerto periode 2018-2019.

Penelitian yang akan dijadikan sampel yaitu di RSUD Setjonegoro Wonosobo karena data yang dibutuhkan yaitu data kepatuhan berobat dan mortalitas penyakit HIV/AIDS. Berdasarkan data di RSUD Setjonegoro Wonosobo tahun 2009-2018 dengan jumlah kepatuhan berobat 257 jiwa dan mortalitas 45 jiwa dan data 2018-2019 dengan jumlah 273 yang terdaftar, dari jumlah tersebut yang berobat ada 206 jiwa, yang meninggal 51 jiwa, stop 1 jiwa, dan rujuk 15 jiwa. Dari tahun 2018-2019 pasien yang meninggal meningkat sebanyak 6 jiwa.

Sampel yang dibutuhkan di RSUD Setjonegoro Wonosobo dari tahun 2018-2019 dengan jumlah sebanyak 273 yang terdaftar, dari jumlah tersebut yang berobat ada 206 jiwa, yang meninggal 51 jiwa, stop 1 jiwa, dan rujuk 15 jiwa.

3.5. Waktu dan Tempat Penelitian

3.5.1 Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini dilakukan sejak bulan Juni 2019. Penelitian ini dimulai dari beberapa tahap yaitu pengambilan data dilakukan dengan observasi sederhana. Pengambilan data dilakukan dengan melakukan memfoto data dan sebagian menggunakan checklist. Pelaporan hasil penelitian dilaksanakan setelah selesai dari pengolahan data.

3.5.2 Tempat Penelitian

Tempat penelitian ini adalah di RSUD Setjonegoro Wonosobo. Pemilihan penelitian berdasarkan hasil dari studi pendahuluan yaitu observasi sederhana dan wawancara kepada tim yang menangani pengobatan ARV yang dilakukan oleh peneliti, sehingga mendapatkan objek dan tempat yang sesuai dengan criteria yang dibutuhkan dalam penelitian ini. Serta melihat sisi kemanfaatan dimasa yang akan mendatang dari penelitian yang dilakukan oleh penelitian di RSUD Setjonegoro Wonosobo.

3.6. Istrumen Penelitian

3.6.1 Instrumen Penelitian

Instrument penelitian ini adalah alat-alat yang digunakan untuk mengumpulkan data (Notoatmojo,2018). Instrument yang digunakan pada penelitian ini adalah lembar observasi berupa dokumentasi yang dilakukan menggunakan cheklis, meliputi cheklis kepatuhan berobat dan Mortalitas.

3.6.2 Cheklis Kepatuhan berobat dan Mortalitas

Cheklis menggunakan dokumentasi kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di RSUD Setjonegoro Wonosobo.

3.7. Validitas dan Reliabilitas

Sugiyono, 2017 Menyatakan instrument yang valid berarti alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data (mengukuran) itu valid. Valid berarti instrument tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang hendak diukur. Sedangkan instrument yang reliable berarti instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan data yang sama pula. Validitas suatu instrument menunjukkan seberapa jauh ia dapat mengukur apa yang hendak diukur. Sedang reliabilitas menunjukkan tingkat konsistensi dan akurasi hasil pengukuran.

3.7.1 Validitas

Validitas tersebut dari kata *validity*, yang berarti ketepatan serta kecermatan. Valid atau Shahih, instrument dinilai valid jika dalam alat ukur tersebut benar-

benar memuat suatu hal yang akan diukur (Sugiyono,2017). Instrumen penelitian ini tidak dilakukan uji validitas karena diambil dari dokumen ceklis Kepatuhan berobat dan Mortalitas penyakit HIV/AIDS yang ada di RSUD Setjonegoro Wonosobo.

3.7.2 Reliabilitas

Reliabilitas (kepercayaan) yang menunjukkan apakah sebuah pertanyaan dapat mengukur suatu yang diukur secara konsisten dari waktu ke waktu. Jadi kata kunci untuk syarat kualifikasi suatu instrument pengukuran adalah konsisten dan tidak diubah-ubah. Dalam penelitian ini tidak dilakukan uji reliabilitas dikarenakan penelitian sudah baku, yaitu menggunakan ceklis Kepatuhan berobat dan Mortalitas penyakit HIV/AIDS di RSUD Setjonegoro Wonosobo.

3.8. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam kegiatan penelitian mempunyai tujuan untuk mengungkapkan fakta mengenai variabel yang akan diteliti. Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah observasi dengan menggunakan dokumentasi ceklis dari RSUD Setjonegoro Wonosobo selanjutnya diobservasi pada dokumentasi kepatuhan berobat dan mortalitas penyakit HIV/AIDS di RSUD Setjonegoro Wonosobo. Proses pengumpulan data dilakukan dimulai beberapa tahap diantaranya adalah sebagai berikut :

3.8.1 Tahap Persiapan

Dalam tahap penelitian ini melakukan kegiatan yaitu :

- a. Konsultasi kepada Dosen pembimbing
- b. Penelitian melakukan observasi di RSUD Setjonegoro Wonosobo
- c. Penelitian mengajukan judul skripsi, setelah judul skripsi disetujui maka penelitian melakukan penyusunan skripsi.
- d. Penelitian melakukan uji skripsi setelah skripsi disetujui oleh dosen pembimbing
- e. Penelitian meminta surat dari kampus untuk ijin penelitian di RSUD Setjonegoro Wonosobo.

f. Setelah itu mengambil data di RSUD Setjonegoro Wonosobo.

3.8.2 Tahap Pelaksanaan

Dalam tahap ini peneliti melakukan kegiatan yaitu :

- a. Peneliti menemui TU Universitas Muhammadiyah Magelang untuk meminta surat izin pendahuluan untuk ke Kesbangpol.
- b. Peneliti menemui Kesbangpol untuk meminta izin untuk melakukan penelitian di wonosobo yang dituju Dinkes, RSUD Setjonegoro Wonosobo, Puskesmas 1 Wonosobo, Puskesmas 1 Kalikajar, dan Puskesmas 1 Selomerto.
- c. Peneliti menemui TU Dinkes untuk meminta izin untuk meminta data dari keseluruhan Kabupaten Wonosobo.
- d. Peneliti menemui TU RSUD Setjonegoro Wonosobo meminta izin dari Rumah Sakit lalu ke klinik terapi HIV/AIDS dengan persetujuan Komite Etik yang ada di Rumah Sakit dengan diberikan izin penelitian.
- e. Peneliti menggunakan cheklis yang telah dipersiapkan untuk menganalisa bagaimana kepatuhan berobat dan tidak patuh berobat di RSUD Setjonegoro Wonosobo.
- f. Setelah data terkumpul maka data tersebut diolah dan dianalisis hingga terselesainya laporan akhir dibawah bimbingan dosen pendamping.

Apabila aspek-aspek yang diteliti telah diolah dan dianalisa, kemudian hasil dari analisa data diolah menggunakan statistik hingga terselesaiannya laporan akhir dibawah dosen pembimbing.

3.9. Metode Pengolahan Data

Menurut Nursalam (2018), Pengolahan data tersebut bertujuan mengubah data mentah dari hasil pengukuran menjadi data yang lebih halus sehingga memberikan arah untuk pengkajian lebih lanjut, agar analisa penelitian menghasilkan informasi yang benar. Lima tahapan dilakukan dalam pengolahan data adalah :

3.9.1 Editing

Kegiatan yang dilakukan dengan meneliti data responden yaitu data kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS.

3.9.2 Coding

Kegiatan atau proses memberikan tanda pada masing-masing jawaban dengan kode berupa angka, selanjutnya dimasukkan kedalam lembaran tabel kerja untuk mempermudah pengolahan. Coding dilakukan dengan ketentuan yang sudah ditetapkan sebelumnya dan dilakukan setelah proses editing dilakukan. Data yang dilakukan pada coding yaitu pada variabel bebas yaitu Kepatuhan berobat, Rutin diberi kode 2, dan Tidak rutin diberi kode 1. Pada variabel terikat yaitu Mortalitas, Hidup diberi kode 1 dan Mati diberi kode 0.

3.9.3 Skoring

Kegiatan yang berupa pemberian nilai atau harga yang berupa angka jawaban pertanyaan tersebut untuk memperoleh data kuantitatif yang diperlukan dalam pengujian hipotesis. Dalam penelitian ini tidak ada pengujian hipotesis, tetapi hasil analisa yang didapatkan kemudian dipresentasikan dan diklasifikasikan menurut kelompok sebagai berikut :

- a. Kepatuhan berobat : - Rutin : 2
- Tidak rutin : 1
- b. Mortalitas : - Hidup : 1
- Mati : 0

3.9.4 Tabulasi

Kegiatan dengan cara mengelompokkan data atas hasil analisa yang diteliti dan teratur. Data yang telah terkumpul kemudian dimasukkan dalam tabulasi sesuai rentang nilai yang telah ditentukan.

3.9.5 Entry data

Kegiatan yang dilakukan dengan memasukkan data berupa angka hasil tabulating kedalam Microsoft Excell untuk dipresentasikan.

3.10. Analisa data

3.10.1 Analisa Univariat

Analisa univariat ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik responden berobat Usia (bayi (0-4), anak-anak (5-11), remaja (12-25), dewasa (26-45), lansia (46-65) jenis kelamin (laki-laki dan perempuan) dan berat badan (turun, naik dan sama) dan kepatuhan berobat ARV dan mortalitas penyakit HIV/AIDS masing-masing variabel yang akan diteliti (Nursalam, 2018).

3.10.2 Analisa bivariat

Analisis bivariat adalah analisa yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2018). Pada penelitian ini menggunakan uji statistic spearman, karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dan variabelnya berjenis katagorik. Apabila hasil dari uji statistic nilai signifikan lebih kecil dari 0,05 maka data tersebut menunjukkan yang bermakna. Dengan menggunakan rumus :

$$r_s = \frac{2\left(\frac{N^3 - N}{12}\right) - \sum T_1 - \sum T_2 - \sum d_i^2}{2\sqrt{\left(\frac{N^3 - N}{12} - \sum T_1\right)\left(\frac{N^3 - N}{12} - \sum T_2\right)}} \quad \text{dimana:} \quad T = \frac{t^3 - t}{12}$$

t adalah banyaknya observasi yang berangka sama pada suatu ranking tertentu.

3.11. Etika Dalam Penelitian

Penelitian mengenai “Hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo”. Peneliti memegang teguh prinsip etika dalam penelitian yaitu dengan cara :

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Peneliti memberikan informasi tentang peneliti melakukan penelitian tersebut. Peneliti juga memberikan kebebasan kepada subjek untuk berpartisipasi dalam memberikan informasi atau tidak memberikan informasi

(Notoatmodjo,2018). Karena data tersebut berupa dokumentasi maka peneliti tidak bertemu dengan pasien penyakit HIV/AIDS tersebut.

2. *Beneficience*

Peneliti memperhatikan prinsip *beneficience* dengan mengarahkan pada kebaikan yang dapat memberikan manfaat untuk objek yang akan diteliti. Sehingga penelitian ini dapat menilai dibagian mana yang perlu memerlukan perbaikan kualitas pelayanan kesehatan dibidang keperawatan khususnya tentang kepatuhan berobat dan menurunkan angka mortalitas. Dengan tidak Keterbukaan rumah sakit dengan data pasien yang mortalitas tidak memberikan karakteristik pekerjaan dan pendidikan pasien tersebut.

3. *Confidentially*

Setiap orang mempunyai privasi dan kebebasan dalam memberikan informasi, maka dalam penelitian ini peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan subjek. Peneliti tidak memberitahukan apa yang diketahui kepada orang lain dengan arti lain peneliti menjaga kerahasiaan mengenai informasi yang didapatkan, hasil penelian, dan masalah terkait lainnya (Notoatmojo,2018). Pihak rumah sakit hanya memberikan informasi data kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS dan karakteristik responden usia, jenis kelamin dan berat badan karena pihak rumah sakit menjaga kerahasiaan responden.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS disimpulkan sebagai berikut:

5.1.1 Karakteristik responden, menunjukkan bahwa usia teranyak pada remaja (12-25) sebanyak 63 dan remaja (26-45) sebanyak 163, menurut jenis kelamin paling banyak pada perempuan sebanyak 143, dan menurut berat badan mengalami penurunan sebanyak 130.

5.1.2 Mortalitas akibat HIV/AIDS diwonosobo mencapai 51 jiwa dari 257 jiwa yang terdaftar di RSUD SETJONEGORO WONOSOBO.

5.1.3 Hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS.

5.1.4 Berdasarkan hasil penelitian kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS tersebut terdapat Hubungan antara kepatuhan berobat dengan mortalitas penyakit HIV/AIDS karena didapatkan nilai *p value* sebesar 0,000 dimana nilai tersebut kurang dari 0,05.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, maka disarankan beberapa hal sebagai berikut :

5.2.1 Bagi Bidang Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi lebih lanjut tentang tindakan apa yang meningkatkan keperawatan dan pengobatan yang tepat agar mencegah terjadinya mortalitas penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo.

5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan penelitian ini bisa dijadikan bahan masukan untuk melakukan penelitian lain tentang penyebab faktor ketidak patuhan berobat Penyakit HIV/AIDS.

5.2.3 Bagi Pasien

Sesuai hasil penelitian diatas ma penderita HIV/AIDS diharapkan mampu meningkatkan kepatuhan berobat agar menurunkan angka mortalitas.

5.2.4 Bagi Rumah Sakit

Petugas rumah sakit mampu menginformasikan, memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien penyakit HIV/AIDS agar dapat menjalani kepatuhan berobat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ari Haryatiningsih, 2017. Hubungan lamanya terapi ARV dengan kepatuhan minum obat pada anak HIV di Klinik Teratai. JSK, Volume 3 Nomor 2 Desember tahun 2017
- Arif Sumantri (2011). Metode Penelitian Kesehatan. Edisi Pertama. Jakarta : Kencana 2011
- Carlos Avila-Figueroa and Paul Delay. 2009. *Impact of The Global Economic Crisis on Antiretroviral Treatment Programs*.HIV Ther.3(6), 545–548.
- Darma,2011. Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan hasil Penelitian. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Djoerban Z, Djauzi. HIV/AIDS di Indonesia. Dalam: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid III, Edisi V, Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI, Jakarta : 2009 November; 2861-8.
- Depkes,2015. Profil Kesehatan Indonesia.Jakarta : Depkes RI.
- Dinas Kesehatan, 2018. Situasi Perkembangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Wonosobo s/d Triwulan III tahun 2018.
- Ditjen PP&PL Kemeskes RI. Statistik Kasus HI/AIDS di Indonesia. 2014;(September): 794-6.
- Estie Puspitasari, 2016. Prediktor Mortalitas Pasien HIV/AIDS Rawat Inap.Jurnal Penyakit Dalam Indonesia. Vol. 3, No.1
- Fahrudin Muhammad Arif, 2015. Mortalitas diIndonesia (Sejarah Masa Lalu dan Proyeksi K depan), Jakarta.
- Indria Yogani, 2015. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kenaikan CD4 pada pasien HIV yang mendapatkan Highly Active Antiretroviral Therapy dalam 6 bulan pertama.Jurnal penyakit dalam Indonesia.
- Khairurrahmi. Pengaruh Faktor Predisposisi, Dukungan Keluarga dan Level Penyakit orang dengan HIV/AIDS terhadap Pemanfaatan VCT di kota Medan. 2009
- Nasronudin, 2014.Buku HIV/AIDS pendekatan Biologis Molekuler, klinis, dan sosial. Edisi 2
- Notoatmodjo,2018. Metodologi penelitian kesehatan.Jakarta : PT Rineka Cipta.

- Nursalam, 2018. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Nurina, 2012. Adherence to Medication, The New England Journal of Medicine, 353,487-97.
- Martono Nanang. (2015). Metode Penelitian Kuantitatif Teori & Aplikasi. Jakarta : Rajawali Pers.
- Prokes Jawa Tengah ,2016 . data program dan profil kesehatan Kb/Kota. Jawa Tengah
- Sugiyono,2017. Metode penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung : Alfabeta.
- Sugiyono,2015. Metode Penelitian Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan Kombinasi. Bandung: Alfabeta.
- Sarwono, S., 2007. Sosiologi Kesehatan, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Valentina Meta Srikartika,2019. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien HIV/AIDS. Jurnal Pharmascience, Vol.06, No.01, Februari 2019, hal: 97-105.