



**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KETERATURAN KUNJUNGAN LAYANAN *CARE SUPPORT  
AND TREATMENT* (CST) PADA PASIEN KOINFEKSI TB-HIV DI  
BALAI KESEHATAN PARU MASYARAKAT  
WILAYAH SEMARANG**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat

Untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**Oleh**

Erlinda Rahmatin  
NIM. 6411411044

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

**2015**

## ABSTRAK

Erlinda Rahmatin

**Faktor- Faktor yang Berhubungan Dengan Keteraturan Kunjungan Layanan *Care Support and Treatment* (CST) Pada Pasien Koinfeksi TB-HIV Di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang**

xvi + 96 halaman + 10 tabel + 4 gambar + 34 lampiran

Layanan *Care Support and Treatment* (CST) adalah layanan perawatan, dukungan dan pengobatan untuk Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) setelah di diagnosis positif. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor apa sajakah yang mempengaruhi keteraturan kunjungan layanan CST pada pasien koinfeksi TB-HIV. Jenis penelitian adalah analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional* dengan menambahkan kajian kualitatif pada pasien yang tidak teratur. Sampel penelitian adalah 44 pasien koinfeksi TB-HIV. Teknik pengambilan sampel secara *random sampling*. Analisis data dilakukan secara uji *chi-square*. Hasil penelitian ini faktor yang berhubungan dengan perilaku berisiko HIV/AIDS menurut uji *chi-square* adalah pengetahuan tentang HIV/AIDS ( $p\text{-value}=0,010$ ), akses layanan ( $p\text{-value}=0,002$ ), dan dukungan petugas ( $p\text{-value}=0,033$ ), sedangkan yang tidak berhubungan yaitu sikap terhadap layanan CST ( $p\text{-value}=0,127$ ) dan dukungan keluarga ( $p\text{-value}=0,314$ ). Kesimpulan ini adalah terdapat hubungan antara pengetahuan terhadap HIV/AIDS dan CST, akses layanan dan dukungan petugas terhadap keteraturan kunjungan layanan CST pada pasien koinfeksi TB-HIV.

**Kata Kunci** : Keteraturan kunjungan, CST, koinfeksi TB-HIV.

**Kepustakaan** : 30 (2006-2014)

Public Health Departement  
Sport Science Faculty  
Semarang State University  
2015

## ABSTRACT

Erlinda Rahmatin

### **Factors Relating to Care Support and Treatment (CST) Service Visit to Patients coinfectd TB-HIV in The Hall of the Health of his Community Semarang**

xvi + 96 pages + 10 tables + 4 image + 34 attachments

*Care Support and Treatment (CST) is a service of caring, supporting, and medicinal treatment for people who are suffering HIV/AIDS (ODHA) after being diagnosed. This research aimed to comprehend what factors which influence regularity of CST service visit to patients who are coinfectd TB-HIV. The study was observational analytic using cross sectional approach by adding a qualitative study toward irregular visit. The sample of this research were 44 TB-HIV coinfectd patients. The sampling technique in this research was random sampling. Chi-square was used in analysing the data. The result of the research showed that factors related to behavior HIV/AIDS risk based on Chi-square analysis was the understanding about HIV/AIDS ( $p$ -value=0,010), access toward services ( $p$ -value=0,002), and officer's support ( $p$ -value=0,033). Indirect factors were attitude toward CST services ( $p$ -value=0,127) and family's support ( $p$ -value=0,134). In conclusion, there were relation between understanding of HIV/AIDS and CST, access toward services, and officer's supports toward the regulatity of CST service visit toward coinfectd TB-HIV patients.*

**Keywords :** *order visit, CST, coinfectd TB-HIV*

**Literature :** 30 (2006-2014)

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar sarjana di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, Desember 2015



Penyusun

## PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Erlinda Rahmatin, NIM: 6411411044, dengan judul "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keteraturan Kunjungan Layanan *Care Support and Treatment* (CST) Pada Pasien Koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang".

Pada hari : Kamis

Tanggal : 3 Desember 2015



Prof. Dr. Lendiyo Rahayu, M.Pd.  
NIP. 19610320 198703 2 001

Panitia Ujian

Sekretaris,

Arwan Budiono, S.KM., M.Kes.  
NIP. 19751217 200501 1 003

	Dewan Penguji	Tanggal Persetujuan
Ketua Penguji	 1. <u>Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes.</u> NIP. 19760719 200812 1 002	<u>16 / 2015 / 12</u>
Anggota Penguji	 2. <u>dr. Mahalul Zam, M.Kes.</u> NIP. 19751119 200112 1 001	<u>6 / 2016 / 01</u>
Anggota Penguji	 3. <u>Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes.</u> NIP. 199820518 201212 1 002	<u>8 / 1 - 2016</u>

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

### Motto

- ❖ Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang  
(Q.S. Al-Fatihah : 1)
- ❖ *If you don't love something, you're not going to go the extra mile, work the extra weekend, challenge the status quo as much*  
( Steve Jobs)
- ❖ Kita bisa karena terbiasa dan mau berusaha

### Persembahan

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah SWT,  
saya persembahkan skripsi ini untuk:

1. Bapak (Sigit) dan Mamah (Nina Herlina)  
tercinta atas dorongan, motivasi dan doa.
2. Mamih ( Hj. Ely Jualiah) atas kasih sayang dan  
doa yang tiada henti.
3. Almamater, Universitas Negeri Semarang

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga tersusun skripsi yang berjudul “Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kesiediaan Tes HIV pada Pasien Tuberkulosis di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang” dapat terselesaikan dengan baik. Penyusunan skripsi ini dimaksudkan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Negeri Semarang. Skripsi ini dapat terselesaikan atas bantuan berbagai pihak, penyusun mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., atas ijin penelitian yang diberikan.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Irwan Budiono, S.KM., M.Kes. (Epid), atas persetujuan yang diberikan.
3. Pembimbing, Muhammad Azinar SKM, M.Kes., atas bimbingan, arahan, dan motivasi yang diberikan dalam penyusunan skripsi.
4. Penguji I, Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes., atas bimbingan, arahan, dan masukan yang diberikan.
5. Penguji II, dr. Mahalul Azam, M.Kes., atas bimbingan, arahan, dan masukan yang diberikan.

6. Bapak/Ibu dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang atas segala pengetahuan dan ilmu yang diberikan.
7. Kepala Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang, dr. A. A. Sg. Sri Rika Puniawati, atas izin penelitian yang diberikan.
8. Staf Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang, dr. Dani, Bu Upik, Bu Wulan, Bu Dyah atas bimbingan dan bantuan yang diberikan selama penelitian.
9. Bapak (Thomas Sigit Tukijo), Mamah (Nina Herlina), Mamih (Hj. Ely Jualiah), Papah (Wawan Irawan), atas perhatian, kasih sayang, dukungan, dan doa yang diberikan selama ini hingga akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan.
10. Keluarga besarku atas semangat dan doa yang diberikan.
11. Orang terkasih Mila Husna Nida, Laras Prastyawati, Andar Yuyun P., Bati Trisnaningsih, Gilang R.A, Jati Reza, Achmad Sazani, dan Imboh Prasetyo, yang telah menjadi moodbooster selama menyusun skripsi.
12. Teman-teman IKM angkatan 2011 dan PKIP 2013 atas semangat dan bantuannya.
13. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Skripsi ini masih jauh dari sempurna, sehingga kritik dan saran sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi banyak orang.

Semarang, Desember 2015

Penyusun



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>ii</b>
<b><i>ABSTRACT</i> .....</b>	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>PENGESAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xvi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.5 Keaslian Penelitian .....	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	9
<b>BAB II LANDASAN TEORI.....</b>	<b>11</b>
2.1 Landasan Teori .....	11

2.1.1	HIV dan AIDS .....	11
2.1.2	Infeksi Oportunistik Tuberculosis .....	18
2.1.3	Layanan <i>Care Support and Treatment</i> .....	26
2.1.4	Keteraturan Kunjungan.....	29
2.1.5	Faktor-faktor yang mempengaruhi keteraturan kunjungan .....	30
2.1.6	Teori Lawrence Green .....	38
2.2	Kerangka Teori .....	41
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>		<b>42</b>
3.1	Kerangka Konsep.....	42
3.2	Variabel Penelitian.....	43
3.3	Hipotesis Penelitian .....	44
3.4	Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	45
3.5	Jenis dan Rancangan Penelitian.....	48
3.6	Populasi dan Sampel Penelitian.....	48
3.7	Sumber Data Penelitian .....	50
3.8	Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data.....	50
3.9	Prosedur Penelitian .....	55
3.10	Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	57
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN.....</b>		<b>63</b>
4.1	Gambaran Umum .....	63
4.2	Analisis Data.....	67

4.2.1 Analisis Univariat .....	67
4.2.2 Analisis Bivariat .....	71
4.2.3 Analisis Kualitatif.....	77
<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>85</b>
5.1 Pembahasan .....	85
5.1.1 Hubungan antara Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan CST dengan Keteraturan kunjungan .....	85
5.1.2 Hubungan antara Sikap terhadap layanan CST dengan Keteraturan kunjungan .....	87
5.1.3 Hubungan antara Akses layanan dengan Keteraturan kunjungan .....	88
5.1.4 Hubungan antara Dukungan petugas dengan Keteraturan kunjungan....	90
5.1.5 Hubungan antara Dukungan keluarga dengan Keteraturan kunjungan ..	91
5.1.6 Kelemahan Penelitian .....	93
<b>BAB VI SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>94</b>
6.1 Simpulan .....	94
6.2 Saran .....	95
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>97</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>101</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Penelitian-Penelitian yang Relevan .....	8
Tabel 2.1 Stadium klinis HIV Dewasa.....	14
Tabel 2.2 Panduan terapi ARV .....	17
Tabel 2.3 Panduan pengobatan ARV pada ODHA dengan TB .....	24
Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel .....	45
Tabel 3.2 Pedoman Interpretasi Koefisien kolerasi .....	60
Tabel 3.3 Karakteristik informan .....	62
Tabel 4.1 Distribusi Responden berdasarkan Jenis kelamin.....	65
Tabel 4.2 Distribusi Responden berdasarkan Usia .....	66
Tabel 4.3 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan .....	66
Tabel 4.4 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Pekerjaan .....	67
Tabel 4.5 Distribusi Responden berdasarkan Pengetahuan .....	68
Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap terhadap layanan CST ...	69
Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan Akses Layanan.....	69
Tabel 4.8 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Petugas .....	70
Tabel 4.9 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga.....	70
Tabel 4.10 Distribusi Responden Berdasarkan Keteraturan Kunjungan .....	71
Tabel 4.11 <i>Crosstab</i> antara Pengetahuan dengan keteraturan kunjungan layanan CST .....	72

Tabel 4.12 <i>Crosstab</i> antara Pengetahuan dengan keteraturan kunjungan layanan CST .....	72
Tabel 4.13 <i>Crosstab</i> antara Sikap terhadap layanan CST dengan keteraturan kunjungan layanan CST .....	74
Tabel 4.9 <i>Crosstab</i> antara Akses layanan dengan keteraturan kunjungan layanan CST .....	75
Tabel 4.10 <i>Crosstab</i> antara Dukungan Petugas dengan keteraturan Kunjungan layanan CST .....	76
Tabel 4.11 <i>Crosstab</i> antara Dukungan Keluarga dengan keteraturan Kunjungan layanan CST .....	77

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Bagan dukungan petugas di layanan CST BKPM .....	37
Gambar 2.2 Teori Perilaku.....	40
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	41
Gambar 3.1 Kerangka Konsep .....	42

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Keputusan Dosen Pembimbing .....	101
Lampiran 2. Surat Ijin Observasi .....	102
Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian .....	103
Lampiran 4. <i>Ethical Clearance</i> .....	104
Lampiran 5. Kuesioner Penelitian.....	105
Lampiran 6. Data uji validitas dan reliabilitas .....	117
Lampiran 7. Data Responden Penelitian.....	122
Lampiran 8. Output Analisis Univariat.....	125
Lampiran 9. Output Analisis Bivariat .....	127
Lampiran 10. Dokumentasi.....	133

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Infeksi HIV adalah penyakit yang diakibatkan oleh infeksi virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah penyakit yang menunjukkan adanya sindrom defisiensi imun selular sebagai akibat infeksi HIV. Virus HIV yaitu virus yang memperlemah sistem kekebalan tubuh manusia, biasanya hanya salah satu dari dua jenis virus (HIV-1 atau HIV-2) yang secara progresif merusak sel-sel darah putih (*limfosit*) sehingga menyebabkan berkurang atau gagalnya sistem kekebalan tubuh. Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dengan sistem kekebalan tubuh menurun secara progresif dan mempermudah terjadinya infeksi oportunistik (IO) (Zulkoni A, 2010). Sebagian besar ODHA tidak mengetahui status HIVnya ketika fase *asimptomatik* (tanpa gejala) dan *window periode* (periode jendela). Gejala baru muncul beberapa tahun setelah terinfeksi, sehingga ODHA justru mendatangi pelayanan kesehatan setelah mereka sudah terkena infeksi oportunistik.

Indonesia berada pada urutan ke-68 negara dengan penderita HIV/AIDS terbanyak di dunia dengan jumlah penderita sebanyak 610.000 jiwa (UNAIDS, 2013). Kementerian Kesehatan Indonesia mencatat kasus HIV pada tahun 2013 sebanyak 29.037 kasus dan tahun 2014 sampai bulan Juni 2014 sebanyak 15.534



kasus. Sedangkan kasus AIDS tahun 2013 sebanyak 6.266 kasus dan tahun 2014 sampai Juni sebanyak 1.700 kasus. Hal ini diikuti dengan angka kematian ODHA tahun 2013 sebanyak 729 kasus dan tahun 2014 sampai bulan Juni sebanyak 176 kasus. Secara kumulatif jumlah kasus HIV/AIDS dan kematian ODHA di Indonesia cenderung mengalami peningkatan (Ditjen PP&PL Kemenkes RI, 2014).

Data kumulatif kasus HIV&AIDS di Indonesia sampai dengan September 2014 Jawa Tengah menduduki peringkat ke 6 dengan HIV sebanyak 9.032 kasus dan AIDS sebanyak 1.699 kasus (KPA Jateng, 2014). Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Jawa Tengah melaporkan sampai dengan Desember 2014 kasus baru HIV terdapat 1399 kasus, AIDS terdapat 1081 kasus dan meninggal 163 kasus. Menurut data Dinkes Provinsi Jawa Tengah tahun 2014, kasus kumulatif HIV/AIDS tertinggi di kota Semarang dengan kasus baru HIV sebanyak 108 kasus dan AIDS 45 kasus (Dinkes Prov. Jateng, 2014).

Salah satu program penanggulangan HIV/AIDS di pusat-pusat layanan kesehatan seperti Rumah Sakit, Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) dan sebagainya telah dilakukan layanan tes HIV melalui program PITC. BKPM Semarang adalah institusi pemberi layanan kesehatan paru masyarakat yang dalam layanannya juga menerapkan prosedur tes HIV dengan metode PITC (*Provider Initiated HIV Testing and Counseling*) yang didalamnya terdapat layanan CST. Tes HIV dengan metode PITC diterapkan di BKPM Semarang karena penemuan kasus HIV positif ini berawal dari pasien Tuberculosis yang kemudian mempunyai tanda dan gejala HIV sehingga dengan inisiatif petugas untuk melakukan tes HIV. TB paru

merupakan penyakit penyerta HIV (infeksi oportunistik) yang terbesar pada ODHA, diperkirakan 50-75% ODHA di Indonesia menderita TB dalam hidupnya. (Sary Lolita, 2009).

Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) wilayah Semarang adalah salah satu institusi yang melaksanakan prosedur tes HIV dengan metode PITC dan penerapan layanan CST bagi HIV positif. PITC adalah suatu tes HIV dan konseling yang diprakasai oleh petugas kesehatan kepada pengunjung sarana layanan kesehatan sebagai bagian dari standar pelayanan medis, sedangkan layanan CST adalah layanan yang diberikan kepada pasien HIV positif untuk mengakses perawatan, dukungan dan pengobatan (Odhiambo, 2008). Jadi tepat jika BKPM Semarang menggunakan metode PITC dan dengan membuka layanan CST karena pasien HIV positif yang ditemukan disini bermula dari pasien TB paru.

Program pelayanan CST ini bertujuan untuk membantu ODHA dan keluarga menyelesaikan masalah seperti permasalahan medis yang dihadapi ODHA berupa infeksi oportunistik, gejala simptomatik yang berhubungan dengan AIDS, ko-infeksi, sindrom pulih imun tubuh serta efek samping dan interaksi obat ARV. Sedangkan masalah psikologis yang mungkin timbul yang berkaitan dengan infeksi HIV adalah depresi, *ansietas* (kecemasan), gangguan kognitif serta gangguan kepribadian sampai psikosis. Masalah sosial yang dapat timbul pada HIV adalah diskriminasi, pengucilan, stigmatisasi, pemberhentian dari pekerjaan, perceraian, serta beban finansial yang harus ditanggung ODHA. Masalah psikososial dan sosioekonomi

tersebut sering kali tidak saja dihadapi oleh ODHA namun juga oleh keluarga dan kerabat dekatnya (Spiritia, 2012).

Data BKPM Semarang, jumlah penderita TB pada tahun 2014 sebanyak 270 pasien. Jumlah pasien baru TB-HIV tahun 2014 sebanyak 29 pasien. Jumlah pasien TB-HIV yang mengakses layanan CST sampai dengan pada tahun 2014 sebanyak 80 pasien. Dari data ODHA yang mengakses layanan CST dalam 6 bulan terakhir yang secara intensif melakukan kunjungan CST adalah 60% yang teratur. Sedangkan target keteraturan kunjungan layanan CST 90% pada pasien TB-HIV. Rendahnya partisipasi ODHA yang mengakses layanan CST setiap bulannya selama 6 bulan terakhir dari bulan Januari sampai Juni 2015, ini menjadi tanggung jawab petugas kesehatan yang terlibat.

ODHA sangat membutuhkan layanan CST karena hal ini berkaitan dengan konseling, akses ARV dan pemeriksaan fisik jika terdapat keluhan sehingga akan cepat tertangani, serta dukungan sosial dalam kelompok dukungan sebaya. Terlebih lagi pasien TB-HIV membutuhkan perhatian khusus untuk kepatuhan minum obat karena harus patuh obat anti tuberculosis dan antiretroviral Oleh karena itu setiap ODHA harus secara intensif mengakses layanan CST setiap bulan.

Berdasarkan berbagai permasalahan tersebut, peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah tersebut, dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

### **1.2.1 Rumusan Masalah Umum**

Faktor-faktor yang berhubungan dengan keteraturan kunjungan layanan *Care Support and Treatment* (CST) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang?

### **1.2.2 Rumusan Masalah Khusus**

- 1) Apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS dan CST dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang?
- 2) Apakah ada hubungan antara sikap terhadap layanan CST dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang?
- 3) Apakah ada hubungan antara kemudahan mengakses layanan CST dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang?

- 4) Apakah ada hubungan antara dukungan petugas dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang?
- 5) Apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Penelitian Umum**

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keteraturan kunjungan layanan *Care Support and Treatment* (CST) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.

#### **1.3.2 Tujuan Penelitian Khusus**

- 1) Untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS dan CST dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.
- 2) Untuk mengetahui hubungan antara sikap terhadap layanan CST dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.

- 3) Untuk mengetahui hubungan antara kemudahan mengakses layanan CST dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.
- 4) Untuk mengetahui hubungan antara dukungan petugas dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.
- 5) Untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi klinik CST BKPM Wilayah Semarang**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada pihak-pihak yang terlibat di klinik layanan *Care Support and Treatment* (CST) sehingga dapat meningkatkan kinerja dan membuat strategi pelayanan bagi ODHA.

### **1.4.2 Bagi Peneliti**

Penelitian ini merupakan wujud pengaplikasian teori yang diperoleh selama menempuh perkuliahan sehingga menjadikan pengalaman dalam mengkaji secara ilmiah dalam sebuah permasalahan dan menambah pengetahuan ketika terjun dilapangan

### 1.4.3 Bagi Masyarakat

Memberikan informasi mengenai faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan keteraturan kunjungan pasien koinfeksi TB-HIV dalam melakukan layanan CST (*Care Support and Treatment*) di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.

### 1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 : Penelitian-penelitian yang relevan dengan penelitian ini

No.	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan tempat penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pengobatan ARV (Anti Retro Viral) pada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo dan Rumah Sakit Umum Panti Wilasa Citarum Semarang	Risha Fillah, Fithria, Ahmad Purnomo, Zullies Ikawati	2010 RSUD Tugurejo dan RSU Panti Wilasa Citarum Semarang	<i>cross sectional</i>	Faktor pasien, faktor obat, faktor infeksi oportunistik, faktor hambatan, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor lingkungan terhadap tingkat kepatuhan pengobatan	Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pengobatan ARV adalah faktor pasien, faktor infeksi oportunistik, faktor hambatan yaitu jarak dari rumah ke rumah sakit, dan faktor pelayanan kesehatan yaitu dukungan petugas kesehatan.
2.	Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien	Martoni Wildra	Desember 2011 – Maret 2012 dan RSUP Dr. M. Djamil Padang	<i>Cross sectional</i>	Faktor tingkat pendidikan, Faktor <i>Beck Depression Inventory</i> ,	Dari ketiga variable faktor yang paling signifikan terhadap kepatuhan pasien HIV/AIDS, dengan

	HIV/AIDS di poliklinik khusus rawat jalan bagian penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang Periode Desember 2011- Maret 2012				Faktor pengetahuan	faktor pengetahuan yang menjadi faktor paling dominan
3	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Pada Pasien TB Paru DI RSUD Daya Makassar	Sukmah dkk	2013 Rumah Sakit Umum Daerah Daya Makassar	<i>Cross Sectional</i>	Pengetahuan, PMO, efek samping OAT, dan dukungan keluarga terhadap kepatuhan berobat pada pasien TB paru.	Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan, peran PMO, efek samping obat dan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat pasien TB paru.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut :

Penelitian ini mengenai “ Faktor-faktor yang berhubungan dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang” belum pernah dilakukan.

## 1.6 Ruang Lingkup Penelitian

### 1.6.3 Ruang Lingkup Tempat

Tempat pelaksanaan penelitian ini adalah Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang.



### **1.6.2 Ruang Lingkup Waktu**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan 28 Juli – 10 Agustus tahun 2015.

### **1.6.3 Ruang Lingkup Materi**

Lingkup materi dalam penelitian ini dibatasi oleh faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang. Adapun lingkup ilmu dalam penelitian ini adalah promosi kesehatan teori dan aplikasi yang berkaitan dengan penyakit HIV/AIDS.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 HIV**

###### **2.1.1.1 Definisi HIV/AIDS**

Virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yaitu virus yang memperlemah sistem kekebalan tubuh manusia biasanya hanya salah satu dari dua jenis virus (HIV-1 atau HIV-2) yang secara progresif merusak sel-sel darah putih (limfosit) sehingga menyebabkan berkurang atau gagalnya sistem kekebalan tubuh.

*Human Immunodeficiency Virus* adalah virus RNA yang termasuk dalam retrovirus dengan ciri memiliki enzim *reversetranskriptase* (RT) yang telah masuk dalam limfosit akan berakibat merusak limfosit terutama CD4+ T cell dan *macrophage*, yaitu komponen vital dari sistem kekebalan tubuh manusia, sehingga melemahkan atau merusak fungsinya dan mampu mentranskripsi RNAny menjadi DNA, DNA ini selanjutnya akan dimasukkan ke dalam genom sel limfo-T yang diperintahkannya untuk memperbanyak virus ini.

Infeksi dari HIV menyebabkan pengurangan sistem kekebalan tubuh dengan cepat, sehingga penderita mengalami kekurangan imunitas. Orang yang terkena virus ini akan menjadi rentan dan mudah terkena tumor (Zulkoni A, 2011:89)

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah infeksi atau sindrom yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat dari infeksi virus HIV.

AIDS merupakan kondisi yang menjelaskan kenaikan tingkatan infeksi virus HIV. Dengan adanya AIDS, biasanya virus sudah mulai berkembang, menyebabkan kehilangan sel darah putih (sel CD4+/T *helper cells*) secara signifikan, CD4 adalah sebuah marker atau penanda yang berada di permukaan sel-sel darah putih manusia, terutama sel-sel limfosit. CD4 pada orang dengan sistem kekebalan yang menurun menjadi sangat penting, karena berkurangnya nilai CD4 dalam tubuh manusia menunjukkan berkurangnya sel-sel darah putih atau limfosit yang seharusnya berperan dalam memerangi infeksi yang masuk ke tubuh manusia (Zulkoni A, 2011:89).

#### **2.1.1.2 Tanda Gejala Klinis**

Manusia yang terinfeksi HIV sebelumnya memperlihatkan tanda gejala, adapun 3 fase tanda gelanya yaitu (Zulkoni A, 2011:90) :

##### **1. Fase pertama**

Orang yang terkena infeksi menjadi bersifat zero positif, artinya orang tersebut tampak sehat, dan setelah enam bulan darahnya baru dapat dideteksi HIV nya secara tidak langsung (melalui antibody). Gejala yang muncul pada fase ini adalah flu berat kurang lebih 1 minggu, keluhan muncul akibat infeksi dan reproduksi dari ribuan HIV dalam sel limfosit T.

## 2. Fase kedua

Sistem imun menangkap dan mengurung semua virus di kelenjar limfa dimana reproduksi berlangsung terus. Jaringan yang terinfeksi dan HIV yang lolos dimusnahkan oleh masing-masing *T-killer cell* dan antibody. Proses ini berlangsung tanpa gejala. Setiap tahun banyak HIV yang meloloskan diri dan masuk ke dalam sirkulasi, juga lebih banyak limfo-T yang mati dan sistem imun semakin lemah.

## 3. Fase ketiga

Satu sampai 12 tahun kemudian jumlah HIV dalam darah (*viral load*) menjadi lebih banyak dan jumlah CD4 + turun dari 1000 sampai 200/mm<sup>3</sup> baru pada saat inilah penyakit AIDS menjadi nyata dengan gejala-gejala klinis.

Gambaran gejala-gejala klinis HIV/AIDS terdiri dari :

- 1) Masa inkubasi 6bulan – 5 tahun.
- 2) *Windows periode* atau masa jendela selama 6-8 minggu, adalah waktu saat tubuh sudah terinfeksi HIV tetapi belum terdeteksi oleh pemeriksaan laboratorium.
- 3) Seseorang dengan HIV dapat bertahan sampai dengan 5 tahun. Jika tidak diobati, maka penyakit ini akan bermanifestasi sebagai AIDS.
- 4) Gejala klinis muncul dengan penyakit yang khas seperti :
  - a) Diare kronis
  - b) Kandidiasis mulut yang luas
  - c) Timbul penyakit oportunistik

### 2.1.1.3 Stadium Klinis

Stadium klinis pada orang dewasa menurut WHO membantu untuk memperkirakan tingkat defisiensi kekebalan tubuh pasien. Pasien dengan gejala pada stadium 1 atau 2 biasanya tidak memiliki tanda gejala defisiensi kekebalan tubuh yang serius. Pasien yang mempunyai gejala dan tanda klinis 3 dan 4 mempunyai penurunan kekebalan tubuh yang berat dan tidak mempunyai cukup banyak sel CD4 sehingga memudahkan terjadinya infeksi oportunistik (IO).

Beberapa kondisi IO memerlukan adanya pemeriksaan dan penanganan lebih lanjut. Kondisi tersebut sebagai berikut :

**Tabel 2.1. Stadium Klinis HIV Dewasa (Dirjen P2PL, 2012)**

	Stadium Klinis 1 : Asintomatik	Stadium Klinis 2 : Sakit ringan	Stadium Klinis 3 : Sakit sedang	Stadium Klinis 4 : (AIDS)
Gejala/ Tanda	Tidak ada gejala atau hanya : 1. Limfad enopati generalisata persisten : Kelenjar multiple berukuran kecil tanpa rasa nyeri	1. Berat badan turun 10% 2. Luka pada sudut mulut (keilitis angularis) 3. Dermatitis seboroik : Lesi kulit bersisik pada batas antara wajah dan rambut serta sisi hidung 4. Prurigo : Lesi kulit yang gatal pada lengan dan tungkai 5. Herpes Zoster : Papul	1. Berat badan turun > 10% 2. Kandidiasis mulut: Bercak putih yang menutupi daerah di dalam mulut 3. <i>Oral hairy leukoplakia</i> : Garis vertikal putih di samping lidah, tidak nyeri, tidak hilang jika di kerok 4. Lebih dari 1 bulan: a. Diare kadang-kang intermiten b. Demam tanpa sebab yang jelas :	1. Limfoma 2. Sarkoma Kaposi : Lesi berwarna gelap (ungu) dikulit dan atau mulut, mata, paru, usus, dan sering disertai edema 3. Kanker serviks invasive 4. Retinitis CMV 5. Pneumonia Pneumonitis : Pneumonia berat disertai sesak napas dan batuk

		<p>disertai nyeri pada satu sisi tubuh, wajah, atau ekstremitas.</p> <p>6. ISPA berulang : Infeksi tenggorokan berulang, sinusitis atau infeksi telinga</p> <p>7. Ulkus pada mulut berulang</p>	<p>kadang-kadang intermiten</p> <p>5. Infeksi bakteri yang berat : Pneumonia, piomiositis dan lain-lain</p> <p>6. TB Paru</p> <p>7. HB &lt; 8g, Leukosit &lt; 500, Trombosit &lt; 50.000</p> <p>8 Gingivitis/ peridontitis ulseratif nekrotikan akut</p>	<p>kering</p> <p>6. TB Ekstrakparu</p> <p>7. Meningitis kriptokus : Meningitis dengan atau tanpa kaku kuduk</p> <p>8. Abses otak</p> <p>Tokoplasmosis</p> <p>9. Ensefalopati HIV : Gangguan neurologis yang tidak disebabkan oleh faktor lain, seringkali membaik dengan pengobatan ARV</p>
--	--	---	--	---

#### **2.1.1.4 Penularan**

Beberapa semen (cairan tubuh) dapat menularkan HIV, cairan yang dapat menularkan diantaranya (Zulkoni A, 2011:95) :

##### **1. Darah**

Transfusi darah atau terkena darah positif HIV pada kulit yang terluka, terkena darah menstruasi pada kulit yang terluka, jarum suntik dan lain-lain.

##### **2. Cairan Sperma**

Laki-laki berhubungan badan tanpa kondom atau pengaman lainnya, oral seks, dan sebagainya.

##### **3. Cairan vagina pada perempuan**

Wanita berhubungan badan tanpa pengaman, pinjam-meminjam alat bantu seks dan oral seks.

#### 4. ASI/Air Susu Ibu

Bayi yang meminum ASI dari ibu yang positif HIV. Proses penularan virus HIV kedalam tubuh dapat melalui beberapa cara yaitu :

- 1) Hubungan seks dengan penderita terinfeksi HIV.
- 2) Penggunaan jarum suntik secara bergantian dengan ODHA.
- 3) Pada transplantasi organ.
- 4) Orang yang sudah mempunyai penyakit menular seksual lebih mungkin terinfeksi HIV selama seks dengan pasangan yang terinfeksi.

##### ***2.1.1.5 Pencegahan***

Upaya pencegahan dalam penyakit ini dengan cara menghindari faktor-faktor resiko seperti :

- 1) Tidak melakukan hubungan seks berisiko / setia pada satu pasangan.
- 2) Menghindari penggunaan jarum suntik secara bersama-sama misalnya pada saat pembuatan tattoo dan penasun.
- 3) Hindari transfuse darah yang tidak jelas asal sumbernya.
- 4) Tidak memberikan ASI pada bayi dari ibu yang HIV positif.

##### ***2.1.1.6 Diagnosis***

Diagnosis HIV dengan ditemukannya antibodi HIV dengan pemeriksaan ELISA perlu dikonfirmasi dengan western immunoblot. Tes HIV Elisa (+) sebanyak tiga kali dengan reagen yang berlainan merk menunjukkan pasien positif mengidap HIV (Widoyono 2008:87). Pemeriksaan laboratorium ada tiga jenis, yaitu :

1. Pencegahan donor darah, dilakukan satu kali oleh PMI. Bila positif disebut reaktif.
2. Survei, untuk mengetahui prevalensi pada kelompok berisiko, dilaksanakan dua kali pengujian dengan reagen yang berbeda.
3. Diagnosis, untuk menegakkan diagnosis dilakukan tiga kali pengujian seperti yang sudah diterangkan di atas.

WHO kini merekomendasikan pemeriksaan dengan rapid test (dipstick) sehingga hasilnya bisa diketahui. Ada beberapa gejala dan tanda mayor (menurut WHO), antara lain :

- 1) Kehilangan berat badan (BB) >10%.
- 2) Diare kronik >1 bulan.
- 3) Demam >1 bulan

#### **2.1.1.7 Pengobatan**

Anjuran Pemilihan Obat ARV Lini Pertama, panduan yang ditetapkan oleh pemerintah untuk lini pertama adalah (Kemenkes RI, 2011) :

2 NRTI + 1 NNRTI
------------------

Mulailah terapi antiretroviral dengan salah satu dari panduan di bawah ini :

**Tabel 2.2 Panduan terapi ARV**

AZT + 3TC + NVP	(Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine)	ATAU
AZT + 3TC + EFV	( Zidovudine + Lamivudine + Efavirenz	ATAU



TDF + 3TC (atau FTC) + NVP	( Tenofovir + Lamivudine (atau Emtricitabine) + Nevirapine)	ATAU
TDF + 3TC (atau FTC) + EFV	( Tenofovir + Lamivudine (atau Emtricitabine) + Efavirenz )	

## 2.1.2 Infeksi Oportunistik Tuberculosis

### 2.1.2.1 Definisi Infeksi Oportunistik Tuberculosis

Tuberculosis (TBC) merupakan infeksi unik diantara infeksi terkait HIV lainnya, diperkirakan 50-75% ODHA di Indonesia menderita TB dalam hidupnya. Dapat ditularkan ke orang imunokompeten melalui rute respirasi. TB Paru juga dapat dengan mudah ditangani setelah diidentifikasi, dapat muncul pada stadium awal HIV, dan dapat dicegah dengan terapi obat. Kekebalan terhadap berbagai obat adalah masalah serius pada penyakit ini. Walaupun terapi secara langsung dan metode lainnya telah diterapkan terutama di negara Barat, namun tidak demikian yang terjadi di negara berkembang, tempat dimana HIV paling banyak dijumpai.

Berdasarkan petunjuk teknis tata laksana klinis koinfeksi TB-HIV, pada orang-orang yang sistem imunitasnya menurun misalnya ODHA maka infeksi TB laten tersebut dengan mudah berkembang menjadi sakit TB aktif. Hanya sekitar 10% orang yang tidak terinfeksi HIV bila terinfeksi kuman TB maka akan menjadi sakit TB sepanjang hidupnya sedangkan pada ODHA, sekitar 60% ODHA yang terinfeksi kuman TB akan menjadi sakit TB aktif. Dengan demikian, mudah dimengerti bahwa epidemi HIV tentunya akan menyulut peningkatan jumlah kasus TB dalam

masyarakat. Pasien TB dengan HIV positif dan ODHA dengan TB disebut sebagai pasien ko-infeksi TB-HIV

#### ***2.1.2.2 Tanda Gejala Klinis***

Penyebab penyakit ini adalah bakteri *Mycrobacterium Tuberculosis* akan mudah masuk kedalam tubuh manusia dengan sistem imun yang rendah, bakteri ini berkumpul didalam paru-paru, memperbanyak diri, kemudian menyebar keseluruhan tubuh melalui kelenjar getah bening.

Gejala umum penyakit TBC ini adalah batuk terus menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih. Gejala lain yang sering dijumpai seperti batuk berdarah, dahak bercampur darah, sesak napas dan rasa nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari sebulan (Zulkoni A, 2011:157).

Menurut Dirjend PPL (2012:20), gejala klinis TB paru pada ODHA sering kali tidak spesifik. Gejala klinis yang sering ditemukan adalah demam dan penurunan berat badan yang signifikan (lebih dari 10%). Di samping itu, dapat ditemukan gejala lain terkait TB ekstraparu (TB pleura, TB perikard, TB milier, TB susunan saraf pusat dan TB abdomen) seperti diare terus menerus lebih dari satu bulan, pembesaran kelenjar limfe di leher, sesak napas dan lain-lain.

### ***2.1.2.3 Penularan***

Penyakit TB dapat ditularkan pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman keudara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan diudara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup kedalam saluran pernapasan. Selama kuman TB masuk kedalam tubuh manusia melalui saluran pernapasan, kuman TB tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran napas, atau penyebaran langsung kebagian-bagian tubuh lainnya.

Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahak negative (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular. Kemungkinan seseorang terinfeksi TB ditentukan oleh konsentrasi droplet dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Zulkoni A, 2011:154).

### ***2.1.2.4 Pencegahan***

Perlindungan terbaik melawan tuberculosis adalah diagnosis dan pengobatan yang efisien untuk orang dengan infeksi aktif. Orang yang berkontak erat dengan pasien penyakit paru harus mendapatkan peninjauan status klinis dan status BCG-nya, menjalani tes kulit tuberculin (biasanya Heaf), dan memerlukan penilaian secara radiologis. Tes kulit tuberculin intradermal biasanya dilakukan dengan menggunakan

teknik Heaf atau Mantoux. Uji ini digunakan untuk menilai apakah seseorang telah mendapatkan *M. tuberculosis* setelah pajanan dan berguna pada pasien yang tidak di imunisasi dengan BCG. Kemoprofilaksis diberikan untuk mencegah infeksi yang berlanjut menjadi penyakit klinis.

#### **2.1.2.5 Diagnosis**

Infeksi mikrobakterium dapat dikonfirmasi melalui mikroskopi langsung pada Menurut Dirjend PPPL (2012:20), penegakan diagnosis TB pada umumnya didasarkan pada pemeriksaan mikroskopis dahak namun pada ODHA dengan TB seringkali diperoleh hasil sputum BTA negatif. Di samping itu, pada ODHA sering dijumpai TB ekstraparu di mana diagnosis sulit ditegakkan karena harus didasarkan pada hasil pemeriksaan klinis, bakteriologi dan atau histologi spesimen yang didapat dari tempat lesi. Oleh karena itu, untuk mendiagnosis TB pada ODHA perlu menggunakan alur diagnosis TB pada ODHA.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada alur diagnosis pada pasien terinfeksi HIV, antara lain :

##### **1. Diagnosis TB Paru pada ODHA**

###### **a. Pemberian antibiotik sebagai alat bantu diagnosis tidak direkomendasi lagi**

Penggunaan antibiotik dengan maksud sebagai alat bantu diagnosis seperti alur diagnosis TB pada orang dewasa dapat menyebabkan diagnosis dan pengobatan

TB terlambat sehingga dapat meningkatkan risiko kematian ODHA. Oleh karena itu, pemberian antibiotik sebagai alat bantu diagnosis tidak direkomendasi lagi.

Namun antibiotik perlu diberikan pada ODHA dengan IO yang mungkin disebabkan oleh infeksi bakteri lain bersama atau tanpa *M.tuberculosis*. Jadi, maksud pemberian antibiotik tersebut bukanlah sebagai alat bantu diagnosis TB tetapi sebagai pengobatan infeksi bakteri lain. Hindarilah penggunaan antibiotik golongan fluorokuinolon karena memberikan respons terhadap *M.tuberculosis* dan dapat menimbulkan resistensi terhadap obat tersebut.

#### b. Pemeriksaan foto toraks

Pemeriksaan foto toraks memegang peranan penting dalam mendiagnosis TB pada ODHA dengan BTA negatif. Namun perlu diperhatikan bahwa gambaran foto toraks pada ODHA umumnya tidak spesifik terutama pada stadium lanjut.

#### c. Pemeriksaan biakan dahak

Jika sarana pemeriksaan biakan dahak tersedia maka ODHA yang BTA negatif, sangat dianjurkan untuk dilakukan pemeriksaan biakan dahak karena hal ini dapat membantu untuk konfirmasi diagnosis TB.

## 2. Diagnosis TB Ekstrak paru pada ODHA

Diagnosis pasti TB ekstraparu sulit ditegakkan karena harus didasarkan pada hasil pemeriksaan klinis, bakteriologi dan atau histologi spesimen yang didapat dari lesi.

Tuberkulosis ekstraparu yang sering ditemukan diantaranya adalah TB Kelenjar limfe, TB Susunan saraf pusat, TB Abdomen, TB Pleura dan TB Perikard. Pemeriksaan spesimen untuk penegakan diagnosis TB ekstraparu dilakukan dengan pemeriksaan mikroskopis langsung, pemeriksaan biakan maupun histopatologi. Hasil biakan specimen yang diperoleh dari TB ekstraparu jarang memberikan hasil positif. Untuk kasus yang hasil biakannya negatif atau kasus yang tidak dapat dilakukan pengambilan spesimen maka diagnosis TB ekstraparu hanya dilakukan secara presumtif berdasarkan bukti klinis yang kuat atau dengan menyingkirkan kemungkinan penyebab lain. Untuk pasien yang dicurigai TB ekstraparu yang pengobatan TB-nya sudah dimulai tanpa konfirmasi bakteriologi atau histopatologi (diagnosis secara presumtif ), respons klinis dari pengobatan tersebut harus dinilai setelah 1 bulan. Jika tidak terjadi perbaikan maka harus dilakukan penilaian klinis ulang dan harus dipikirkan alternatif diagnosis lainnya (Dirjen PPPL, 2012:27).

#### ***2.1.2.6 Pengobatan***

Kategori pengobatan TB tidak dipengaruhi oleh status HIV pada pasien TB tetapi mengikuti Buku Pedoman Nasional Program Pengendalian TB (BPN PPTB). Pada prinsipnya pengobatan TB pada pasien ko-infeksi TB HIV harus diberikan segera sedangkan pengobatan ARV dimulai setelah pengobatan TB dapat ditoleransi dengan baik, dianjurkan diberikan paling cepat 2 minggu dan paling lambat 8 minggu.

Pengobatan TB pada ODHA yang belum dalam pengobatan ARV, bila pasien belum dalam pengobatan ARV, pengobatan TB dapat segera dimulai. Jika pasien dalam pengobatan TB maka teruskan pengobatan TB-nya sampai dapat ditoleransi dan setelah itu diberi pengobatan ARV. Sedangkan pengobatan TB pada ODHA sedang dalam pengobatan ARV, sebaiknya pengobatan TB dimulai minimal di RS yang petugasnya telah dilatih TB-HIV, untuk diatur rencana pengobatan TB bersama dengan pengobatan ARV (pengobatan ko-infeksi TB-HIV). Hal ini penting karena ada banyak kemungkinan masalah yang harus dipertimbangkan, antara lain: interaksi obat (Rifampisin dengan beberapa jenis obat ARV), gagal pengobatan ARV, IRIS atau perlu substitusi obat ARV.

Pada ODHA yang sedang dalam pengobatan ARV yang kemudian sakit TB maka pilihan paduan pengobatan ARV adalah seperti pada tabel di bawah ini:

**Tabel 2.3 Panduan pengobatan ARV pada ODHA dengan TB**

<b>Panduan ARV</b>	<b>Panduan ARV pada saat TB muncul</b>	<b>Pilihan terapi ARV</b>
Lini pertama	2 NRTI + EFV*	Teruskan dengan 2 NRTI + EFV
	2 NRTI + NVP**	Ganti dengan EFV atau teruskan dengan 2 NRTI + NVP. Triple NRTI dapat dipertimbangkan digunakan selama 3 bulan jika NVP dan EFV tidak dapat digunakan.

Lini kedua	2 NRTI + PI/r	Mengingat Rifampisin tidak dapat digunakan bersamaan dengan LPV/r, dianjurkan menggunakan paduan OAT tanpa Rifampisin. Jika Rifampisin perlu diberikan maka pilihan lain adalah menggunakan LPV/r dengan dosis 800 mg/200 mg dua kali sehari). Perlu evaluasi fungsi hati ketat jika menggunakan Rifampisin dan dosis ganda LPV/r
------------	---------------	---

**Keterangan:**

\*) EFV tidak dapat digunakan pada trimester I kehamilan (risiko kelainan janin) sehingga penggunaan pada Wanita Usia Subur (WUS) harus mendapat perhatian khusus. Jika seorang ibu hamil trimester ke 2 atau ke 3 sakit TB, paduan ART yang mengandung EFV dapat dipikirkan untuk diberikan.

\*\*) Paduan yang mengandung NVP dapat digunakan bersama dengan paduan OAT yang mengandung Rifampisin, bila tidak ada alternatif lain.

Pemberian NVP pada ODHA perempuan dengan jumlah CD4 > 250/mm<sup>3</sup> harus hati-hati karena dapat menimbulkan gangguan fungsi hati yang lebih berat atau meningkatnya hipersensitifitas. Setelah pengobatan dengan Rifampisin selesai, NVP dapat diberikan kembali. Waktu mengganti kembali (substitusi) dari EFV ke NVP tidak diperlukan lead-in dose (langsung dosis penuh).



Mengingat hal tersebut di atas, rencana pengobatan ko-infeksi TB-HIV seharusnya dilakukan minimal oleh dokter di RS yang telah dilatih TB-HIV. Pasien yang akan mendapat pengobatan ko-infeksi TB-HIV perlu diberi pengetahuan tentang efek samping pengobatan baik ringan maupun berat dan tindakan yang harus dilakukan selanjutnya. Disini pelayanan petugas khususnya di klinik CST sangat berperan untuk memotivasi terhadap kepatuhan pasien untuk mencapai keberhasilan terapi. Adanya ketidakpatuhan pasien pada terapi ini dapat memberikan efek negative yang besar. Kepatuhan merupakan fenomena multidimensi dimana hal ini ditentukan oleh pelayanan petugas kesehatan, faktor terapi, faktor pasien, faktor sistem kesehatan dan faktor sosial atau dukungan dari orang-orang terdekat.

### **2.1.3 Layanan *Care Support and Treatment* (CST)**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS Pasal 1 Ayat 1 tertuang bahwa Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Konseling adalah tes HIV dan konseling yang dilakukan kepada seseorang untuk kepentingan kesehatan dan pengobatan berdasarkan inisiatif dari pemberi pelayanan kesehatan.

Dijelaskan juga bahwa *Provider Initiated HIV Testing and Counseling* (PITC) adalah suatu tes HIV yang diprakarsai oleh petugas kesehatan kepada pengunjung layanan kesehatan sebagai bagian dari standar pelayanan medis. Tujuan utamanya adalah untuk membuat keputusan klinis dan menentukan pelayanan medis khusus

yang tidak mungkin dilaksanakan tanpa mengetahui status HIV seseorang seperti ARV yang di akses di layanan CST (Odhiambo, 2008)

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

Tujuan CST adalah untuk mendorong ke layanan sedini mungkin seperti :

- 1) Layanan medik
- 2) Terapi ARV
- 3) Terapi dan prevensi infeksi oportunistik
- 4) Penularan ibu-anak
- 5) Keluarga berencana
- 6) Layanan emosi
- 7) Konseling untuk hidup positif
- 8) Dukungan sosial

9) Bantuan hukum dan perencanaan masa depan

#### ***2.1.3.1 Dukungan Perawatan dan Pengobatan (DPP) di layanan CST***

Dukungan, perawatan dan pengobatan terhadap ODHA dalam implikasi ilmiah merupakan dukungan psikologis, psikososial dan biologis. Dukungan, perawatan dan pengobatan terhadap ODHA mempunyai arti begitu penting dalam upaya meningkatkan harapan hidup ODHA. Keterlibatan ODHA, keluarga dan masyarakat peduli AIDS mampu mendorong ODHA mempunyai ketahanan hidup yang lebih baik. Kondisi tersebut dipengaruhi efektifnya mekanisme *coping* yang berdampak terhadap proses penerimaan dini (*acceptance*) (Nasronudin, 2012).

#### ***2.1.3.2 Dukungan di layanan CST***

Penderita terinfeksi HIV/AIDS menghadapi minimal 3 stresor yaitu : stressor biologis akibat HIV, stressor psikologis akibat dinyatakan terinfeksi HIV/AIDS, dan stressor psikososial akibat stigma dan diskriminasi dari keluarga dan masyarakat. Untuk meringankan beban dan sekaligus menghambat progresivitas infeksi HIV ke AIDS tentunya perlu berbagai dukungan. Prinsip dasar dukungan adalah sebagai berikut (Nasronudin, 2012) :

1. Program penanggulangan HIV dan AIDS harus dilakukan secara holistic, melalui pendekatan multidisiplin dengan menciptakan keseimbangan dukungan materiil, psikologis dan psikososial.
2. Karena psikososial meliputi area yang begitu luas dan banyak isu, maka unsur-unsur dalam organisasi harus bekerja sama dalam memberikan pelayanan yang paripurna.

3. Stigma dan diskriminasi terhadap pasien terinfeksi HIV&AIDS harus dieliminasi.
4. Memberi kesempatan seluas-luasnya kepada masyarakat untuk berbuat sesuatu sehingga pelaksanaan program dukungan psikologis dan psikososial menjadi lebih tangguh dan berkesinambungan.
5. Melalui *networking*, masing-masing organisasi AIDS dapat saling bertukar pengalaman sehingga tercapai sistem yang efisien dan efektif.

#### ***2.1.3.3 Perawatan dan Prinsip Pengobatan di layanan CST***

Pemerintah Indonesia banyak melakukan upaya menanggulangi epidemic HIV, tidak hanya melalui upaya pencegahan namun juga pengobatan. Sebagai respon 3 by 5 initiative yang dicanangkan oleh WHO dan UNAIDS tahun 2004 Departemen Kesehatan telah merujuk 25 rumah sakit rujukan ARV untuk dapat menangani ODHA dan meningkatkan akses ARV. Tujuan perawatan dan pengobatan adalah menurunkan jumlah virus sampai ke nilai yang tidak terdeteksi, menurunkan angka infeksi oportunistik, menurunkan kematian, mempersingkat waktu perawatan di rumah sakit, mengurangi stigma dan diskriminasi, meningkatkan kualitas hidup serta memperpanjang usia harapan hidup ODHA.

#### **2.1.4 Keteraturan Kunjungan**

Keteraturan adalah suatu keadaan dimana pasien mematuhi pengobatannya atas dasar kesadaran sendiri bukan hanya karena mematuhi perintah dokter atau petugas kesehatan. Kepatuhan harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap melakukan kunjungan.

Keteraturan kunjungan ini erat kaitannya dengan perilaku kesehatan individu. Menurut Skinner perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi. Dengan kata lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*), yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Soekidjo, 2010:46).

Jadi ODHA yang dirinya sudah mengetahui secara betul bahwa dirinya sakit dan ingin memelihara serta meningkatkan kesehatannya tentu ODHA tersebut berusaha untuk menunjukkan perilaku teratur untuk mengakses layanan kesehatan. Untuk mempengaruhi keteraturan kunjungan dalam determinan perilaku kesehatan menurut Lawrence Green di tentukan oleh tiga faktor utama yaitu : faktor pemudah (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*). Pengukuran keteraturan dalam hal kunjungan ini yang paling baik adalah secara langsung, yakni dengan pengamatan atau bisa juga dengan melihat daftar kunjungan pasien setiap bulannya sehingga kita mengetahui bahwa bagaimana keteraturan kunjungan pasien (Soekidjo, 2010:59).

## **2.1.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi keteraturan kunjungan**

### **2.1.5.1Usia**

Usia merupakan perkembangan manusia yang dalam setiap perubahannya dapat mempengaruhi seseorang dalam pengambilan keputusan untuk kesehatannya.

Pada usia kanak-kanak di saat kemampuan kognitif belum matang, praktek perilaku kesehatan dinilai belum tepat. Saat memasuki usia remaja, seseorang sudah mempunyai kemampuan pengambilan keputusan logis yang mengarah pada perilaku kesehatan, namun kebanyakan mereka masih mempertimbangkan godaan dan tekanan dari orang di sekitarnya. Sedangkan pada usia dewasa, kebanyakan orang dapat menentukan dan mempraktekkan perilakunya sendiri untuk melindungi, meningkatkan, dan memelihara kesehatannya (Eunike R., 2005:104).

#### ***2.1.5.2 Jenis Kelamin***

Berdasarkan penelitian Risha dkk (2011) faktor jenis kelamin mempengaruhi keteraturan pengobatan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang juga dilakukan oleh Alakijia di Nigeria (2005) bahwa jenis kelamin pria lebih patuh terhadap pengobatan/terapi, dikarenakan pria mempunyai emosi yang lebih stabil daripada wanita. Tetapi hal ini tidak berpengaruh secara signifikan terhadap tingkat kepatuhan pengobatan.

#### ***2.1.5.3 Tingkat Pendidikan***

Pendidikan secara formal adalah suatu proses belajar yang terstruktur dan berlangsung di persekolahan. Pendidikan juga memiliki definisi sebagai suatu proses belajar yang berarti terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu. Orang-orang dengan latar belakang pendidikan berbeda maka akan mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan yang berbeda pula (Notoatmodjo S, 2005)

#### **2.1.5.4 Pengetahuan**

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu melalui indera yang dimiliki (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) dan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata). Namun pengetahuan dapat diperoleh melalui pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain (Notoatmodjo, 2010). Notoatmodjo (2010) membagi pengetahuan kedalam 6 tingkatan yaitu :

##### 1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Seseorang yang tahu akan suatu hal yaitu apabila dia dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya dari hal tersebut.

##### 2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan objek yang diketahui secara benar. Orang yang telah memahami akan suatu objek harus dapat menjelaskan, memberikan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek tersebut.

##### 3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

#### 4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Komponen analisis dapat dilihat dari kemampuan menggambarkan, membedakan, memisahkan dan mengelompokkan suatu materi.

#### 5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

#### 6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

#### **2.1.5.5 Sikap**

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat diartikan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup, secara nyata menunjukkan konstansi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu (Notoatmodjo, S, 2007:146).

Menurut Notoatmodjo, S (2007:148) sikap mempunyai 4 tingkat dalam intensitasnya, yaitu:

1. Menerima (*receiving*) diartikan bahwa seseorang (subjek) mau menerima stimulus yang diberikan (obyek).



2. Menanggapi (*responding*) diartikan apabila seseorang menjawab ketika diberikan pertanyaan, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
3. Menghargai (*valuing*) yaitu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
4. Bertanggung jawab (*responsible*) adalah bertanggung jawab apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Pengukuran secara langsung dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang objek yang bersangkutan (Notoatmodjo, S, 2007:149).

Dalam bagian lain Allport (1954) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2007:148) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yang bersama-sama membentuk sikap yang utuh, yaitu :

- 1) Kepercayaan, ide, dan konsep terhadap objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting (Notoatmodjo, 2007:148).

#### **2.1.5.6 Akses Layanan CST**

Layanan *Care Support and Treatment* atau perawatan, dukungan dan pengobatan disini terkait beberapa layanan seperti jarak, kemudahan akses untuk mendapatkan obat, konseling, skrining penyakit penyerta dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan rutin dimaksudkan untuk mengetahui serta menangani efek samping ARV, mencegah timbulnya infeksi oportunistik, dan menjaga kualitas hidup ODHA (Dirjen PP&PL, 2012).

Akses layanan kesehatan bagi ODHA merupakan hak dasar setiap orang yang meliputi layanan AIDS secara komprehensif dan berkesinambungan. Layanan komprehensif tersebut meliputi:

- 1) Manajemen klinis (profilaksis, diagnosis dini, pengobatan yang rasional dan tatalaksana infeksi oportunistik).
- 2) Asuhan keperawatan (dukungan higiene dan nutrisi).
- 3) Perawatan paliatif.
- 4) Perawatan berbasis rumah (termasuk perawatan oleh keluarga dan lingkungan, penerapan kewaspadaan universal).
- 5) Dukungan konseling dan sosial.
- 6) Sistem rujukan pasien.

#### **2.1.5.7 Biaya Pengobatan**

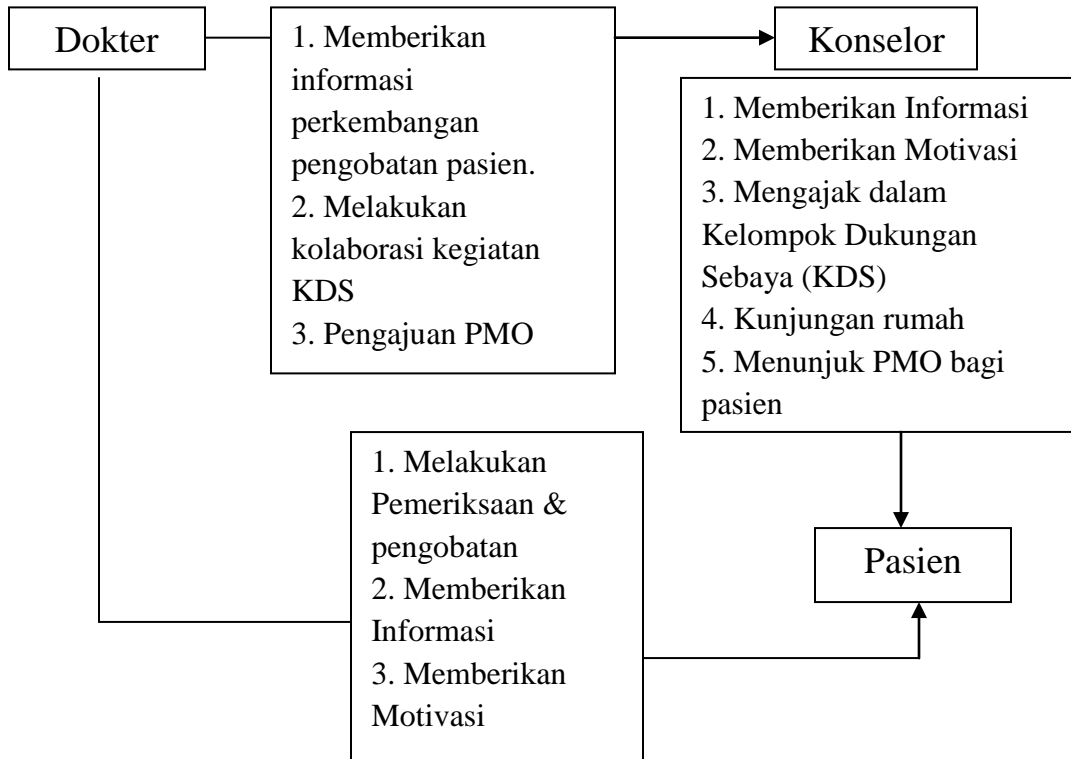
Biaya pengobatan adalah besarnya biaya yang dikeluarkan oleh seseorang untuk melakukan pengobatan penyakit yang dideritanya. Kemampuan seseorang mengeluarkan biaya pengobatan berbeda-beda. Hal ini dapat dipengaruhi oleh

kemampuan pendapatan ekonomi ekonomi keluarga. Apabila ekonomi keluarga berkecapan maka dia dapat membayar biaya pengobatan berbeds dengan keadaan ekonomi keluarga yang kekurangan kondisi ini akan mempengaruhi program pengobatan yang dijalani (Nursalam dan Ninuk, 2007)

#### ***2.1.5.8 Dukungan Petugas***

Berdasarkan Dirjen PPPL (2012), peran petugas kesehatan mempunyai peran yang penting dalam kesembuhan dan keteraturan pengobatan yang dijalani pasien. , karena petugas adalah pengelola penderita yang paling sering berinteraksi sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis lebih baik. Intensitas berinteraksi sangat mempengaruhi rasa percaya dan menerima kehadiran petugas. Apabila rasa percaya dan menerima kehadiran petugas kesehatan dapat ditumbuhkan dalam penderita, maka anjuran dan perintah yang diberikan petugas akan dapat diterima oleh penderita dengan baik, begitu pula motivasi atau dukungan yang diberikan petugas sangat besar artinya terhadap kepatuhan pasien untuk melakukan kontrol terhadap penyakit yang diderita.

**Gambar 2.1 Bagan Dukungan Petugas di Layanan CST BKPM Semarang**



#### **2.1.5.9 Dukungan Keluarga**

Menurut Syamsu Yusuf (2008) yang mengutip Sudarja Adiwikarta dan Sigelaman & Shaffer, keluarga merupakan unit sosial terkecil yang bersifat universal, artinya terdapat di setiap masyarakat di dunia atau suatu sistem sosial yang terbentuk dalam sistem sosial yang lebih besar. Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan mengenai pengobatan dan perawatan dari anggota keluarganya yang sakit serta menjadi PMO (pengawas minum obat). Pengawasan langsung diwujudkan dengan adanya PMO sehingga keteraturan pengobatan pasien juga terkontrol. Beberapa syarat menjadi PMO diantara adalah 1) seseorang yang tinggal dekat dengan pasien, 2) seseorang yang dikenal, dipercayai, dihormati dan

disetujui oleh petugas kesehatan, 3) membantu pasien secara sukarela dan 4) bersedia mendapatkan penyuluhan dan arahan bersama-sama dengan pasien (Depkes RI, 2012).

Dukungan keluarga termasuk dalam dukungan sosial, Menurut Depkes RI (2010) membedakan empat jenis dukungan yaitu :

1. Dukungan emosional

Mencakup ungkapan empati, kepedulian, dihargai, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan serta memberikan rasa nyaman.

2. Dukungan penghargaan

Terjadi lewat ungkapan hormat dan penghargaan positif, dorongan maju, persetujuan dengan gagasan atau perasaan diri pasien.

3. Dukungan *instrumental*

Mencakup bantuan langsung, membiayai pengobatan pasien, dan ikut merawat pasien.

4. Dukungan informasi

Mencakup pemberian nasihat, saran, pengetahuan dan informasi serta petunjuk.

### **2.1.6 Teori Lawrence Green**

Penyebab masalah kesehatan menurut L. Green di bedakan menjadi dua determinan masalah kesehatan yaitu *behavioral factors* (faktor perilaku) dan non

*behavioral factors* (faktor non-perilaku). Selanjutnya Green menganalisis bahwa faktor perilaku sendiri ditentukan oleh 3 faktor utama yaitu (Soekidjo, 2010:59) :

1. *Predisposing Factors*

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

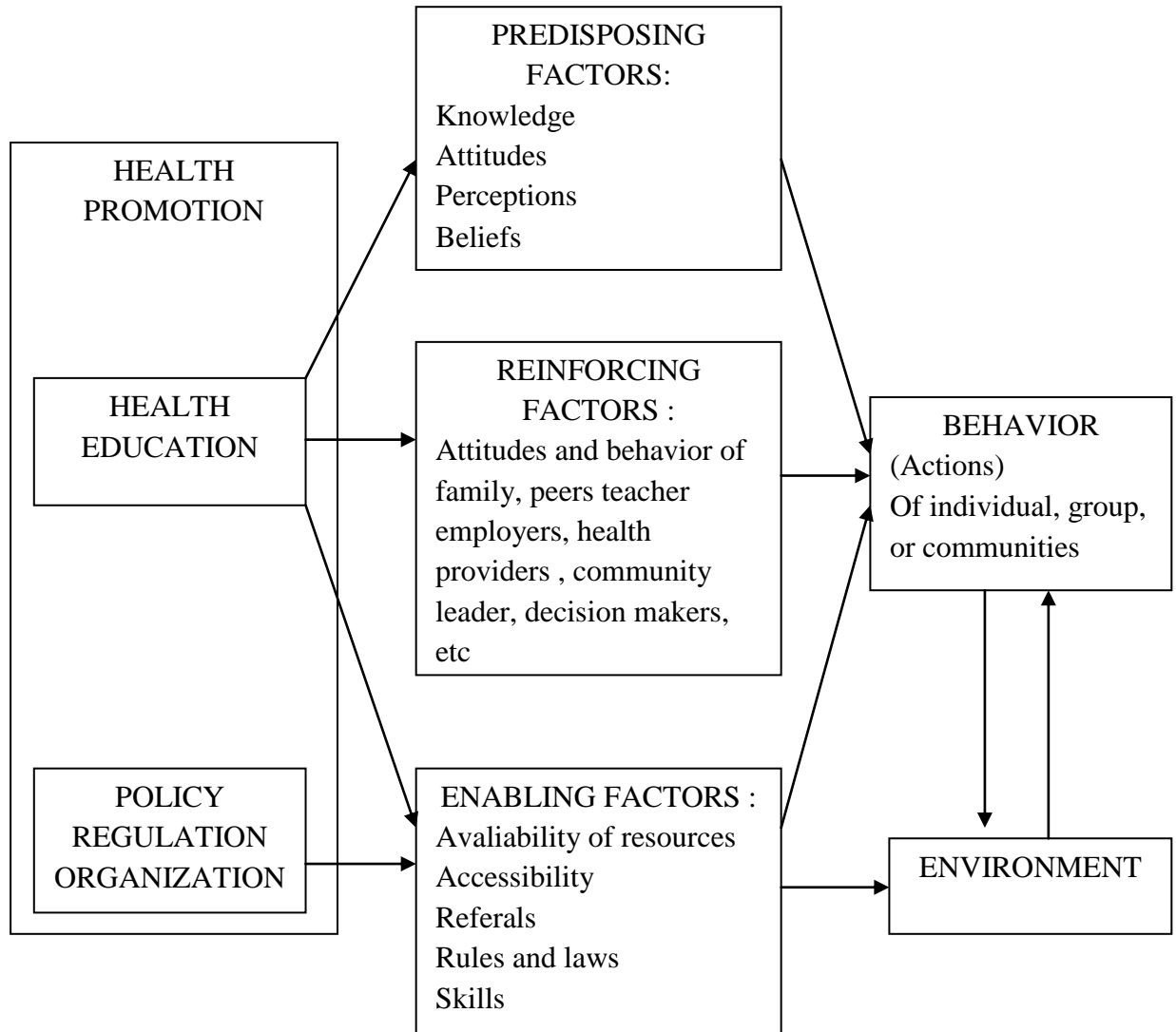
2. *Enabling Factors*

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

3. *Reinforcing Factors*

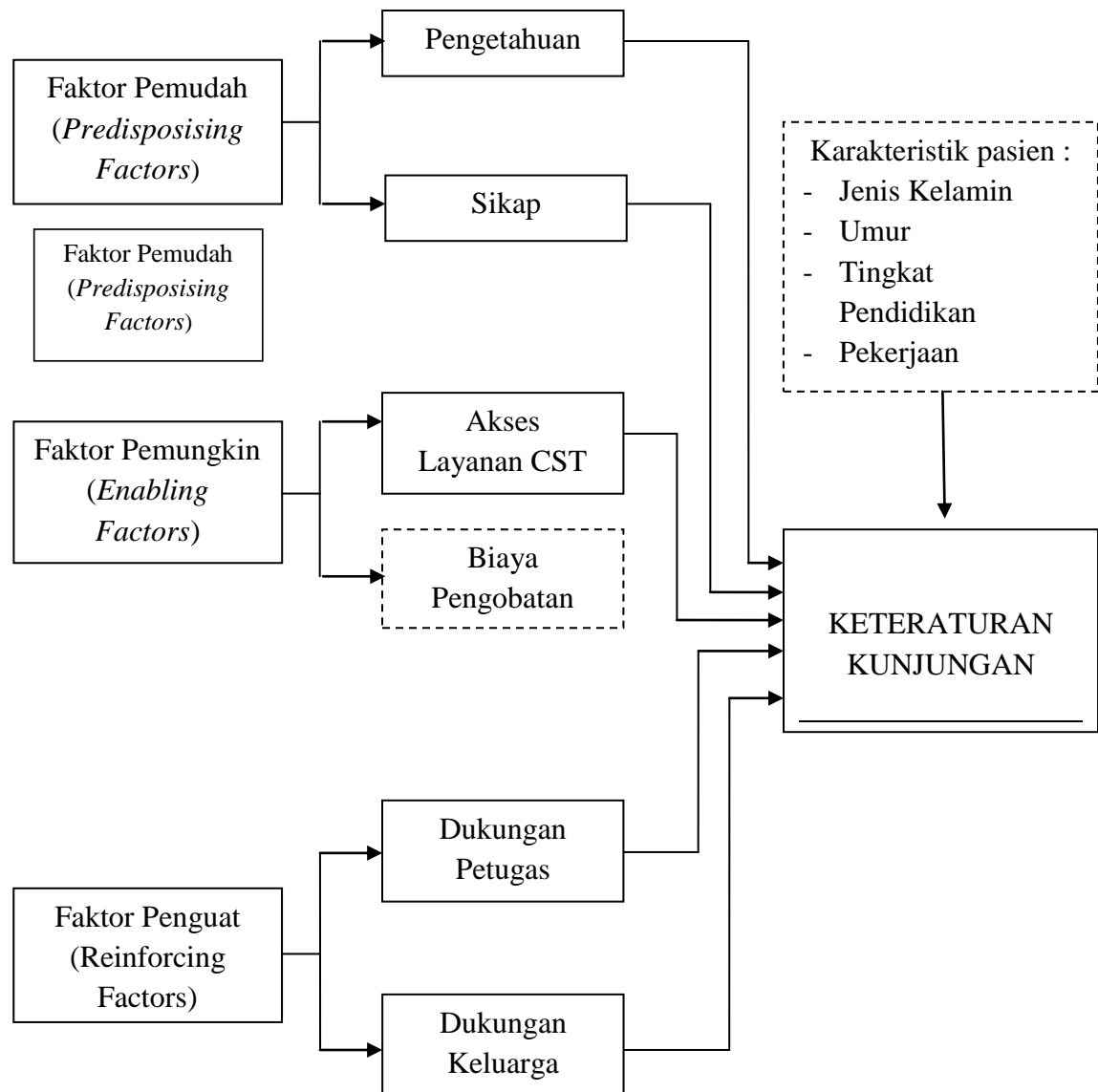
Faktor penguat adalah faktor-faktor yang yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya. Dalam konsep penelitian ini yang termasuk faktor penguat yakni dukungan petugas kesehatan dan dukungan keluarga.

**2.1.6.1 Berikut adalah skema teori Lawrence Green**



**Gambar 2.2 Teori Perilaku**

## 2.2 Kerangka Teori



⋯ : Variabel yang tidak diteliti

▭ : Variabel yang diteliti

**Gambar 2.3** Aplikasi Teori L. Green dalam penelitian ini (sumber : Soekidjo Notoatmodjo 2010:30)

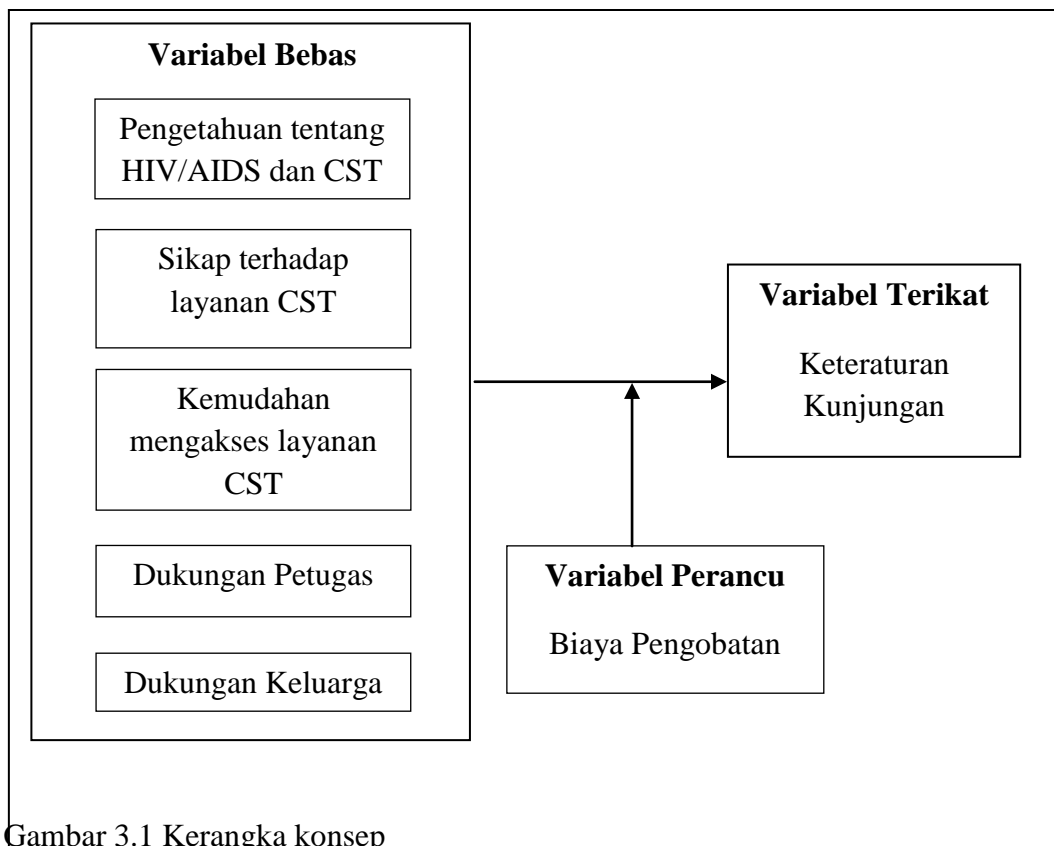


## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian pada hakikatnya adalah suatu uraian dan visualisasi konsep-konsep serta variable-variabel yang akan diukur atau diteliti (Notoatmodjo, 2010:22). Kerangka konsep Faktor-faktor yang berhubungan dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.



Gambar 3.1 Kerangka konsep

## **3.2 Variabel Penelitian**

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain (Notoatmodjo, 2010:103). Adapun variabel dalam penelitian ini adalah :

### **3.2.1 Variabel Bebas**

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi variabel yang lain. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan tentang HIV/AIDS dan CST, sikap terhadap layanan CST, kemudahan mengakses layanan CST, dukungan keluarga dan dukungan petugas.

### **3.2.2 Variabel Terikat**

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah keteraturan kunjungan.

### **3.2.3 Variabel Perancu**

Variabel perancu adalah variabel yang mempengaruhi variabel bebas dan terikat, harus mempunyai syarat yaitu faktor resiko dari penelitian (mempengaruhi variabel terikat) berhubungan dengan dengan variabel bebas. Dalam penelitian ini variabel perancunya yaitu biaya pengobatan cara mengatasi yaitu dengan dihomogenkan pada pasien TB-HIV sehingga pengobatannya sama dan gratis, pasien dengan infeksi oportunistik (IO) lainnya tidak menjadi populasi dan sampel.

### 3.3 Hipotesis Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2010, 105) hipotesis dalam suatu penelitian adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam suatu penelitian. Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

- 1) Ada hubungan antara pengetahuan dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.
- 2) Ada hubungan antara sikap dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.
- 3) Ada hubungan antara kemudahan mengakses layanan CST dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.
- 4) Ada hubungan antara dukungan petugas dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.
- 5) Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan keteraturan kunjungan layanan CST (*Care Support and Treatment*) pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat wilayah Semarang.

### 3.4 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

Definisi Operasional merupakan uraian tentang batasan variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010:112). Cara pengukuran variabel di lapangan dan skala pengukuran variabel berdasarkan referensi yang diperoleh dari teori maupun hasil penelitian sebelumnya. Skala pengukuran disebutkan untuk setiap variabel sebagai acuan dalam analisis data dalam rangka menguji hipotesis. Untuk memperoleh pengertian yang relatif sama, maka perlu dijelaskan dalam penelitian ini.

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

No	Nama Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kategori	Skala
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Variabel terikat : Keteraturan kunjungan	Pasien koinfeksi TB-HIV yang teratur tiap bulan sekali mengunjungi layanan CST dalam 6 bulan terakhir, dari Januari sampai dengan Juni 2015	<i>check list</i>	1. Teratur, (f = 6x) 2. Tidak teratur, (f < 6x)	Ordinal
2.	Variabel bebas : Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui responden tentang HIV dan layanan CST	Kuesioner dengan skor penilaian sebagai berikut: 1. Benar = 1 2. Salah = 0	1. Pengetahuan baik > 75% jawaban benar 2. Pengetahuan cukup, jika 50% - 75 %	Ordinal

				jawaban benar	
				3. Pengetahuan kurang, jika < 50% jawaban benar (Hasmi, 2012)	
3.	Variabel bebas : Sikap terhadap layanan CST	Sikap adalah persepsi atau tanggapan ODHA terhadap pentingnya keteraturan kunjungan layanan klinik CST untuk kesembuhan TBnya dan mempertahankan kualitas hidup.	Kuesioner dengan skor penilaian sebagai berikut: Pertanyaan favourable, 1. Ya = 1 2. Tidak = 0 Pertanyaan unfavourable (no 1, 5, 6, dan 7), 1. Ya = 0 2. Tidak = 1	Berdasarkan uji normalitas, diketahui bahwa sebaran data terdistribusi tidak normal sehingga kategorinya dibedakan menjadi : 1. Mendukung, bila total skor $\geq$ median (15,0) 2. Tidak mendukung, bila total skor < median (15,0) (Azwar, 2012 : 149)	Ordinal
4.	Variabel bebas: Kemudahan mengakses layanan CST	Kemudahan mengakses layanan CST adalah kemudahan ODHA dalam mengakses	Kuesioner dengan skor penilaian sebagai berikut: Pertanyaan favourable,	Berdasarkan uji normalitas, diketahui bahwa sebaran data terdistribusi tidak normal sehingga	Ordinal

	kebutuhannya terkait dalam layanan CST seperti jarak yang ditempuh, pemeriksaan kesehatan, pemeriksaan laboratorium, informasi, dan pengobatan	1. SS = 5 2. S = 4 3. R = 3 4. TS = 2 5. STS = 1 Pertanyaan unfavourable (no 2, 10 dan 11), 1. SS = 1 2. TS = 2 3. R = 3 4. TS = 4 5. STS = 5	kategorinya dibedakan menjadi : 1. Mudah bila total skor $\geq$ median (52,0) 2. Sulit bila total skor $<$ median (52,0) (Saifuddin Azwar, 2012)		
5.	Variabel bebas : Dukungan Petugas Usaha atau upaya yang dilakukan petugas seperti kenyamanan, perhatian dan bantuan petugas kesehatan untuk keteraturan kunjungan.	Kuesioner dengan skor penilaian sebagai berikut: 1. Ya = 1 2. Tidak = 0	Berdasarkan uji normalitas, diketahui bahwa sebaran data terdistribusi tidak normal sehingga kategorinya dibedakan menjadi : 1. Mendukung, bila total skor $\geq$ median (11,5). 2. Tidak mendukung, bila total skor $<$ median (11,5). (Azwar, 2012 : 149)	Ordinal	
6.	Variabel	Usaha atau	Kuesioner	Berdasarkan uji	Ordinal

---

bebas : Dukungan keluarga	upaya yang dilakukan keluarga dalam mendorong responden untuk terautur mengakses layanan CST seperti kenyamanan, perhatian dan bantuan biaya berobat terhadap responden	dengan skor penilaian sebagai berikut: Pertanyaan favourable, 1. Ya = 1 2. Tidak = 0 Pertanyaan unfavourable (no 1), 1. Ya = 0 2. Tidak = 1	normalitas, diketahui bahwa sebaran data terdistribusi tidak normal sehingga kategorinya dibedakan menjadi : 1. Mendukung, bila total skor $\geq$ median (11,0). 2. Tidak mendukung, bila total skor $<$ median (11,0). (Azwar,2012)
---------------------------------	--	---	--

---

### 3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional non intervensi dengan desain *cross sectional* (studi potong-lintang) yaitu studi yang meneliti hubungan antara penyakit dengan variabel-variabel lainnya yang menarik perhatian dan terdapat dalam suatu populasi tertentu pada suatu waktu, bukan berarti semua subyek penelitian diteliti pada saat yang sama, tetapi baik variabel bebas dan terikat diukur satu kali di saat yang sama (Notoatmodjo, 2010:37).

Dalam penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kualitatif pada faktor *predisposing* yaitu pengetahuan dan sikap, faktor *enabling* yaitu kemudahan mengakses layanan CST dan faktor *reinforcing* yaitu

dukung petugas dan dukungan keluarga dengan metode wawancara mendalam (*indepht interview*) dilakukan kepada rtesponden yang tidak teratur melakukan kunjungan layanan CST sehingga hasil penelitian dapat mengungkap alasan-alasan lain dari ketidakteraturan pasien dan diharapkan dapat memperkaya dan meningkatkan validitas kesimpulan penelitian.

### **3.6 Populasi dan Sampel**

#### **3.6.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian yang akan diteliti. Secara umum dapat diartikan wilayah generalisasi yang terdiri atas : objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010 : 117). Pada penelitian ini, pemilihan populasi berdasarkan karakteristik yang telah ditentukan oleh peneliti. Populasi dalam penelitian ini berasal dari pasien dengan TB-HIV yang mengakses layanan CST pada tahun 2014 yang berjumlah 80 orang.

#### **3.6.2 Sampel**

Sampel penelitian adalah sebagian dari populasi yang mewakili suatu populasi (Saryono dan Mekar Dwi Anggraeni, 2013 : 167). Dengan demikian sample merupakan bagian dari populasi yang dijadikan subyek penelitian.

Sampel dalam penelitian ini dihitung berdasarkan formula menurut *Stanley Lemezhov* (Lemeshow, 1997:54) :



$$n = \frac{Z^2 1 - \frac{\alpha}{2} P (1 - P) N}{d^2 (N - 1) + Z^2 1 - \frac{\alpha}{2} P (1 - P)}$$

Keterangan :

n = jumlah sample

N = Total Populasi

$Z^2 1 - \frac{\alpha}{2}$  = Galat baku untuk derajat kepercayaan (95%) = 1,96

P = Proporsi (50%)

d = Presisi

Dari rumus tersebut perhitungan besar sampel dalam penelitian ini adalah :

$$n = \frac{(1,96)^2 0,5(1 - 0,5)80}{0,1^2(80 - 1) + (1,96)^2 0,5(1 - 0,5)}$$

$n = 43,893967$  dibulatkan menjadi 44

Jadi sampel dalam penelitian ini adalah 44 orang.

Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *simple random sampling* yaitu pengambilan anggota sampel dari populasi yang dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi itu (Sugiyono, 2010:120).

### 3.7 Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

### **3.7.1 Data Primer**

Data primer adalah data yang didapatkan secara langsung dari subjek penelitian. Pada penelitian ini data kuantitatif yang diperoleh berasal dari hasil pengisian kuesioner sesuai jawaban responden. Data kualitatif didapatkan melalui wawancara mendalam terhadap informan yaitu informan yang tidak teratur melakukan kunjungan layanan CST.

### **3.7.2 Data Sekunder**

Data sekunder merupakan data yang didapatkan tidak langsung dari subjek penelitian melainkan ada perantara untuk mendapatkannya. Data sekunder diperoleh peneliti dari instansi yang berkaitan dengan penelitian ini yaitu pasien TB-HIV yang tercatat di unit layanan CST dan jumlah kunjungan pasien setiap bulan mulai tahun 2015.

## **3.8 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data**

### **3.8.1 Instrumen Penelitian**

Untuk data kuantitatif instrument yang digunakan adalah kuesioner terstruktur. Sedangkan untuk data kualitatif peneliti adalah instrument utama dalam pengumpulan data, selain itu digunakan alat bantu penelitian yaitu : pedoman wawancara dan *tape recorder*.

#### ***3.8.1.1 Kuesioner pengetahuan tentang HIV/AIDS dan CST***

Kuesioner pengetahuan berisi pertanyaan-pertanyaan seputar penyakit HIV/AIDS dan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST). Setiap poin pertanyaan

yang dijawab benar maka akan bernilai 1 (satu) sedangkan jika pertanyaan tersebut dijawab dengan salah maka bernilai 0 (nol). Nilai-nilai yang dikumpulkan dari setiap poin diakumulasikan dan kemudian dikategorikan menjadi pasien dengan skor pengetahuan yang baik, cukup atau kurang. Semakin tinggi skor yang diperoleh semakin baik pula tingkat pengetahuannya begitu pula sebaliknya

### **3.8.1.2 Kuesioner sikap terhadap layanan CST**

Kuesioner sikap berbentuk *check list* atau daftar pilihan. Check list tersebut memiliki beberapa pilihan yang sama pada setiap pertanyaan. Pilihan tersebut terdiri dari Ya dan Tidak dengan kategori mendukung dan tidak mendukung . Skor tersebut berfungsi mengkategorikan sikap pasien terhadap layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST). Semakin tinggi skor yang diperoleh semakin mendukung pula sikap pasien terhadap layanan CST dan begitu sebaliknya.

### **3.8.1.3 Kuesioner akses layanan CST**

Kuesioner akses layanan CST berbentuk *check list* atau daftar pilihan. *Check list* tersebut memiliki beberapa pilihan yang sama pada setiap pertanyaan. Pilihan tersebut terdiri dari Sangat Setuju (SS) dengan skor 5, Setuju (S) dengan skor 4, Ragu-ragu (R ) memiliki skor 3, Tidak Setuju (TS) dengan skor 2, dan Sangat Tidak Setuju (STS) dengan skor 1. Skor tersebut berfungsi untuk mengkategorikan akses layanan CST menjadi 3 kategori yaitu sangat mudah, cukup mudah dan sulit. Semakin tinggi skor yang diperoleh maka semakin mudah pula untuk mengakses layanan CST begitu pula sebaliknya.

#### **3.8.1.4 Kuesioner dukungan petugas**

Kuesioner dukungan petugas berbentuk *chek list* atau daftar pilihan. Check list tersebut memiliki beberapa pilihan yang sama pada setiap pertanyaan. Pilihan tersebut terdiri dari Ya dan Tidak dengan kategori mendukung dan tidak mendukung . Skor tersebut berfungsi mengkategorikan sikap pasien terhadap layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST). Semakin tinggi skor yang diperoleh semakin mendukung pula sikap pasien terhadap layanan CST dan begitu sebaliknya.

#### **3.8.1.5 Kuesioner dukungan keluarga**

Kuesioner dukungan keluarga berbentuk *chek list* atau daftar pilihan. Check list tersebut memiliki beberapa pilihan yang sama pada setiap pertanyaan. Pilihan tersebut terdiri dari Ya dan Tidak dengan kategori mendukung dan tidak mendukung . Skor tersebut berfungsi mengkategorikan sikap pasien terhadap layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST). Semakin tinggi skor yang diperoleh semakin mendukung pula sikap pasien terhadap layanan CST dan begitu sebaliknya.

#### **3.8.1.6 Pedoman Wawancara**

Pedoman wawancara berisi pertanyaan-pertanyaan untuk menggali informasi lebih lanjut seputar alasan ketidakteraturan responden melakukan kunjungan layanan CST.. Hasil dari wawancara mendalam ini digunakan sebagai pendukung atau penguat hasil secara kuantitatif.

### **3.8.2 Validitas dan Realiabilitas Instrumen Penelitian**

#### **3.8.2.1 Validitas**

Instrumen penelitian ini digunakan untuk mengumpulkan data, harus dilakukan uji validitas dan reabilitas terlebih dahulu. Instrumen penelitian ini adalah kuesioner yang terdiri dari pertanyaan tertutup dan *chek list*. Uji validitas dengan menggunakan metode korelasi *Product Moment Pearson* dengan tingkat kepercayaan 95% ( $\alpha=0,05$ ).

Untuk menguji validitas menggunakan rumus korelasi *Product Moment*:

$$r = \frac{n(\sum xy) - (\sum x \sum y)}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Keterangan :

r = Koefisien validitas item yang dicari

N = jumlah responden

$\chi$  = skor yang diperoleh subyek dalam setiap item

y = skor yang diperoleh subyek dalam setiap item

$\sum \chi$  = jumlah skor dalam variabel  $\chi$

$\sum y$  = jumlah skor dalam variabel y

Item pertanyaan dinyatakan valid apabila r yang diperoleh dari hasil pengujian setiap item lebih besar dari r tabel ( $r \text{ hasil} > r \text{ tabel}$ ). Pengujian validitas instrument pada penelitian ini menggunakan program komputer, dimana hasil akhirnya (r hitung) dibandingkan dengan nilai r tabel *Product moment pearson*. Dasar pengambilan keputusan dari uji validitas tersebut adalah sebagai berikut :

- 1) Jika r hasil positif, serta  $r \text{ hasil} > r \text{ tabel}$ , maka butir atau variabel tersebut valid.

- 2) Jika  $r$  hasil tidak positif, serta  $r$  hasil  $<$   $r$  tabel, maka butir atau variabel tersebut tidak valid.

Uji validitas kuesioner penelitian ini telah dilakukan terhadap 20 orang pasien koinfeksi TB-HIV di KDS Senyum Semangat Purwokerto. Hasil uji validitas menunjukkan bahwa pengetahuan dari 20 soal terdapat 3 pertanyaan tidak valid yaitu no 8, 16 dan 17, sikap dari 20 soal terdapat 3 pertanyaan tidak valid yaitu pertanyaan no 12, 15 dan 19, akses layanan dari 15 soal terdapat 2 pertanyaan tidak valid yaitu pertanyaan no 10 dan 15, dukungan petugas dari 15 soal terdapat 2 pertanyaan tidak valid yaitu no 6 dan 14, dukungan keluarga dari 15 soal terdapat 3 pertanyaan tidak valid yaitu no 1, 2, dan 7. Untuk pertanyaan yang tidak valid peneliti eliminasi.

### **3.8.2.2 Reliabilitas**

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran ulang terhadap gejala yang sama dengan instrumen yang sama. Pengujian reliabilitas dimulai dengan menguji validitas terlebih dahulu. Jika sebuah pertanyaan tidak valid maka pertanyaan tersebut dihilangkan, sedangkan pertanyaan yang sudah valid secara bersama-sama diukur reliabilitasnya.

Uji reliabilitas dilakukan dengan membandingkan  $r$  tabel dengan  $r$  hasil, yaitu nilai alpha yang terletak di akhir *output*. Jika  $r$  alpha  $>$   $r$  tabel, maka pertanyaan tersebut reliabel. Uji reliabilitas terhadap kuesioner penelitian ini menyatakan bahwa kuesioner ini adalah reliabel sehingga kuesioner ini dapat digunakan sebagai instrument penelitian.

### **3.8.3 Teknik Pengambilan Data**

#### **3.8.3.1 Wawancara**

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari responden penelitian, atau bercakap-cakap dengan berhadapan muka (*face to face*). Metode ini dilakukan dengan cara menanyakan kepada responden beberapa pertanyaan sesuai dengan kebutuhan penelitian (Soekidjo, 2010).

#### **3.8.3.2 Dokumentasi**

Metode ini dilakukan dengan mengkaji dokumen-dokumen yang berkaitan pada penelitian ini, yaitu dokumen status kesehatan atau rekam medis pasien. Rekam medis medis pasien untuk menentukan layak tidaknya pasien menjadi sampel dalam penelitian ini.

### **3.9 Prosedur Penelitian**

#### **3.9.1 Tahap Pra Penelitian**

Tahap awal penelitian adalah kegiatan yang dilakukan sebelum melakukan penelitian. Adapun kegiatan pada awal penelitian adalah:

- 1) Pengambilan data awal tentang ODHA dan pasien koinfeksi TB-HIV yang mengakses layanan CST di BKPM wilayah Semarang dan data jumlah kasus HIV di Dinkes Provinsi Jawa Tengah dan Dinkes Kota Semarang guna penyusunan proposal skripsi
- 2) Menyusun rancangan penelitian.
- 3) Menentukan sampel yang akan diteliti.

- 4) Mengurus perizinan.
- 5) Menyiapkan instrumen penelitian untuk mengumpulkan data primer.

### **3.9.2 Tahap Penelitian**

Tahap penelitian adalah kegiatan yang dilakukan saat pelaksanaan penelitian.

Tahap pelaksanaan penelitian meliputi :

- 1) Koordinasi dengan petugas kesehatan yang terlibat di layanan klinik CST BKPM wilayah Semarang.
- 2) Mengikuti acara kelompok dukungan sebaya Arjuna Plus BKPM Wilayah Semarang.
- 3) Melakukan wawancara dengan kuesioner.
- 4) Mendokumentasikan penelitian dalam bentuk foto.

### **3.9.3 Tahap Pasca Penelitian**

Akhir penelitian adalah kegiatan yang dilakukan pada saat setelah selesai penelitian adalah:

- 1) Pengumpulan data setelah melakukan wawancara.
- 2) Analisis data univariat dan bivariat
- 3) Penyusunan skripsi

Setelah data primer dari masing-masing kelompok terkumpul, maka peneliti melakukan pengolahan data kuantitatif secara terkomputerisasi dengan menggunakan *software* komputer. Dalam penyusunan laporan ini, peneliti juga melakukan



konsultasi-konsultasi dengan pembimbing untuk membuat laporan hasil penelitian yang telah dilaksanakan.

### **3.10 Teknik Pengolahan dan Analisi Data**

Setelah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan data dengan cara entri data, editing, koding, dan tabulasi.

#### **3.10.1 Teknik Pengolahan Data**

##### ***3.10.1.1 Editing***

Editing merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isi kuesioner apakah kuesioner sudah diisi dengan lengkap, jelas jawaban dari responden, relevan jawaban dengan pertanyaan, dan konsisten.

##### ***3.10.1.2 Coding***

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Pemberian kode bertujuan untuk mempermudah analisis data dan entry data.

##### ***3.10.1.3 Entry Data***

Memasukkan data yang telah diperoleh ke dalam perangkat computer untuk selanjutnya diolah.

##### ***3.10.1.4 Tabulasi***

Tabulasi dimaksudkan untuk memasukkan data ke dalam tabel-tabel dan mengatur angka-angka serta mengelompokkan data sesuai variabel dan kategori penelitian sehingga dapat dihitung jumlah kasus dalam berbagai kategori.

Langkah selanjutnya yakni analisis data. Teknik analisis data pada penelitian ini diolah secara statistik dengan menggunakan bantuan program komputer, melalui dua jenis analisis yaitu:

### **3.10.2 Teknik Analisis Data**

#### ***3.10.2.1 Analisis Univariat***

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian, bermanfaat untuk melihat apakah data telah layak untuk dianalisis, melihat gambaran data yang dikumpulkan dan apakah data telah optimal untuk dianalisis lebih lanjut selain itu digunakan untuk menggambarkan variabel bebas dengan variabel terikat yang disajikan dalam bentuk tabel dan distribusi frekuensi (Notoatmodjo S, 2010: 182).

- 1) Keteraturan kunjungan responden setiap satu bulan sekali selama 6 bulan
- 2) Pengetahuan responden tentang HIV/AIDS dan CST
- 3) Sikap responden terhadap layanan CST
- 4) Akses layanan CST
- 5) Dukungan petugas yang diberikan terhadap keteraturan responden dalam layanan CST
- 6) Dukungan keluarga yang diberikan terhadap keteraturan responden dalam layanan CST

### 3.10.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel-variabel bebas dengan variabel terikat. Dengan tahapan sebagai berikut :

- 1) Analisis proporsi yaitu dengan membandingkan distribusi silang antara variabel bebas dan terikat.
- 2) Analisis uji statistik dengan menggunakan *Chi-Square* karena tidak berpasangan dan untuk melihat hubungan variabel secara statistic bermakna atau tidak bermakna. Untuk mengetahui tingkat kemaknaan dilakukan perhitungan dengan derajat kemaknaan (CI) 95% dan nilai kemaknaan 5%., dengan rumus sebagai berikut :

$$x^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

$x^2$  = Kai kuadrat hitung

O = frekuensi teramati

E = frekuensi harapan

Aturan yang berlaku untuk interpretasi uji *Chi-Square* pada analisis menggunakan SPSS adalah sebagai berikut (Sopiyudin Dahlan, 2011:130):

- (1) Jika pada tabel silang 2x2 dijumpai *Expected Count* kurang dari 5 lebih dari 20% jumlah sel, maka uji hipotesis yang digunakan adalah uji alternatif *Chi-Square*, yaitu uji Fisher. Hasil yang dibaca pada bagian *Fisher's Exact Test*. Namun jika

terjadi pada tabel selain 2x2 atau 2xK maka dilakukan penggabungan sel, kemudian kembali ulangi analisis dengan uji *Chi-Square*.

- (2) Jika pada tabel silang 2x2 tidak dijumpai *Expected Count* kurang dari 5 atau dijumpai tetapi tidak lebih dari 20% jumlah sel, maka uji hipotesis yang digunakan adalah uji *Chi-Square*. Hasil yang dibaca pada bagian *Continuity Correction*.
- (3) Jika tabel silang selain 2x2 tidak dijumpai *Expected Count* kurang dari 5 atau dijumpai tetapi tidak lebih dari 20% jumlah sel, maka uji hipotesis yang digunakan adalah uji *Chi-Square*. Hasil yang dibaca pada bagian *Pearson Chi-Square*.
- 3) Dasar pengambilan keputusan yang dipakai adalah berdasarkan probabilitas. Jika  $\rho \text{ value} < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak. Ini berarti kedua variabel “ada hubungan”. Akan tetapi jika  $H_0$  diterima, yaitu jika  $\rho \text{ value} > 0,05$  ini berarti kedua variabel “tidak ada hubungan”. Sedangkan untuk mengetahui besarnya hubungan antara variabel bebas dengan terikat, maka dipakai koefisien korelasi yang dapat dilihat pada tabel 3.2.

Tabel 3.2 Pedoman untuk Memberikan Interpretasi Koefisien Korelasi (Sugiyono, 2010:254)

<b>Interval Koefisien</b>	<b>Tingkat Hubungan</b>
0,00 – 0,199	Sangat rendah
0,20 – 0,399	Rendah
0,40 – 0,599	Sedang
0,60 – 0,799	Kuat
0,80 – 1,000	Sangat kuat

### **3.10.2.3 Analisis Kualitatif**

Analisis pada kajian kualitatif dilakukan pada responden yang tidak teratur melakukan kunjungan layanan CST setiap bulan disajikan secara deskripsi dalam bentuk narasi yang meliputi kajian mengenai alasan responden tidak teratur melakukan kunjungan layanan *Care Support and Treatment*. Pengambilan sampel dalam kajian kualitatif ini dia ambil dari 16 responden yang tidak teratur kemudian di ambil secara insidental dengan menggunakan penentuan sampel *emergent sampling sampel* yaitu peneliti memilih orang tertentu yang dipertimbangkan akan memberikan data atau informasi yang di perlukan. Maka peneliti menetapkan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

#### **1. Kriteria inklusi :**

- a. Responden merupakan pasien koinfeksi TB-HIV

- b. Pasien masih menjalani pengobatan dan tidak teratur
- c. Pasien merupakan kasus baru tahun 2014 sampai 2015
- d. Dapat melakukan komunikasi dengan baik
- e. Pada saat dilaksanakan penelitian responden hadir melakukan kunjungan layanan CST.
- f. Bersedia sebagai informan

**2. Kriteria eksklusi :**

- a. Responden tidak bersedia menjadi informan
- b. Responden bukan merupakan penemuan kasus baru
- c. Pasien tidak sedang dalam pengobatan koinfeksi TB-HIV

Sehingga didapatkan 4 informan untuk dikaji secara kualitatif dengan metode wawancara dan memenuhi syarat inklusi yang ditetapkan peneliti. Karakteristik dari keempat informan ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3.3 Karakteristik informan penelitian

	<b>Jenis kelamin</b>	<b>Pendidikan</b>	<b>Umur (tahun)</b>	<b>Penemuan kasus</b>	<b>Tidak melakukan kunjungan pada bulan</b>
Informan 1	Perempuan	SMA	28	November 2014	Desember
Informan 2	Perempuan	SMP	33	Oktober 2014	Desember
Informan 3	Laki-laki	SD	48	Maret 2015	April
Informan 4	Laki-laki	SMA	36	Februari 2015	Maret

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **4.1 GAMBARAN UMUM**

BKPM (Balai Kesehatan Paru Masyarakat) Wilayah Semarang berkedudukan di Jl. KH. A Dahlan No. 39 Semarang. Letaknya sangat strategis, yaitu disekitar kawasan Simpang Lima Semarang. Kurang lebih 500 meter dari Simpang Lima dan berhadapan dengan sarana pelayanan kesehatan swasta yang lain (RS. Tlogorejo Semarang).

BKPM merupakan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelayanan teknis dalam bidang kesehatan paru dan pernapasan. Banyak tenaga ahli kesehatan yang tergabung dalam pelayanan di BKPM, antara lain dalam bidang kesehatan ada dokter umum, dokter spesialis, sarjana kesehatan masyarakat, ahli gizi, analis kesehatan, perawat, fisioterapi, apoteker, penata rontgen, dan sanitarian. Terdapat 10 klinik yang menjadi pusat untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan, antara lain klinik umum I (pasien baru), klinik TB, klinik non TB, klinik EKG, klinik spesialis paru, klinik konsultasi berhenti merokok, klinik sanitasi, klinik gizi, klinik *Voluntary Conseling and Testing* (VCT) dan *Care Support and Treatment* (CST), dan klinik fisioterapi/rehabilitasi medik paru.

BKPM memberikan pelayanan di luar dan dalam ruangan. Di dalam gedung yaitu rekam medis, penyuluhan dan konsultasi gizi, pelayanan radiologi (rontgen), pelayanan spesialis paru (paru dan pernafasan, speliasis anak, rehab medik, suspect TB, dan lain-lain), klinik berhenti merokok, klinik asma, penyuluhan dan konseling TB paru. Pelayanan di luar gedung antara lain mengadakan seminar kesehatan paru, membuat kolaborasi TB-HIV dengan puskesmas, rumah sakit dan organisasi masyarakat, survailens epidemiologi penyakit TB Paru dan HIV/AIDS, senam asma, melaksanakan pembinaan Paguyuban Paru Sehat dan PMO (Pengawas Menelan Obat), melaksanakan pembinaan dan pendampingan pada Kelompok Dukungan Sebaya (KDS), melaksnakan VCT mobile, mengadakan kerjasama dengan RRI Semarang dengan mengisi program siaran “Sehat Bugar” setiap Sabtu minggu ke-tiga setiap bulan, dan “Healthy Care” setiap Rabu minggu ke-tiga setiap dua bulan sekali.

Klinik *Voluntary Conseling and Testing (VCT)* dan *Care Support and Treatment (CST)* merupakan klinik rujukan pasien HIV atau yang berisiko HIV. Pelayanan pada klinik ini dilakukan oleh dokter, tenaga manager kasus, dan konselor. Pelayanan lebih difokuskan pada penderita HIV dengan penyakit penyerta. Pengunjung yang datang dapat bersifat sukarela berdasarkan inisiatif sendiri, rujukan LSM, maupun arahan dari petugas kesehatan BKPM Wilayah Semarang.

Penanggulangan penyakit tuberkulosis merupakan program pokok di BKPM Wilayah Semarang. Berdasarkan kebijakan Kementerian Kesehatan dianjurkan bahwa setiap pasien dengan riwayat tuberkulosis yang menuju pusat pelayanan kesehatan pada wilayah epidemik terkonsentrasi HIV harus melakukan tes HIV. Oleh



karena itu, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah memberikan anjuran kepada BKPM Wilayah Semarang untuk melakukan tes HIV pada seluruh pasien tuberkulosis sebagai salah satu standar pelayanan. Mengingat bahwa tuberkulosis menjadi infeksi penyerta terbesar pada pasien HIV begitu juga sebaliknya.

#### **4.1.2 Karakteristik Responden**

##### **4.1.2.1 Jenis Kelamin**

Berdasarkan data yang didapatkan dari kuesioner yang dibagikan kepada responden, jumlah responden yang berjenis kelamin laki-laki adalah 27 orang (61,36%) sedangkan responden yang berjenis kelamin perempuan berjumlah 17 orang (38,64%). Penjelasan tersebut dapat dilihat pada tabel 4.1 di bawah ini.

4.1 Tabel Distribusi Responden Berdasarkan Jenis kelamin

<b>No.</b>	<b>Karakteristik Responden</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>1.</b>	Laki-laki	27	61,36%
<b>2.</b>	Perempuan	17	38,64%
	Jumlah	44	100%

##### **4.1.2.2 Usia**

Distribusi responden berdasarkan usia digolongkan menjadi 6 golongan usia. Golongan usia 20-25 tahun sebanyak 4 orang (9,1%), golongan usia 26-30 tahun sebanyak 11 orang (25%), golongan usia 31-35 tahun sebanyak 8 orang (18,2%), golongan usia 36-40 tahun sebanyak 5 orang (11,4%), golongan usia 40-45 tahun sebanyak 7 orang (15,9%), dan 45 tahun ke atas sebanyak 9 orang (20,4%). Hal tersebut dapat dilihat di tabel di bawah ini.

Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia

No.	Karakteristik Responden	F	%
1.	20-25	4	9,1 %
2.	26-30	11	25,0 %
3.	31-35	8	18,2 %
4.	36-40	5	11,4 %
5.	41-45	7	15,9 %
6.	> 45	9	20,4 %
	Jumlah	44	100%

#### 4.1.2.3 Tingkat Pendidikan

Responden dalam penelitian ini mempunyai latar belakang pendidikan terakhir yang bermacam-macam. Adapun hasil dari kuesioner responden dengan latar belakang pendidikan Sekolah Dasar atau sederajat (SD) sebanyak 10 orang (22,7%), Sekolah Menengah Pertama atau sederajat sebanyak 6 orang (13,6%), Sekolah Menengah Atas atau sederajat sebanyak 25 orang (56,8%), dan Perguruan Tinggi (Strata-1) sebanyak 3 orang (6,9%). Hal tersebut dapat dilihat di tabel di bawah ini.

Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

No.	Karakteristik Responden	F	%
1.	SD	10	22,7%
2.	SMP	6	13,6%
3.	SMA	25	56,8%
4.	S1	3	6,9%
	Jumlah	44	100%

#### 4.1.2.4 Jenis Pekerjaan

Berdasarkan data yang didapatkan dari kuesioner yang diisi oleh responden, didapatkan data mengenai jenis pekerjaan responden. Responden yang bekerja

sebagai Guru atau Pegawai Negeri Sipil (PNS) sebanyak 1 orang (2,3%), buruh sebanyak 12 orang (27,3%), pegawai swasta sebanyak 14 orang (31,8%), sopir angkutan sebanyak 5 orang (11,4%), Mahasiswa sebanyak 2 orang (4,5%), dan tidak bekerja sebanyak 10 orang (22,7%).

Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

No.	Karakteristik Responden	F	%
1.	PNS	1	2,3 %
2.	Buruh	12	27,3 %
3.	Swasta	14	31,8 %
4.	Sopir	5	11,4 %
5.	Mahasiswa	2	4,5 %
6.	Tidak bekerja	10	22,7 %
	Jumlah	44	100%

## 4.2 ANALISIS DATA

### 4.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dan proporsi dari masing-masing variabel yang diteliti. Hasil analisis univariat berdasarkan hasil penelitian terhadap 44 responden dapat dilihat pada uraian berikut:

#### 4.2.1.1 Pengetahuan terhadap HIV/AIDS dan CST

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu melalui indera yang dimiliki (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) dan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Namun pengetahuan dapat diperoleh melalui pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan yang di maksud disini

adalah pengetahuan (tanda, gejala dan pengobatan) yang dimiliki oleh responden terhadap penyakit yang di derita oleh dirinya serta layanan CST (perawatan, dukungan dan pengobatan) yang responden akses secara teratur. Berdasarkan hasil penelitian terhadap 44 responden, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan

No.	Karakteristik Responden	F	%
1.	Pengetahuan kurang	14	31,8%
2.	Pengetahuan cukup	11	25,0%
3.	Pengetahuan baik	19	43,2%
	Jumlah	44	100%

Berdasarkan tabel 4.5 responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang HIV/AIDS dan CST sebanyak 14 orang (31,8%), pengetahuan cukup 11 orang (25,0%), dan responden berpengetahuan baik sebanyak 19 orang (43,2%).

#### **4.2.1.2 Sikap terhadap layanan CST**

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat di tafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup, secara nyata menunjukkan konstansi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Sikap memiliki 4 tingkatan dalam intensitasnya yaitu menerima, menanggapi, menghargai dan bertanggung jawab (Notoatmodjo,S, 2007:146). Sikap yang dimaksud disini adalah sikap responden yang menunjukkan menerima penyakit yang diderita kemudian melakukan perawatan dan pengobatan secara teratur sehingga dapat tetap menjaga kualitas hidup responden itu sendiri. Berdasarkan hasil penelitian dari 44 responden, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap terhadap Layanan CST

No.	Karakteristik Responden	F	%
1.	Tidak mendukung	25	56,8%
2.	Mendukung	19	43,2%
	Jumlah	44	100%

Berdasarkan tabel 4.6 jumlah responden yang memiliki sikap tidak mendukung terhadap layanan CST sebanyak 25 orang (56,8%), sedangkan yang memiliki sikap mendukung sebanyak 19 orang (43,2%).

#### 4.2.1.3 Akses Layanan

Akses layanan kesehatan bagi ODHA merupakan hak dasar setiap orang yang meliputi layanan AIDS secara komprehensif dan berkesinambungan. Akses layanan disini meliputi jarak, kemudahan akses serta biaya. Berdasarkan hasil penelitian dari 44 responden, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan Akses layanan

No.	Karakteristik Responden	F	%
1.	Sulit	18	40,9%
2.	Mudah	26	59,1%
	Jumlah	44	100%

Berdasarkan tabel 4.7 diketahui bahwa sebanyak 18 responden (40,9%) sulit untuk mengakses layanan CST, sedangkan sebanyak 26 responden (59,1%) mudah untuk mengakses layanan.

#### 4.2.1.4 Dukungan Petugas

Peran petugas kesehatan mempunyai peran yang penting dalam kesembuhan dan keteraturan pengobatan yang dijalani pasien, karena petugas adalah pengelola penderita yang paling sering berinteraksi sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik

maupun psikis lebih baik. Dukungan petugas disini meliputi keteraturan pengambilan obat sesuai jadwal yang ditentukan, masa perawatan dan dukungan pengobatan. Berdasarkan hasil penelitian dari 44 responden, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.8 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Petugas

No.	Karakteristik Responden	F	%
1.	Tidak mendukung	17	38,6%
2.	Mendukung	27	61,4%
	Jumlah	44	100%

Berdasarkan tabel 4.8 jumlah responden yang tidak mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan sebanyak 17 orang (38,6%), sedangkan responden yang mendapatkan dukungan petugas kesehatan sebanyak 27 orang (61,4%)

#### 4.2.1.5 Dukungan Keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan mengenai pengobatan dan perawatan dari anggota keluarganya yang sakit serta menjadi PMO (pengawas minum obat). Pengawasan langsung diwujudkan dengan adanya PMO sehingga keteraturan pengobatan pasien juga terkontrol. Bentuk dukungan keluarga disini berupa penerimaan status responden, dukungan secara moril dan materiil. Berdasarkan hasil penelitian dari 44 responden, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.9 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga

No.	Karakteristik Responden	F	%
1.	Tidak mendukung	13	29,5%
2.	Mendukung	31	70,5%
	Jumlah	44	100%

Berdasarkan tabel 4.9 jumlah responden yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarga sebanyak 13 orang (29,5%), sedangkan responden yang mendapatkan dukungan keluarga sebanyak 31 orang (70,5%).

#### **4.2.1.6 Keteraturan Kunjungan**

Keteraturan adalah suatu keadaan dimana pasien mematuhi pengobatannya atas dasar kesadaran sendiri bukan hanya karena mematuhi perintah dokter atau petugas kesehatan. Kepatuhan harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap melakukan kunjungan. Keteraturan disini adalah jumlah frekuensi kedatangan responden selama masa pengobatan minimal satu bulan sekali selama 6 bulan. Berdasarkan hasil penelitian dari 44 responden, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.10 Distribusi Responden Berdasarkan Keteraturan Kunjungan

<b>No.</b>	<b>Karakteristik Responden</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>1.</b>	Tidak teratur	16	36,4%
<b>2.</b>	Teratur	28	63,6%
	Jumlah	44	100%

Berdasarkan tabel 4.10 jumlah responden yang memiliki sikap tidak teratur terhadap layanan CST sebanyak 16 orang (36,4%), sedangkan yang memiliki sikap teratur sebanyak 28 orang (63,6%).

#### **4.2.2 Analisis Bivariat**

Analisis bivariat dilakukan untuk menilai hubungan satu variabel bebas dengan satu variabel terikat. Berdasarkan uji *Chi-Square* hasil analisis bivariat adalah sebagai berikut:

#### 4.2.2.1 Hubungan Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan CST dengan Keteraturan

##### *Kunjungan*

Berdasarkan pengujian hubungan antara pengetahuan dengan keteraturan kunjungan didapatkan *Expected Count* kurang dari 5 sebanyak 3 sel (50,0%) , sehingga tidak memenuhi syarat uji *Chi-Square*. Oleh karena itu, dilakukan penggabungan sel terlebih dahulu karena bentuk tabel 3x2, setelah itu kembali melakukan tahap uji *Chi-Square*. Penggabungan sel membentuk 2 kategori baru yaitu variabel pengetahuan tentang HIV/AIDS dan CST dari tingkat pengetahuan yang kurang, cukup dan baik menjadi tingkat pengetahuan kurang (gabungan antara kurang dan cukup) dan baik ( Dahlan Sopiudin, 2011)

Tabel 4.11 *Crosstab* antara Pengetahuan dengan keteraturan kunjungan layanan CST

Variabel Bebas	Keteraturan Kunjungan		Total	
	Tidak Teratur	Teratur	F	%
Pengetahuan kurang	9 (20,4%)	5 (11,4%)	14	31,8 %
Pengetahuan cukup	4 (9,1%)	7 (15,9%)	11	25,0 %
Pengetahuan baik	3 (6,8%)	16 (36,4%)	19	43,2 %

Kemudian dilakukan penggabungan sel untuk memenuhi syarat uji *chi-square*, yaitu dengan membuat tabel B x K yang baru dimana pengetahuan yang semula 3 kategori di buat menjadi 2 kategori yaitu kategori kurang (gabungan pengetahuan kurang dan cukup) dan pengetahuan baik.



Tabel 4.12 *Crosstab* antara pengetahuan dengan keteraturan kunjungan layanan CST

Variabel Bebas	Keteraturan Kunjungan		$\alpha$	<i>p-value</i>	<i>r</i>
	Tidak Teratur	Teratur			
Pengetahuan kurang	13 (29,5%)	12 (27,3%)	0,05	0,031	0,437
Pengetahuan baik	3 (6,8%)	16 (36,4%)			

Berdasarkan tabel 4.12 diketahui sebanyak 25 responden berpengetahuan kurang tentang HIV/AIDS dan CST (13 tidak teratur dan 12 teratur melakukan kunjungan layanan CST), sedangkan 19 responden berpengetahuan baik (3 responden tidak teratur dan 16 responden teratur melakukan kunjungan layanan CST). Hasil analisis diperoleh  $p\text{-value}=0,031$ . Nilai  $p(0,031) < 0,05$  sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan terhadap HIV/AIDS dan CST dengan keteraturan kunjungan. Selain itu dapat diartikan bahwa semakin baik tingkat pengetahuan seseorang terhadap penyakit HIV/AIDS dan CST maka akan semakin teratur seseorang dalam mengakses layanan CST. Nilai kekuatan korelasi ( $r$ ) didapatkan hasil 0,437 yang artinya memiliki kekuatan korelasi yang sedang antara pengetahuan dengan keteraturan kunjungan pada pasien koinfeksi TB-HIV.

#### 4.2.2.2 Hubungan Sikap terhadap layanan CST dengan Keteraturan Kunjungan

Berdasarkan pengujian hubungan antara sikap terhadap layanan CST dengan keteraturan kunjungan menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4.13 *Crosstab* sikap terhadap layanan CST dengan keteraturan kunjungan

Variabel Bebas	Keteraturan Kunjungan		$\alpha$	<i>p-value</i>	<i>r</i>
	Tidak Teratur	Teratur			
Tidak mendukung Mendukung	12 (27,3%)	13 (29,5%)	0,05	0,127	0,277
	4 (9,1%)	15 (34,1%)			

Berdasarkan tabel 4.13 dapat di ketahui bahwa jumlah responden yang memiliki sikap dengan kategori tidak mendukung sebanyak 25 orang (12 responden tidak teratur dan 13 responden teratur melakukan kunjungan layanan CST), sedangkan 19 orang memiliki sikap dengan kategori mendukung (4 responden tidak teratur dan 15 responden teratur melakukan kunjungan layanan CST). Hasil analisis diperoleh  $p\text{-value}=0,127$ . Nilai  $p(0,127) > 0,05$  sehingga dikatakan tidak ada hubungan antara sikap terhadap layanan CST dengan keteraturan kunjungan. Selain itu juga dapat diartikan bahwa pasien koinfeksi TB-HIV yang memiliki sikap dengan kategori mendukung belum tentu teratur melakukan kunjungan layanan CST dan begitu sebaliknya. Nilai koefisien korelasi ( $r$ ) didapatkan hasil 0,277 yang menunjukkan kekuatan korelasi memiliki kekuatan yang lemah antara sikap dengan keteraturan kunjungan pada pasien koinfeksi TB-HIV.

#### 4.2.2.3 Hubungan antara Akses layanan dengan Keteraturan Kunjungan

Berdasarkan pengujian hubungan antara jarak tempat pelayanan kesehatan dengan keteraturan kunjungan layanan CST menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4.14 *Crosstab* Hubungan antara Akses layanan dengan Keteraturan kunjungan

Variabel Bebas	Keteraturan Kunjungan		$\alpha$	<i>p-value</i>	<i>r</i>
	Tidak Teratur	Teratur			
<b>Sulit</b>	12 (27,3%)	6 (13,6%)	0,05	0,002	0,524
<b>Mudah</b>	4 (9,1%)	22 (50,0%)			

Berdasarkan tabel 4.14 diketahui sebanyak 18 responden (12 orang tidak teratur dan 6 orang teratur melakukan kunjungan layanan CST) mengalami kesulitan untuk mengakses layanan CST, sedangkan sebanyak 26 responden (4 tidak teratur dan 22 teratur melakukan kunjungan layanan CST) mudah untuk mengakses layanan CST. Hasil analisis diperoleh  $p\text{-value}=0,002$ . Nilai  $p(0,002) < 0,05$  sehingga dikatakan terdapat hubungan antara akses layanan dengan keteraturan kunjungan layanan CST. Nilai koefisien korelasi ( $r$ ) didapatkan hasil 0,524 yang artinya kekuatan korelasi memiliki kekuatan sedang antara akses layanan dengan keteraturan kunjungan pada pasien koinfeksi TB-HIV.

#### 4.2.2.4 Hubungan Dukungan Petugas Kesehatan dengan Keteraturan Kunjungan

Berdasarkan pengujian hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan keteraturan kunjungan layanan CST menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.15 *Crosstab* Hubungan Dukungan Petugas Kesehatan dengan Keteraturan Kunjungan

Variabel Bebas	Keteraturan Kunjungan		$\alpha$	<i>p-value</i>	<i>r</i>
	Tidak Teratur	Teratur			
Tidak mendukung	10 (22,7%)	7 (15,9%)	0,05	0,033	0,370
Mendukung	6 (13,6%)	21 (47,8,0%)			

Berdasarkan tabel 4.15 diketahui sebanyak 17 responden (10 orang tidak teratur dan 7 orang teratur mengakses layanan CST) tidak mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan, sedangkan 27 responden (6 orang tidak teratur dan 21 orang teratur mengakses layanan CST) mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan. Hasil analisis diperoleh hasil *p-value*=0,033. Nilai  $p(0,033) < 0,05$  sehingga dikatakan bahwa ada hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan keteraturan kunjungan layanan CST. Nilai koefisien korelasi didapatkan hasil 0,370 yang artinya kekuatan korelasi memiliki kekuatan yang lemah antara dukungan petugas dengan keteraturan kunjungan pada pasien koinfeksi TB-HIV.

#### 4.2.2.5 *Distribusi Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Keteraturan Kunjungan*

Berdasarkan pengujian hubungan antara dukungan keluarga dengan keteraturan kunjungan layanan CST namun uji *Chi-Square* tidak dapat dilakukan karena didapatkan *Expected Count* kurang dari 5 sebanyak 1 sel (25%), sehingga harus menggunakan uji alternatifnya yaitu Uji Fisher diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4.16 *Crosstab* Hubungan antara Dukungan keluarga dengan Keteraturan Kunjungan layanan CST

Variabel Bebas	Keteraturan Kunjungan		$\alpha$	<i>p-value</i>	<i>R</i>
	Tidak Teratur	Teratur			
Tidak mendukung	3 (6,8%)	10 (22,7%)	0,05	0,314	-0,179
Mendukung	13 (29,6%)	18 (40,9%)			

Berdasarkan tabel 4.16 diketahui sebanyak 13 responden (3 orang tidak teratur dan 10 orang teratur mengakses layanan CST) tidak mendapatkan dukungan keluarga, sedangkan 21 responden (13 orang tidak teratur dan 18 teratur mengakses layanan CST) mendapatkan dukungan keluarga. Hasil *Uji Fisher* diperoleh hasil nilai signifikansi (*p*) sebesar 0,314 (2-sided) dan 0,201 (1-sided). Nilai *p* (0,314) > 0,05 sehingga dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan keteraturan kunjungan mengakses layanan CST. Nilai koefisien korelasi (*r*) didapatkan hasil -0,179 yang artinya memiliki kekuatan yang sangat lemah antara dukungan keluarga dengan keteraturan kunjungan pada pasien koinfeksi TB-HIV.

#### 4.2.3 Analisis Kajian Kualitatif terhadap Ketidakteraturan Responden

Kajian kualitatif dilakukan dengan metode wawancara mendalam dengan empat dari keenam belas informan yang tidak teratur dalam mengakses layanan CST. Empat informan ini di ambil secara insidental pada saat peneliti melaksanakan penelitian dan informan melakukan kunjungan. Analisis kualitatif pada penelitian ini dilakukan sebagai pendukung hasil penelitian guna mengetahui alasan informan tidak

teratur melakukan kunjungan CST. Adapun wawancara mendalam pada informan yang tidak teratur melakukan kunjungan CST meliputi alasan ketidakteraturan informan, pengetahuan informan tentang tanda dan gejala HIV/AIDS dan tuberculosis, pengetahuan informan tentang pengobatan koinfeksi TB-HIV, sikap terhadap layanan CST, akses layanan mendapatkan obat, dukungan petugas dan dukungan keluarga. Berikut hasil wawancara mendalam dengan informan :

#### ***4.2.3.1 Ketidakteraturan kunjungan CST***

Ketidakteraturan kunjungan CST mengulas tentang alasan-alasan mengapa mereka tidak teratur dalam melakukan kunjungan CST. Adapun wawancara mendalam kepada informan yang tidak teratur mengakses layanan CST ternyata memunculkan berbagai alasan lain dari setiap informan.

Ada tiga informan menyatakan bahwa alasan mereka tidak teratur melakukan kunjungan CST adalah akses jarak yang sulit dijangkau, hal ini dikarenakan jarak antara rumah informan dan BKPM jauh. Satu diantaranya juga menyatakan bahwa tidak hanya jauh namun informan harus menunggu lama jika menggunakan angkutan umum. Adapun hal ini dikutip dari pernyataan informan di bawah ini :

*“...rumah saya demak mbak...jarak rumah saya jauh kalau naik angkutan umum nunggunya lama...”*

*Informan 3*

*“...saya kerja...jarak tempat kerja ke BKPM juga jauh...”*

*Informan 4*

Satu informan juga menyatakan selain jarak tempuh yang jauh dari kontrakannya, juga dikarenakan informan harus merawat dan mengasuh anak-anaknya yang masih kecil seorang diri, sedangkan suami informan bekerja di luar kota. Hal inilah yang membuat informan tidak bisa teratur dalam melakukan kunjungan layanan CST, seperti di kutip di bawah ini :

*“...tidak rutin...anak-anak saya masih kecil-kecil...tidak ada yang jaga suamiku kerja luar kota...kontrakan saya kan jauh...”*

*Informan 1*

Dan satu informan lainnya menyatakan bahwa alasan informan tidak teratur mengakses layanan CST adalah karena bekerja. Pekerjaan informan disalon menuntut informan untuk bekerja setiap hari dan tidak dapat ditinggalkan. Berikut kutipan pernyataan informan :

*“...saya kerja mbak di salon...”*

*Informan 2*

#### **4.2.3.2 Pengetahuan informan tentang HIV/AIDS dan Tuberculosis**

Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan TB meliputi pengetahuan tentang tanda dan gejala, pengetahuan tentang pengobatan koinfeksi TB-HIV. Dalam penelitian ini, keempat informan memiliki pengetahuan yang kurang baik tentang tanda dan gejala HIV/AIDS dan TB. Sebanyak tiga informan tidak menjelaskan dengan jelas tanda dan gejala HIV/AIDS dan tuberculosis sebatas batuk dan penurunan berat badan, seperti dikutip dibawah ini :

*“...ya awalnya batuk sama adem panas...berat badan juga turun...”*

*Informan 1*

Sedangkan satu informan tidak mengetahui apa saja tanda dan gejala HIV/AIDS dan tuberculosis. Hal ini dilihat dari jawaban yang dituturkan informan.

Berikut kutipan pernyataannya :

*“...koma dan berat badan turun mbak...”*

*Informan 3*

Selain itu informan yang tidak teratur melakukan kunjungan layanan CST ternyata mereka memiliki pemahaman yang kurang baik juga terhadap pengobatan pada koinfeksi TB-HIV, ini dibuktikan dari jawaban semua informan yang tidak bisa menjelaskan pengobatan pada pasien koinfeksi TB-HIV. Tiga informan menyatakan bahwa pengobatan koinfeksi TB-HIV sebatas mereka meminum obat sesuai anjuran petugas kesehatan selama 6 bulan. Berikut kutipan pernyataan informan :

*“...saya di suruh minum obat banyak selama 6 bulan...”*

*Informan 2*

Sedangkan satu informan lainnya menyatakan bahwa dia tidak tahu sama sekali pengobatan pada pasien koinfeksi TB-HIV. Berikut kutipan pernyataan dari informan :

*“...endak tahu mbak...”*

*Informan 1*



#### 4.2.3.3 Sikap

Sikap terhadap layanan CST merupakan pandangan informan dalam mendukung atau tidak mendukung terhadap layanan CST. Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa ada tiga informan yang bersikap pasif atau tidak mendukung terhadap layanan CST. Walaupun sempat berfikir layanan CST itu adalah layanan yang wajib di akses ODHA seumur hidup mereka, namun mereka tetap saja tidak teratur mengakses layanan CST dikarenakan informan memiliki rasa jenuh dalam pengobatan. Berikut kutipan pernyataannya :

*“...iya sih mbak harusnya wajib...tapi kadang saya ngerasa jenuh...”*

*Informan 3*

Sementara satu informan memiliki sikap yang mendukung atau aktif terhadap layanan CST. Informan menuturkan bahwa ia mengakses layanan CST memang seharusnya rutin setiap satu bulan sekali tetapi kadang kondisi tubuh drop akibat efek samping obat yang membuat dia menjadi tidak teratur. Berikut kutipan pernyataan informan :

*“...CST memang wajib mbak buat orang HIV minimal sebulan sekali...ga berangkat kalau abis ngobat kadang badan suka ngedrop...”*

*Informan 1*

#### 4.2.3.4 Akses layanan

Akses layanan disini mengulas tentang akses dalam mendapatkan obat, yaitu kemudahan informan dalam mendapatkan obat di BKPM Semarang. Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa keempat informan mudah mengakses untuk

mendapatkan obat yang mereka butuhkan di BKPM Semarang. Berikut kutipan pernyataan informan :

*“...ya kalau obatnya sih ada terus mbak...”*

*Informan 1*

*“...saya selalu dapat obat ko...”*

*Informan 2*

Satu informan juga menyatakan bahwa obat di BKPM memang selalu tersedia dan mudah untuk di akses akan tetapi obat hanya boleh di ambil untuk pemakaian satu bulan saja tidak boleh lebih. Berikut kutipan pernyataan informan :

*“...obatnya ada mbak...tapi kalau ambil bolehnya sebulan sekali engga boleh dua bulan sekaligus...”*

*Informan 3*

Ada satu informan yang menyatakan bahwa obatnya memang tersedia terus akan tetapi untuk pengambilan obatnya ini tidak boleh di titipkan kepada teman sesama ODHA yang artinya informan harus mengambilnya sendiri atau oleh keluarga terdekat kepada petugas di BKPM. Berikut kutipan pernyataan informan :

*“...obatnya ada terus ...cuma kalau ambil ga boleh dititipkan temen...kalau diambulkan keluarga boleh...”*

*Informan 4*

#### **4.2.3.5 Dukungan Petugas**

Dukungan petugas disini mengulas tentang interaksi petugas kesehatan dengan informan dalam mendukung pengobatan pasien. Ada saat dimana petugas kesehatan sangat penting terutama dalam mengingatkan jadwal pengambilan obat.

Keempat informan menyatakan bahwa mereka mendapatkan dukungan yang baik dari petugas kesehatan ketika mereka terlambat melakukan pengambilan obat sesuai jadwal, mereka diingatkan oleh petugas kesehatan melalui pesan singkat SMS atau telepon. Berikut kutipan pernyataan informan :

*“...kalau udah kelewat jadwalnya ambil obat ya biasanya di sms atau telpon sama bu upik...”*

*Informan 3*

Satu informan juga menyatakan bahwa pernah di kunjungi rumah oleh petugas kesehatan dari BKPM jika mereka setelah diingatkan tetapi tidak kunjung datang juga untuk mengambil obat. Berikut kutipan pernyataan informan :

*“...ya suka di sms dan pernah di datengin kerumah juga sih...”*

*Informan 2*

#### **4.2.3.6 Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga disini mengulas dukungan apa saja yang diberikan dari keluarga kepada informan dalam mendukung selama menjalani pengobatan. Dalam penelitian ini didapatkan hasil dari keempat informan mendapatkan dukungan keluarga yang cukup baik, yaitu keluarga mengingatkan informan ketika jadwal berobat. Berikut kutipan pernyataan informan :

*“...Orang rumah sih biasanya mengingatkan...”*

*Informan 2*

Sementara sebanyak dua informan mendapatkan dukungan yang baik selain di ingatkan oleh pihak keluarga bahkan mereka juga suka diantar untuk berobat ke BKPM oleh keluarga. Berikut kutipan pernyataan informan :

*“...ya diingetin...kalau suami pas pulang pasti mengantar saya buat berobat mbak...”*

*Informan 1*

*“...diingatkan mbak...biasanya juga di antar sama adik ke BKPM kalau engga lagi sibuk...”*

*Informan 3*

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1 PEMBAHASAN**

##### **5.1.1 Hubungan antara Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan CST dengan Keteraturan Kunjungan**

Hasil uji hubungan antara pengetahuan dengan keteraturan kunjungan didapatkan *Expected Count* kurang dari 5 sebanyak 3 sel (50,0%) , sehingga tidak memenuhi syarat uji *Chi-Square.*, dilakukan penggabungan sel terlebih dahulu karena bentuk tabel 3x2, setelah itu kembali melakukan tahap uji *Chi-Square.* Penggabungan sel membentuk suatu tabel baru yaitu BxK dengan 2 kategori baru yaitu kategori pengetahuan kurang ( gabungan pengetahuan kurang dan cukup) dan pengetahuan baik (Sopiyudin Dahlan, 2011). Hasil analisis diperoleh  $p\text{-value}=0,031$ . Nilai  $p(0,031) < 0,05$  sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan terhadap HIV/AIDS dan CST dengan keteraturan kunjungan.

Hasil analisis tersebut sejalan dengan penelitian Yuyun Yuniar dkk (2012) yang menyatakan bahwa ODHA dengan tingkat pengetahuan tinggi biasanya lebih patuh dalam menjalani pengobatan karena sudah mengetahui keparahan penyakitnya dan keteraturan berobat memberikan perbaikan kualitas hidup. Selain itu penelitian ii juga sejalan dengan penelitian Sukmah dkk (2013) yang menyebutkan bahwa responden yang berpengetahuan cukup patuh dalam berobat, hasil penelitiannya ini di

dukung dengan pendapat yang mengatakan bahwa responden yang rajin berobat dan mematuhi aturan yang ditentukan dalam pengobatan adalah responden yang memiliki pengetahuan baik (Nawas,2003).

Hasil pada penelitian ini sejalan dengan teori Lawrence Green yang menyebutkan bahwa faktor-faktor yang dapat mempermudah (*Predisposing Factors*) terjadinya perilaku pada diri seseorang salah satunya adalah pengetahuan (Soekidjo, 2010:27). Selain itu, penelitian ini juga selaras dengan teori Skinner yang disebut teori S-O-R (stimulus-organisme-respons) yaitu pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk perilaku terbuka (*overt behavior*) terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan. Pengetahuan yang baik tentang penyakit HIV/AIDS dan CST yang baik akan mendorong seseorang untuk berperilaku teratur dalam mengakses layanan CST dan praktik ini dapat diamati orang lain dari luar (*observable behavior*) (Soekidjo, 2010 : 43).

Dari hasil penelitian didapatkan hasil bahwa responden yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 14 orang (31,8%), pengetahuan cukup sebanyak 11 orang (25,0%) dan pengetahuan baik sebanyak 19 orang (43,2%). Hasil ini diperkuat dengan hasil wawancara terhadap informan yang tidak teratur melakukan kunjungan CST, salah satunya dipengaruhi oleh pengetahuan yang masih kurang terhadap tanda dan gejala HIV/AIDS dan tuberculosis, hal ini ditunjukkan dari 3 informan yang mengetahui tanda dan gejala sebatas pada batuk dan penurunan berat badan tidak mengetahui tanda dan gejala secara lengkap, sedangkan 1 informan bahkan tidak

mengetahui apa saja tanda dan gejala HIV/AIDS dan tuberculosis Pengobatan TB pada pasien koinfeksi TB-HIV harus diberikan segera sedangkan ARV dimulai setelah pengobatan TB dapat di toleransi diberikan paling cepat 2 minggu dan paling lambat 8 minggu.

### **5.1.2 Hubungan Sikap terhadap layanan CST dengan Keteraturan Kunjungan**

Hasil uji hubungan antara sikap terhadap layanan CST dengan keteraturan kunjungan menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh hasil  $p\text{-value}=0,127$ . Nilai  $p(0,127) > 0,05$  sehingga dikatakan tidak ada hubungan antara sikap terhadap layanan CST dengan keteraturan kunjungan.

Hasil uji tersebut kurang selaras dengan Lawrence Green dalam teorinya menyebutkan bahwa perilaku manusia di pengaruhi oleh faktor internal (salah satunya adalah sikap) perilaku teratur akan dipermudah dengan sikap yang mendukung terhadap keteraturan mengakse layanan CST. Namun kepercayaan, tradisi, sistem dan nilai di masyarakat setempat juga menjadi faktor yang mempermudah atau mempersulit terjadinya sikap yang mendukung (Soekidjo, 2010:27).

Sikap disini dapat terjadi juga karena adanya faktor-faktor pendukung diantaranya tersedianya fasilitas, dorongan lingkungan dan dukungan keluarga. Dapat dimungkinkan tidak terbentuk sikap yang utuh (*total attitude*) yang meliputi (1) kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek (2) kehidupan

emosional atau evaluasi terhadap suatu objek dan (3) kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*) tidak terpenuhi sehingga sikap yang muncul tidak sesuai dengan sikap semula atau dengan kata lain pasien koinfeksi TB-HIV yang berperilaku (teratur atau tidak teratur melakukan kunjungan layanan CST) tidak sesuai sikap (mendukung atau tidak mendukung) terhadap penyakit yang di derita (Soekidjo, 2010:53).

Sikap terhadap layanan CST disini adalah bagaimana sikap yang di berikan responden terhadap layanan CST seperti menerima keadaan sakitnya sendiri dan *treatmen* pengobatannya. Dari hasil penelitian ini didapatkan hasil responden yang bersikap tidak mendukung terhadap layanan CST sebanyak 25 orang (56,8%) dan mendukung sebanyak 19 orang (43,2%).

### **5.1.3 Hubungan antara Akses layanan dengan keteraturan kunjungan layanan CST**

Hasil uji hubungan antara jarak tempat pelayanan kesehatan dengan keteraturan kunjungan layanan CST menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh hasil  $pvalue = 0,002$ . Nilai  $p(0,002) < 0,05$  sehingga dikatakan terdapat hubungan antara akses layanan dengan keteraturan kunjungan layanan CST.

Kemudahan mengakses layanan seperti tersedianya fasilitas pelayanan seperti pemeriksaan laboratorium dan ketersediaan obat , jarak rumah ke tempat pelayanan, dan biaya transportasi menjadi faktor-faktor yang berpengaruh secara signifikan



dengan keteraturan kunjungan dalam mengakses layanan CST, kesimpulan ini sejalan dengan penelitian Fillah Fithria Risha dkk tahun 2011.

Hasil tersebut sejalan dengan teori *Lawrence Green* yang menyatakan bahwa perilaku di pengaruhi faktor pendukung (*enabling factors*) adalah fasilitas, sarana atau prasarana yang mendukung memfasilitasi terjadinya suatu perilaku seseorang yang menjadikan teratur (Soekidjo, 2010:27).

Dari hasil penelitian ini didapatkan hasil yaitu responden yang mengalami kesulitan mengakses layanan CST sebanyak 18 orang (40,9%) dan mudah mengakses layanan sebanyak 26 orang (59,1%). Kemudahan mengakses layanan CST pada penelitian ini meliputi kemudahan mendapatkan pemeriksaan atau perawatan, mendapatkan obat, jarak tempuh, dan biaya transportasi. Hasil ini diperkuat dengan jawaban informan pada kajian kualitatif yaitu informan yang tidak teratur mengakses layanan CST ternyata memunculkan alasan lain dari setiap informan, alasan utama ketidakteraturan responden adalah jarak yang jauh, hal ini disampaikan oleh 3 informan. Alasan lainnya yaitu karena kesibukan pribadi mereka yang menjadi alasan dominan yang disampaikan dari 2 informan yaitu bekerja. Alasan tambahan dari 1 informan yaitu karena menjaga anaknya yang masih kecil dan 1 informan menyampaikan bahwa karena menunggu angkutan yang lama.

#### **5.1.4 Hubungan Dukungan Petugas Kesehatan dengan Keteraturan Kunjungan Layanan CST**

Hasil uji hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan keteraturan kunjungan layanan CST menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh hasil Nilai  $p(0,033) < 0,05$  sehingga dikatakan bahwa ada hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan keteraturan kunjungan layanan CST.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fillah Fitria Risha dkk (2011) yang menyebutkan bahwa dukungan petugas kesehatan terdapat hubungan dengan keteraturan pasien menjalani pengobatan atau dengan kata lain dukungan petugas kesehatan mempengaruhi keteraturan kunjungan layanan CST.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Yuniar Yuyun dkk (2012) menyatakan dari hasil penelitiannya sebagian besar responden mengakui adanya hubungan baik dengan tenaga kesehatan pemberi layanan meskipun ada sebagian yang menyatakan adanya tenaga kesehatan yang kurang ramah atau galak. Hubungan yang baik dengan tenaga kesehatan, sikap dan perilaku tenaga kesehatan yang bersahabat dan penuh rasa kekeluargaan disertai konseling kepatuhan dapat memberikan rasa nyaman bagi ODHA. Hal ini secara tidak langsung membuat ODHA lebih termotivasi untuk berobat secara teratur.

Analisis yang dilakukan oleh *Snehandu B. Kar* menghasilkan teori yang menyebutkan dukungan sosial (*social support*) merupakan salah satu bagian dari

perilaku (Soekidjo, 2010:33). Teori tersebut telah diimplemmentasikan pemerintah melalui program PITC (*Provider Initiated HIV Testing And Counseling*) dengan diperkuat dengan pembentukan mekanisme kolaborasi TB-HIV yang dimana pada pasien khusus seperti pasien koinfeksi TB-HIV yang memerlukan dukungan yang kuat dari petugas kesehatan meliputi dukungan psikologis, psikososial dan biologis (Kemenkes RI, 2012).

Didapatkan hasil dari penelitian ini yaitu responden yang tidak mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan sebanyak 17 orang (38,6%) dan mendapat dukungan sebanyak 27 orang (61,4%). Hasil penelitian ini diperkuat dengan hasil wawancara mendalam yaitu keempat informan mendapatkan dukungan yang baik dari petugas kesehatan ketika telat pengambilan obat sesuai jadwal petugas kesehatan selalu mengingatkan lewat sms atau telpon hal ini di sampaikan oleh semua informan dan satu informan diantaranya juga pernah dikunjungi rumah oleh petugas.

#### **5.1.5 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Keteraturan Kunjungan Layanan CST**

Hasil uji menggunakan uji Fisher diperoleh hasil diperoleh hasil nilai signifikansi ( $p$ ) sebesar 0,314 (2-sided) dan 0,201 (1-sided). Nilai  $p$  (0,314) > 0,05 sehingga dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan keteraturan kunjungan mengakses layanan CST.

Selaras dengan penelitian Aji (2010) bahwa dukungan keluarga tidak memiliki hubungan dengan kepatuhan pasien HIV/AIDS terhadap terapi antiretroviral karena kepentingan dalam hal dukungan kebijakan, perawatan dan pengobatan HIV/AIDS dengan meningkatkan pengetahuan tentang terapi ARV melalui konseling pra ART, dan kelompok dukungan sebaya. Kebutuhan untuk meningkatkan ketersediaan obat antiretroviral lebih di butuhkan oleh pasien.

Dari penelitian ini didapatkan hasil yaitu responden yang tidak mendapatkan dukungan keluarga sebanyak 13 orang (29,5%) dan mendapatkan dukungan sebanyak 31 orang (70,5%). Hasil ini di perkuat dengan hasil kajian secara kualitatif bahwa pengaruh dukungan keluarga tidak difokuskan pada responden selama menjalani pengobatan, sebagian besar penuturan dari ke 3 informan dukungan yang diberikan hanya secara verbal yaitu diingatkan, 2 informan juga menuturkan kalau pihak keluarga mengantar jika memang memiliki waktu senggang. Hal ini menunjukkan dari keempat informan tidak mendapatkan perhatian yang secara khusus selama menjalani pengobatan hanya sekedar di ingatkan dan tidak ada tindakan khusus yang di lakukan oleh pihak keluarga ketika informan tidak melakukan kunjungan secara teratur. Dan tidak ada usaha balik yang di lakukan dari informan sendiri untuk bersikap teratur.

## 5.2 KELEMAHAN PENELITIAN

Kelemahan dalam penelitian ini adalah :

Kelemahan dalam penelitian ini antara lain:

1. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* sehingga sulit untuk menentukan sebab dan akibat karena pengambilan data risiko dan efek dilakukan pada saat yang bersamaan.
2. Terdapat faktor-faktor yang memperoleh hasil yang berbeda dengan hasil dari penelitian terdahulu, sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut dengan metode yang berbeda atau jumlah sampel yang lebih besar.
3. Kurang terbukanya responden ketika dilakukan wawancara untuk menggali informasi lebih lanjut hal ini menjadi penghambat peneliti untuk mendapatkan informasi yang diinginkan.

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 SIMPULAN**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan keteraturan kunjungan layanan CST pada pasien koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang dapat ditarik simpulan sebagai berikut:

1. Responden yang memiliki tingkat pengetahuan kategori kurang sebanyak 25 orang (56,8%) dan kategori baik sebanyak 19 orang (43,2%), responden dengan sikap tidak mendukung sebanyak 25 orang (56,8%) dan kategori mendukung sebanyak 19 orang (43,2%), responden yang mengakses layanan CST dengan kategori sulit sebanyak 18 orang (40,9%) dan dengan kategori mudah sebanyak 26 orang (59,1%), responden yang memiliki dukungan petiugas dengan kategori tidak mendukung sebanyak 17 orang (38,6%) dan dengan kategori mendukung sebanyak 27 orang (61,4%), sedangkan responden yang memiliki dukungan keluarga dengan kategori tidak mendukung sebanyak 13 orang (29,5%) dan dengan kategori mendukung sebanyak 31 orang (70,5%).
2. Faktor yang menunjukkan hubungan dengan keteraturan kunjungan layanan CST menurut analisis bivariat adalah pengetahuan, akses layanan dan dukungan

petugas sedangkan faktor yang tidak memiliki hubungan dengan keteraturan kunjungan layanan CST menurut analisis bivariat adalah sikap dan dukungan keluarga.

3. Alasan responden tidak teratur melakukan kunjungan layanan CST berdasarkan wawancara mendalam antara lain adalah terkendala oleh jarak tempuh ke tempat pelayanan jauh, kesibukan dari informan itu sendiri seperti bekerja, mengurus anak, kurangnya pengetahuan responden terhadap pengobatan yang mereka jalani, dan kurangnya perhatian yang khusus dari pihak keluarga.

## **6.2 SARAN**

### **6.2.1 Bagi Pasien**

Pasien perlu berupaya meningkatkan pengetahuan mengenai penyakit yang di derita (seperti pengertian, tanda gejala, penularan dan pengobatan) secara mandiri dengan cara menggali informasi yang tersedia di pusat pelayanan kesehatan maupun melalui media informasi lainnya.

Pada pasien yang masih memiliki perilaku tidak teratur dalam melakukan kunjungan layanan CST setiap bulannya seharusnya sudah mulai harus merubahnya agar tidak timbul penyakit infeksi oportunistik lainnya yang mengakibatkan rendahnya kualitas hidup pasien.

### **6.2.2 Bagi Keluarga Pasien**

Keluarga perlu memfokuskan dukungan terhadap pasien koinfeksi TB-HIV baik secara materi maupun psikologis karena pada pasien koinfeksi TB-HIV mereka menjalani 2 terapi pengobatan yaitu OAT dan ARV yang harus di minum secara teratur. Dan keluarga perlu sesekali memantau perkembangan kesehatan pasien dengan mengonsultasikannya pada petugas di pelayanan kesehatan.

### **6.2.3 Bagi Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang**

Petugas kesehatan yang terlibat di layanan CST sebaiknya perlu sesekali mengumpulkan keluarga atau orang terdekat pasien untuk menginformasikan dan mengontrol bagaimana tata cara pengobatan bagi pasien, dan untuk perubahan perilaku pasien supaya tidak beresiko serta menjaring anggota keluarga atau orang terdekat yang di duga beresiko.



## DAFTAR PUSTAKA

Alimul Hidayat, A. Aziz, 2008, *Pengantar Kosep Dasar Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.

Azwar Saifudin, 2008, *Penyusunan Skala Psikologi*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.

Aji, H.S. 2010. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia : *Kepatuhan Pasien HIV dan AIDS Terhadap Terapi Antiretroviral di RSUP Dr. Kariadi Semarang*, Vol. 5, No.1, Januari 2010.

Dahlan Sopiudin, 2011, *Statistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Salemba Medika, Jakarta.

Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2012, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, Dinkes Provinsi Jateng, Semarang.

Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2013, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, Dinkes Provinsi Jateng, Semarang.

Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2014, *Buku Saku Kesehatan tahun 2014*, Dinkes Provinsi Jawa Tengah, Semarang.

Dirjen PP & PL, 2000, *Penilaian Eksternal tentang HIV/AIDS*, Depkes RI, Jakarta

Dirjen PP & PL, 2011, *Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral Pada Orang Dewasa*, Kementrian Kesehatan RI, Jakarta.

Ditjen P2PL Kemenkes RI, 2014, *Statistika Kasus HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2014*, Jakarta, Kemenkes RI.

Fithria Risha Fillah, dkk, 2011, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan Pengobatan ARV (Anti Retro Viral) pada ODHA (Orang Dengan Hiv/Aids) di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo dan Rumah Sakit Umum Panti Wilasa Citarum Semarang*, Universitas Gajah Mada, *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*, Volume 1 Nomer 2, Juni 2011 Hal. 126-137.

Hasmi, 2012, *Metode Penelitian Epidemiologi*, Jakarta : Trans Info Media

KPA Jateng, 2014, *Kondisi HIV/AIDS di Jawa Tengah tahun 2014*, Semarang, KPA Jateng.

Lemeshow Stanley, dkk, 1997, *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*, Gajah Mada University Press.

Maani, Yusnita, 2013, *Gambaran Implementasi Program Pelayanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) di Puskesmas Jongaya Makassar*, FKM Universitas Hasanuddin. Hal 1-11.

Mandal B.K., E.G.L Wilkins, E.M. Dunbar, R.T. Mayon-White, 2008, *Lecture Notes Penyakit Infeksi*, Erlangga, Jakarta.

Nasronudin, 2012, *HIV & AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial*, Airlangga University Press.

Notoatmodjo Soekidjo, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.

- Notoatmodjo Soekidjo, 2010, *Promosi Kesehatan Terori & Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Martoni Wildra, Helmi Arifin dan Raveinal, 2012, Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien HIV/AIDS di Poliklinik Khusus Rawat Jalan Bagian Penyakit Dalam RSUP dr. M. Djamil Padang Periode Desember 2011-Maret 2012, Padang, Fakultas Farmasi, Universitas Andalas, Volume 1 (1), April 2012 Hal 48-52.
- Odhiambo J, Kizito W, Njoroge A, et al, 2008, Provider-Initiated HIV Testing and Counseling for TB Patients and Suspects in Nairobi, Kenya: *International Journal Tuberculosis Lung Disease*, Vol. 12, No.3, hal 63-68.
- Sary, Lolita. 2009. *Analisis Pelaksanaan Strategi Pelayanan Provider Initiated HIV Testing And Counseling / PITC (Studi Kasus Di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Semarang)*. FKM Universitas Malahati. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia. Vol. 4 No, 2 Agustus 2009 Hal 86-93.
- Slamet B, 2007, *Psikologi Umum*, Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Sugiyono, 2010, *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, Alfabeta, Bandung.
- Sukmah dkk. 2013. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Pada Pasien TB Paru Di RSUD Daya Makassar. Vol. 2 No. 5 Hal 76-84.
- Thielman, Nathan M, et al, 2006, *Cost-Effectiveness of free HIV Voluntary Counseling and Testing Through a Community-Based AIDS Service*

*Organization in Northern Tanzania*, American Journal of Public Health. Vol 96, No 1.

UNAIDS, 2006, *Provider-Initiated Testing and Counseling in Clinical Setting : Operational Recommendations, A meeting Report, WHO/UNAIDS Consultation meeting, UNAIDS, Switzerland.*

Yuniar Yuyun, dkk, 2012, *Faktor-Faktor Pendukung Kepatuhan Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) Dalam Minum Obat Antiretroviral Di Kota Bandung dan Cimahi*, Bul. Penelitian Kesehatan, Vol. 41, No. 2 Hal. 72-83.

Zulkoni Akhsin, 2011, *Parasitologi*, Nuha Medika, Yogyakarta.

# LAMPIRAN

## Lampiran 1 Surat Tugas Pembimbing

  
**KEPUTUSAN**  
**DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN**  
**UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**  
**Nomor: 1048/FIK/2014**  
 Tentang  
**PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER**  
**GASAL/GENAP**  
**TAHUN AKADEMIK 2014/2015**

**Menimbang** : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.

**Mengingat** : 1. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)  
 2. Peraturan Rektor No. 21 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Skripsi UNNES  
 3. SK. Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;  
 4. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;

**Menimbang** : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Tanggal 23 September 2014

**MEMUTUSKAN**

**Menetapkan** :  
**PERTAMA** : Menunjuk dan menugaskan kepada:  
 Nama : MUHAMMAD AZINAR, S.KM., M.Kes.  
 NIP : 196205182012121002  
 Pangkat/Golongan : III/B  
 Jabatan Akademik : Asisten Ahli  
 Sebagai Pembimbing  
 Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :  
 Nama : ERLINDA RAHMATIN  
 NIM : 6411411044  
 Jurusan/Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat  
 Topik : Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kesehatan Reproduksi Pasien HIV-AIDS di klinik VCT BKPM Kota Semarang

**KEDUA** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Tembusan  
 1. Pembantu Dekan Bidang Akademik  
 2. Ketua Jurusan  
 3. Peninggal

  
 6411411044  
 FM-03-APD-24/Rev. 00

DITETAPKAN DI : SEMARANG  
 PADA TANGGAL : 25 September 2014  
  
 Harjo Samono, M.Si.  
 NIP. 1985031001

## Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG  
 FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN  
 Gedung F1 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229  
 Telepon: 024-8508007  
 Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: [fik\\_unnes@telkom.net](mailto:fik_unnes@telkom.net)

Nomor : 6029/UNES.FIK.16/15/2015  
 Lamp. : .....  
 Hal : Ijin Penelitian

Kepada  
 Yth. Ketua Tim Pemberdayaan Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang  
 di Semarang

Dengan Hormat,  
 Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir  
 oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama : ERLINDA RAHMATIN  
 NIM : 6411411044  
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Promosi Kesehatan), S1  
 Topik : Layanan CST pada ODHA

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



27 Juli 2015

Dr. H. Harry Pramono, M.Si.  
 NIP. 195910191985031001

## Lampiran 3 Surat Balasan Ijin Penelitian

	<p>PEMERINTAH PROPINSI JAWA TENGAH DINAS KESEHATAN <b>BALAI KESEHATAN PARU MASYARAKAT (BKPM) WILAYAH SEMARANG</b> Jl. KH Ahmad Dahlan no.39 Semarang Telp/ Fax : 024 8316758 Fax 024 8450949</p>
Semarang, 9 September 2015	
Nomor	: 095/198.2/9/2015
Lampiran	-
Perihal	: Pemberian Ijin Penelitian
	Kepada Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang di <u>Tempat</u>
<p>Menjawab surat ijin penelitian NO. 5862/UN 37,16/LT/2015 bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, yaitu :</p> <p>Nama : Erlinda Rahmatin NIM : 6411411044 Judul Penelitian : Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Keteraturan Kunjungan Layanan CST Pada Pasien Koinfeksi TB-HIV di BKPM Wilayah Semarang.</p> <p>Maka kepada mahasiswa tersebut, diberikan ijin untuk melakukan penelitian di Klinik VCT-CST BKPM Wilayah Semarang.</p> <p>Demikian pemberitahuan dari kami, atas kepercayaan yang diberikan kami ucapkan terima kasih.</p>	
	 Kepala Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang Dr. AA Sri Rika Puniawati Pembina Tk.I NIP. 19640628 198911 2 001
Tembusan :	
1. Arsip	



Lampiran 4 *Ethical Clearance*

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG  
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)**  
Gedung F3, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

**ETHICAL CLEARANCE**  
Nomor: 227/KEPK/2015

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Faktor-Faktor yang Berubungan dengan Keteraturan Kunjungan Layanan Care Support and Treatment (CST) pada Pasien Koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang

Nama Peneliti Utama : Erlinda Rahmatin  
Nama Pembimbing : Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes.  
Alamat Institusi Peneliti : Jurusan IKM Unnes, Gedung F1, Lantai 2, Sekaran, Gunungpati, Semarang  
Lokasi Penelitian : Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang  
Tanggal Persetujuan : 10 Juli 2015  
(berlaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki tahun 2008 dan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan tahun 2011 dan oleh karenanya dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:

- Laporan kemajuan penelitian
- Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
- Laporan akhir penelitian

Semarang, 10 Juli 2015



Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes.  
NIP. 19591001 198703 2 001

## Lampiran 5 Instrumen Penelitian



**UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**  
**FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN**  
**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**  
 Kampus Sekaran Gunungpati Semarang 50229 Telp.  
 (024) 7499375

---

**Lampiran 1**

Dengan hormat,

Saya Erlinda Rahmatin, mahasiswi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang, saat ini sedang melakukan penelitian skripsi mengenai “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keteraturan Kunjungan Layanan CST Pada Pasien TB-HIV di BKPM Wilayah Semarang ”, dengan tujuan ingin mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan keteraturan kunjungan layanan CST pada pasien TB\_HIV.

Oleh karena itu, saya memohon kesediaan bapak/ibu secara sukarela untuk menjadi informan dalam penelitian ini. Dimohon bapak/ibu dapat berpartisipasi dalam penelitian ini dan dapat mengemukakan pendapat, perasaan dan menceritakan apa yang bapak/ibu alami dengan sejujurnya. Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :  
 Tempat/tanggal lahir :  
 Pekerjaan :  
 Alamat :

Saya telah diberitahu oleh peneliti bahwa informasi yang saya berikan hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian. Oleh karena itu saya secara sukarela bersedia menjadi informan.

Semarang,.....2015

Informan

( )



**UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**  
**FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN**  
**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**  
 Kampus Sekaran Gunungpati Semarang 50229 Telp. (024)  
 7499375

**KUESIONER**  
**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETERATURAN**  
**KUNJUNGAN LAYANAN *CARE SUPPORT AND TREATMENT* (CST) PADA**  
**PASIEIN KOINFEKSI TB-HIV DI BKPM SEMARANG**

Petunjuk Pengisian Kuesioner :

1. Pertanyaan pada kuesioner ditujukan langsung kepada responden.
2. Jawaban diisi langsung oleh responden dengan bimbingan pewawancara.
3. Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan sebenar-benarnya dan sejujur-jujurnya.
4. Memilih jawaban A, B, C, atau D atau dengan chek list (✓) pada jawaban yang dipilih.

**A. Data Demografi**

Nomer Responden :  
 Hari, Tanggal Wawancara :  
 Nama Subjek/Inisial :  
 Umur : th  
 Jenis Kelamin :  
 Pendidikan terakhir :  
 Pekerjaan :

## B. Pertanyaan

### I. Keteraturan Kunjungan

1. Apakah saya mengakses layanan CST setiap bulannya ?

No	Kunjungan	Jawaban Responden	Croscek data sekunder
1	Januari		
2	Februari		
3	Maret		
4	April		
5	Mei		
6	Juni		

### II. Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan CST

No	Pertanyaan	Jawaban
<b>HIV (definisi, penularan, pencegahan dan pengobatan)</b>		
1.	Penyakit HIV merupakan penyakit..... a. Menular b. Tidak Menular c. Turun menurun d. Kutukan	
2.	Penyakit HIV disebabkan oleh..... a. Virus b. Bakteri c. Nyamuk d. Serangga	
3.	Kepanjangan dari HIV adalah..... a. Human Infeksi Virus b. Human Immunodeficiency Virus c. Human Immunodefinition Virus d. Host Infeksi Virus	
4.	AIDS merupakan singkatan dari.....	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Acute Infeksi Definition Syndrome</li> <li>b. Acquired Immune Deficiency Syndrome</li> <li>c. Adaptation Immunodefinition Syndrome</li> <li>d. Acute Infeksi Detection Syndrome</li> </ul>	
5.	<p>Yang bukan merupakan media penularan HIV/AIDS yaitu.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Darah</li> <li>b. Air Mani</li> <li>c. Ludah</li> <li>d. Cairan Vagina</li> </ul>	
6.	<p>Perilaku yang dapat menularkan HIV/AIDS adalah.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berjabat tangan dengan penderita HIV/AIDS</li> <li>b. Berhubunga seksual dengan penderita HIV/AIDS</li> <li>c. Cium pipi dengan penderita HIV/AIDS</li> <li>d. Menggunakan alat makan bersama dengan penderita HIV/AIDS</li> </ul>	
7.	<p>Yang bukan tanda dan gejala seseorang terinfeksi HIV/AIDS adalah.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Diare terus menerus</li> <li>b. Berat badan menurun lebih dari 10% dalam 1 bulan</li> <li>c. Flu tidak sembuh-sembuh</li> <li>d. Sakit kepala</li> </ul>	
8.	<p>Kepanjangan ODHA adalah.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Orang Derita HIV/AIDS</li> <li>b. Orang Diduga HIV/AIDS</li> <li>c. Orang Diinfeksi HIV/AIDS</li> <li>d. Orang Dengan HIV/AIDS</li> </ul>	
9.	<p>Orang-orang yang beresiko tertular HIV/AIDS kecuali.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Orang-orang yang tinggal satu rumah dengan penderita HIV/AIDS</li> <li>b. Orang-orang yang melakukan seks bebas</li> <li>c. Pekerja seks</li> <li>d. Anak-anak yang lahir dari ibu dengan HIV positif</li> </ul>	
10.	<p>Salah satu cara mencegah agar tidak tertular HIV/AIDS yaitu.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencoba hubungan seksual di luar nikah</li> <li>b. Menghindari penggunaan narkoba / PENASUN</li> <li>c. Berhenti merokok</li> <li>d. Mengonsumsi antibiotic</li> </ul>	
11.	<p>Hal-hal yang tidak akan menularkan virus HIV/AIDS, kecuali.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menggunakan jarum suntik yang tidak steril</li> <li>b. Berjabat tangan</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Menggunakan WC yang sama</li> <li>d. Berjabat tangan</li> </ul>	
12.	Penyakit penyerta yang biasanya dirasakan ODHA, kecuali..... <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tuberculosis</li> <li>b. Toksoplamosis</li> <li>c. Gonorhe</li> <li>d. Diabetus Melitus</li> </ul>	
13.	Aturan minum obat ARV adalah..... <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Seminggu sekali</li> <li>b. 3 hari sekali</li> <li>c. 2 hari hari sekali</li> <li>d. Setiap hari</li> </ul>	
<b>Layanan CST</b>		
14.	Kapanjangan dari VCT adalah..... <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Vonis Conseling Test</li> <li>b. Voluntary Conseling and Testing</li> <li>c. Voluntir Conseling and Testing</li> <li>d. Variabel Counseling Test</li> </ul>	
15.	Layanan yang dapat di akses di layanan CST, kecuali..... <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengambilan obat</li> <li>b. Pemberian motivasi</li> <li>c. Konseling</li> <li>d. Rawat inap</li> </ul>	
16.	Kapan waktu yang tepat untuk mengakses layanan CST yaitu..... <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Setelah penegakkan diagnosis HIV positif</li> <li>b. Sudah ada tanda gejala penyakit penyerta</li> <li>c. Jumlah CD4 menurun</li> <li>d. Setelah melakukan rawat inap</li> </ul>	
17.	Berapa kali ODHA seharusnya mengakses layanan CST..... <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 6 kali</li> <li>b. 12 kali</li> <li>c. 5 tahun</li> <li>d. Setiap bulan sekali selama seumur hidup</li> </ul>	

### III. Sikap terhadap layanan CST

#### Petunjuk Pengisian

1. Perhatikan dan bacalah pernyataan-pernyataan dibawah ini dengan seksama dan cermat.
2. Isilah pernyataan yang tersedia dengan memberikan tanda chek list (✓) pada kolom **Ya** atau **Tidak** .
3. Isilah pernyataan yang tersedia dengan teliti dan sesuai dengan kondisi atau keadaan yang sebenarnya.

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Skor
1	Penyakit HIV/AIDS yang saya derita adalah penyakit keturunan atau kutukan.			
2.	Penyakit HIV/AIDS adalah penyakit yang menurunkan sistem kekebalan tubuh saya.			
3.	Setelah saya mengetahui bahwa saya HIV positif dan saya harus rutin mengakses layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST) satu bulan sekali seumur hidup.			
4	Saya harus meminum ARV setiap hari untuk mempertahankan kekebalan tubuh saya.			
5.	Terapi ARV yang saya jalani bersifat membosankan dan membuang waktu.			
6.	Berhenti mengkonsumsi obat jika saya sudah merasa tidak ada lagi keluhan.			
7.	Terlambat mengkonsumsi obat bukanlah hal yang mengkhawatirkan.			
8.	Dengan meminum ARV setiap hari saya merasa sangat bersemangat untuk melakukan aktivitas setiap hari.			

9.	Saya mempercayai status HIV kepada petugas pelayanan kesehatan di layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST)			
10.	Saya menceritakan kepada petugas siapa saja yang beresiko tertular HIV dari saya.			
11.	Saya membuka status atau menceritakan HIV positif saya kepada keluarga terdekat.			
12.	Dengan saya rutin mengunjungi layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST) satu bulan sekali akan membuat saya terhindar dari penyakit oportunistik.			
13.	Saya mau melakukan pemeriksaan laboratorium secara rutin sesuai yang disarankan oleh petugas kesehatan.			
14.	Saya tidak akan menularkan HIV/AIDS saya kepada pasangan atau orang terdekat saya.			
15.	Saya menggunakan kondom ketika berhubungan dengan pasangan saya.			
16.	Saya mengajak pasangan saya untuk memeriksakan status HIVnya karena merasa dia beresiko tertular.			
17.	Saya menerima penyakit ini sebagai ujian yang Tuhan berikan kepada umatnya dengan lapang dada dan menjalani pengobatan secara teratur.			



#### IV. Akses Layanan CST

##### Petunjuk Pengisian

1. Perhatikan dan bacalah pernyataan-pernyataan dibawah ini dengan seksama dan cermat.
2. Isilah pernyataan yang tersedia dengan memberikan tanda chek list (✓) pada kolom **sangat setuju (SS), setuju (S), ragu-ragu (R), tidak setuju (TS), atau sangat tidak setuju (STS).**
3. Isilah pernyataan yang tersedia dengan teliti dan sesuai dengan kondisi atau keadaan yang sebenarnya.

No	Pernyataan	SS	S	R	TS	STS
1.	Saya mudah untuk mengakses layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST) di BKPM Semarang.					
2.	Saya sulit mendapatkan pemeriksaan laboratorium setelah timbul keluhan.					
3.	Saya mudah mendapatkan pemeriksaan dari dokter setiap kunjungan di layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST).					
4.	Alat-alat kesehatan yang tersedia untuk pemeriksaan fisik oleh dokter menurut saya sudah sesuai standar.					
5.	Petugas di layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST) tanggap atau cekatan menangani saya dengan keluhan yang saya rasakan.					
6.	Setiap bulan saya mengakses pengambilan obat secara mudah.					

7.	Saya mendapatkan informasi terkait penyakit yang saya derita dengan jelas.					
8.	Saya mendapatkan skrining atau pemeriksaan dahak secara rutin setiap bulan saat melakukan kunjungan					
9.	Biaya pengobatan di layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST) cukup terjangkau cukup saya.					
10.	Jarak rumah saya untuk mengakses layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST) sulit dijangkau					
11.	Biaya transportasi ke layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST) atau BKPM memerlukan biaya yang mahal menurut saya.					
12.	Saya merasa nyaman konseling dengan petugas kesehatan disana					
13.	Saya merasa mudah mendapatkan layanan kesehatan tambahan (penunjang) jika saya membutuhkan					

### VII.Dukungan Petugas

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Skor
1.	Saya mendapatkan informasi terkait penyakit HIV yang saya derita secara jelas.			
2.	Saya diberikan motivasi secara terus menerus oleh petugas kesehatan.			
3.	Saya mendapatkan informasi tentang tata cara			

	minum obat.			
4.	Saya mendapatkan informasi tentang efek samping obat yang mungkin akan saya rasakan.			
5.	Petugas kesehatan memberitahu penyakit penyerta terkait pengobatan yang dilakukan tidak teratur kepada saya.			
6.	Petugas kesehatan menunjuk anggota keluarga terdekat saya untuk menjadi PMO.			
7.	Petugas kesehatan bersikap sangat ramah ketika berinteraksi dengan saya.			
8.	Saya tidak merasa adanya diskriminasi dari petugas kesehatan ketika menjalani pengobatan.			
9.	Petugas kesehatan mengajak saya untuk bergabung dalam kelompok dukungan sebaya.			
10.	Ketika saya telat mengambil obat melebihi tanggal 14 setiap bulannya saya di ingatkan oleh petugas.			
11.	Saya mendapatkan obat gratis pada saat pengambilan obat tanggal 14 bersamaan dengan cara KDS.			
12.	Saya pernah dikunjungi kerumah oleh petugas kesehatan.			
13.	Petugas kesehatan selalu merespon cepat terkait masalah atau keluhan yang saya hadapi.			

### VIII. Dukungan Keluarga

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Skor
1.	Keluarga saya merasa terbebani dengan penyakit yang saya derita.			
2.	Keluarga saya menghargai dan menerima saya dalam kondisi apapun termasuk ketika saya positif HIV.			
3.	Keluarga saya selalu melindungi, menyanyangi dan mencintai saya.			
4.	Keluarga saya mendukung saya untuk menjalani pengobatan HIV dengan benar.			
5.	Keluarga saya selalu memberikan nasehat tentang penyakit saya dan pengobatannya.			
6.	Keluarga saya membantu segala pengobatan saya.			
7.	Keluarga saya selalu mengingatkan saya untuk teratur dan rutin dalam minum obat.			
8.	Keluarga saya mendampingi dan mengawasi saya dalam mengkonsumsi obat.			
9.	Keluarga saya memberikan motivasi agar tidak bosan dalam menjalani pengobatan.			
10.	Keluarga saya memberikan asupan gizi yang cukup kepada saya.			
11.	Keluarga saya memotivasi saya untuk tetap sehat agar dapat melakukan aktivitas seperti orang lain.			
12.	Keluarga saya mau mendengarkan keluh kesah yang saya ceritakan tentang penyakit yang saya derita.			



**UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**  
**FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN**  
**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**  
Kampus Sekaran Gunungpati Semarang 50229 Telp.  
(024) 7499375

---

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM**  
**Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keteraturan Kunjungan**  
**Layanan CST**  
**Pada Pasien Koinfeksi TB-HIV di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah**  
**Semarang**

1. Apa yang anda ketahui tentang tanda dan gejala HIV/AIDS dan tuberculosis ?
2. Bagaimana pengobatan pada pasien koinfeksi TB-HIV ?
3. Mengapa anda tidak teratur melakukan kunjungan layanan CST setiap satu bulan sekali ?
4. Bagaimana akses mendapatkan obat ?
5. Bagaimana sikap anda terhadap layanan CST ?
6. Bagaimana dukungan petugas kepada anda dalam menjalani pengobatan, jika telat mengambil obat sesuai jadwal ?
7. Apa bentuk dukungan keluarga yang diberikan kepada anda selama menjalani pengobatan ?

Lampiran 6 Data Uji Validitas dan Reliabilitas

DATA MENTAH Uji VALIDITAS KUESIONER PENGETAHUAN

Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Skor
R1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	18
R2	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	9
R3	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	9
R4	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	16
R5	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	14
R6	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	16
R7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	18
R8	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	8
R9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
R10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	15
R11	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	8
R12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	18
R13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
R14	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
R15	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	14
R16	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	15
R17	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	10
R18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
R19	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
R20	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18
Hasil	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Not Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Not valid	Not valid	Valid	Valid	Valid	

DATA MENTAH Uji Validitas Kuesioner Sikap

Responder	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Skor
R1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	15
R2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	17
R3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	17
R4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
R5	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	15
R6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	12
R7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	17
R8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
R9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	18
R10	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	10
R11	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	18
R12	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17
R13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	17
R14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	19
R15	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
R16	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	7
R17	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	10
R18	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	7
R19	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	16
R20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hasil	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Not valid	Valid	Valid	Not valid	Valid	Valid	Valid	Not valid	Valid	

DATA MENTAH Uji Validitas Kuesioner Akses Layanan

Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	Skor
R1	4	4	4	3	4	4	4	2	2	3	3	3	4	4	3	51
R2	5	2	4	4	4	5	4	4	4	4	2	3	4	4	3	56
R3	4	4	5	4	4	5	4	2	2	4	2	4	4	4	4	56
R4	5	2	5	3	4	5	4	4	3	3	2	3	5	5	1	54
R5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
R6	5	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	65
R7	5	3	4	3	4	4	4	3	2	5	4	4	4	4	4	57
R8	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	74
R9	5	4	5	4	4	5	5	5	4	4	2	4	5	5	1	62
R10	4	4	5	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	60
R11	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	58
R12	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	5	5	68
R13	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	59
R14	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4	4	4	4	4	56
R15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	58
R16	3	3	4	3	4	2	3	3	4	4	4	4	3	3	4	51
R17	5	5	4	5	5	4	5	4	2	5	5	5	5	5	5	69
R18	3	3	3	3	4	2	3	3	2	4	2	2	1	3	4	42
R19	5	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	2	4	4	5	64
R20	5	5	4	4	4	5	5	5	4	4	3	2	5	5	3	63
Hasil	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Not valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Not valid	



DATA MENTAH UJI VALIDITAS KUESIONER DUKUNGAN PETUGAS

Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	Skor
R1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	11
R2	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	6
R3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
R4	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	8
R5	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	13
R6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
R7	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	11
R8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14
R9	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
R10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14
R11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
R12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
R13	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	10
R14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
R15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
R16	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
R17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
R18	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
R19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	13
R20	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	13
Hasil	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Not Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Not valid	Valid

DATA MENTAH UJI VALIDITAS KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	Skor
R1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	12
R2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	7
R3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
R4	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	9
R5	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	13
R6	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	13
R7	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	11
R8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
R9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14
R10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
R11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
R12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
R13	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	10
R14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
R15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
R16	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	13
R17	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	14
R18	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	14
R19	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
R20	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	13
Hasil	Not valid	Not Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Not valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	Valid	

## Lampiran 7 Data Responden Penelitian

## DATA MENTAH HASIL PENELITIAN

No Resp	Jenis kelamin	Usia (tahun)	Pendidikan	Pekerjaan	Pengetahuan	Sikap	Akses Layanan	Dukungan Petugas	Dukungan Keluarga	Keteraturan Kunjungan
1	Perempuan	36	S1	Guru	baik	mendukung	mudah	mendukung	mendukung	teratur
2	Laki-laki	27	SMP	Buruh	baik	tidak mendukung	sulit	tidak mendukung	tidak mendukung	teratur
3	Laki-laki	25	SMA	Swasta	cukup	tidak mendukung	sulit	mendukung	tidak mendukung	teratur
4	Laki-laki	35	SMP	Buruh	cukup	tidak mendukung	sulit	mendukung	tidak mendukung	tidak teratur
5	Laki-laki	37	SMA	Swasta	baik	tidak mendukung	mudah	mendukung	mendukung	teratur
6	Perempuan	29	SMA	Buruh	baik	mendukung	mudah	mendukung	mendukung	tidak teratur
7	Laki-laki	32	SMA	Sopir	baik	tidak mendukung	sulit	tidak mendukung	tidak mendukung	tidak teratur
8	Laki-laki	27	SMA	Swasta	baik	tidak mendukung	mudah	mendukung	mendukung	teratur
9	Laki-laki	21	SMK	Swasta	baik	mendukung	mudah	mendukung	mendukung	teratur
10	Perempuan	56	SD	Buruh	baik	mendukung	sulit	mendukung	mendukung	teratur
11	Laki-laki	44	SD	Tidak bekerja	baik	mendukung	sulit	mendukung	mendukung	tidak teratur
12	Laki-laki	30	SMA	Sopir	baik	tidak mendukung	mudah	mendukung	mendukung	teratur
13	Laki-laki	56	SD	Tidak bekerja	kurang	mendukung	mudah	tidak mendukung	mendukung	tidak teratur
14	Laki-laki	54	SD	Buruh	cukup	tidak mendukung	sulit	mendukung	tidak mendukung	tidak teratur

No Resp	Jenis kelamin	Usia (tahun)	Pendidikan		Pengetahuan	Sikap	Akses layanan	Dukungan Petugas	Dukungan Keluarga	Keteraturan Kunjungan
15	Laki-laki	32	MTS	Sopir	cukup	mendukung	mudah	tidak mendukung	mendukung	teratur
16	Perempuan	54	SD	Tidak bekerja	kurang	mendukung	sulit	mendukung	mendukung	teratur
17	Laki-laki	20	Mahasiswa	Mahasiswa	baik	mendukung	sulit	tidak mendukung	tidak mendukung	teratur
18	Perempuan	45	SD	Tidak bekerja	kurang	mendukung	sulit	mendukung	mendukung	teratur
19	Laki-laki	43	SD	Buruh	baik	mendukung	sulit	mendukung	mendukung	teratur
20	Laki-laki	28	SMA	Swasta	baik	tidak mendukung	sulit	mendukung	mendukung	teratur
21	Perempuan	45	SMA	Tidak Bekerja	cukup	mendukung	mudah	mendukung	mendukung	teratur
22	Perempuan	41	SD	Tidak Bekerja	cukup	mendukung	sulit	tidak mendukung	mendukung	tidak teratur
23	Laki-laki	29	SMA	Swasta	baik	tidak mendukung	sulit	tidak mendukung	mendukung	tidak teratur
24	Laki-laki	35	SD	Buruh	cukup	tidak mendukung	sulit	tidak mendukung	tidak mendukung	teratur
25	Perempuan	28	SMP	Swasta	cukup	mendukung	mudah	mendukung	tidak mendukung	teratur
26	Laki-laki	23	Mahasiswa	Mahasiswa	baik	mendukung	sulit	tidak mendukung	mendukung	teratur
27	Laki-laki	37	SD	Buruh	kurang	tidak mendukung	sulit	tidak mendukung	tidak mendukung	tidak teratur
28	Laki-laki	34	SMA	Tidak bekerja	baik	tidak mendukung	sulit	tidak mendukung	tidak mendukung	tidak teratur
29	Perempuan	30	SMA	Swasta	kurang	mendukung	sulit	tidak mendukung	mendukung	teratur

30	Laki-laki	29	SMA	Sopir	baik	mendukung	mudah	mendukung	mendukung	teratur
31	Perempuan	26	SMA	Swasta	cukup	mendukung	sulit	mendukung	mendukung	teratur
32	Laki-laki	26	SMA	Swasta	baik	mendukung	sulit	mendukung	tidak mendukung	tidak teratur
33	Perempuan	33	SMA	Tidak bekerja	cukup	mendukung	mudah	mendukung	mendukung	teratur
34	Laki-laki	21	SMA	Swasta	baik	tidak mendukung	sulit	mendukung	tidak mendukung	tidak teratur
35	Perempuan	44	SMP	Tidak bekerja	kurang	tidak mendukung	mudah	tidak mendukung	tidak mendukung	teratur
36	Laki-laki	27	SMA	Buruh	baik	mendukung	mudah	mendukung	mendukung	tidak teratur
37	Laki-laki	32	SMP	Buruh	baik	mendukung	sulit	mendukung	mendukung	tidak teratur
38	Perempuan	38	SMA	Swasta	baik	tidak mendukung	sulit	mendukung	mendukung	tidak teratur
39	Perempuan	27	SMP	Swasta	cukup	tidak mendukung	sulit	mendukung	mendukung	tidak teratur
40	Laki-laki	40	SMA	Swasta	baik	mendukung	mudah	mendukung	mendukung	teratur
41	Perempuan	29	SMA	Buruh	baik	tidak mendukung	sulit	mendukung	mendukung	teratur
42	Perempuan	32	SMA	Buruh	baik	mendukung	sulit	mendukung	mendukung	teratur
43	Perempuan	39	SMA	Tidak bekerja	baik	mendukung	sulit	mendukung	mendukung	teratur
44	Laki-laki	35	SMA	Sopir	baik	mendukung	sulit	mendukung	mendukung	teratur

## Lampiran 8 Analisis Univariat

**Analisis Univariat****Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan CST**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	14	31.8	31.8	31.8
	cukup	11	25.0	25.0	56.8
	baik	19	43.2	43.2	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

**Sikap terhadap layanan CST**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak mendukung	25	56.8	56.8	56.8
	Mendukung	19	43.2	43.2	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

**Akses Layanan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sulit	18	40.9	40.9	40.9
	mudah	26	59.1	59.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

**Dukungan\_Petugas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak mendukung	17	38.6	38.6	38.6
	Mendukung	27	61.4	61.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

**Dukungan\_Keluarga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak mendukung	13	29.5	29.5	29.5
	mendukung	31	70.5	70.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

**Keteraturan\_Kunjungan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak teratur	16	36.4	36.4	36.4
	teratur	28	63.6	63.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

## Lampiran 9 Analisis Bivariat

**ANALISIS BIVARIAT****Pengetahuan\*Keteraturan Kunjungan****Crosstab**

			Keteraturan_Kunjungan		Total
			tidak teratur	teratur	
Pengetahuan	kurang	Count	9	5	14
		Expected Count	9.8	4.2	14.0
	cukup	Count	4	7	11
		Expected Count	4.0	7.0	11.0
	baik	Count	3	16	19
		Expected Count	6.9	12.1	19.0
Total	Count	16	28	44	
	Expected Count	16.0	28.0	44.0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.029 <sup>a</sup>	2	.986
Likelihood Ratio	.029	2	.985
Linear-by-Linear Association	.024	1	.876
N of Valid Cases	44		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.18.

Karena ada 3 sel yang tidak terdistribusi normal sehingga untuk variabel pengetahuan dilakukan penggabungan sel.

**Pengetahuan \* Keteraturan\_Kunjungan Crosstabulation**

			Keteraturan_Kunjungan		Total
			tidak teratur	teratur	
Pengetahuan	buruk	Count	13	12	25
		Expected Count	9.1	15.9	25.0
	baik	Count	3	16	19
		Expected Count	6.9	12.1	19.0
Total	Count	16	28	44	
	Expected Count	16.0	28.0	44.0	



**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.117 <sup>a</sup>	1	.013		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.652	1	.031		
Likelihood Ratio	6.491	1	.011		
Fisher's Exact Test				.025	.014
Linear-by-Linear Association	5.978	1	.014		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	44				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.91.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

	Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.437	.121	3.147	.003 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.437	.121	3.147	.003 <sup>c</sup>
N of Valid Cases	44			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Sikap \* Keteraturan\_Kunjungan Crosstabulation**

			Keteraturan_Kunjungan		Total
			tidak teratur	teratur	
Sikap	tidak mendukung	Count	12	13	25
		Expected Count	9.1	15.9	25.0
	mendukung	Count	4	15	19
		Expected Count	6.9	12.1	19.0
Total		Count	16	28	44
		Expected Count	16.0	28.0	44.0

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.388 <sup>a</sup>	1	.066		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2.323	1	.127		
Likelihood Ratio	3.508	1	.061		
Fisher's Exact Test				.113	.062
Linear-by-Linear Association	3.311	1	.069		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	44				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.91.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.277	.139	1.872	.068 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.277	.139	1.872	.068 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		44			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Akses\_Layanan \* Keteraturan\_Kunjungan Crosstabulation**

			Keteraturan_Kunjungan		Total
			tidak teratur	teratur	
Akses_Layanan	sulit	Count	12	6	18
		Expected Count	6.5	11.5	18.0
	mudah	Count	4	22	26
		Expected Count	9.5	16.5	26.0
Total		Count	16	28	44
		Expected Count	16.0	28.0	44.0

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.088 <sup>a</sup>	1	.001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	9.973	1	.002		
Likelihood Ratio	12.443	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11.813	1	.001		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	44				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.55.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.524	.131	3.989	.000 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.524	.131	3.989	.000 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		44			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Dukungan\_Petugas \* Keteraturan\_Kunjungan Crosstabulation**

			Keteraturan_Kunjungan		Total
			tidak teratur	teratur	
Dukungan_Petugas	tidak mendukung	Count	10	7	17
		Expected Count	6.2	10.8	17.0
	mendukung	Count	6	21	27
		Expected Count	9.8	17.2	27.0
Total		Count	16	28	44
		Expected Count	16.0	28.0	44.0

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.039 <sup>a</sup>	1	.014		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.561	1	.033		
Likelihood Ratio	6.043	1	.014		
Fisher's Exact Test				.024	.016
Linear-by-Linear Association	5.902	1	.015		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	44				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.18.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.370	.144	2.585	.013 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.370	.144	2.585	.013 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		44			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

**Dukungan\_Keluarga \* Keteraturan\_Kunjungan Crosstabulation**

			Keteraturan_Kunjungan		Total
			tidak teratur	teratur	
Dukungan_Keluarga	tidak mendukung	Count	3	10	13
		Expected Count	4.7	8.3	13.0
	mendukung	Count	13	18	31
		Expected Count	11.3	19.7	31.0
Total	Count	16	28	44	
	Expected Count	16.0	28.0	44.0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.408 <sup>a</sup>	1	.235		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.711	1	.399		
Likelihood Ratio	1.472	1	.225		
Fisher's Exact Test				.314	.201
Linear-by-Linear Association	1.376	1	.241		
N of Valid Cases <sup>d</sup>	44				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.73.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.179	.139	-1.178	.245 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.179	.139	-1.178	.245 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		44			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Lampiran 10 Dokumentasi saat pelaksanaan penelitian



