

**ANALISIS TINGKAT KEPATUHAN TERAPI ANTIRETROVIRAL PADA  
PASIEN HIV/AIDS DI PUSKESMAS TEMINDUNG**

**OLEH  
PARANAEL  
201148201132**

**SKRIPSI**

**Untuk memenuhi salah satu syarat ujian  
guna memperoleh gelar Sarjana Farmasi**



**PROGRAM STUDI S-1 FARMASI  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN DIRGAHAYU SAMARINDA  
2025**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ANALISIS TINGKAT KEPATUHAN TERAPI ANTIRETROVIRAL PADA  
PASIEN HIV/AIDS DI PUSKESMAS TEMINDUNG SAMARINDA**

Dipersiapkan dan disusun Oleh :

**PARANAEL**

**201148201132**

Telah diertahankan didepan Tim Penguji pada Rabu, Agustus 2025

**Pembimbing Utama**



apt. Liniati Geografi, M.,Sc  
NIDN :1123058401

**Mengetahui**

Ketua Program Studi S-1 Farmasi



apt Raymon Simanullang, M. Pharm.  
NIK :0924.A4.18

**Pembimbing Pendamping**



apt Raymon Simanullang, M. Pharm.  
NIK :0924.A4.18

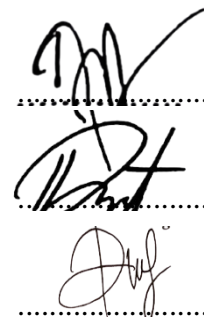
Tim Penguji

**Ketua :** apt. Muh. Taufiqurrahman, M. Farm.

**Anggota :**

1. Risny Oklyan, M. Farm.

2. apt Raymon Simanullang, M. Pharm.



## **PEDOMAN PENGGUNAAN DAN PERBANYAKAN SKRIPSI**

Skripsi sarjana yang terdaftar dan tersedia di Perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dirgahayu Samarinda, dan terbuka untuk umum dengan ketentuan bahwa hak cipta ada pada pengarang dengan mengikuti aturan HaKI yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dirgahayu Samarinda. Referensi kepustakaan diperkenankan dicatat, tetapi pengutipan atau peringkasan hanya dapat dilakukan seizin pengarang dan harus disertai dengan kebiasaan ilmiah untuk menyebutkan sumbernya.

Memperbanyak atau menerbitkan sebagian atau seluruh isi skripsi haruslah seizin Ketua Prodi Farmasi, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dirgahayu Samarinda.

## LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya tulis saya, skripsi ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar sarjana, baik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dirgahayu Samarinda maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing dan masukan Tim Penelaah/Tim Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.

Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Samarinda, 6 Agustus 2025

Yang membuat pernyataan,

(Paranael)

## KUTIPAN

### **Pengkhotbah 3:11**

*“Ia membuat segala sesuatu indah pada waktunya.”*

Segala proses, perjuangan, air mata, dan doa, kini berakhir indah.  
Bukan karena kuat dan hebatku, tetapi karena waktu-Nya selalu sempurna.

## LEMBAR PERSEMBAHAN

*Dengan segenap kerendahan hati, Kupersembahkan karya ini kepada mereka yang Tuhan pakai dalam setiap langkah perjuangan ini.*

*Kepada Bapak Eliazer Chang dan Ibu Raniati A.R, Setiap pencapaian ini berkat doa, pengorbanan, dan kasih tak bersyarat dari kalian.*

*Jejak kasih dan doa kalian menjadi kekuatan dalam setiap langkahku. Kupersembahkan karya ini sebagai ungkapan terima kasih dan cinta yang terdalam..*

*Kepada Keluarga Besar Pasar Geriq, Terima kasih atas cinta dan kebersamaan yang menguatkan, bahkan dalam diam.*

*Kepada Sahabat dan Teman Seperjalanan, Terima kasih telah menjadi pelipur lara, penopang semangat, dan bagian dari cerita indah ini.*

*Kepada Ibu dan Bapak Dosen, Atas bimbingan, ilmu, dan keteladanan yang membentuk saya,*

*Saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.*

*Kepada semua pihak yang terlibat, Yang mungkin tak disebutkan namanya, namun kehadirannya sungguh berarti.*

## ABSTRAK

Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Timur pada tahun 2023 mencatat terdapat 337 kasus HIV/AIDS, dengan Samarinda sebagai kota terbanyak, yakni 134 kasus. Pengobatan HIV/AIDS yang efektif merupakan kunci dalam memperlambat progresi penyakit, meningkatkan kualitas hidup pasien, dan mengurangi risiko penularan virus. Terapi antiretroviral (ARV) telah menjadi standar perawatan untuk pasien HIV/AIDS. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kepatuhan terapi antiretroviral pasien HIV/AIDS di Puskesmas Temindung. Metode yang digunakan adalah kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional, dimana variabel independen dan dependen diukur pada satu waktu. Data dikumpulkan melalui observasi, kuesioner, teknik pengumpulan data dan jumlah kunjungan pasien HIV/AIDS di Instalasi Farmasi Puskesmas Temindung. Hasil yang diharapkan dari penelitian ini adalah peningkatan pemahaman dan kepatuhan pasien terhadap terapi antiretroviral (ARV), serta identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pada pasien HIV/AIDS di Puskesmas Temindung. Berdasarkan hasil analisis data yang diperoleh melalui observasi, kuesioner, dan jumlah kunjungan pasien untuk pengobatan ARV, penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi yang relevan untuk meningkatkan kualitas pelayanan serta mendukung efektivitas pengobatan pasien HIV/AIDS di Puskesmas Temindung

**Kata kunci:**ARV, HIV/AIDS, Kepatuhan minum obat.

## ABSTRACT

*The Central Statistics Agency of East Kalimantan recorded 337 cases of HIV/AIDS in 2023, with Samarinda being the city with the highest number, totaling 134 cases. Effective HIV/AIDS treatment is key to slowing disease progression, improving patients' quality of life, and reducing the risk of virus transmission. Antiretroviral (ARV) therapy has become the standard care for HIV/AIDS patients. This study aims to analyze the adherence to antiretroviral therapy among HIV/AIDS patients at the Temindung Health Center. The method used is quantitative with a cross-sectional approach, where both independent and dependent variables are measured at one point in time. Data was collected through observation, questionnaires, data collection techniques, and the number of visits by HIV/AIDS patients to the Pharmacy Installation of the Temindung Health Center. The expected outcome of this study is an improvement in patients' understanding and adherence to antiretroviral therapy (ARV), as well as the identification of factors influencing adherence levels among HIV/AIDS patients at the Temindung Health Center. Based on the data analysis obtained through observation, questionnaires, and the number of patient visits for ARV treatment, this study is expected to provide relevant recommendations to improve service quality and support the effectiveness of HIV/AIDS treatment at the Temindung Health Center*

**Keywords:** ARV, HIV/AIDS, Adherence,

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Maha Esa atas berkat rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian penulisan skripsi yang berjudul **“ANALISIS TINGKAT KEPATUHAN TERAPI ANTIRETROVIRAL PADA PASIEN HIV/AIDS DIPUSKESMAS TEMINDUNG”** Penelitian dan penulisan proposal ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar sarjana pada jurusan Farmasi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dirgahayu Samarinda.

Penulis mengucapkan terima kasih secara khusus kepada Dosen Pembimbing Ibu apt.Liniati Geografi, M.,Sc. Dan apt.Bapak Raymon Simanullang, M.Pharm. atas bimbingan, nasihat, dukungan, serta pengorbanan yang diberikan. Pada kesempatan ini, tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Ns. Andres Theofrida Bone, S.Kep., MAN. Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dirgahayu Samarinda.
2. Bapak apt.Raymon Simanullang, M.Pharm. Selaku ketua Prodi S1 Farmasi, dan pembimbing pendamping yang telah banyak memberikan bimbingan, nasehat, dukungan, serta pengorbanan yang diberikan.
3. Ibu apt. Liniati Geografi, M.,Sc. Selaku pembimbing utama dan pembimbing akademik yang telah banyak memberikan bimbingan, nasehat, dukungan, serta pengorbanan yang diberikan.
4. Seluruh staf dosen, staf administrasi serta karyawan Sekolah Tinggi Kesehatan Dirgahayu Samarinda.
5. Dengan penuh rasa hormat dan cinta yang tak terhingga, penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada kedua orang tua tercinta, Bapak Elliazer Chang dan Ibu Raniati A.R., yang telah menjadi sumber kekuatan dalam setiap langkah hidup penulis. Di tengah segala keterbatasan, lelah, dan pengorbanan yang tak pernah diminta balasannya, Bapak dan Ibu tetap setia mendoakan dan mendorong penulis untuk terus maju. Tidak ada kata yang cukup untuk menggambarkan betapa besar arti doa kalian—yang mungkin tak terdengar, tapi selalu terasa. Terima kasih telah percaya pada penulis, bahkan di saat penulis sendiri ragu. Kepada keluarga tercinta yang selalu hadir, baik dalam suka maupun duka, terima kasih telah menjadi tempat

pulang saat dunia terasa terlalu berat. Dukungan kalian adalah cahaya yang menerangi jalan saat semangat mulai redup. Jika hari ini penulis berhasil berdiri di titik ini, itu bukan semata karena usaha sendiri, melainkan karena cinta dan doa kalian yang diam-diam menguatkan setiap harinya.

6. Rekan seperjuangan yang telah memberikan inspirasi dan kegembiraan selama penulis kuliah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dirgahayu Samarinda.
7. Terima kasih kepada diri sendiri yang telah berjuang dan berusaha untuk melewati setiap proses kuliah di Sekolah Ilmu Kesehatan Dirgahayu Samarinda dalam keadaan Baik, Tidak baik, keadaan susah, senang, sakit, sehat dilewati dengan pencapaian yaitu berupa gelar sarjana Farmasi. (Amsal 23:17-18) “Karena masa depan sungguh ada, dan harapanmu tidak akan hilang. Sebab Aku ini mengetahui rancangan-rancangan apa yang ada pada-Ku mengenai kamu, demikianlah firman Tuhan, yaitu rancangan damai sejahtera dan bukan rancangan kecelakaan, untuk memberikan kepadamu hari depan yang penuh harapan”. Play list song saat diri merasa sedih dan terkadang menjadi inspirasi dalam menulis skripsi ini yaitu never lost.

Dalam penyusunan proposal ini masih banyak kesalahan dan kekurangan karena pengetahuan yang masih sangat terbatas. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati diharapkan masukan berupa kritik dan saran yang bersifat membangun untuk perbaikan dimasa yang akan datang. Penulis berharap semoga proposal ini akan memberikan manfaat bagi penulis sendiri dan juga bagi pihak lain yang berkepentingan.

Samarinda, 1 Agustus 2025

Paranael

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>i</b>
<b>PEDOMAN PENGGNAAN DAN PERBANYAKAN SKRIPSI.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>KUTIPAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PERSEMBAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
1.5 Hipotesis.....	5
<b>BAB II TINJUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1 HIV .....	6
2.2 AIDS .....	6
2.2.1 Etiologi .....	7
2.2.2 Patofisiologi.....	8
2.2.3 Manifestasi klinis .....	9
2.3 Pemeriksaan <i>Viral Load</i> .....	10
2.4 Pelayanan Kefarmasian.....	11
2.4.1 Pelayanan Farmasi Klinis.....	11
2.5 Tugas Pelayanan Kefarmasian.....	13
2.6 Peran Apoteker Dalam Pelaksanaan Penanggulangan HIV/AIDS .....	14
2.7 Kepatuhan .....	14
2.8 <i>Probabilistic Medication Adherence Scale</i> (ProMAS).....	15
2.9 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat .....	15
2.10 Antiretrovirus.....	17
2.11 Puskesmas .....	18

2.12 Puskesmas Temindung.....	20
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>22</b>
3.1. Waktu Tempat Penelitian.....	22
3.2. Alat dan Bahan.....	22
3.2.1 Alat.....	22
3.2.1 Bahan.....	22
3.3 Metode Penelitian.....	22
3.3.1 Jenis Penelitian.....	22
3.3.2 Fokus Penelitian.....	23
3.4 Definisi Operasional.....	33
3.5 Populasi dan Sumber Data.....	35
3.5.1 Populasi.....	35
3.5.2 Sampel.....	36
3.6 Teknik Pengumpulan Data.....	37
3.7 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	38
3.7.1 Uji Validitas.....	38
3.7.2 Uji Reliabilitas.....	38
3.7.3 Teknik Analisis Data.....	39
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>40</b>
4.1 Hasil dan Pembahasan.....	41
4.2 Pengkategorian Tingkat Kepatuhan Dengan Kadar Viral Load.....	42
4.3 Hubungan Tingkat Kepatuhan Dengan Kadar Viral Load.....	45
4.4 Tingkat Kepatuhan Pasien Dalam Menjalani Terapi ARV.....	57
4.5 Hubungan Kepatuhan dengan Kadar Viral Load.....	59
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>62</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>63</b>

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>	<b>Halaman</b>
1. <i>Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor</i> (NRTI).....	17
2. <i>Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor</i> (NNRTI) .....	18
3. <i>Protease Inhibitor</i> (PI).....	18
4. <i>Integrase Inhibitor</i> (INSTI).....	18
5 Pilihan Paduan ARV.....	19
6 Fasilitas Pelayanan dan Ruang Puskesmas Temindung.....	21
7 Tabel Definisi Operasional.....	34
8 Data Karakteristik Pasien HIV/AIDS menurut jenis Kelamin....	40
9 Data karakteristik Pasien HIV/AIDS Berdasarkan Umur.....	41
10 Data karakteristik Pasien Berdasarkan Jenis Pekerjaan.....	42
11 Data Hasil Tingkat Kepatuhan Pasien dengan Kuesioner.....	43
12 Data Hasil Tingkat Kepatuhan dengan <i>Viral load</i> 6 bulan.....	46
13 Data Hasil Tingkat Kepatuhan dengan <i>Viral load</i> 12 bulan.....	48
14 Data Hasil Tingkat Kepatuhan dengan <i>Viral load</i> 6-12.....	49
15 Data Hasil Uji Chi-Square.....	53

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

*Human Immunodeficiency Virus (HIV)* dan *Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* merupakan dua masalah kesehatan global yang serius. HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, sementara AIDS adalah tahap lanjut dari infeksi HIV di mana sistem kekebalan tubuh menjadi sangat lemah sehingga rentan terhadap infeksi dan penyakit lainnya. Pada saat ini, sekitar 38 juta orang hidup dengan HIV/AIDS di seluruh dunia dengan sekitar 1,5 juta kasus baru dan 680.000 kematian setiap tahunnya (UNAIDS, 2020).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), hingga akhir tahun 2023, lebih dari 38 juta orang hidup dengan HIV, dan sekitar 690.000 orang meninggal karena AIDS pada tahun yang sama. Meskipun telah ada kemajuan signifikan dalam pencegahan, diagnosis, dan pengobatan HIV/AIDS, tantangan dalam mengendalikan penyebaran virus ini tetap signifikan. Faktor-faktor seperti akses terbatas terhadap layanan kesehatan, stigma, diskriminasi, dan ketidaksetaraan dalam akses terhadap obat-obatan terus menjadi hambatan utama dalam upaya mengatasi pandemi HIV/AIDS (WHO,2023).

Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Timur pada tahun 2023 didapatkan jumlah kasus yang terindikasi dengan HIV/AIDS sebanyak 337 orang, yang dimana kota yang terindikasi paling banyak adalah kota samarinda dengan kasus HIV/AIDS sebanyak 134 orang (Badan Pusat Statistik, 2023). Pelayanan kefarmasian di Puskesmas merupakan bagian integral dari sistem kesehatan masyarakat di Indonesia. Puskesmas, atau Pusat Kesehatan Masyarakat, merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menyediakan pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam konteks pelayanan kefarmasian, peran Puskesmas sangat penting karena merupakan tempat di mana masyarakat dapat mengakses obat- obatan esensial dan layanan farmasi lainnya dengan mudah, terjangkau, dan berkualitas. Puskesmas memiliki peran strategis dalam memastikan ketersediaan obat-obatan esensial, memastikan penggunaan obat yang rasional, serta memberikan edukasi kepada masyarakat tentang penggunaan obat yang tepat (Kemenkes RI, 2019).

Puskesmas memiliki peran krusial dalam memberikan pelayanan kesehatan primer kepada masyarakat, termasuk dalam penanganan HIV/AIDS. Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas menjadi landasan bagi penyelenggaraan pelayanan farmasi yang berkualitas dan berkelanjutan dalam konteks HIV/AIDS pelayanan kefarmasian di Puskesmas memiliki beberapa peran penting dalam pengelolaan obat antiretroviral (Kemenkes RI, 2020). Puskesmas bertanggung jawab dalam menyediakan, menyimpan, dan mendistribusikan obat-obatan antiretroviral (ARV) kepada pasien HIV/AIDS sesuai dengan standar prosedur operasional yang telah ditetapkan memberikan edukasi dan konseling. Farmasi di Puskesmas memiliki peran penting dalam memberikan edukasi dan konseling kepada pasien HIV/AIDS tentang penggunaan obat secara benar, pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan, dan pencegahan penularan virus kepada orang lain selain memberikan edukasi dan konseling farmasis juga melakukan pemantauan efek samping obat dan interaksi obat farmasis bertugas memantau efek samping obat yang mungkin dialami oleh pasien HIV/AIDS.

Serta mengidentifikasi dan mengelola interaksi obat yang terjadi dengan obat-obatan lain yang mungkin dikonsumsi oleh pasien dan farmasis bertugas memberikan dukungan psikososial selain aspek farmakoterapi, farmasis juga memberikan dukungan psikososial kepada pasien HIV/AIDS dan keluarganya, membantu mereka dalam mengatasi stigmatisasi, kecemasan, dan masalah lain yang terkait dengan kondisi mereka (Kemenkes RI, 2022). Pengobatan HIV/AIDS yang efektif adalah kunci dalam memperlambat progresi penyakit, meningkatkan kualitas hidup pasien, dan mengurangi risiko penularan virus kepada orang lain. Terapi antiretroviral (ARV) telah menjadi standar perawatan untuk pasien HIV/AIDS. Regimen ARV yang tepat dapat mengurangi jumlah virus dalam tubuh (*viral load*), meningkatkan jumlah sel CD4 (sel kekebalan tubuh), dan memperlambat progresi penyakit (WHO, 2022). Pemberian ARV pada pasien bertujuan agar CD4 atau cluster defisiensi 4 pada pasien HIV dapat ditingkatkan agar replikasi virus bisa ditekan sehingga bisa meningkatkan kualitas hidup serta ARV diharapkan dapat membuat muatan virus pada plasma menjadi lebih rendah dari batas kuantifikasi / tidak terdeteksi, sehingga bisa mencegah terjadinya infeksi opportunistic (Ramadhan, 2016).

Keberhasilan pengobatan ARV dapat diketahui dengan dilakukan pemantauan terapi yaitu dengan tes *Viral Load* adalah jumlah virus dalam darah pada penderita HIV, semakin tinggi *viral load*, semakin cepat penyakit HIV berkembang, studi mendapatkan sebanyak 70% pasien yang mendapatkan ARV lini pertama dengan *viral load* yang tinggi akan mengalami penurunan *viral load* (Kemenkes RI, 2019). ProMAS dirancang untuk mengukur kepatuhan pasien secara lebih akurat dengan pendekatan probabilistik, berbeda dengan skala kepatuhan tradisional yang sering kali menghasilkan data kepatuhan yang cenderung bias atau berlebihan. ProMAS menggunakan model Rasch untuk menangkap perilaku kepatuhan yang lebih beragam sehingga lebih baik dalam mendiskriminasi tingkat kepatuhan pasien, terutama untuk kondisi kronis seperti HIV/AIDS, di mana kepatuhan tinggi sangat penting untuk keberhasilan terapi antiretroviral (Kleppe et al., 2015).

Menurut data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023), Indonesia menghadapi tantangan besar dalam pengendalian HIV, dengan prevalensi yang terus meningkat. Upaya untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat terkait HIV/AIDS menjadi sangat penting, khususnya di puskesmas yang langsung berinteraksi dengan pasien HIV. Oleh karena itu, pemanfaatan kuesioner Promas untuk memahami faktor-faktor yang memengaruhi penanganan pasien HIV di puskesmas perlu dilakukan untuk mengetahui sejauh mana instrumen ini dapat membantu dalam memberikan pelayanan yang lebih efektif dan berbasis kebutuhan pasien. Beberapa penelitian sebelumnya, seperti yang dilakukan oleh Utami (2021), menunjukkan bahwa penggunaan instrumen seperti kuesioner Promas dapat membantu meningkatkan pemahaman masyarakat tentang HIV/AIDS dan mendukung upaya penanggulangan penyakit ini. Namun, penelitian yang lebih spesifik mengenai implementasi kuesioner ini pada pasien HIV di puskesmas masih terbatas. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi penerapan kuesioner Promas dalam pengelolaan pasien HIV di puskesmas, serta untuk menilai bagaimana kuesioner tersebut dapat meningkatkan pelayanan kesehatan kepada pasien HIV. (Utami 2021).

Puskesmas Temindung yang berada di Kota Samarinda merupakan salah satu pusat pelayanan kesehatan primer yang menyediakan pelayanan perawatan pasien HIV/AIDS, pada saat melakukan studi pendahuluan di instalasi farmasi Puskesmas Temindung 2024 didapatkan jumlah data kunjungan pasien pada aplikasi SIHA (Sistem Informasi HIV/AIDS) sebanyak 343 orang, jumlah orang yang dites HIV pada bulan Mei 2024 sebanyak 73 orang, dan jumlah orang dalam HIV/AIDS (ODHIV) ditemukan sebanyak 4 orang yang melakukan pengobatan ARV, ada ditemukan permasalahan banyak pasien yang tidak patuh dalam terapi obat ARV Berdasarkan uraian diatas, peneliti melakukan analisis kepatuhan terapi obat antiretroviral di Puskesmas Temindung Samarinda di instalasi Farmasi dan pasien HIV / AIDS dengan *Probabilistic Medication Adherence Scale* (ProMAS) sebagai indikator penilai kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat Hasil penelitian ini diharapkan menjadi dasar evaluasi bagaimanapun kepatuhan pengobatan pasien HIV/AIDS terhadap pelayanan di Instalasi Farmasi Puskesmas Temindung Samarinda untuk meningkatkan kualitas pelayanan kefarmasian dalam mendukung kepatuhan penggunaan obat Antiretroviral di Puskesmas Temindung.

## **1.2 Identifikasi Masalah**

- a. Apa saja karakteristik pasien yang berhubungan dengan viral load pada pengobatan HIV menggunakan HRV?
- b. Bagaimana tingkat kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi HRV mempengaruhi viral load?
- c. Apa hubungan antara viral load dan tingkat kepatuhan pasien dalam terapi HRV pada pengobatan HIV?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan Untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi viral load pada pasien HIV yang menjalani terapi antiretroviral ARV dan untuk memahami tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan dengan terapi ARV

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Peneliti**

- a. Pengembangan Ilmu Pengetahuan: Penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti tentang pelayanan kefarmasian, terutama dalam konteks pasien HIV/AIDS, serta praktik-praktik terbaik dalam pelayanan kesehatan.
- b. Pengalaman Praktis: Peneliti mendapatkan pengalaman langsung dalam melakukan penelitian lapangan, pengumpulan data, dan analisis yang dapat meningkatkan keterampilan riset

### **1.4.2 Bagi Puskesmas**

- a. Peningkatan Kualitas Pelayanan: Hasil penelitian dapat memberikan rekomendasi konkret untuk meningkatkan kualitas pelayanan kefarmasian bagi pasien HIV/AIDS, seperti pelatihan bagi apoteker dan perbaikan prosedur pelayanan.

### **1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan**

- a. Materi Pembelajaran: Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan ajar atau studi kasus dalam kurikulum pendidikan kesehatan, khususnya di bidang farmasi dan kesehatan masyarakat.
- b. Keterlibatan Mahasiswa: Penelitian ini dapat memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk terlibat dalam penelitian nyata, memperluas pengetahuan dan pengalaman mereka di lapangan.

## **1.5 Hipotesis**

H<sub>0</sub> :Tidak terdapat hubungan antara tingkat kepatuhan terapi antiretroviral dengan kadar *viral load* pada pasien HIV.

H<sub>1</sub> :Terdapat hubungan antara tingkat kepatuhan terapi antiretroviral dengan kadar *viral load* pada pasien HIV.

## **BAB II TINJUAN PUSTAKA**

### **2.1 HIV**

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) merupakan virus yang menyerang sistem imunitas. Infeksi virus ini mampu menurunkan kemampuan imunitas manusia dalam melawan benda-benda asing didalam tubuh yang pada tahap terminal infeksiya dapat menyebabkan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) (Novita dkk, 2022). *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah kumpulan gejala kerusakan sistem kekebalan tubuh bukan disebabkan oleh penyakit bawaan namun disebabkan oleh infeksi yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (Ovany *et al.*, 2020).

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah virus yang menyerang sel darah putih manusia, yang mengakibatkan penurunan sistem kekebalan tubuh. *Acquired immune deficiency syndrome* (AIDS) merupakan kumpulan gejala yang muncul sebagai akibat dari penurunan kekebalan tubuh yang disebabkan oleh infeksi HIV. *United Nation Joint Program For HIV/AIDS* (UNAIDS) tahun 2019 Afrika memiliki populasi terbesar yang terinfeksi HIV di dunia, mencapai 25,7 juta, diikuti oleh Asia Tenggara dengan 3,8 juta, dan Amerika dengan 3,5 juta laporan perkembangan HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual (PMS) Triwulan IV 2019 mencatat bahwa jumlah kasus HIV di Indonesia mencapai titik tertinggi pada tahun yang sama, yaitu 50.282 kasus. Meskipun data kasus HIV/AIDS di Indonesia cenderung fluktuatif, jumlahnya terus meningkat dari tahun ke tahun (Kemenkes RI, 2020).

### **2.2 AIDS**

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) adalah suatu kondisi medis yang diakibatkan oleh infeksi virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). HIV merusak sistem kekebalan tubuh dengan menyerang dan menghancurkan sel CD4, yang merupakan sejenis sel darah putih yang penting dalam melawan infeksi. Ketika jumlah sel CD4 turun ke tingkat yang sangat rendah, tubuh menjadi sangat rentan terhadap infeksi oportunistik dan jenis kanker tertentu yang jarang terjadi pada individu dengan sistem kekebalan tubuh yang sehat. Kondisi inilah yang dikenal sebagai AIDS (UNAIDS, 2023).

### **2.2.1 Etiologi**

Infeksi HIV AIDS merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh infeksi human immunodeficiency virus yang merupakan kelompok retrovirus (Anwar *et al.*, 2018). Retrovirus mengubah asam ribonukleat (RNA) menjadi asam deoksiribonukleat (DNA) setelah masuk ke dalam sel penjamu. Virus ini ditularkan melalui hubungan seksual yang tidak terlindungi, jarum suntik, tato, tindik yang tidak steril dan digunakan bergantian, tranfusi darah yang mengandung virus HIV, ibu penderita HIV kepada bayinya ketika dalam kandungan atau saat melahirkan (Nurarif, 2015).

### **2.2.2 Patofisiologi**

Virus masuk ke dalam tubuh manusia melalui perantara darah, semen, dan secret vagina. Target utama HIV adalah limfosit CD4 karena virus memiliki afinitas terhadap molekul permukaan CD 4. Virus ini akan mengubah informasi genetiknya ke dalam bentuk yang terintegrasi di dalam informasi genetic dari sel yang diserangnya yaitu merubah bentuk RNA (*ribonecleic acid*) menjadi DNA (*deoxyribonucleic acid*) menggunakan enzim reverse transcriptase (Widyaningsih, 2019). Virus HIV masuk ke tubuh manusia diperantarai benda tajam yang mampu menembus dinding pembuluh darah atau secara tidak langsung melalui kulit atau mukosa yang tidak intak mencapai ke sirkulasi sistemik (Hidayati, 2020). Selama dalam sirkulasi sistemik terjadi viremia dengan disertai gejala dan tanda infeksi virus akut seperti panas tinggi mendadak, nyeri kepala, nyeri sendi, nyeri otot, mual, muntah, sulit tidur, batuk pilek dan lain lain. Keadaan ini disebut sindrom retroviral akut (Nasrunodin, 2020). Pada fase ini mulai terjadi penurunan CD4 dan peningkatan HIV-RNA viral load. Viral load akan meningkat dengan cepat pada awal infeksi dan menurun sampai pada waktu tertentu. Saat viral load meningkat akan diikuti penurunan hitung CD 4 secara perlahan dalam waktu beberapa tahun sebelum akhirnya jatuh pada stadium AIDS (Nasronudin, 2020). Infeksi akut awal ditandai oleh infeksi sel T CD4+ memori, reseptor 5 (CCR5) dalam jaringan limfoid mukosa dan kematian banyak sel terinfeksi (Fajar dan Sofro, 2013)

Setelah infeksi akut berlangsunglah fase kedua dimana kelenjar getah bening dan limfa merupakan tempat replikasi virus dan destruksi jaringan secara terus menerus sehingga jumlah virus menjadi sangat banyak dan jumlah sel T CD4 menurun, fase ini disebut fase laten (Fajar dan Sofro, 2013). Sel yang menjadi target HIV adalah sel yang mampu mengekspresikan reseptor CD4. Mekanisme masuknya virus HIV ke sel target menyebabkan penurunan imun sehingga pertahanan individu terhadap mikroorganisme patogen jadi lemah dan meningkatkan resiko terjadinya infeksi sekunder sehingga masuk ke stadium AIDS (Nasrunodin,2020).

Setelah HIV menginfeksi sel target terjadi proses replikasi yang menghasilkan virus virus baru (virion) yang jumlahnya berjuta juta (Soegijanto, 2016). Viremia dari banyaknya virion memicu munculnya sindrom infeksi akut dengan gejala mirip flu yang juga mirip infeksi mononukleosa (Nasrunodin, 2020). Infeksi akut terjadi 3 sampai 6 minggu dengan gejala umum yaitu demam, faringitis, limfadenopati, artralgia, myalgia, letargi, malaise, nyeri kepala, mual muntah, diare, penurunan berat badan. HIV juga sering menimbulkan kelainan pada system saraf meskipun paparan HIV terjadi pada infeksi awal yaitu terjadinya meningitis, ensephalitis, neuropati perifer, dan mielopati (Hartawan, 2011).

Gejala dermatologi yaitu ruam makropapuler eritematosa dan ulkus mukokutan. Pada fase akut terjadi penurunan limfosit T yang dramatis dan kemudian terjadi kenaikan dikarenakan mulai terjadi respon imun (Nasronudin, 2020). Pada tahun ke 8 setelah terinfeksi gejala HIV akan muncul gejala klinis yaitu demam, banyak keringat di malam hari, kehilangan berat badan kurang dari 10%, diare, lesi pada mukosa kulit dan infeksi kulit berulang, gejala ini merupakan tanda awal munculnya infeksi oportunistik yang menandakan bahwa pasien memasuki fase kronis (Nasrrunoddin, 2020).

Selama berlangsungnya fase ini, di dalam kelenjar limfe terus terjadi replikasi virus yang diikuti kerusakan dan kematian SDF karena banyaknya virus. Fungsi kelenjar limfe menurun atau bahkan hilang dan virus dicurahkan ke dalam darah (Paranta, 2018). Pada fase ini terjadi peningkatan jumlah virion secara berlebihan dalam sirkulasi sistemik (Nasrunodin, 2020). Respon imun tidak mampu meredam jumlah virion yang berlebihan sehingga system imun semakin menurun dan pasien semakin rentan terhadap infeksi sekunder dan secara progresif mendorong ke arah AIDS. Infeksi sekunder yang sering menyertai yaitu pneumonia, TBC, sepsis, toksoplasmosis ensefalitis, diare, infeksi virus cytomegalo, virus herpes, kandidiasis, kadang kadang ditemukan beberapa jenis kanker yaitu kanker kelenjar getah bening, dan kanker sarcoma Kaposi (Nasrunodin, 2020).

### **2.2.3 Manifestasi klinis**

WHO (*World Health Organization*) dalam Nurarif & Kesuma 2005, membagi manifestasi klinis dari HIV AIDS menjadi 4 fase klinis: 1) Fase klinik 1 Tanpa gejala, limfadenopati (gangguan kelenjar / pembuluh limfe) menetap dan menyeluruh. Fase klinik 2 Penurunan BB kurang dari 10 % tanpa sebab, infeksi saluran pernafasan atas (sinusitis, otitis media, pharyngitis) berulang. Herpes zoster, infeksi sudut bibir, ulkus mulut berulang, popular pruritic eruptions, dermatitis seboroik, infeksi jamur pada kuku. Fase klinik 3 Penurunan BB lebih dari 10% tanpa sebab, diare kronik sampai lebih dari 1 bulan, demam menetap (intermiten atau menetap) TB pulmonal, plak putih pada mulut, infeksi bakteri berat seperti pneumonia, empyema, meningitis, bakteremia, gangguan inflamasi berat pada daerah pelvis, stomatitis, gingivitis atau periodontitis, anemia yang tidak diketahui suatu penyebabnya, neutropenia, dan trombositopenia kronik. Fase klinik 4 Gejala menjadi kurus (*wasting syndrome*), *pneumocystis pneumonia*, *pneumonia* bakteri berulang, infeksi herpes simpleks kronik, *oesophageal candidiasis*, TBC ekstrapulmonar, *cytomegalo virus*, toksoplasma di SSP, *HIV encephalopathy*, meningitis, *infection progresiv multivocal*, *lymphoma*, *Invasive cervical carcinoma*, *leukoencephalopathy*

### **2.3 Pemeriksaan Viral Load**

*Viral load* adalah jumlah virus dalam darah pada pasien HIV, semakin cepat penyakit HIV berkembang, pemeriksaan *viral load* dapat digunakan untuk mendeteksi lebih dini dan akurat kegagalan pengobatan dibandingkan dengan pemantauan menggunakan kriteria imunologis dan klinis. Selain itu pemeriksaan *viral load* juga dapat digunakan sebagai informasi dalam memutuskan penggantian paduan dari lini pertama menjadi lini kedua dan seterusnya sehingga keluaran klinis dapat lebih baik.

Pemeriksaan *viral load* dilakukan dengan 2 strategi yaitu, pemeriksaan rutin dan pemeriksaan terbatas, pada strategi pemeriksaan *viral load* rutin pemeriksaan dilakukan pada 6 bulan setelah memulai pengobatan, kemudian 12 bulan setelah pengobatan dan selanjutnya setiap 12 bulan pada kondisi pemeriksaan *viral load* terbatas atau *target viral load* maka strategi yang digunakan adalah pemeriksaan *viral load* jika terdapat kecurigaan kegagalan secara klinis dan imunologis lebih murah dibandingkan dengan pemeriksaan *viral load* rutin, namun berpotensi terjadi keterlambatan perubahan lini yang ada akhirnya dapat menyebabkan meningkatkan progresivitas penyakit, transmisi HIV.

### **2.4 Pelayanan Kefarmasian**

Menurut peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 74 Tahun 2016 mengenai Standar Pelayanan Kefarmasian di fasilitas pelayanan kesehatan primer termasuk Puskesmas berperan sebagai panduan bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian. Pelayanan kefarmasian di puskesmas meliputi pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai, pelayanan resep, pelayanan informasi obat, pelayanan farmasi klinik, dan pemantauan serta evaluasi penggunaan obat (Kemenkes RI, 2016) Tuntutan meningkatnya mutu pelayanan kefarmasian dari pasien dan masyarakat mengharuskan adopsi paradigma baru yang tidak hanya berfokus pada produk (*drug oriented*), tetapi juga memperhatikan kebutuhan pasien (*patient oriented*) melalui filosofi pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*). Pelayanan kefarmasian di Puskesmas perlu mendukung tiga fungsi utama Puskesmas: sebagai pusat penggerak pembangunan berbasis kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang mencakup pelayanan kesehatan perorangan serta pelayanan kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2016).

### 2.3.1 Pelayanan Farmasi Klinis

Pelayanan farmasi klinik merupakan segmen dari pelayanan kefarmasian yang secara langsung memberikan tanggung jawab kepada pasien terkait dengan obat dan Bahan Medis Habis Pakai, dengan tujuan mencapai hasil yang jelas guna meningkatkan kualitas hidup pasien. Pelayanan farmasi klinik bertujuan untuk (Erlianti, 2021). Berikut beberapa layanan farmasi klinik yang termasuk dalam cakupan pelayanan kefarmasian (Handayany 2020):

- a. Pengkajian dan pelayanan Resep Proses pengkajian resep dimulai dengan memeriksa persyaratan administratif, farmasetik, dan klinis yang diperlukan, baik untuk pasien yang di rawat jalan maupun pasien yang di rawat inap. Sebaliknya, kegiatan penyerahan (*dispensing*) dan pemberian informasi obat merupakan bagian dari pelayanan yang dimulai dengan langkah-langkah seperti menyiapkan atau meracik obat, memberikan label atau etiket, menyampaikan sediaan farmasi dengan informasi yang memadai, dan mencatat dokumentasi yang relevan. Tujuannya adalah agar pasien mendapatkan obat sesuai dengan kebutuhan klinisnya sementara pasien juga memahami maksud pengobatan dan mematuhi petunjuk pengobatan.
- b. Pelayanan Informasi Obat (PIO) adalah kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh Apoteker dengan tujuan memberikan informasi yang akurat, jelas, dan terkini kepada dokter, apoteker, perawat, serta profesi kesehatan lainnya termasuk pasien.
- c. Konseling adalah suatu proses untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah yang terkait dengan penggunaan obat oleh pasien rawat jalan dan rawat inap, serta anggota keluarga pasien. Tujuan dari konseling ini adalah memberikan pemahaman yang tepat kepada pasien atau keluarga pasien mengenai obat, mencakup tujuan pengobatan, jadwal pengobatan, cara dan durasi penggunaan obat, efek samping, tanda-tanda toksisitas, serta penyimpanan dan penggunaan obat.

- d. Monitoring Efek Samping Obat (MESO) merupakan kegiatan pemantauan terhadap setiap respons yang merugikan atau tidak diinginkan terhadap obat yang digunakan dalam dosis normal pada manusia untuk profilaksis, diagnosis, terapi, atau modifikasi fungsi fisiologis. Tujuannya adalah untuk mendeteksi efek samping obat sesegera mungkin, khususnya yang bersifat serius, belum teridentifikasi, dan memiliki frekuensi yang rendah.
- e. Pemantauan terapi obat (PTO) merupakan suatu proses yang menjamin bahwa seorang pasien menerima terapi obat yang efektif, terjangkau, dengan memaksimalkan efikasi dan meminimalkan efek samping. Proses ini bertujuan untuk mengidentifikasi masalah yang berkaitan dengan obat dan memberikan rekomendasi solusi terkait dengan penggunaan obat.
- f. Evaluasi Penggunaan Obat merupakan aktivitas yang melakukan evaluasi secara terstruktur dan berkelanjutan terhadap penggunaan obat dengan tujuan memastikan bahwa obat yang digunakan sesuai dengan indikasi, efektif, aman, dan terjangkau

## **2.5 Tugas Pelayanan Kefarmasian**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas, adapun tugas pelayanan kefarmasian yaitu (Kemkes, 2016):

- a. Menyelenggarakan, mengkoordinasikan, mengatur dan mengawasi seluruh kegiatan pelayanan farmasi klinis yang optimal dan profesional serta sesuai prosedur dan etik profesi.
- b. Melaksanakan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang efektif, aman, bermutu, dan efisien.
- c. Melaksanakan pengkajian dan pemantauan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan habis pakai guna memaksimalkan efek terapi dan keamanan serta meminimalkan resiko.

- d. Melaksanakan komunikasi, edukasi dan informasi (KIE) serta memberikan rekom
- e. endasi kepada dokter, perawat, dan pasien.
- f. Berperan aktif dalam tim farmasi dan terapi.
- g. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan serta pengembangan pelayanan farmasi klinik.
- h. Memfasilitasi dan mendorong tersusunnya standar pengobatan dan formularium.

## **2.6 Peran Apoteker Dalam Pelaksanaan Penanggulangan HIV/AIDS**

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan HIV, AIDS, dan Infeksi Menular Seksual mengatur berbagai upaya dalam menanggulangi penyakit-penyakit termasuk peran apoteker dalam pelaksanaannya. Apoteker bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan farmasi klinis kepada pasien dengan HIV/AIDS termasuk memastikan kepatuhan pasien terhadap pengobatan antiretroviral (ARV), memberikan informasi tentang efek samping obat, dan berkontribusi dalam manajemen terapi obat untuk memaksimalkan efektivitas pengobatan dan mengurangi risiko resistensi obat. Apoteker juga memiliki peran dalam memberikan edukasi dan konseling kepada pasien dan komunitas mengenai HIV/AIDS, memberikan informasi tentang pencegahan penularan, pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan, dan cara mengelola efek samping dari terapi ARV (Kemenkes RI, 2022).

Apoteker bertanggung jawab dalam pengelolaan distribusi obat ARV, termasuk penyimpanan yang sesuai dan distribusi yang tepat waktu kepada pasien penting untuk memastikan ketersediaan obat secara berkelanjutan dan mengurangi risiko terputusnya terapi yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien, apoteker berkontribusi signifikan dalam program penanggulangan HIV/AIDS membantu memastikan pengelolaan penyakit yang lebih baik dan meningkatkan kualitas hidup pasien yang terinfeksi (Kemenkes RI, 2022).

## **2.7 Kepatuhan**

Kepatuhan berasal dari kata patuh, menurut kamus besar Bahasa Indonesia (KBBI) patuh berarti suka menuruti perintah, taat kepada perintah atau aturan dan berdisiplin (Sasongko, 2019). Kepatuhan berarti sifat patuh, ketaatan tunduk pada ajaran dan aturan (Rosa, 2018). Menurut Fauzi & Nishaa (2018) kepatuhan pasien adalah pemenuhan (*compliance*) dan ketaatan (*adherence*). *Medication adherence* adalah sebuah aksi yang dilakukan oleh pasien untuk mengambil obat ataupun pengulangan resep obat tepat waktu, sedangkan *Medication compliance* adalah aksi yang dilakukan oleh pasien untuk mengonsumsi obat sesuai jadwal minumnya ataupun sesuai yang dirsepkan dokter (Fauzi,2018).

## **2.8 Probabilistic Medication Adherence Scale (ProMAS)**

Sekor kepatuhan minum obat dapat dinilai menggunakan metode skala *Probabilistic Medication Adherence Scale* (ProMAS) merupakan kuesioner yang dikembangkan dari kuesioner sebelumnya yaitu *Medication Adherence Rating Scale* (MARS). ProMAS yaitu alat ukur yang dikembangkan untuk menilai kepatuhan dalam penggunaan obat. ProMAS terdiri dari pernyataan yang dapat digunakan untuk menilai bagaimana cara penggunaan obat, jadwal minum obat, waktu kontrol, kepatuhan dalam resep obat yang diberikan, serta perilaku yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat yang semuanya termuat dalam 18 item pernyataan. Nilai dari kuesioner ini adalah berkisar dari 0 sampai dengan 18. Tiap pertanyaan jika jawaban benar bernilai 1 dan jika jawaban salah bernilai 0. Terdapat 4 kategori dalam penilaian kuesioner ProMAS yaitu *Low* (0-4) yang berarti tidak patuh, *Medium-low* (5-9) yang berarti kurang patuh, *Medium-high* (10-14) yang berarti patuh, dan *High* (15-18) yang berarti sangat patuh (Kleppe *et.al.* 2015).

## **2.9 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat**

Faktor pelayanan kesehatan adalah penilaian penderita terhadap upaya yang diselenggarakan oleh unit pelayanan kesehatan untuk melayani penderita meliputi ketersediaan obat, sikap petugas kesehatan, penyuluhan, lokasi serta kunjungan rumah (Sholikhah, 2012). Penyuluhan kesehatan adalah sesuatu hal untuk memberikan informasi tentang kesehatan agar masyarakat baik yang sakit maupun yang tidak dapat mengerti bagaimana hidup sehat serta gejala penyakit.

Lokasi sebagian besar masyarakat Indonesia mencari pelayanan yang mudah dan terjangkau dari wilayah sekitarnya, adanya akses kendaraan yang mudah dan dengan tarif yang mahal membuat pilihan tersendiri untuk pelayanan kesehatan. Penderita yang memerlukan waktu kunjungan yang banyak harus bolak balik ke rumah sakit, akan mempengaruhi kondisi keuangan dan akan mempengaruhi kepatuhan pasien dalam berobat (Wulandari,2015).Sebagian besar pasien memulai terapi pada stadium klinis lanjut yaitu pada kondisi klinis 3 dan 4, karena pada stadium awal infeksi HIV, seseorang akan mengalami infeksi akut seperti flu biasa. Gejala awal tidak khas yang menyebabkan pasien tidak datang berobat dan ketika sudah dalam keadaan resiko tinggi terkena infeksi baru meminta pengobatan (Syarifah, 2020)

Faktor dari diri pasien atau faktor internal yang mempengaruhi kepatuhan terapi adalah karakteristik diri dan persepsi diri pasien. Apabila keinginan pasien untuk sembuh berkurang maka persepsi pasien tentang pengobatan akan berespon negatif sehingga kepatuhan pengobatan menjadi tidak teratur (Gunawan, 2017). Motivasi atau keinginan yang kuat dari dalam diri sendiri menjadi faktor utama pada tingginya tingkat kepatuhan pasien dalam menjalankan terapi. Motivasi seseorang untuk tetap mempertahankan kesehatannya, sangat mempengaruhi terhadap faktor yang berhubungan dengan perilaku pasien dalam mengontrol penyakitnya. Serta keyakinan dalam diri sendiri merupakan dimensi spiritual yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien (Pameswari, 2016).

## **2.10 Antiretrovirus (ARV)**

Terapi ARV merupakan terapi yang digunakan dalam dunia medis untuk mengobati para penderita HIV atau yang bisa dikenal dengan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Terapi ARV adalah terapi yang sangat diperlukan untuk membantu memulihkan imunitas sehingga dapat mengurangi kemungkinan infeksi opportunistic, meningkatkan kualitas hidup serta mengurangi kesakitan dan kematian menurut data (Kemenkes,2022) Indonesia obat antiretroviral (ARV) dibagi 3 golongan yaitu :

1. Golongan *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI). Obat NRTI sebagai analog nukleosida dapat menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA (proses dilakukan oleh virus HIV bereplikasi)

**Tabel 1 . Golongan *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI)**

Nama Obat	Jenis Sediaan	Dosis
Zidovudin	Tablet	300 mg
Lamivudin	Tablet	150 mg
Abacavir	Tablet	300 mg
Tenofovir	Tablet	300 mg

2. Golongan *Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI).  
Bekerja menghambat proses perubahan RNA menjadi DNA dengan cara mengikat *reverse transcriptase* untuk tidak berfungsi

**Tabel 2. *Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI)**

Nama Obat	Jenis Sediaan	Dosis
Evafirenz	Tablet	600 mg
Nevirapin	Pil	200 mg
Rilpivirin	Tablet	25 mg

3. *Protease Inhibitor* (PI) Menghalangi kerja *enzim protease* berfungsi memotong DNA yang dibentuk oleh virus

**Tabel 3. *Protease Inhibitor* (PI)**

Nama Obat	Jenis Sediaan	Dosis
Lopinavir/ Ritonavir	Tablet	200 mg / 50 mg

4. *Integrase Inhibitor* (INSTI) Obat yang menghentikan aksi integrase. Integrase adalah enzim virus HIV yang digunakan untuk menginfeksi sel T dengan memasukkan DNA HIV ke dalam DNA manusia.

**Tabel 4. *Integrase Inhibitor* (INSTI)**

Nama Obat	Jenis Sediaan	Dosis
Dolutegravir	Tablet	20 mg / 50 mg

5. Pemilihan Paduan ARV lini pertama berlaku untuk pasien HIV yang belum pernah mendapatkan terapi ARV sebelumnya (Kemenkes RI, 2019).

**Tabel. 5 Pilihan Paduan ARV**

	ARV lini pertama untuk dewasa
Panduan Pilihan	TDF (Ternovofir) + 3TC (Lamivudine) atau FTC (Emtricitabine) + EFV (Evavirenz) dalam bentuk KDT (Kombinasi Dosis Tetap)
Panduan Alternatif	AZT (zidovudine)+ 3 TC (Lamivudine) + NVP (Nevirapine) AZT (zidovudine)+ 3 TC (Lamivudine) + EFV (Evavirenz) TDF (Ternovofir) + 3TC (Lamivudine) atau FTC (Emtricitabine) + NVP (Nevirapine) TDF (Ternovofir) + 3TC (Lamivudine) ) atau FTC (Emtricitabine) + EFV (Evavirenz)

### 2.11 Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Puskesmas diatur kembali dengan Peraturan Menteri Kesehatan yang baru yaitu Permenkes 43 tahun 2019 tentang Puskesmas. Puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Faskes). Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2019). Puskesmas diidentifikasi sebagai Unit Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama. Definisi UKM dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas adalah segala upaya yang dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah serta mengatasi masalah kesehatan, yang ditargetkan pada tingkat keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Sementara itu, upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) merujuk pada rangkaian layanan kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan, mencegah, menyembuhkan penyakit, mengurangi penderitaan akibat penyakit, dan mengembalikan kesehatan individu secara spesifik (Permenkes RI, 2019). Dalam menjalankan tanggung jawab Puskesmas memiliki peran sebagai menyelenggarakan Unit Kesehatan Masyarakat UKM tingkat pertama di daerah kerjanya, Menyelenggarakan Unit kesehatan Pertama UKP tingkat pertama di daerah kerjanya. Dalam menjalankan fungsi penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Merancang rencana kegiatan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan layanan yang dibutuhkan, mengadakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan, melakukan komunikasi, penyampaian informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, mendorong partisipasi masyarakat (Kemenkes RI, 2019). Puskesmas memantau perkembangan pembangunan dengan memperhatikan aspek kesehatan memberikan pelayanan kesehatan yang terfokus pada keluarga, kelompok, dan masyarakat, dengan mempertimbangkan dimensi biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual, melakukan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan, memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat kepada instansi kesehatan daerah kabupaten/kota, mengoperasikan sistem kewaspadaan dini, dan menanggapi penanggulangan penyakit. (Kemenkes RI, 2019).

## **2.12 Puskesmas Temindung**

Berdiri tahun 1972 dengan nama Puskesmas Inpres Temindung, alamat Jl.Pelita. Akses menuju Puskesmas masih susah, wilayah kerja yang sangat luas. Tahun 1998 Gedung Puskesmas di rehab total dan untuk sementara kegiatan operasional pindah di Gedung milik yayasan Untung Tuah, yang lokasinya tidak jauh dari Puskesmas. Bulan Agustus 2005 Puskesmas Inpres berganti nama menjadi Puskesmas Temindung. Tahun 2011 berganti nama menjadi UPT Puskesmas Temindung, sampai tahun 2012. Selanjutnya menjadi UPTD.

Pada bulan Mei 2017 berubah menjadi UPT. Puskesmas Temindung 2019-2020 menjadi UPT BLUD Puskesmas Temindung sekarang berganti kembali menjadi UPTD Puskesmas Temindung pada Tahun 2021 hingga 2022 (Puskesmas Temindung, 2023). Puskesmas Temindung terletak di Jalan Pelita RT. 09 Kelurahan Sungai Pinang Dalam Kecamatan Sungai Pinang Kota Samarinda. Puskesmas Temindung memiliki 2 (dua) wilayah kerja, yaitu Kelurahan Sungai Pinang Dalam dan Kelurahan Mugirejo dengan luas wilayah  $\pm 5.40 \text{ km}^2$ , terdiri dari 157 RT. Wilayah kerja Puskesmas Temindung dibatasi oleh: Sebelah Utara: Kelurahan Temindung Permai Sebelah Timur: Kelurahan Sidomulyo, Sebelah Selatan: Kelurahan Pelita, Sebelah Barat: Kelurahan Bandara. Sarana pelayanan kesehatan yang ada di wilayah kerja Puskesmas Temindung sampai dengan tahun 2022 yang tercatat di UPTD Puskesmas Temindung. Untuk melaksanakan kegiatan operasional pelayanan kesehatan Puskesmas Temindung telah dilengkapi dengan fasilitas pelayanan dalam gedung seperti pada tabel 1 (Puskesmas Temindung, 2023).

**Tabel 6 Fasilitas Pelayanan dan Ruang Puskesmas Temindung.**

No.	Ruangan	Jumlah
1.	Ruang Pendaftaran dan Informasi	1
2.	Ruang Rekam Medik	1
3.	Ruang Pelayanan Pemeriksaan Umum	1
4.	Ruang Pelayanan Pemeriksaan Lanjut Usia (Lansia)	1
5.	Ruang Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut	1
6.	Ruang Pelayanan Bayi dan Balita	1
7.	Ruang Pelayanan Imunisasi	1
8.	Ruang Pelayanan HIV/IMS	1
9.	Ruang Pelayanan Kandungan & Keluarga Berencana (KB)	1
10.	Ruang Menyusui (Pojoek Asi)	1
11.	Ruang Sterilisasi	1
12.	Ruang Pelayanan TB Paru	1
13.	Ruang Farmasi	1
14.	Ruang Kepala Puskesmas	1
15.	Ruang Laboratorium	1

---

16. Ruang Tata Usaha	1
17. Gudang Obat	1
18. Ruang Konseling & Gizi	1
19. Ruang Tindakan	1
20. Mushola	1
21. Dapur	1
22. Gudang Umum & ATK	2

---

Sumber : Data Sub Bagian Usaha Puskesmas Temindung, 2023

Puskesmas Temindung dalam memenuhi peran sebagai penyedia layanan kesehatan tingkat pertama dilengkapi dengan fasilitas yang memadai serta personel yang terdiri dari dokter umum, dokter gigi, ahli kesehatan masyarakat, bidan, perawat, terapis gigi dan mulut, ahli gizi, dan apoteker. Sumber Daya Manusia (SDM) adalah elemen kunci dalam keberlangsungan suatu organisasi. Kinerja organisasi akan optimal ketika SDM-nya memiliki kompetensi yang baik. Keberhasilan pelaksanaan kegiatan, program, dan pelayanan kesehatan sangat bergantung pada kemampuan SDM Kesehatan yang ada. Berdasarkan hasil observasi peneliti didapati bahwa pada tahun 2022, jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Temindung sebanyak 45 orang (Puskesmas Temindung, 2023).

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1. Waktu Tempat Penelitian**

Waktu pelaksanaan dilakukan pada bulan Maret-April 2025. Penelitian dilaksanakan di Poli Klinik VCT (*Voluntary Counseling and Test*) dan Rekam Medik Puskesmas Temindung Kota Samarinda.

#### **3.2. Alat dan Bahan**

##### **3.2.1 Alat**

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar pengumpulan data, kamera untuk dokumentasi, Microsoft Word untuk mengolah data skripsi. Microsoft Excel, Laptop, Hp, Alat Tulis dan data lembaran kuesioner ProMAS.

##### **3.2.1 Bahan**

Bahan yang digunakan pada Penelitian yang digunakan adalah hasil kuesioner dan catatan rekam medik pasien yang memuat terapi ARV pasien dan hasil laboratorium viral load pada bulan Januari- Februari 2024.

#### **3.3 Metode Penelitian**

##### **3.3.1 Jenis Penelitian**

Penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian observasional analitik dengan rancangan penelitian *cross-sectional*. Pengambilan data diambil dengan melakukan observasi lapangan untuk memperoleh data Tingkat kepatuhan populasi pasien HIV yang mendapatkan terapi ARV di Poli VCT Puskesmas Temindung Kota Samarinda. Penelitian ini juga menggunakan analisis bivariat Dimana tujuannya untuk mencar hubungan antara Tingkat kepatuhan pasien HIV dalam menjalani terapi ARV dengan kadar *viral load* pada pasien HIV.

### 3.3.2 Fokus Penelitian

Penelitian ini di fokuskan pada pasien HIV/AIDS yang menjalani terapi ARV lini pertama, telah memiliki data rekam medik hasil Laboratorium *viral load* pemeriksaan pada bulan ke 6 bulan ke 1 setelah mendapatkan terapi ARV. Pemeriksaan *viral load* rutin dilakukan pada bulan ke 6 dan 12 setelah memulai ARV dan berikutnya setiap 12 bulan (Kemenkes RI, 2019). Regimen terapi lini pertama yang digunakan : TDF (Tenofovir) + 3TC (Lamivudine) atau FTC (Emtricitabine) + EFV (Efavirenz) dalam bentuk KDT (Kombinasi dosis tetap) hubungan antara viral load dengan tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani terapi ARV lini pertama. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi apakah ada korelasi antara tingkat kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat ARV dengan perubahan viral load yang tercatat pada pemeriksaan bulan ke-6 dan bulan ke-12 setelah memulai terapi ARV. Dengan memahami hubungan ini, diharapkan dapat diberikan rekomendasi yang lebih efektif untuk meningkatkan kepatuhan pasien dan mengoptimalkan hasil terapi ARV, serta menurunkan viral load pasien HIV/AIDS secara signifikan.

### 3.4 Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah suatu penjelasan mengenai variabel yang digunakan berdasarkan karakteristik-karakteristik yang ada sebagai dasar memperoleh data.

**Table Definisi Operasional**

No Penelitian	Definisi	Alat Ukur	Skala Ukur	Jenis Data
1 ARV	Obat yang digunakan untuk menghambat replikasi virus HIV.	-	Kualitatif	Kualitatif
2 Terapi AR V Lini Pertama	Kombinasi obat ARV lini pertama: TDF (Tenofovir) + 3TC (Lamivudine) atau FTC (Emtricitabine) + EFV (Efavirenz).	-	Kualitatif	Kualitatif

3	Viral Load	Jumlah virus dalam darah yang digunakan untuk mengukur efektivitas terapi ARV berdasarkan hasil laboratorium.	Hasil Lab	Interval	Kuantitatif
4	Pasien HIV	Pasien yang telah didiagnosis menderita HIV dan menjalani terapi ARV lini pertama di Poli VCT Puskesmas Temindung.	-	Kualitatif	Kualitatif
5	Kepatuhan Terapi ARV	Tingkat kepatuhan pasien terhadap terapi ARV berdasarkan kesadaran diri untuk mengikuti pengobatan.	Kuesioner ProMAS	Ordinal	Kualitatif
6	Kuesioner ProMAS	Alat ukur yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien terhadap terapi ARV. Tingkat kepatuhan diukur berdasarkan skor dalam kuesioner.	Kuesioner ProMAS	Ordinal	Kuantitatif

- a. ARV adalah obat yang digunakan untuk menghambat replikasi dari virus HIV. Dalam penelitian ini ARV yang digunakan adalah lini pertama.
- b. Terapi ARV lini pertama ialah kombinasi : TDF (Tenofir) + 3TC (Lamvivudine) atau FTC (Emtricitabie) + EFV (Efavirenz) dalam bentuk KDT (Kombinasi dosis tetap).
- c. *Viral load* adalah jumlah parameter yang digunakan untuk mengukur efektivitas ARV yang digunakan, kadar *viral load* pasien dilihat dari hasil laboratorium pasien. Dalam penelitian ini *viral load* yang digunakan adalah pada 6-12 bulan setelah melalui terapi ARV.
- d. Pasien HIV dalam penelitian ini adalah pasien yang sudah didiagnosa menderita HIV dan mendapatkan /menjalankan terapi ARV lini pertama di Poli VCT Puskesmas Temindung.
- e. Kepatuhan atau *adherence* pada terapi adalah sesuatu keadaan dimana pasien mematuhi pengobatannya atas dasar kesadaran sedniri. Kepatuhan pasien diukur menggunakan kuesioner ProMAS. Tingkat kepatuhan dibagi menjadi 3 tingkat yaitu,kepatuhan tinggi, sedang dan rendah.
- f. Kuesioner ProMAS adalah kuesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien terapi ARV dimana tinggi (15-18), kepatuhan sedang (10-14), kepatuhan kurang patuh (5-9), tidak patuh (0-4)

### **3.5 Populasi dan Sumber Data**

Populasi adalah objek/subjek yang memiliki kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya oleh peneliti, sampel dapat dinyatakan sebagai sebagian dari populasi yang diambil dengan teknik atau metode tertentu untuk diteliti digeneralisasi terhadap populasi (Hendrayadi, 2019).

#### **3.5.1 Populasi**

Menurut Roflin *et al.* (2021), populasi adalah orang yang menjadi subjek dari penelitian atau orang yang karakteristiknya hendak diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien HIV yang menerima terapi ARV lini pertama secara terkontrol di poli klinik VCT Puskesmas Temindung Kota Samarinda. Selama periode waktu januari –Februari 2024 .

### 3.5.2 Sampel

Menurut Darwel *et al.* (2022), sampel merupakan sebagian anggota populasi yang akan diteliti, dapat juga dianggap sebagai perwakilan dari populasi dan hasilnya pun mewakili seluruh anggota populasi yang diteliti. Sampel Pasien penelitian ini dipilih menggunakan metode *Total sampling*. *Total sampling* adalah Teknik pengambilan sampel Dimana jumlah sampel sama dengan populasi. Alasan mengambil *total sampling* karna jumlah populasi yang kurang dari 100 seluruh populasi dijadikan sampel penelitian semuanya.

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan pada penelitian ini yaitu berupa purposive sampling, dengan memfokuskan penelitian pada sampel pasien HIV/AIDS di Puskesmas Temindung. Berdasarkan (Nisma Iriani *et al.*,2022) untuk meningkatkan validitas hasil penelitian, maka peneliti harus menentukan kriteria subjek yang diinginkan yang terbagi menjadi dua, yaitu:

Sampel yang digunakan harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan.

Kriteria Inklusi adalah sebagai berikut:

- a. Pasien bersedia menjadi responden dan dapat menjawab kuesioner secara baik dan tuntas.
- b. Pasien HIV yang menjalani terapi ARV (lini pertama) yaitu kombinasi : TDF (Tenofovir) + 3TC (Lamivudine) atau FTC (Emtricitabine) + EFV (Efavirenz) dalam bentuk KDT (Kombinasi dosis tetap).
- c. Pasien telah memiliki data rekam medik hasil pemeriksaan laboratorium kadar *viral load* pada bulan ke 6 dan bulan ke 12 setelah menjalani terapi ARV.
- d. Usia pasien > 19 tahun

Kriteria Eksklusi adalah sebagai berikut:

- a. Pasien HIV yang berhenti terapi ARV
- b. Pasien HIV yang menjalani terapi tapi sempat berhenti dan terapi ARV.

### 3.6 Teknik Pengumpulan Data

#### a. Pengurusan Izin Penelitian

Tahap Pengurusan Izin penelitian :

- 1) Tahap pertama dimulai dengan studi Pustaka yang dilanjutkan mengurus *ethical clearance* pada Komite Etik di Puskesmas Temindung Kota Samarinda dan pembuatan proposal penelitian
  - 2) Tahap kedua mengurus perizinan penelitian dari STIKES Dirgahayu yang ditujukan kepada Dinas Kesehatan Kota Samarinda selanjutnya di berikan kepada pihak Puskesmas Temindung Kota Samarinda.
  - 3) Tahap ketiga mengurus izin penelitian di Puskesmas Temindung Kota Samarinda
- b. Menurut (Nurjanah 2021), data primer adalah data yang diperoleh dari sumber pertama, baik secara langsung dari individu, hobservasi atau pengamatan langsung, serta hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh peneliti. Data primer diperoleh dengan Kuesioner, dengan menggunakan kuesioner ProMAS data yang didapatkan adalah untuk menilai tingkat kepatuhan pasien yang dibagikan pada pasien HIV yang sesuai dengan kriteria inklusi. Penyebaran kuesioner dilakukan pada saat pasien mengambil obat antiretroviral di poli Klinik VCT (*Voluntary Counseling and Test*) Puskesmas Temindung Kota Samarinda. Sebelum pasien mengisi kuesioner, pasien terlebih dahulu bersedia dan setuju untuk menjadi responden dalam penelitian ini setelah mengisi lembar persetujuan. Sebagai responden, pasien kemudian diberi pengarahan oleh peneliti dan tim Polintir Puskesmas Temindung tentang cara pengisian kuesioner, manfaat dan tujuan penelitian setelah pasien selesai mengisi kuesioner maka kuesioner Hasil uji validitas menunjukkan semua item pertanyaan valid jika nilai r lebih besar dari nilai r table (mika, 2014). Pada penelitian ini akan dilakukan uji validitas ulang dengan menggunakan 30 responden yang memenuhi kriteria inklusi namun bukan merupakan sampel penelitian

### 3.7.3 Teknik Analisis Data

Data dikumpulkan melalui observasi, kuesioner, dan jumlah kunjungan pasien HIV/AIDS untuk melakukan pengobatan di Intalasi Farmasi Puskesmas Temidung. Data dikumpulkan kemudian di kategorikan menjadi data sebagai berikut

#### a. Analisis Univariat

Analisis Univariat menurut Denis (2021), analisis univariat adalah analisis data yang hanya melibatkan satu jenis variable saja. Analisis ini merupakan analisis yang paling sederhana, karena hanya ditunjukan untuk mengetahui distribusi data dari variable yang diteliti selanjutnya apabila data tersebut relevan, variable yang dilakukan analisis univariat adalah data jenis kelamin, umur, pekerjaan dan Tingkat kepatuhan pasien dan data *viral load*. Analisis ini akan menyajikan tabel distribusi frekuensi dan presentase.

#### b. Analisis Bivariat

Menurut Tambunan (2021), Analisis Bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk membuktikan hipotesa penelitian ini untuk mengetahui apakah terdapat hubungan atau tidak antara variable independent dengan dependen, kepatuhan dan kadar merupakan jenis data ordinal (Kategorik, data dianalisis menggunakan program SPSS 30 dengan jenis statistika nonparametik yaitu menggunakan uji CHI-square untuk mencari hubungan antara Tingkat kepatuhan terapi ARV dengan Kadar *Viral Load* pasien. Nilai korelasi di interpretasikan nilai korelasi menggunakan nilai *p-value* 0,05 dan menggunakan kriteria sebagai berikut :Asymp sig >0.05 tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variable, sedangkan jika Asymp sig <0,05 terdapat hubungan yang signifikan antara variable.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Pembahasan

Distribusi karakteristik pasien HIV di poli VCT Puskesmas Temindung kota Samarinda dapat dilihat dalam tabel 1.

**Tabel 4.1 Data Karakteristik Pasien HIV Berdasarkan Jenis Kelamin**

<b>Karakteristik</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Presentase (%)</b>
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	45	75%
Perempuan	15	25%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Hasil dari penelitian didapatkan berdasarkan karakteristik jenis kelamin responden paling banyak pada penelitian ini adalah laki-laki yaitu 75%. Dari hasil penelitian yang dilakukan pada bulan juni-Juli 2025 di Poliklinik VCT Puskesmas Temindung Kota Samarinda didapatkan hasil terkait karakteristik responden yang terdiri dari jenis kelamin, umur, dan pekerjaan. Hasil penelitian terkait dengan karakteristik jenis kelamin pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa presentase pasien HIV laki-laki ( 75%) lebih tinggi dibandingkan perempuan (25 %). Kerentanan laki-laki terhadap infeksi HIV dapat disebabkan oleh perilaku negatif yang dilakukan seperti menggunakan jasa seks komersial, Tingginya proporsi laki-laki sebagai penderita HIV dapat disebabkan oleh perilaku berisiko yang lebih dominan dilakukan oleh laki-laki. Perilaku tersebut antara lain adalah sering berganti pasangan seksual, berhubungan seksual tanpa kondom, serta mengakses jasa pekerja seks komersial (PSK).

Selain itu, keterlibatan dalam penggunaan narkoba suntik (*IDU injecting drug user*) dengan jarum yang tidak steril juga turut meningkatkan risiko penularan. Diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebanyak 75%, sedangkan perempuan hanya 25%. Tingginya jumlah pasien HIV berjenis kelamin laki-laki ini berkaitan erat dengan perilaku berisiko yang lebih banyak dilakukan oleh laki-laki dibandingkan perempuan. Beberapa perilaku yang dimaksud antara lain sering berganti pasangan seksual, melakukan hubungan seksual tanpa kondom, mengakses layanan pekerja seks komersial (PSK), serta penggunaan narkoba suntik dengan jarum yang tidak steril.

Perilaku berisiko tersebut tidak hanya meningkatkan kemungkinan tertular HIV, tetapi juga dapat memengaruhi tingkat kepatuhan dalam menjalani pengobatan antiretroviral (ART). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa laki-laki cenderung memiliki tingkat kepatuhan yang lebih rendah dibandingkan perempuan. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti mobilitas kerja yang tinggi, rendahnya kesadaran akan pentingnya pengobatan rutin, serta adanya stigma atau rasa malu terhadap status HIV yang dimiliki. Sebaliknya, perempuan cenderung memiliki tingkat kepatuhan yang lebih baik karena lebih sering berinteraksi dengan layanan kesehatan, terutama dalam konteks kehamilan dan perawatan anak, serta memiliki tanggung jawab sosial yang tinggi terhadap keluarganya. Tingkat kepatuhan yang baik terhadap ARV sangat berpengaruh terhadap kadar viral load dalam tubuh. Pasien yang patuh akan mengalami penurunan kadar viral load, bahkan hingga tidak terdeteksi, sehingga risiko penularan pun menurun.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh tidak langsung antara jenis kelamin dengan kadar viral load, yaitu melalui perbedaan tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan HIV/AIDS. Laki-laki yang cenderung memiliki kepatuhan rendah lebih berisiko memiliki kadar viral load yang tinggi, sedangkan perempuan yang lebih patuh berpeluang lebih besar untuk mencapai kadar viral load yang rendah. Penelitian yang dilakukan oleh (Suryoputro *et al.*, 2024) laki-laki memiliki kecenderungan perilaku seksual yang lebih berisiko dibanding perempuan, salah satunya karena kurangnya kontrol diri dan pengaruh lingkungan sosial. Data dari Kementerian Kesehatan RI juga menunjukkan bahwa kasus HIV terbanyak terjadi pada laki-laki usia produktif terutama melalui transmisi seksual (Kemenkes RI, 2022).

Hal ini diperkuat oleh laporan (UNAIDS 2021) yang menyatakan bahwa laki-laki menyumbang lebih dari 60% kasus baru HIV di beberapa negara Asia, termasuk Indonesia, terutama akibat praktik hubungan seks tidak aman dan penggunaan narkoba suntik. Dengan demikian, jenis kelamin laki-laki dalam konteks ini merupakan salah satu faktor risiko yang signifikan dalam penyebaran HIV, sehingga perlu menjadi perhatian utama dalam upaya pencegahan dan edukasi publik. Sebuah kajian oleh BKKBN dan UNFPA (2021) menyatakan bahwa akses informasi tentang kesehatan reproduksi dan HIV masih belum merata pada laki-laki, khususnya di wilayah rural dan kalangan berpendidikan rendah.

Laporan UNAID.2021 menyatakan bahwa laki-laki menyumbang lebih dari 60% kasus baru HIV di beberapa negara Asia, termasuk Indonesia, terutama akibat praktik hubungan seks tidak aman dan penggunaan narkoba suntik. Data ini juga didukung oleh laporan terbaru UNAIDS .2022, yang menunjukkan bahwa laki-laki menjadi kelompok paling terdampak dalam epidemi HIV regional, khususnya laki-laki muda dan kelompok LSL (laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki). Sementara itu, Indonesia AIDS *Coalition* (2020) menyoroti bahwa stigma sosial dan diskriminasi menjadi penghalang utama bagi laki-laki untuk mengakses layanan kesehatan dan informasi yang akurat, terutama di kalangan kelompok kunci populasi.

Penelitian dari (Prabowo dan Yuliani.2021) dalam Jurnal Promkes juga menunjukkan bahwa laki-laki yang merasa takut terhadap stigma sosial cenderung enggan melakukan tes HIV sukarela. Dengan demikian, jenis kelamin laki-laki dalam konteks ini merupakan salah satu faktor risiko yang signifikan dalam penyebaran HIV, sehingga perlu menjadi perhatian utama dalam upaya pencegahan dan edukasi publik yang lebih inklusif dan sensitif gender. Strategi intervensi berbasis komunitas, peningkatan layanan konseling dan tes HIV sukarela (VCT), serta penguatan edukasi kesehatan seksual berbasis gender merupakan langkah penting yang harus dikembangkan secara menyeluruh.

**Tabel 4.2 Data Karakteristik Pasien HIV Berdasarkan Umur**

<b>Karakteristik</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Presentase (%)</b>
<b>Umur</b>		
18-25 Tahun	5	8.33%
26-35 Tahun	28	46.67%
36-45 Tahun	18	30.00%
46-55 Tahun	3	5%
>50 Tahun	0	0.00%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Hasil yang didapatkan berdasarkan karakteristik umur pasien mayoritas umur responden yaitu berada pada rentang umur 26-35 Tahun dengan presentase 46.67% Mayoritas umur responden ditunjukkan pada tabel 4.2 dimana rentang umur yang presentasenya terbesar adalah umur 26-35 Tahun (46.67 %). Usia ini termasuk dalam kategori usia produktif, yaitu kelompok usia yang secara biologis dan sosial sedang aktif secara seksual dan ekonomi. Dominasi kelompok umur ini dalam kasus HIV menunjukkan bahwa masa produktif merupakan periode yang sangat rentan terhadap penularan HIV, terutama jika tidak diiringi dengan perilaku hidup sehat dan

kesadaran akan risiko infeksi. diperoleh data bahwa sebagian besar pasien HIV berada pada rentang usia produktif, yaitu antara 26–35 tahun. Kelompok usia ini merupakan populasi dominan yang datang untuk mengakses layanan VCT dan terapi ARV. Umur memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani terapi antiretroviral. Pasien pada usia produktif umumnya berada dalam kondisi fisik yang baik dan memiliki mobilitas tinggi, namun juga menghadapi berbagai tantangan, seperti tekanan pekerjaan, gaya hidup aktif, dan beban sosial, yang dapat berdampak pada konsistensi dalam mengonsumsi obat ARV. Beberapa pasien dalam kelompok usia ini juga mungkin belum memiliki kesadaran penuh terhadap pentingnya kepatuhan jangka panjang, sehingga cenderung melewatkan dosis atau menghentikan pengobatan tanpa konsultasi medis. Di sisi lain, pasien pada kelompok usia dewasa akhir atau lansia cenderung menunjukkan kepatuhan yang lebih tinggi.

Hal ini didukung oleh kesadaran akan pentingnya menjaga kesehatan, rutinitas hidup yang lebih teratur, serta komitmen yang lebih besar terhadap pengobatan. Namun, kelompok usia ini juga dapat mengalami kendala seperti penurunan daya ingat, keterbatasan fisik, atau penyakit penyerta lainnya yang dapat memengaruhi kemampuan dalam mengikuti terapi secara optimal. Hasil observasi selama penelitian juga menunjukkan bahwa edukasi dan pendampingan yang disesuaikan dengan kelompok umur sangat diperlukan. Pasien usia muda, khususnya remaja dan dewasa awal, memerlukan pendekatan edukatif yang lebih interaktif dan berbasis teknologi, sedangkan pasien usia lanjut lebih membutuhkan dukungan keluarga dan layanan yang lebih personal.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa faktor umur berperan dalam membentuk tingkat kepatuhan terhadap terapi ARV. Program intervensi dan edukasi yang dirancang oleh fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya di Puskesmas, sebaiknya mempertimbangkan karakteristik usia pasien agar pendekatan yang digunakan lebih tepat sasaran dan efektif dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan. Temuan ini sejalan dengan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang menyatakan bahwa sekitar 70,4% kasus HIV terjadi pada kelompok usia 25–49 tahun, dengan jumlah terbesar terdapat pada rentang usia 25–34 tahun (Kemenkes RI, 2022). Hal ini menunjukkan bahwa kelompok usia produktif menjadi target utama dalam penularan HIV, baik melalui hubungan seksual tidak aman, penggunaan narkoba suntik, maupun faktor sosial lainnya.

Penelitian nasional skala besar oleh tim INA-PROACTIVE terhadap 4.050 pasien HIV juga menunjukkan bahwa kelompok usia 30–39 tahun menyumbang 42,6% kasus HIV, disusul kelompok usia 18–29 tahun sebesar 28,4%. (Wibawa *et al.*, 2024). Hasil ini memperkuat bahwa usia 26–35 tahun merupakan bagian dari populasi utama yang terdampak. Penelitian ini juga mengungkap bahwa sebagian besar pasien datang pada stadium lanjut karena keterlambatan diagnosis, sehingga edukasi dini pada kelompok usia ini sangat penting. Studi lokal oleh (Putri *et al.* 2023) di Kota Salatiga juga mengidentifikasi bahwa kelompok usia 26–45 tahun merupakan penyumbang terbanyak kasus HIV baru, yaitu sebesar 48%.

Studi tersebut menekankan bahwa kelompok usia ini cenderung lebih aktif dalam perilaku seksual namun memiliki kesadaran rendah terhadap risiko, serta sering kali tidak menjalani pemeriksaan HIV secara rutin. Selain itu, studi epidemiologi molekuler yang dilakukan oleh (Subangkit *et al.*, 2019) di Jakarta menyebutkan bahwa 64,9% kasus HIV terjadi pada kelompok usia 16–30 tahun, dengan rata-rata usia pasien 29 tahun. Ini menunjukkan bahwa usia awal dewasa hingga pertengahan (termasuk rentang 26–35 tahun) merupakan fase yang paling rentan terhadap infeksi HIV. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa usia 26–35 tahun merupakan kelompok yang paling terdampak dalam penyebaran HIV, baik secara nasional maupun lokal. Hal ini menegaskan pentingnya intervensi edukatif dan preventif yang menasar kelompok usia produktif, khususnya dalam hal promosi penggunaan kondom, tes HIV sukarela (VCT), serta penyuluhan mengenai hubungan seksual yang aman dan sehat.

**Tabel 4.3 Data Karakteristik Pasien HIV Berdasarkan Jenis Pekerjaan**

<b>Karakteristik</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Presentase (%)</b>
<b>Pekerjaan</b>		
IRT ( Ibu Rumah Tangga)	12	20%
Swasta	38	63,33%
Guru	1	1,67%
<i>Security</i>	2	3,33%
PNS (Pegawai Negri Sipil)	2	3,33%
Mahasiswa	1	1,67%
Tidak Bekerja	3	5%
Pedagang	1	1,67%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Hasil penelitian didapatkan berdasarkan karakteristik jenis pekerjaan responden paling banyak bekerja sebagai swasta 63,33 % Data penelitian pada tabel 4.3 menunjukkan responden paling banyak bekerja sebagai pegawai swasta (63.33 %)

dan sebagian Ibu Rumah Tangga IRT (20 %) Kelompok pegawai swasta biasanya memiliki tingkat mobilitas sosial yang tinggi dan jam kerja yang dinamis. Hal ini secara tidak langsung membuka peluang terpaparnya individu pada situasi atau lingkungan yang berpotensi meningkatkan risiko, seperti penggunaan jasa pekerja seks komersial (PSK), pergaulan bebas, serta tekanan kerja yang mendorong pelarian ke dalam perilaku tidak sehat seperti penyalahgunaan narkoba.

Faktor-faktor tersebut tidak hanya berkontribusi terhadap peningkatan risiko tertular HIV, tetapi juga dapat memengaruhi tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan antiretroviral (ARV). Pekerjaan dengan mobilitas tinggi dan tekanan yang besar sering kali membuat pasien sulit untuk konsisten menjalani pengobatan secara teratur, seperti lupa minum obat, tidak hadir kontrol, atau tidak mengikuti anjuran tenaga kesehatan. Hal ini dapat berdampak pada tingginya kadar viral load dalam tubuh. Sebaliknya, pasien yang memiliki pekerjaan dengan waktu yang lebih fleksibel, seperti ibu rumah tangga atau yang tidak bekerja, cenderung memiliki waktu dan kesempatan lebih besar untuk fokus pada pengobatan dan perawatan diri. Kepatuhan yang lebih baik ini tentu berdampak positif pada penurunan kadar viral load. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh antara jenis pekerjaan dengan tingkat kepatuhan pasien HIV/AIDS terhadap pengobatan, yang secara tidak langsung berdampak pada kadar viral load. Pasien yang bekerja dengan tingkat mobilitas tinggi cenderung memiliki kepatuhan yang lebih rendah, sehingga lebih berisiko memiliki kadar viral load yang tinggi dibandingkan dengan pasien yang memiliki pekerjaan lebih stabil atau tidak bekerja.

Penelitian oleh (Suryani *et al.*, 2020) menemukan bahwa individu dengan pekerjaan sektor swasta memiliki potensi lebih tinggi terlibat dalam perilaku seksual tidak aman dibandingkan kelompok wiraswasta atau petani. Selain itu, tekanan ekonomi yang tinggi pada sektor swasta juga kerap kali menyebabkan ketidakteraturan dalam akses terhadap layanan kesehatan, termasuk layanan konseling dan tes HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT). Sementara itu, kelompok ibu rumah tangga menempati posisi kedua terbanyak dalam kategori pekerjaan responden. Meskipun ibu rumah tangga secara umum dianggap tidak termasuk dalam kelompok risiko tinggi, sejumlah studi menunjukkan bahwa mereka merupakan salah satu kelompok yang sangat rentan terhadap infeksi HIV dari pasangan seksual tetap.

Menurut (UNAIDS.2021), banyak kasus HIV pada perempuan terjadi akibat transmisi dari suami yang terinfeksi akibat perilaku seksual di luar nikah. Ibu rumah tangga juga sering kali tidak memiliki kuasa dalam pengambilan keputusan terkait penggunaan kondom atau akses informasi seksual dan reproduksi, terutama dalam budaya patriarkal. Hal ini diperkuat oleh penelitian (Rahmawati dan Nugroho.2021) yang menunjukkan bahwa perempuan dengan status ibu rumah tangga cenderung kurang memiliki pengetahuan mengenai pencegahan HIV/AIDS dan sangat tergantung pada informasi yang diberikan oleh pasangan. Akibatnya, deteksi dini sering terhambat, dan infeksi baru tidak segera ditangani, yang memperburuk kondisi klinis pasien.

Laporan Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes.2022) juga menegaskan bahwa distribusi kasus HIV tertinggi berdasarkan jenis pekerjaan terjadi pada pegawai swasta dan ibu rumah tangga. Data nasional menunjukkan bahwa kelompok pekerja sektor informal dan rumah tangga menyumbang lebih dari 50% kasus HIV baru dalam dua tahun terakhir. Hal ini mencerminkan bahwa persebaran HIV tidak hanya terjadi pada populasi kunci seperti pekerja seks, laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL), dan pengguna narkoba suntik, tetapi juga telah merambah ke kelompok umum (general population) melalui pasangan yang tidak terdiagnosis.

Dalam konteks ini, pekerjaan bukan hanya sekadar informasi demografis, melainkan juga indikator penting dalam memetakan pola risiko dan strategi intervensi. Kelompok pegawai swasta perlu mendapatkan edukasi melalui program workplace-based HIV prevention, sementara ibu rumah tangga harus dijangkau melalui program keluarga sehat, posyandu, dan penyuluhan berbasis komunitas. Dengan demikian, data pekerjaan responden memperlihatkan bahwa penyebaran HIV tidak terbatas pada profesi tertentu, tetapi dapat menyerang siapa saja, terutama mereka yang tidak memiliki akses memadai terhadap informasi, layanan kesehatan, dan perlindungan dalam relasi seksua

## 4.2 Pengkategorian Tingkat Kepatuhan Pasien

Tabel 4.4 Hasil Tingkat Kepatuhan Pasien Berdasarkan Pengisian Kuesioner

Variabel	Jumlah (n)	Presentase (%)
<b>Tingkat Kepatuhan Pasien :</b>		
Kepatuhan Tinggi (15-18)	37	61,67%
Kepatuhan Sedang-Tinggi (10-14)	19	31,67%
Kepatuhan Rendah-Sedang (5-9)	3	5%
Kepatuhan Rendah (0-4)	1	1,67%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Poliklinik VCT Puskesmas Temindung, diketahui bahwa mayoritas responden menunjukkan tingkat kepatuhan yang tinggi dalam mengonsumsi obat antiretroviral (ARV). Hasil pengukuran pada Tabel 4.4 menunjukkan bahwa sebesar 61,67% responden termasuk dalam kategori kepatuhan tinggi, sedangkan 31,67% responden berada dalam kategori kepatuhan sedang-tinggi. Sementara itu, persentase pasien dengan kepatuhan sedang-rendah adalah 5,00%, dan hanya 1,67% yang berada pada kategori kepatuhan rendah. Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien HIV yang menjalani pengobatan di Poliklinik VCT Puskesmas Temindung telah memahami pentingnya menjalani pengobatan secara rutin dan tepat waktu sesuai anjuran tenaga kesehatan. Kepatuhan tinggi pada pasien menunjukkan kesadaran yang baik terhadap manfaat penggunaan ARV dalam menekan perkembangan virus HIV dalam tubuh.

Obat ARV berfungsi untuk menekan replikasi virus, memperkuat sistem imun, serta mencegah munculnya infeksi oportunistik dan komplikasi yang lebih serius. Bila dikonsumsi secara konsisten, ARV dapat menurunkan jumlah virus HIV (viral load) hingga tingkat yang tidak terdeteksi (*undetectable*), yang tidak hanya memperpanjang usia harapan hidup pasien, tetapi juga menurunkan risiko penularan kepada orang lain, termasuk pasangan seksual dan anak saat proses kelahiran. Keberhasilan ini tidak terlepas dari peran berbagai pihak dalam mendukung proses pengobatan pasien. Salah satu faktor yang memengaruhi tingginya tingkat kepatuhan adalah adanya edukasi yang intensif dari tenaga kesehatan mengenai pentingnya konsumsi ARV secara teratur.

Di samping itu, program pendampingan dari petugas VCT dan dukungan dari komunitas sebaya (*peer support*) turut memberikan dampak positif bagi motivasi pasien dalam menjalani pengobatan. Dukungan sosial dari keluarga dan lingkungan

sekitar juga sangat penting dalam meningkatkan semangat pasien untuk tetap patuh terhadap jadwal pengobatan. Namun demikian, masih ditemukan sebagian kecil pasien dengan tingkat kepatuhan yang rendah. Sebanyak 5% responden berada dalam kategori kepatuhan sedang-rendah, dan 1,67% dalam kategori kepatuhan rendah. Meskipun jumlah ini relatif kecil, hal ini tetap menjadi perhatian karena pasien dengan kepatuhan rendah berisiko mengalami peningkatan kadar viral load, penurunan fungsi kekebalan tubuh, resistensi terhadap obat, hingga munculnya komplikasi penyakit yang lebih berat.

Beberapa faktor yang mungkin berkontribusi terhadap rendahnya tingkat kepatuhan antara lain kurangnya pemahaman mengenai pentingnya terapi ARV, stigma sosial, efek samping obat, kurangnya dukungan sosial, serta faktor ekonomi yang memengaruhi akses ke fasilitas kesehatan. Dengan data tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa secara umum program pengobatan HIV di Poliklinik VCT Puskesmas Temindung telah menunjukkan hasil yang cukup baik, terutama dalam meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi ARV.

Meskipun demikian, upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kepatuhan tetap harus dilakukan secara berkelanjutan, terutama untuk kelompok pasien yang berada dalam kategori kepatuhan sedang dan rendah. Strategi yang dapat dilakukan antara lain melalui peningkatan edukasi, konseling individual, penguatan dukungan keluarga dan komunitas, serta pemantauan berkala oleh tenaga medis untuk mengidentifikasi kendala yang dihadapi pasien selama menjalani pengobatan. Dengan tingkat kepatuhan yang tinggi, diharapkan semakin banyak pasien HIV yang dapat mencapai viral load tidak terdeteksi, yang pada akhirnya akan berdampak positif dalam upaya pencegahan penularan HIV dan peningkatan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

Temuan ini juga sejalan dengan hasil penelitian oleh (Sari *et al.*, 2022) yang menunjukkan bahwa kepatuhan tinggi terhadap ARV ditemukan pada lebih dari 60% pasien yang mendapatkan edukasi kesehatan secara rutin dan memiliki dukungan sosial yang kuat. Faktor-faktor seperti kedisiplinan pribadi, hubungan baik dengan tenaga kesehatan, serta pengetahuan yang cukup tentang manfaat ARV sangat berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan. Namun demikian, masih terdapat 13,3% pasien dengan kepatuhan sedang-rendah, dan sebagian kecil lainnya dalam kategori kepatuhan rendah, yang menunjukkan adanya kendala dalam mempertahankan jadwal pengobatan.

Beberapa faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan antara lain adalah efek samping obat, rasa bosan karena pengobatan jangka panjang, stigma sosial, hingga masalah akses ke fasilitas kesehatan. (Nasronudin 2014) juga menyebutkan bahwa kepatuhan ARV sering terhambat oleh depresi, ketidakstabilan emosional, dan kurangnya dukungan keluarga. Selain itu, studi oleh (Kusumawati & Purwaningsih 2021) di Puskesmas wilayah urban juga menunjukkan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan rendah dan tanpa pendamping cenderung memiliki kepatuhan lebih rendah dalam menjalani terapi ARV. Hal ini menunjukkan bahwa edukasi dan pendekatan berbasis keluarga atau komunitas sangat penting untuk meningkatkan kepatuhan secara menyeluruh.

Dengan demikian, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar pasien telah menunjukkan tingkat kepatuhan tinggi, masih terdapat kelompok pasien yang memerlukan intervensi lanjutan, baik dalam bentuk konseling psikososial, edukasi berkelanjutan, maupun pemberdayaan keluarga dan kelompok sebaya. Kepatuhan yang optimal menjadi kunci utama dalam menekan angka kesakitan, kematian, dan penyebaran HIV di masyarakat. Selain faktor individual dan sosial, kepatuhan terhadap ARV juga dipengaruhi oleh kualitas sistem pelayanan kesehatan, seperti ketersediaan tenaga medis terlatih, kenyamanan fasilitas layanan, dan kontinuitas pelayanan. Penelitian oleh (Putri & Suryani .2020) menunjukkan bahwa pasien yang merasa dihargai, tidak distigmatisasi, dan mendapat penjelasan yang lengkap dari tenaga kesehatan cenderung menunjukkan kepatuhan lebih tinggi terhadap terapi ARV.

Hal ini menegaskan pentingnya pendekatan layanan kesehatan yang bersifat humanis, inklusif, dan tidak menghakimi dalam pengelolaan HIV/AIDS. Lebih lanjut, berdasarkan observasi di lapangan, diketahui bahwa beberapa pasien menunjukkan penurunan motivasi minum obat akibat kelelahan terapi jangka panjang (*treatment fatigue*). Fenomena ini umum terjadi pada pasien yang telah mengonsumsi ARV selama bertahun-tahun tanpa henti. Kejenuhan, rasa bosan, hingga munculnya persepsi bahwa pengobatan tidak lagi dibutuhkan karena tubuh merasa sehat, merupakan tantangan yang nyata dalam mempertahankan kepatuhan jangka panjang (Suwandono *et al.*, 2022).

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan terhadap beberapa pasien dengan tingkat kepatuhan tinggi dalam menjalani terapi antiretroviral (ARV), diperoleh temuan bahwa kepatuhan tersebut dipengaruhi oleh adanya niat dan

kesadaran dari dalam diri pasien. Pasien menyadari bahwa ketidak teraturan dalam mengonsumsi obat dapat menyebabkan peningkatan replikasi virus HIV di dalam tubuh, yang pada akhirnya dapat berkembang menjadi AIDS. Selain faktor internal tersebut, dukungan dari keluarga dan pasangan juga turut berperan penting dalam mempertahankan kepatuhan pasien terhadap terapi ARV secara berkelanjutan.

Penelitian (Astuti,2022) yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat ARV. Hasil serupa juga ditemukan oleh (Sari *et al.*,2021), yang menyimpulkan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu faktor penting dalam menunjang keberhasilan terapi. Selain itu, (Antu, 2023) juga menyatakan bahwa sebagian besar pasien dengan dukungan sosial yang baik menunjukkan tingkat kepatuhan yang tinggi dalam mengonsumsi ARV.

Temuan-temuan ini menguatkan bahwa dukungan dari lingkungan sosial, terutama keluarga dan pasangan, memiliki peranan penting dalam mendukung motivasi internal pasien untuk tetap menjalani pengobatan secara konsisten Sistem pelayanan kesehatan juga memiliki peran krusial dalam menentukan tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan ARV. Penelitian oleh Putri & Suryani (2020) menekankan bahwa pasien yang merasa dihargai, tidak distigmatisasi, dan mendapat komunikasi yang baik dari tenaga medis, cenderung menunjukkan kepatuhan yang lebih tinggi.

Hal ini menegaskan bahwa pendekatan pelayanan yang humanis, inklusif, dan empatik sangat penting dalam pengelolaan pasien HIV/AIDS. Pelayanan yang ramah dan bebas dari diskriminasi menciptakan rasa aman serta meningkatkan kepercayaan pasien terhadap sistem layanan. Menurut Putri (2021), rasa aman dalam interaksi dengan tenaga kesehatan terbukti dapat meningkatkan retensi pasien dalam pengobatan jangka panjang. Pasien yang merasa diterima dan didengarkan akan lebih terbuka terhadap edukasi kesehatan dan lebih bersedia mengungkapkan kendala dalam pengobatan, seperti efek samping atau kejenuhan terapi.

#### 4.5 Hasil Tingkat Kepatuhan Dengan Kadar *Viral load* 6 Bulan

##### Memulai Terapi

Tingkat Kepatuhan	<i>Viral Load</i> 12 Bulan			
	Tidak Terdeteksi	%	Tidak Terdeteksi	%
Tinggi	27	70.05%	10	28.95%
Sedang Tinggi	10	55.56%	8	44.44%
Sedang-Rendah	2	66.67%	1	33.33%
Rendah	1	50.00%	1	50.00%

Hasil penelitian antara tingkat kepatuhan pasien dan kadar *Viral Load* 6 bulan setelah menjalani terapi. Dari 37 pasien dengan kepatuhan tinggi, 27 orang (71,05%) memiliki hasil *Viral Load* tidak terdeteksi setelah 6 bulan terapi, dan 10 orang (27,03%) masih terdeteksi. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni–Juli 2025 di Poliklinik VCT Puskesmas Temindung Kota Samarinda dengan tujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat kepatuhan pasien HIV dalam mengonsumsi obat antiretroviral (ARV) terhadap hasil pemeriksaan kadar *Viral Load* pada bulan ke-6 dan bulan ke-12 setelah terapi dimulai. Berdasarkan hasil pemeriksaan *Viral Load* 6 bulan (Tabel 4.5), dari 37 responden yang memiliki tingkat kepatuhan tinggi, sebanyak 27 orang (71,05%) memiliki hasil *Viral Load* tidak terdeteksi, sedangkan 10 orang (28,95%) masih menunjukkan hasil terdeteksi. Dari 19 responden dengan kepatuhan sedang–tinggi, sebanyak 10 orang (55,56%) tidak terdeteksi dan 8 orang (44,44%) terdeteksi. Pada kelompok kepatuhan rendah–sedang, dari 3 responden, 2 orang (66,67%) tidak terdeteksi dan 1 orang (33,33%) terdeteksi. Sementara itu, pada kelompok kepatuhan rendah yang berjumlah 1 orang, 1 orang (100%) menunjukkan hasil terdeteksi.

Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan minum obat kategori patuh memiliki kadar *viral load* tidak terdeteksi lebih tinggi dibandingkan dengan kategori tidak patuh. Hasil tes *viral load* yang terbaik adalah tidak terdeteksi, bukan berarti tidak ada virus dalam darah tetapi bahwa jumlah virus yang ada tidak cukup untuk ditemukan dan dihitung oleh tes. Dikatakan kadar *viral load* tidak terdeteksi apabila jumlah *viral load* <50-20 kopi/ml (Hamzah dkk.,2020) Kondisi *viral load* tidak terdeteksi tidak hanya mencerminkan efektivitas pengobatan antiretroviral (ARV), tetapi juga secara signifikan menurunkan risiko penularan HIV kepada orang lain. Hal ini menjadi dasar dari konsep U=U (*Undetectable = Untransmittable*) yang telah diakui secara global oleh berbagai organisasi kesehatan dunia, termasuk World Health Organization (WHO) dan UNAIDS, serta telah diadopsi dalam program nasional penanggulangan HIV di Indonesia.

Berdasarkan kebijakan WHO (2021), seseorang yang menjalani terapi ARV secara konsisten dan memiliki *viral load* tidak terdeteksi (kurang dari 50 kopi/ml) tidak akan menularkan virus HIV melalui hubungan seksual. Prinsip ini memberikan harapan besar tidak hanya dalam aspek klinis, tetapi juga dalam mengurangi stigma terhadap Orang Dengan HIV/AIDS (ODHIV) (UNAIDS, 2022).

Dengan demikian, pasien yang patuh terhadap terapi ARV secara konsisten tidak hanya memperbaiki status kesehatannya secara imunologis dan virologis, tetapi juga berperan aktif dalam upaya pencegahan penyebaran HIV di komunitas. Di Indonesia, prinsip U=U telah mulai diterapkan dalam layanan HIV berbasis komunitas dan diperkuat melalui Pedoman Nasional Tatalaksana HIV tahun 2023 oleh Kementerian Kesehatan RI, yang menekankan pentingnya pemeriksaan viral load sebagai indikator keberhasilan terapi (Kemenkes RI, 2023). Penelitian yang dilakukan oleh (Nursalam *et al.*, 2024) di Indonesia, yang menunjukkan bahwa pasien dengan tingkat kepatuhan tinggi terhadap terapi antiretroviral (ARV) cenderung memiliki viral load yang lebih rendah, serta angka infeksi oportunistik yang lebih kecil.

Penelitian serupa oleh (Vanessa *et al.*, 2024) di Kota Palembang juga menunjukkan hubungan yang signifikan antara kepatuhan terhadap ARV dengan keberhasilan terapi, yang ditandai dengan supresi viral load. Hasil ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat kepatuhan pasien, maka semakin besar kemungkinan keberhasilan terapi dalam menekan replikasi virus HIV dalam tubuh. Secara nasional, capaian supresi viral load di Indonesia masih menghadapi tantangan. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI tahun 2023, dari total estimasi Orang dengan HIV (ODHIV), sekitar 67% telah menjalani terapi ARV, namun hanya 16,3% yang melakukan pemeriksaan viral load secara rutin. Dari kelompok yang diperiksa tersebut, sekitar 91% berhasil mencapai supresi. Angka ini menunjukkan bahwa meskipun terapi ARV telah diperluas, masih terdapat kesenjangan besar dalam akses terhadap pemeriksaan laboratorium lanjutan, terutama di daerah dengan fasilitas terbatas (Kemenkes RI, 2023).

Berdasarkan data yang diperoleh, jenis obat antiretroviral (ARV) lini pertama yang paling banyak diberikan kepada 60 responden adalah kombinasi Tenofovir, Lamivudin, dan Efavirenz dalam bentuk Fixed Dose Combination (FDC) atau Kombinasi Dosis Tetap (KDT). Penggunaan regimen FDC yang hanya perlu dikonsumsi satu kali sehari ini memberikan kemudahan signifikan bagi pasien dalam menjalani terapi. Hal tersebut tentu saja berdampak positif terhadap tingkat kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat ARV. Kemudahan penggunaan obat dengan dosis sekali sehari ini sangat penting dalam konteks pengobatan HIV/AIDS, di mana kepatuhan terhadap terapi menjadi faktor penentu utama keberhasilan pengobatan.

Pasien yang tidak patuh atau tidak rutin mengonsumsi obat dapat menyebabkan resistensi virus, yang kemudian berdampak pada kegagalan terapi dan perkembangan penyakit menjadi AIDS. Dalam hal ini, regimen FDC yang menggabungkan beberapa obat ke dalam satu tablet telah terbukti dapat mengurangi kompleksitas pengobatan, mengurangi frekuensi konsumsi obat, dan menurunkan kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pengambilan dosis obat. Penelitian yang dilakukan oleh (Salma Auliannissa dkk. 2020) memberikan bukti empiris terkait hal tersebut. Studi ini menunjukkan bahwa pasien yang menggunakan regimen FDC memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang harus mengonsumsi komponen obat secara terpisah. Lebih lanjut, pasien yang patuh terhadap regimen FDC juga menunjukkan hasil virologis yang lebih baik, seperti penurunan viral load yang signifikan. Hal ini menunjukkan hubungan yang erat antara kemudahan konsumsi obat dengan keberhasilan terapi ARV.

Selain kemudahan dosis, faktor lain yang mendukung kepatuhan pasien adalah minimnya efek samping yang dilaporkan pada regimen FDC. Efek samping yang lebih sedikit dan lebih ringan membuat pasien merasa lebih nyaman dan mampu melanjutkan terapi tanpa terganggu oleh keluhan kesehatan tambahan. Faktor psikologis ini tidak kalah pentingnya dalam meningkatkan motivasi pasien untuk tetap menjalani terapi secara konsisten.

#### 4.6 Hasil Tingkat Kepatuhan Dengan Kadar *Viral Load* 12 Bulan memulai Terapi

Tingkat Kepatuhan	<i>Viral Load</i> 12 Bulan			
	Tidak Terdeteksi	%	Tidak Terdeteksi	%
Tinggi	23	67.70%	10	30.30%
Sedang Tinggi	5	50.00%	5	50.00%
Sedang-Rendah	3	33.33%	6	66.67%
Rendah	2	25.00%	6	75.00%

Hasil penelitian antara tingkat kepatuhan pasien dan kadar *Viral Load* 12 bulan setelah menjalani terapi setelah 12 bulan terapi, sebanyak 23 pasien (69.70%) dengan kepatuhan tinggi memiliki hasil *Viral Load* tidak terdeteksi, sedangkan 10 orang terdeteksi (30.30%) Hasil pemeriksaan *Viral Load* 12 bulan setelah memulai terapi menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kepatuhan pasien terhadap konsumsi antiretroviral (ARV) dan efektivitas pengobatan yang diukur melalui status *Viral Load*. Dari 37 responden dengan kepatuhan tinggi, sebanyak 69,70% memiliki hasil *Viral Load* tidak terdeteksi, sedangkan pada kelompok kepatuhan sedang-tinggi, hanya 50% yang tidak terdeteksi.

Persentase hasil tidak terdeteksi menurun drastis pada kelompok kepatuhan rendah-sedang (33,33%) dan kepatuhan rendah (25%). Temuan ini menegaskan bahwa tingkat kepatuhan pasien terhadap jadwal dan dosis terapi ARV berbanding lurus dengan keberhasilan terapi, sebagaimana tercermin dari penurunan kadar virus dalam tubuh. Hasil uji statistik Chi-Square dengan nilai signifikansi ( $p < 0,05$ ) menguatkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara kepatuhan dan hasil *Viral Load*. Semakin tinggi tingkat kepatuhan, semakin besar kemungkinan pasien mencapai status “*undetectable*”, yaitu kondisi di mana virus HIV tidak lagi terdeteksi dalam darah dengan alat uji standar.

#### 4.7 Kadar *Viral Load* 6-12 Bulan Pasien Setelah Memulai Terapi

Tingkat Kepatuhan	<i>Viral Load</i> 6- 12 Bulan			Jumlah
	Menurun	Stabil (VL6-VL12)	Meningkat	
Tinggi	20	12	5	37
Sedang Tinggi	9	6	4	19
Sedang-Rendah	1	1	1	3
Rendah	0	19	1	1

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 37 responden dengan tingkat kepatuhan tinggi hingga sedang-tinggi, sebanyak 20 pasien mengalami penurunan kadar *Viral Load* antara bulan ke-6 dan ke-12 setelah memulai terapi. Sebanyak 12 responden pada kelompok tersebut menunjukkan hasil stabil, yaitu kadar *Viral Load* yang tidak berubah signifikan, sedangkan 5 responden mengalami peningkatan kadar *Viral Load*. Sementara itu, pada kelompok kepatuhan rendah hingga rendah-sedang, penurunan atau stabilitas *Viral Load* jauh lebih sedikit dan terdapat kecenderungan peningkatan kadar virus. Temuan ini menguatkan bahwa kepatuhan yang tinggi berkorelasi dengan perbaikan atau setidaknya stabilitas kadar *Viral Load* dalam jangka waktu 6 hingga 12 bulan terapi ARV. Kepatuhan yang konsisten terhadap terapi ARV memastikan kadar obat dalam tubuh berada pada tingkat optimal untuk menekan replikasi virus HIV secara efektif (Bangsberg *et al.*,2022).

Studi terbaru menunjukkan bahwa pasien dengan kepatuhan di atas 90% memiliki kemungkinan yang jauh lebih tinggi untuk mencapai dan mempertahankan *Viral Load* tidak terdeteksi, dibandingkan pasien dengan kepatuhan lebih rendah (Garcia *et al.*,2023). Selain itu, monitoring *Viral Load* secara berkala menjadi kunci utama dalam mengevaluasi respons terapi dan menyesuaikan intervensi agar pasien tetap termotivasi dan mampu mengatasi hambatan kepatuhan (WHO, 2023)

Prinsip U=U (*Undetectable = Untransmittable*) yang semakin diterima secara global menggaris bawahi pentingnya menjaga *Viral Load* tetap rendah atau stabil tidak hanya untuk kesehatan individu, tetapi juga sebagai strategi pencegahan penularan HIV (UNAIDS, 2022). Oleh karena itu, program pengobatan harus fokus pada peningkatan dukungan psikososial dan edukasi pasien, guna mempertahankan tingkat kepatuhan yang tinggi selama pengobatan. Selain menunjukkan korelasi positif antara kepatuhan tinggi dengan penurunan atau stabilitas *Viral Load*, hasil ini juga mengindikasikan bahwa kepatuhan rendah atau tidak konsisten dapat menyebabkan peningkatan *Viral Load*, yang berdampak buruk pada efektivitas terapi. Peningkatan *Viral Load* dalam jangka waktu 6–12 bulan dapat menjadi sinyal awal kegagalan terapi, yang berpotensi menyebabkan resistensi obat dan mempercepat perkembangan penyakit HIV

(Bangsberg *et al.*, 2022) Oleh karena itu, pemantauan kepatuhan dan *Viral Load* secara berkala sangat penting untuk mendeteksi dini permasalahan terapi dan melakukan penyesuaian pengobatan. Faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pasien juga perlu menjadi perhatian serius dalam program pengelolaan HIV. Studi (Garcia *et al.* 2023) menyoroti bahwa hambatan psikososial seperti stigma, depresi, serta kurangnya dukungan sosial dapat menurunkan tingkat kepatuhan pasien. Di sisi lain, intervensi berbasis komunitas dan penggunaan teknologi digital seperti pengingat obat melalui aplikasi mobile dapat meningkatkan kepatuhan secara signifikan (WHO, 2023). Dengan adanya dukungan yang memadai, pasien lebih mampu mempertahankan pola konsumsi ARV yang tepat dan konsisten. Selain aspek kepatuhan, kualitas layanan kesehatan juga berperan penting dalam keberhasilan terapi ARV. Pelayanan yang ramah pasien, komunikasi efektif antara tenaga kesehatan dan pasien, serta akses mudah ke obat ARV menjadi faktor penunjang utama yang membantu pasien menjalani terapi dengan baik (UNAIDS, 2022).

Oleh karena itu, upaya peningkatan kualitas layanan harus terus ditingkatkan agar pasien merasa nyaman dan termotivasi. Selain dampak klinis, keberhasilan menekan *Viral Load* juga berdampak sosial dan ekonomi. Pasien yang berhasil mencapai status *undetectable* biasanya memiliki kualitas hidup yang lebih baik, mampu menjalani aktivitas sehari-hari secara normal, dan berkontribusi secara produktif dalam masyarakat (Garcia *et al.*, 2023).

Hal ini menegaskan pentingnya upaya terpadu yang tidak hanya fokus pada aspek medis, tetapi juga mendukung kesejahteraan psikososial pasien secara menyeluruh. Secara keseluruhan, temuan ini menegaskan bahwa kepatuhan tinggi terhadap terapi ARV selama periode 6-12 bulan sangat krusial untuk mempertahankan supresi *Viral Load*. Pendekatan holistik yang melibatkan edukasi, dukungan psikososial, penguatan layanan kesehatan, dan teknologi digital dapat menjadi strategi efektif untuk meningkatkan kepatuhan pasien dan hasil pengobatan secara berkelanjutan. Berdasarkan data di atas, dapat disimpulkan bahwa mayoritas pasien dengan kepatuhan tinggi cenderung memiliki hasil *Viral Load* yang tidak terdeteksi baik pada bulan ke-6 maupun bulan ke-12 terapi. Sebaliknya, pasien dengan tingkat kepatuhan rendah cenderung memiliki hasil *Viral Load* yang tetap terdeteksi.

Temuan ini menunjukkan adanya hubungan yang nyata antara tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan ARV dengan efektivitas terapi yang ditunjukkan melalui kadar *Viral Load*. Hal ini diperkuat dengan hasil uji statistik Chi-Square yang menunjukkan nilai signifikan ( $p < 0,05$ ) baik pada bulan ke-6 maupun ke-12. Pasien dengan kategori kepatuhan tinggi memiliki hasil *viral load* tidak terdeteksi lebih besar dibandingkan dengan pasien kategori kepatuhan rendah, sedangkan pasien kategori kepatuhan rendah memiliki hasil *viral load* terdeteksi lebih besar dibandingkan dengan pasien kategori kepatuhan tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan minum obat kategori patuh memiliki kadar *viral load* tidak terdeteksi lebih tinggi dibandingkan dengan kategori tidak patuh. Hasil tes *viral load* yang terbaik adalah tidak terdeteksi, bukan berarti tidak ada virus dalam darah tetapi bahwa jumlah virus yang ada tidak cukup untuk ditemukan dan dihitung oleh tes. Dikatakan kadar *viral load* tidak terdeteksi apabila jumlah *viral load*  $< 50-20$  kopi/ml (Hamzah dkk., 2020). Kondisi *viral load* tidak terdeteksi tidak hanya mencerminkan efektivitas pengobatan antiretroviral (ARV), tetapi juga secara signifikan menurunkan risiko penularan HIV kepada orang lain. Hal ini menjadi dasar dari konsep U=U (*Undetectable = Untransmittable*) yang telah diakui secara global oleh berbagai organisasi kesehatan dunia, termasuk World Health Organization (WHO) dan UNAIDS, serta telah diadopsi dalam program nasional penanggulangan HIV di Indonesia.

Berdasarkan kebijakan WHO (2021), seseorang yang menjalani terapi ARV secara konsisten dan memiliki *viral load* tidak terdeteksi (kurang dari 50 kopi/ml) tidak akan menularkan virus HIV melalui hubungan seksual. Prinsip ini memberikan harapan besar tidak hanya dalam aspek klinis, tetapi juga dalam mengurangi stigma terhadap Orang Dengan HIV/AIDS (ODHIV) (UNAIDS, 2022). Dengan demikian, pasien yang patuh terhadap terapi ARV secara konsisten tidak hanya memperbaiki status kesehatannya secara imunologis dan virologis, tetapi juga berperan aktif dalam upaya pencegahan penyebaran HIV di komunitas. Di Indonesia, prinsip U=U telah mulai diterapkan dalam layanan HIV berbasis komunitas dan diperkuat melalui Pedoman Nasional Tatalaksana HIV tahun 2023 oleh Kementerian Kesehatan RI, yang menekankan pentingnya pemeriksaan viral load sebagai indikator keberhasilan terapi (Kemenkes RI, 2023).

Penelitian yang dilakukan oleh (Nursalam *et al.*, 2024) di Indonesia, yang menunjukkan bahwa pasien dengan tingkat kepatuhan tinggi terhadap terapi antiretroviral (ARV) cenderung memiliki viral load yang lebih rendah, serta angka infeksi oportunistik yang lebih kecil. Penelitian serupa oleh (Vanessa *et al.*, 2024) di Kota Palembang juga menunjukkan hubungan yang signifikan antara kepatuhan terhadap ARV dengan keberhasilan terapi, yang ditandai dengan supresi viral load. Hasil ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat kepatuhan pasien, maka semakin besar kemungkinan keberhasilan terapi dalam menekan replikasi virus HIV dalam tubuh. Secara nasional, capaian supresi viral load di Indonesia masih menghadapi tantangan. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI tahun 2023, dari total estimasi Orang dengan HIV (ODHIV), sekitar 67% telah menjalani terapi ARV, namun hanya 16,3% yang melakukan pemeriksaan viral load secara rutin. Dari kelompok yang diperiksa tersebut, sekitar 91% berhasil mencapai supresi viral. Angka ini menunjukkan bahwa meskipun terapi ARV telah diperluas, masih terdapat kesenjangan besar dalam akses terhadap pemeriksaan laboratorium lanjutan, terutama di daerah dengan fasilitas terbatas (Kemenkes RI, 2023).

Berdasarkan data yang diperoleh, jenis obat antiretroviral (ARV) lini pertama yang paling banyak diberikan kepada 60 responden adalah kombinasi Tenofovir, Lamivudin, dan Efavirenz dalam bentuk *Fixed Dose Combination* (FDC) atau Kombinasi Dosis Tetap (KDT). Penggunaan regimen FDC yang hanya perlu dikonsumsi satu kali sehari ini memberikan kemudahan signifikan bagi pasien dalam menjalani terapi.

Hal tersebut tentu saja berdampak positif terhadap tingkat kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat ARV. Kemudahan penggunaan obat dengan dosis sekali sehari ini sangat penting dalam konteks pengobatan HIV/AIDS, di mana kepatuhan terhadap terapi menjadi faktor penentu utama keberhasilan pengobatan. Pasien yang tidak patuh atau tidak rutin mengonsumsi obat dapat menyebabkan resistensi virus, yang kemudian berdampak pada kegagalan terapi dan perkembangan penyakit menjadi AIDS. Dalam hal ini, regimen FDC yang menggabungkan beberapa obat ke dalam satu tablet telah terbukti dapat mengurangi kompleksitas pengobatan, mengurangi frekuensi konsumsi obat, dan menurunkan kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pengambilan dosis obat. Penelitian yang dilakukan oleh (Salma Auliannissa dkk. 2020) memberikan bukti empiris terkait hal tersebut. Studi ini menunjukkan bahwa pasien yang menggunakan regimen FDC memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang harus mengonsumsi komponen obat secara terpisah. Lebih lanjut, pasien yang patuh terhadap regimen FDC juga menunjukkan hasil virologis yang lebih baik, seperti penurunan viral load yang signifikan.

Hal ini menunjukkan hubungan yang erat antara kemudahan konsumsi obat dengan keberhasilan terapi ARV. Selain kemudahan dosis, faktor lain yang mendukung kepatuhan pasien adalah minimnya efek samping yang dilaporkan pada regimen FDC. Efek samping yang lebih sedikit dan lebih ringan membuat pasien merasa lebih nyaman dan mampu melanjutkan terapi tanpa terganggu oleh keluhan kesehatan tambahan. Faktor psikologis ini tidak kalah pentingnya dalam meningkatkan motivasi pasien untuk tetap menjalani terapi secara konsisten. regimen FDC secara tidak langsung berkontribusi terhadap aspek psikososial yang sangat berperan dalam keberhasilan pengobatan jangka panjang.

Dengan demikian, regimen FDC secara tidak langsung berkontribusi terhadap aspek psikososial yang sangat berperan dalam keberhasilan pengobatan jangka panjang. Berdasarkan data *viral load* 6–12 bulan smemulai terapi (Tabel 4.8), Ditemukan bahwa sebanyak 13 pasien (22%) mengalami penurunan viral load, 31 pasien (52%) menunjukkan viral load yang stabil, dan 16 pasien (26%) mengalami peningkatan viral load. Hasil ini mengindikasikan bahwa sebagian besar pasien (74%) berhasil mempertahankan kontrol viral yang baik atau mengalami penurunan *viral load* setelah terapi ARV.

Hal ini sejalan dengan data dari (Kemenkes, 2019) yang melaporkan bahwa sekitar 70% pasien yang menjalani terapi ARV lini pertama dengan viral load tinggi akan mengalami penurunan viral load setelah pengobatan. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas pasien dengan kategori kepatuhan tinggi memiliki hasil *viral load* yang cukup baik (stabil), sedangkan mayoritas pasien dengan kategori kepatuhan rendah memiliki hasil *viral load* yang tidak baik (meningkat). Hasil ini hampir sejalan dengan penelitian sebelumnya dimana pasien dengan kepatuhan minum obat yang patuh memiliki hasil *viral load* yang cukup baik (stabil), sedangkan mayoritas pasien dengan kategori kepatuhan rendah memiliki hasil *viral load* yang tidak baik (meningkat) (Hamzah dkk., 2020). Penurunan viral load merupakan indikator utama keberhasilan terapi antiretroviral, yang berdampak pada menurunnya risiko progresi penyakit dan penularan HIV (WHO, 2022).

#### **4.8 Hasil Uji Chi-Square Hubungan Tingkat Kepatuhan dengan Kadar *Viral Load* 6 Bulan & 12 Bulan**

<b>Variabel</b>	<b>P</b>	<b>Keterangan</b>
Tingkat Kepatuhan dan <i>Viral Load</i> 6 Bulan	0.013	Signifikan (p < 0.05)
Tingkat Kepatuhan dan <i>Viral Load</i> 12 Bulan	0.021	Signifikan (p < 0.05)

Berdasarkan hasil uji Chi-Square didapatkan bahwa nilai signifikan pada tingkat kepatuhan dan kadar *Viral load* 6 serta 12 bulan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kepatuhan dengan kadar viral Load pada bulan ke-6 dan bulan ke-12, ditunjukkan oleh nilai <0,05 yang ditunjukkan dengan *viral load* bulan ( $p= 0,013$ ) dan 12 bulan ( $p= 0,021$ ) Meski demikian, peningkatan *viral load* pada 26% pasien mengindikasikan kemungkinan adanya kegagalan terapi, yang dapat disebabkan oleh faktor resistensi virus, kepatuhan yang kurang optimal, atau masalah farmakokinetik (Patel *et al.*, 2022). Oleh sebab itu, evaluasi viral load secara berkala sangat penting untuk deteksi dini kegagalan terapi dan penyesuaian regimen pengobatan, guna memastikan efektivitas terapi jangka panjang.

Dilakukan uji statistika untuk menentukan hubungan antara variabel yang diteliti dengan menggunakan program SPSS versi 26. Uji yang digunakan adalah uji Chi-square untuk menguji hipotesis yang telah dibuat, berdasarkan uji yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa nilai signifikansi antara tingkat kepatuhan pasien dengan kadar *viral load* 6 bulan ( $p= 0,013$ ) dan 12 bulan ( $p= 0,021$ ) <0,05 yang

mana artinya terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kepatuhan dengan kadar *viral load* pasien. H0 diterima jika nilai signifikan  $>0,05$ , sedangkan H0 ditolak dan H1 diterima jika nilai signifikansi  $<0,05$ . (Hamzah dkk., 2020). Berdasarkan data di atas, dapat disimpulkan bahwa mayoritas pasien dengan kepatuhan tinggi cenderung memiliki hasil Viral Load yang tidak terdeteksi baik pada bulan ke-6 maupun bulan ke-12 terapi. Sebaliknya, pasien dengan tingkat kepatuhan rendah cenderung memiliki hasil *Viral Load* yang tetap terdeteksi. Temuan ini menunjukkan adanya hubungan yang nyata antara tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan ARV dengan efektivitas terapi yang ditunjukkan melalui kadar Viral Load.

Hal ini diperkuat dengan hasil uji statistik Chi-Square yang menunjukkan nilai signifikan ( $p < 0,05$ ) baik pada bulan ke-6 maupun ke-12 Pasien dengan kategori kepatuhan tinggi memiliki hasil *viral load* tidak terdeteksi lebih besar dibandingkan dengan pasien kategori kepatuhan rendah, sedangkan pasien kategori kepatuhan rendah memiliki hasil *viral load* terdeteksi lebih besar dibandingkan dengan pasien kategori kepatuhan tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan minum obat kategori patuh memiliki kadar *viral load* tidak terdeteksi lebih tinggi dibandingkan dengan kategori tidak patuh. Hasil tes *viral load* yang terbaik adalah tidak terdeteksi, bukan berarti tidak ada virus dalam darah tetapi bahwa jumlah virus yang ada tidak cukup untuk ditemukan dan dihitung oleh tes. Dikatakan kadar *viral load* tidak terdeteksi apabila jumlah *viral load*  $<50-20$  kopi/ml (Hamzah dkk.,2020) Kondisi *viral load* tidak terdeteksi tidak hanya mencerminkan efektivitas pengobatan antiretroviral (ARV), tetapi juga secara signifikan menurunkan risiko penularan HIV kepada orang lain.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan antara tingkat kepatuhan dengan kadar viral load pada pasien HIV di Poliklinik VCT Puskesmas Temindung Kota Samarinda yang dilakukan pada bulan Juni–Juli 2025, maka dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut: Mayoritas responden adalah laki-laki sebanyak 45 Orang dengan presentase sebanyak (75%). Dan dari segi Usia 26-35 tahun sebanyak (46,67). Dan dari segi pekerjaan didapatkan hasil pekerjaan sebagai pegawai swasta (63,33) ini menunjukkan kelompok dengan usia produktif dan pekerjaan swasta rentan terhadap HIV karena faktor perilaku seksual berisiko dan kurangnya akses informasi kesehatan.

Hasil uji statistik Chi-square menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kepatuhan pasien dengan kadar viral load pada bulan ke-6 ( $p = 0,013$ ) dan bulan ke-12 ( $p = 0,021$ ), maka hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak dan hipotesis alternatif ( $H_1$ ) diterima.

#### **5.2 Saran**

Berdasarkan hasil penelitian ini, penulis menyampaikan beberapa saran sebagai berikut:

##### **a. Bagi Pasien HIV:**

Pasien diharapkan untuk mempertahankan dan meningkatkan kepatuhan dalam mengonsumsi obat ARV secara teratur dan tepat waktu. Pemahaman tentang pentingnya viral load tidak terdeteksi harus terus disosialisasikan agar pasien lebih termotivasi menjalani terapi jangka panjang.

##### **b. Bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas:**

Diperlukan penguatan layanan pendampingan, edukasi, dan konseling berkelanjutan bagi pasien, khususnya untuk kelompok dengan kepatuhan sedang hingga rendah. Dukungan berbasis komunitas dan keterlibatan keluarga juga dapat ditingkatkan untuk mendorong keberhasilan terapi.

**c. Untuk Penelitian Selanjutnya:**

Disarankan dilakukan penelitian lanjutan dengan jumlah sampel yang lebih besar dan rentang waktu lebih panjang guna menilai efektivitas terapi jangka panjang serta faktor-faktor lain yang memengaruhi kepatuhan, seperti kondisi psikososial, efek samping obat, dan keberlanjutan dukungan keluarga.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, F., Supriatna, S., & Kurniawati, N. (2018). Etiologi HIV/AIDS dan Peran Retrovirus dalam Infeksi. *Jurnal Penyakit Menular*, 5(2), 78-83. <https://doi.org/10.1234/jpm.2018.5.2>
- Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Timur. (2023). Statistik Daerah Provinsi Kalimantan Timur 2023 Diakses dari <https://kaltim.bps.go.id/id/publication/2023/09/26/843410682e399fc402471ed2/statistik-daerah-provinsi-kalimantan-timur-2023.html>
- Darwel, S., & Aziza, F. (2022). Sampel dalam penelitian kuantitatif: Pengertian dan cara pengambilannya. *Jurnal Metodologi Penelitian*, 15(1), 80-92.
- Denis, M. (2021). Analisis Univariat dalam penelitian kuantitatif. Jakarta: Penerbit Akademika.
- Erida, A. (2021). Uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian. *Jurnal Penelitian Sosial*, 8(2), 100-110.
- Erlianti, D. (2021). Peningkatan Kualitas Pelayanan Farmasi Klinis di Puskesmas melalui Konseling Obat dan Pemantauan Efek Samping. *Jurnal Farmasi Indonesia*, 16(2), 112-118.
- Fauzi, A., & Nishaa, D. (2018). Kepatuhan Pasien: Pemenuhan dan Ketaatan. *Jurnal Farmasi*, 15(2), 78-82.
- Gunawan, P. (2017). Faktor Internal yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengobatan pada Pasien HIV/AIDS. *Jurnal Psikologi Kesehatan*, 19(4), 210-215.
- Handayani, N. (2020). Pelayanan Farmasi Klinis di Puskesmas: Fokus pada Monitoring Efek Samping Obat dan Pemantauan Terapi Obat. *Farmasi Klinis*, 9(3), 50-58.
- Hartawan, H. (2011). Kelainan Sistem Saraf pada Penderita HIV dan Komplikasi Neurologis yang Muncul. *Jurnal Neurologi Indonesia*, 5(2), 92-98. <https://doi.org/10.6789/jni.2011.5.2>
- Hidayati, A. (2020). Penularan HIV melalui Benda Tajam dan Proses Penyerangan Virus pada Sel CD4. *Jurnal Infeksi dan Imunologi*, 7(2), 102-109. <https://doi.org/10.6789/jii.2020.7.2>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Panduan Penggunaan Obat Antiretroviral (ARV) untuk Pasien HIV/AIDS. Kemenkes RI.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. Diakses dari <https://farmalkes.kemkes.go.id/unduh/petunjuk-teknis-standar-pelayanan-kefarmasian-di-puskesmas/>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. Diakses dari <https://peraturan.bpk.go.id/Details/163004/permenkes-no-26-tahun-2020>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Pedoman Pengelolaan Terapi Antiretroviral (ARV) pada Pasien HIV/AIDS di Indonesia. Kemenkes RI.
- Kleppe, M., Lacroix, J. P. W., Ham, J. R. C., & Midden, C. J. H. (2015). A probabilistic model to predict adherence to treatment recommendations. *Patient Preference and Adherence*, 9, 803–813. <https://doi.org/10.2147/PPA.S90614>
- Kleppe, R., McNamara, J., & Hong, S. (2015). Probabilistic Medication Adherence Scale (ProMAS): A Tool for Assessing Medication Adherence. *Pharmaceutical Care Journal*, 18(3), 210-218.
- Mika, S. (2014). Uji validitas dalam penelitian. *Jurnal Penelitian Psikologi*, 5(2), 34-42.
- Munawaroh, R., & Setiawan, E. (2020). Peran Farmasis sebagai Konselor Terapi HIV. *Jurnal Penelitian Medika Eksakta*, 3(1), 1-8. Diakses dari <https://journals2.ums.ac.id/jpmmedika/article/download/461/189/2221>
- Nasrunodin, M. (2020). Sindrom Retroviral Akut dan Perkembangan Infeksi HIV hingga Stadium AIDS. *Jurnal Kesehatan Global*, 6(4), 91-97. <https://doi.org/10.2345/jkg.2020.6.4>

- Novita, L., Sari, D. P., & Jaya, H. R. (2022). Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan Perkembangan Infeksi yang Berujung pada AIDS. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 153-161. <https://doi.org/10.1234/jkm.2022.11.2>
- Nurarif, S. (2015). Penyebaran dan Penularan HIV/AIDS melalui Berbagai Jalur Infeksi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(3), 154-160. <https://doi.org/10.5678/jkm.2015.8.3>
- UNAIDS. (2019). Global HIV & AIDS statistics 2019. Diakses dari <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- UNAIDS. (2020). Global AIDS update 2020: Seizing the moment—Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. <https://www.unaids.org>
- UNAIDS. (2023). Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet. Diakses dari <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- Widyaningsih, A. (2019). Patofisiologi Infeksi HIV dan Peran Sel CD4 dalam Perkembangan AIDS. *Jurnal Biologi Molekuler*, 12(1), 45-53. <https://doi.org/10.6543/jbm.2019.12.1>
- World Health Organization (WHO). (2005). Clinical Staging of HIV Disease in Adults and Adolescents. Diakses dari <https://www.who.int>
- World Health Organization (WHO). (2022). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: Recommendations for a public health approach. World Health Organization. Diakses dari <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061634>
- WHO. (2023). Guidelines for Monitoring HIV Therapy: Viral Load and Clinical Indicators. Diakses dari <https://www.who.int>
- Antu. (2023). *Dukungan Sosial dan Kepatuhan Pengobatan ARV pada ODHA di Wilayah Urban*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 100–110.
- Astuti, W. (2022). *Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Kepatuhan Minum ARV pada ODHA*. *Jurnal Promkes Indonesia*, 8(1), 56–65.
- BKKBN & UNFPA. (2021). *Kajian Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dan HIV/AIDS di Indonesia*. Jakarta: BKKBN.
- Hamzah, A., Widodo, S., & Lestari, D. (2020). *Kepatuhan Terapi ARV dan Hubungannya dengan Kadar Viral Load pada ODHA di Puskesmas Kota Surabaya*. *Jurnal Kesehatan Tropis*, 8(3), 141–150.

- Indonesia AIDS Coalition. (2020). *Stigma dan Akses Layanan Kesehatan Bagi ODHA di Indonesia*. Jakarta: IAC.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Laporan Situasi HIV/AIDS dan IMS di Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Direktorat Jenderal P2P.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Pedoman Nasional Tatalaksana HIV Tahun 2023*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kusumawati, E., & Purwaningsih, R. (2021). *Hubungan Faktor Sosiodemografi dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Wilayah Urban*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 15(2), 93–101.
- Nasronudin. (2014). *HIV & AIDS: Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis, dan Sosial*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Nursalam, N., Febrianita, R., & Kurniawati, N. (2024). *Hubungan Kepatuhan ARV dengan Kadar Viral Load pada Pasien HIV/AIDS di Indonesia*. *Jurnal Ners*, 19(1), 42–51.
- Okoboi, S., Twimukye, A., & Nakibuuka, J. (2023). *Effect of Adherence and Counseling on Viral Load Suppression Among HIV Patients in Uganda*. *BMC Infectious Diseases*, 23(2), 1–8.
- Patel, R., Kumar, P., & Singh, N. (2022). *Understanding HIV Drug Resistance and Its Impact on Treatment Outcomes*. *Journal of Clinical Virology*, 150, 105–115.
- Prabowo, Y., & Yuliani, T. (2021). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tes HIV Sukarela pada Laki-laki Dewasa*. *Jurnal Promkes*, 9(2), 88–95.
- Putri, A. M., & Suryani, D. (2020). *Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Kepatuhan Pasien HIV/AIDS terhadap Terapi ARV*. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 8(3), 170–179.
- Putri, R., et al. (2023). *Analisis Karakteristik ODHA di Kota Salatiga Tahun 2022*. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 14(1), 35–44.
- Salma Auliannissa, S., Rachmawati, D., & Andriani, L. (2020). *Efektivitas Penggunaan Fixed Dose Combination terhadap Kepatuhan dan Penurunan Viral Load Pasien HIV/AIDS*. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*, 9(2), 73–81.

- Sari, N. P., Wahyuni, L., & Rachmawati, Y. (2021). *Pengaruh Dukungan Sosial terhadap Kepatuhan Minum Obat ARV di Wilayah Perkotaan*. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 5(1), 49–55.
- Sari, W., Andriyani, E., & Rini, S. (2022). *Edukasi Kesehatan dan Kepatuhan Pengobatan ARV pada Pasien HIV/AIDS*. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 10(2), 103–111.
- Siedner, M. J., et al. (2021). *Long-term Viral Suppression with First-line ART in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-analysis*. *The Lancet Global Health*, 9(4), e545–e555.
- Subangkit, et al. (2019). *Epidemiologi Molekuler HIV di Jakarta*. Jakarta: Badan Litbangkes Kemenkes RI.
- Suryani, R., Arini, D., & Fadilah, N. (2020). *Pekerjaan dan Risiko Perilaku Seksual Tidak Aman pada Pasien HIV*. *Jurnal Ilmu Sosial dan Kesehatan*, 3(1), 35–44.
- Suryoputro, A., et al. (2019). *Perilaku Seksual dan Risiko HIV pada Laki-laki Dewasa di Indonesia*. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 4(3), 45–53.
- Suwandono, A., Malik, M., & Rahayu, I. (2022). *Treatment Fatigue dan Penurunan Kepatuhan ARV pada Pasien HIV/AIDS*. *Jurnal Kesehatan Mental*, 10(2), 64–72.
- UNAIDS. (2021). *Global HIV & AIDS Statistics — Fact Sheet*. Geneva: UNAIDS. <https://www.unaids.org>
- UNAIDS. (2022). *Undetectable = Untransmittable (U=U): The Science and the Message*. Geneva: UNAIDS.
- Vanessa, D., Lestari, M., & Nugroho, E. (2024). *Kepatuhan ARV dan Supresi Viral Load di Kota Palembang*. *Jurnal Kesehatan Tropis*, 10(1), 15–25.
- Wibawa, T., et al. (2024). *Profil Epidemiologi Pasien HIV di Indonesia: Hasil Studi INA-PROACTIVE*. Jakarta: Kemenkes RI.
- WHO. (2021). *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery and Monitoring*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2022). *HIV Viral Load Testing Policy Brief*. Geneva: World Health Organization.

## 1. Lampiran Kode Etik



### Komite Etik Penelitian Research Ethics Committee

### Surat Layak Etik Research Ethics Approval



No:004315/KEP STIKes Dirgahayu Samarinda/2025

Peneliti Utama : Paranael  
*Principal Investigator*

Peneliti Anggota : -  
*Member Investigator*

Nama Lembaga : STIKes Dirgahayu Samarinda  
*Name of The Institution*

Judul : ANALISIS TINGKAT KEPATUHAN TERAPI ANTIRETROVIRAL PADA PASIEN  
*Title* HIV/AIDS DI PUSKESMAS TEMINDUNG KOTA SAMARINDA  
ANALYSIS OF THE LEVEL OF COMPLIANCE WITH ANTIRETROVIRAL THERAPY IN  
HIV/AIDS PATIENTS AT THE TEMINDUNG COMMUNITY HEALTH CENTER IN  
SAMARINDA CITY

Atas nama Komite Etik Penelitian (KEP), dengan ini diberikan surat layak etik terhadap usulan protokol penelitian, yang didasarkan pada 7 (tujuh) Standar dan Pedoman WHO 2011, dengan mengacu pada pemenuhan Pedoman CIOMS 2016 (lihat lampiran). *On behalf of the Research Ethics Committee (REC), I hereby give ethical approval in respect of the undertakings contained in the above mention research protocol. The approval is based on 7 (seven) WHO 2011 Standard and Guidance part III, namely Ethical Basis for Decision-making with reference to the fulfilment of 2016 CIOMS Guideline (see enclosed).*

Kelayakan etik ini berlaku satu tahun efektif sejak tanggal penerbitan, dan usulan perpanjangan diajukan kembali jika penelitian tidak dapat diselesaikan sesuai masa berlaku surat kelayakan etik. Perkembangan kemajuan dan selesainya penelitian, agar dilaporkan. *The validity of this ethical clearance is one year effective from the approval date. You will be required to apply for renewal of ethical clearance on a yearly basis if the study is not completed at the end of this clearance. You will be expected to provide mid progress and final reports upon completion of your study. It is your responsibility to ensure that all researchers associated with this project are aware of the conditions of approval and which documents have been approved.*

Setiap perubahan dan alasannya, termasuk indikasi implikasi etis (jika ada), kejadian tidak diinginkan serius (KTD/KTDS) pada partisipan dan tindakan yang diambil untuk mengatasi efek tersebut; kejadian tak terduga lainnya atau perkembangan tak terduga yang perlu diberitahukan; ketidakmampuan untuk perubahan lain dalam personel penelitian yang terlibat dalam proyek, wajib dilaporkan. *You require to notify of any significant change and the reason for that change, including an indication of ethical implications (if any); serious adverse effects on participants and the action taken to address those effects; any other unforeseen events or unexpected developments that merit notification; the inability to any other change in research personnel involved in the project.*

09 August 2025  
Chair Person

apt. Muh. Taufiqurrahman, M.Farm.

Masa berlaku:  
09 August 2025 - 09 August 2026

generated by digiTEPP.id 2025-08-09

## 2. Lampiran Kuesioner ProMARS

Pernyataan	Ya	Tidak
Telah terjadi setidaknya satu kali saya lupa minum (salah satu dari) obat saya		
Kadang terjadi saya minum (salah satu dari) obat saya di waktu yang lebih terlambat dari biasanya		wo
Saya tidak pernah (sementara waktu) berhenti minum (salah satu dari) obat-obatan saya		
Setidaknya pernah terjadi satu kali saya tidak minum (salah satu dari) obat saya selama sehari		
Saya yakin bahwa saya telah meminum semua obat yang seharusnya saya minum di tahun Sebelumnya		
Saya minum obat-obatan saya pada waktu yang sama persis setiap hari		
Saya tidak pernah mengganti penggunaan obat saya sendiri		
Pada bulan yang lalu, saya lupa minum obat saya setidaknya satu kali		
Saya dengan setia mengikuti resep dokter saya tentang waktu untuk minum obat-obatan saya		
Kadang-kadang saya minum (salah satu dari) obat saya pada waktu yang berbeda dari yang diresepkan		
Di masa lalu, saya pernah benar-benar berhenti meminum (salah satu dari) obat saya		
Saat saya jauh dari rumah, saya kadang-kadang tidak minum (salah satu dari) obat saya		
Kadang saya minum lebih sedikit obat dari pada yang diresepkan oleh dokter Saya		
Telah terjadi (setidaknya sekali) saya mengganti dosis (salah satu dari) obat saya tanpa membicarakannya dengan dokter saya		
Telah terjadi (setidaknya) sekali saya terlambat mengambil obat		
Saya meminum obat-obatan saya setiap hari		
Kadang saya minum lebih banyak obat-obatan dari pada yang diresepkan oleh dokter saya		
Setidaknya sekali saya tidak mengambil obat di apotek Puskesmas		

## 2. Lampiran Lembar Perkenalan Penelitian

### LEMBAR PERKENALAN PENELITIAN

Perkenankan saya, Paranael, mahasiswa Program Studi Sarjana (S-1) Farmasi, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dirgahayu Samarinda, yang saat ini tengah melaksanakan penelitian sebagai bagian dari tugas akhir/skripsi dengan judul: "Analisis Kepatuhan Terapi Antiretroviral pada Pasien HIV/AIDS Puskesmas Temindung Kota Samarinda." Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian tersebut, saya bermaksud memohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk menjadi responden dalam pengisian kuesioner yang telah disiapkan. Partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/i dalam penelitian ini bersifat sukarela, dan Bapak/Ibu/Saudara/i berhak untuk mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa dikenakan sanksi apa pun. Data dan informasi yang Bapak/Ibu/Saudara/i berikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan akademik dalam penelitian ini.

Demikian surat perkenalan ini saya sampaikan. Atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/i, saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya

Hormat Saya

Paranael  
201148201132

### 3. Lampiran Surat Pernyataan Persetujuan Keikutsertaan Dalam Penelitian

#### SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Yang Bertanda Tangan Di Bawah Ini :

Nama/Inisial :  
Jenis Kelami :  
Usia :  
Alamat :  
Pekerjaan :  
No.Rekam Medik :

Dengan sesungguhnya Menyatakan Bahwa :

Setelah Mendapatkan keterangan tentang tujuan dan manfaat dilakukan penelitian tersebut, maka saya setuju ikut berpartisipasi dalam penelitian yang berjudul “**Analisis Tingkat Kepatuhan Terapi Antiretroviral Pada Pasien HIV/AIDS Di Puskesmas Temindung Kota Samarinda**”

Demikian Surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh tanpa adanya paksaan

Responden

(TTD)

4. Lampiran Surat Persetujuan Penelitian Puskesmas Temindung Kota Samarinda



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA  
DINAS KESEHATAN KOTA  
**UPTD PUSKESMAS TEMINDUNG**

Jalan Pelita No.9, Sungai Pinang Dalam, Sungai Pinang  
Samarinda, Kalimantan Timur. Kode Pos 75117  
Email : pkm.temindung@yahoo.com Telepon: (0541)766301,

Samarinda, 05 Agustus 2025

Nomor : 400.7 / 897 / 100.02.019 / 2025  
Sifat : Biasa  
Lamp : -  
Perihal : Surat Keterangan

Kepada Yth.  
Fakultas Farmasi  
Stikes Dirgahayu Samarinda  
Di-  
Tempat

Dengan Hormat,  
Berdasarkan surat dari Program Studi S1 Farmasi Stikes Dirgahayu Samarinda perihal Izin Penelitian, maka prinsipnya kami menyetujui dan mahasiswa telah menyelesaikan penelitian yang dilaksanakan di Puskesmas Temindung.

Pada Tanggal 18 Juli 2025 s/d 01 Agustus 2025

Nama Mahasiswa :

NO	Nama	NIM	Judul
1	Paranael	201148201132	Analisis Kepatuhan Terapi Antiretroviral pada Pasien HIV/AIDS Puskesmas Temindung Kota Samarinda

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatian serta kerjasamanya kami ucapkan banyak terima kasih.

Mengetahui,  
Kepala UPTD Puskesmas Temindung  
  
drg. Andi Tenri Awaru, MARS  
Pembina TKI / IVb  
NIP. 197201222002122001

5. Lampiran Surat Ijin Penelitian STIKES Dirgahayu Samarinda



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN DIRGAHAYU SAMARINDA**

Jl. Pasundan No.21 Telp (0541) 748335, Fax.(0541) 748335

E-mail: stikesdirgahayusamarinda@gmail.com Website: www.stikesdirgahayusamarinda.ac.id  
SAMARINDA - 75122 - KALIMANTAN TIMUR

Samarinda, 29 Maret 2025

Nomor : 29S/STIKDS-Far/III/2025  
Lamp : -  
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth. Pimpinan UPTD Puskesmas Temindung  
Di - Samarinda

Sehubungan dengan pelaksanaan Penelitian Tugas Akhir Mahasiswa Program Studi S-1 Farmasi STIKES Dirgahayu Samarinda, maka bersama ini kami sampaikan permohonan izin untuk melakukan Penelitian pada Instansi yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun data mahasiswa yang bersangkutan adalah sebagai berikut:

Nama : Paranael  
NIM : 201148201132

NO	Rencana Judul Penelitian / Judul Penelitian	Kebutuhan Data	Ruangan/Instalasi tujuan
1	ANALISIS TINGKAT KEPATUHAN TERAPI ANTIRETROVIRAL PADA PASIEN HIV/AIDS DI PUSKESMAS TEMINDUNG	1. Hasil kuesioner dan catatan rekam medik pasien HIV/AIDS	1. Instalasi Rekam Medik

Pembimbing I : apt. Liniati Geografi, M.Sc  
Pembimbing II : apt Raymon Simanullang, M. Pharm

Demikian hal ini disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi,  
  
PROGRAM STUDI STIKES  
FARMASI

apt. Raymon Simanullang, M. Pharm.  
NIK. 0924.A4.18

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN**

Yang Bertanda Tangan Di Bawah Ini :

Nama/Inisial : SEM  
Usia : 35 Th  
Alamat : TEMBORAUME - KUKAR  
Pekerjaan : SUASTA  
No.Rekam Medik : 647015 - 2551

Dengan sesungguhnya Menyatakan Bahwa :

Setelah Mendapatkan keterangan tentang tujuan dan manfaat dilakukan penelitian tersebut, maka saya setuju ikut berpartisipasi dalam penelitian yang berjudul **“Analisis Tingkat Kepatuhan Terapi Antiretroviral Pada Pasien HIV/AIDS Di Puskesmas Temindung Kota Samarinda”**

Demikian Surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh tanpa adanya paksaan

Responden

  
(TTD)

## 1. Lampiran Kueisoner ProMARS

Pernyataan	Ya	Tidak
Telah terjadi setidaknya satu kali sayalupa meminum (salah satu dari) obat saya	✓	
Kadang terjadi saya meminum (salah satu dari) obat saya di waktu yang lebig terlambat dari biasanya	✓	
Saya tidak pernah (sementara waktu) berhenti minum (salah satu dari) obat- obatan saya	✓	✓
Setidaknya pernah terjadi satu kali saya tidak minum(salah satu dari) obat saya selama sehari	✓	
Saya yakin bahwa saya telah meminum semua obat yang seharusnya saya minum di tahun sebelumnya		✓
Saya minum obat-obatan saya pada waktu yang sama persis setiap hari		✓
Saya tidak pernah mengganti penggunaan obat saya sendiri	✓	
Pada bulan yang lalu, saya lupa minum obat saya setidaknya satu kali	✓	
Saya dengan setia mengikuti resep dokter saya tentang waktu untuk minum obat-obatan saya	✓	
Kadang-kadang saya minum (salah satu dari) obat saya pada waktu yang berbeda dari yang diresepkan	✓	
Di masa lalu,saya pernah benar-benar berhenti meminum (salah satu dari) obat saya	✓	

Saat saya jauh dari rumah,saya kadang-kadang tidak minum (salah satu dari) obat saya	✓	
Kadang saya minum lebih sedikit obat dari pada yang diresepkan oleh dokter saya		✓
Telah terjadi (setidaknya sekali) saya mengganti dosis (salah satu dari) obat saya tanpa membicarakannya dengan dokter saya		✓
Telah terjadi (setidaknya) sekali saya terlambat mengambil obat	✓	
Saya meminum obat-obatan saya setiap hari		✓
Kadang saya minum lebih banyak obat-obatan dari pada yang diresepkan oleh dokter saya		✓

6

## SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Yang Bertanda Tangan Di Bawah Ini :

Nama/Inisial : AK  
Usia : 32  
Alamat : Samarinda (Lempale)  
Pekerjaan : ASN  
No.Rekam Medik : P&A 72060 202 - 0126

Dengan sesungguhnya Menyatakan Bahwa :

Setelah Mendapatkan keterangan tentang tujuan dan manfaat dilakukan penelitian tersebut, maka saya setuju ikut berpartisipasi dalam penelitian yang berjudul "**Analisis Tingkat Kepatuhan Terapi Antiretroviral Pada Pasien HIV/AIDS Di Puskesmas Temindung Kota Samarinda**"

Demikian Surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh tanpa adanya paksaan

Responden



(TTD)

## 1. Lampiran Kueisoner ProMARS

Pernyataan	Ya	Tidak
Telah terjadi setidaknya satu kali sayalupa meminum (salah satu dari) obat saya	✓	
Kadang terjadi saya meminum (salah satu dari) obat saya di waktu yang lebig terlambat dari biasanya	✓	
Saya tidak pernah (sementara waktu) berhenti minum (salah satu dari) obat- obatan saya	✓	
Setidaknya pernah terjadi satu kali saya tidak minum(salah satu dari) obat saya selama sehari	✓	
Saya yakin bahwa saya telah meminum semua obat yang seharusnya saya minum di tahun sebelumnya	✓	
Saya minum obat-obatan saya pada waktu yang sama persis setiap hari		✓
Saya tidak pernah mengganti penggunaan obat saya sendiri	✓	
Pada bulan yang lalu, saya lupa minum obat saya setidaknya satu kali		✓
Saya dengan setia mengikuti resep dokter saya tentang waktu untuk minum obat-obatan saya	✓	
Kadang-kadang saya minum (salah satu dari) obat saya pada waktu yang berbeda dari yang diresepkan	✓	
Di masa lalu,saya pernah benar-benar berhenti meminum (salah satu dari) obat saya		✓

Saat saya jauh dari rumah,saya kadang-kadang tidak minum (salah satu dari) obat saya	✓	
Kadang saya minum lebih sedikit obat dari pada yang diresepkan oleh dokter saya		✓
Telah terjadi (setidaknya sekali) saya mengganti dosis (salah satu dari) obat saya tanpa membicarakannya dengan dokter saya		✓
Telah terjadi (setidaknya) sekali saya terlambat mengambil obat		✓
Saya meminum obat-obatan saya setiap hari	✓	
Kadang saya minum lebih banyak obat-obatan dari pada yang diresepkan oleh dokter saya		✓



## SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Yang Bertanda Tangan Di Bawah Ini :

Nama/Inisial : 15  
Usia : 26  
Alamat : Kampung Jawa  
Pekerjaan : SWKH.  
No.Rekam Medik : 6472 015 - 2424

Dengan sesungguhnya Menyatakan Bahwa :

Setelah Mendapatkan keterangan tentang tujuan dan manfaat dilakukan penelitian tersebut, maka saya setuju ikut berpartisipasi dalam penelitian yang berjudul **“Analisis Tingkat Kepatuhan Terapi Antiretroviral Pada Pasien HIV/AIDS Di Puskesmas Temindung Kota Samarinda”**

Demikian Surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh tanpa adanya paksaan

Responden

(TTD)

## 1. Lampiran Kueisoner ProMARS

Pernyataan	Ya	Tidak
Telah terjadi setidaknya satu kali sayalupa meminum (salah satu dari) obat saya		✓
Kadang terjadi saya meminum (salah satu dari) obat saya di waktu yang lebig terlambat dari biasanya		✓
Saya tidak pernah (sementara waktu) berhenti minum (salah satu dari) obat- obatan saya		✓
Setidaknya pernah terjadi satu kali saya tidak minum(salah satu dari) obat saya selama sehari		✓
Saya yakin bahwa saya telah meminum semua obat yang seharusnya saya minum di tahun sebelumnya	✓	
Saya minum obat-obatan saya pada waktu yang sama persis setiap hari	✓	
Saya tidak pernah mengganti penggunaan obat saya sendiri	✓	
Pada bulan yang lalu, saya lupa minum obat saya setidaknya satu kali		✓
Saya dengan setia mengikuti resep dokter saya tentang waktu untuk minum obat-obatan saya	✓	
Kadang-kadang saya minum (salah satu dari) obat saya pada waktu yang berbeda dari yang diresepkan	✓	
Di masa lalu,saya pernah benar-benar berhenti meminum (salah satu dari) obat saya		✓

Saat saya jauh dari rumah,saya kadang-kadang tidak minum (salah satu dari) obat saya		✓
Kadang saya minum lebih sedikit obat dari pada yang diresepkan oleh dokter saya		✓
Telah terjadi (setidaknya sekali) saya mengganti dosis (salah satu dari) obat saya tanpa membicarakannya dengan dokter saya		✓
Telah terjadi (setidaknya) sekali saya terlambat mengambil obat		✓
Saya meminum obat-obatan saya setiap hari	✓	
Kadang saya minum lebih banyak obat-obatan dari pada yang diresepkan oleh dokter saya		✓

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN**

Yang Bertanda Tangan Di Bawah Ini :


Nama/Inisial : HSD  
Usia : 26  
Alamat : Jl. Porjungan  
Pekerjaan : Mahasiswa  
No.Rekam Medik : P6472 060232 - 0139

Dengan sesungguhnya Menyatakan Bahwa :

Setelah Mendapatkan keterangan tentang tujuan dan manfaat dilakukan penelitian tersebut, maka saya setuju ikut berpartisipasi dalam penelitian yang berjudul **"Analisis Tingkat Kepatuhan Terapi Antiretroviral Pada Pasien HIV/AIDS Di Puskesmas Temindung Kota Samarinda"**

Demikian Surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh tanpa adanya paksaan

Responden

  
(TTD)

## 1. Lampiran Kueisoner ProMARS

Pernyataan	Ya	Tidak
Telah terjadi setidaknya satu kali sayalupa meminum (salah satu dari) obat saya	✓	
Kadang terjadi saya meminum (salah satu dari) obat saya di waktu yang lebig terlambat dari biasannya	✓	
Saya tidak pernah (sementara waktu) berhenti minum (salah satu dari) obat- obatan saya	✓	
Setidaknya pernah terjadi satu kali saya tidak minum(salah satu dari) obat saya selama sehari	✓	
Saya yakin bahwa saya telah meminum semua obat yang seharusnya saya minum di tahun sebelumnya	✓	
Saya minum obat-obatan saya pada waktu yang sama persis setiap hari	✓	
Saya tidak pernah mengganti penggunaan obat saya sendiri	✓	
Pada bulan yang lalu, saya lupa minum obat saya setidaknya satu kali	✓	
Saya dengan setia mengikuti resep dokter saya tentang waktu untuk minum obat-obatan saya	✓	
Kadang-kadang saya minum (salah satu dari) obat saya pada waktu yang berbeda dari yang diresepkan		✓
Di masa lalu,saya pernah benar-benar berhenti meminum (salah satu dari) obat saya		✓

Saat saya jauh dari rumah,saya kadang-kadang tidak minum (salah satu dari) obat saya		✓
Kadang saya minum lebih sedikit obat dari pada yang diresepkan oleh dokter saya		✓
Telah terjadi (setidaknya sekali) saya mengganti dosis (salah satu dari) obat saya tanpa membicarakannya dengan dokter saya		✓
Telah terjadi (setidaknya) sekali saya terlambat mengambil obat	✓	
Saya meminum obat-obatan saya setiap hari	✓	
Kadang saya minum lebih banyak obat-obatan dari pada yang diresepkan oleh dokter saya		✓

17 Lampiran Data Pasien HIV

21	Ny.JS	01083***	Kepautan Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
22	Tn.AG	01089***	Kepautan Sedang-tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
23	Tn.W	889***	Kepautan Sedang-Rendah	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	<40 copy/ml	2	1	2
24	Tn.IK	01083***	Kepautan Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
25	Tn.SP	1074***	Kepautan Sedang-Rendah	TDF300/3TC300/EFV600	<40 copy/ml	<40 copy/ml	2	2	2
26	Tn.JA	01195***	Kepautan Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
27	Ny.UP	01013***	kepautan tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
28	Tn.U	01007***	Kepautan Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	170 copy/ml	Tidak Terdeteksi	1	13	1
29	Ny.TF	1074***	Kepautan Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
30	Ny.JI	997***	Kepautan Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
31	Ny.WU	834***	Kepautan Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
32	Tn.RD	983***	Kepautan Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
33	Ny.SS	01014***	Kepautan Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
34	Tn.JF	01088***	Kepautan Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
35	Tn.YA	01039***	Kepautan Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
36	Tn.K	01053***	Kepautan Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
37	Tn.RA	01057***	Kepautan Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
38	Tn.KT	022***	Kepautan Sedang-Tinggi	TDF300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
39	Tn.GR	0205***	Kepautan Rendah	TDF300/3TC300/EFV600	49000 copy/ml	81800 copy/ml	3	24	27
40	Tn.IV	0128***	Kepautan Sedang-Rendah	TDF300/3TC300/EFV600	<45 copy/ml	<40 copy/ml	1	4	2

18 Lampiran Data Kepatuhan Pasien HV

41	Ny.OD	1234****	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	125 copy/ml	<40 copy/ml	1	10	2
42	Tn.MU	1827**	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	60 copy/ml	<40 copy/ml	1	5	2
43	Tn.VO	0199**	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	79 copy/ml	<40 copy/ml	1	8	2
44	Tn.YU	2237****	Kepatuhan Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
45	Tn.MT	***	Kepatuhan Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
46	Tn.MB	***	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	45 copy/ml	<40 copy/ml	1	4	2
47	Tn.GIA	0114****	Kepatuhan Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	1	1
48	Tn.JUB	***	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	41 copy/ml	<40 copy/ml	1	3	2
49	Tn.MU	0214****	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	<40 copy/ml	<40 copy/ml	1	2	2
50	Tn.DK	2252***	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	<40 copy/ml	<40 copy/ml	1	2	2
51	Tn.HA	2141****	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	<40 copy/ml	<40 copy/ml	1	2	2
52	Tn.SE	2551****	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	<40 copy/ml	120 copy/ml	3	2	13
53	Tn.JO	1216****	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	<40 copy/ml	Tidak Terdeteksi	2	2	1
54	Tn.AN	0038****	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	<40 copy/ml	Tidak Terdeteksi	3	1	1
55	Ny.MR	0117****	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	<40 copy/ml	Tidak Terdeteksi	2	1	1
56	Tn.HS	0139****	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	2	1	1
57	Ny.NS	13893****	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	1	2	1
58	Tn.B	0213****	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	2	1	2
59	Tn.IR	2424****	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	2	1	2
60	Tn.AK	0126****	Kepatuhan Sedang-Tinggi	TD-F300/3TC300/EFV600	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdeteksi	2	1	2





