

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN  
(INFORMED CONSENT)**

Dengan hormat,

Selamat pagi/siang saya **Khesia Isnaini Martea** mahasiswi Kesehatan Masyarakat Universitas Esa Unggul, saat ini saya sedang melakukan penelitian guna memenuhi tugas akhir saya. Pada kesempatan ini saya akan melakukan penelitian yang berjudul **“Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan Pasien HIV/AIDS dalam Pengobatan Antiretroviral (ARV) di Puskesmas Kecamatan Sawah Besar”**. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien HIV/AIDS dalam pengobatan antiretroviral (ARV) di Puskesmas Kecamatan Sawah Besar. Penelitian ini dilakukan dengan pengisian kuesioner yang mencakup variabel umur, efek samping obat, dukungan keluarga dan dukungan tenaga kesehatan.

Untuk keperluan tersebut saya memohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr-i secara sukarela untuk menjadi responden saya dalam penelitian ini. Saya memohon Bapak/Ibu/Sdr-i dapat meluangkan waktu untuk mengisi pertanyaan dalam kuesioner yang telah saya sediakan. Informasi yang Bapak/Ibu/sdr-i berikan akan saya jamin kerahasiaannya dan hanya saya pergunakan untuk kepentingan akademis saya. Bapak/Ibu/sdr-i berhak untuk tidak berpartisipasi dalam pengisian kuesioner ini, partisipasi Bapak/Ibu/sdr-i bersifat sukarela tanpa paksaan dari pihak manapun.

Hormat saya,

(Khesia Isnaini Martea)  
Peneliti

**PERNYATAAN KETERSEDIAAN SEBAGAI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti tentang penelitian yang akan dilakukan. Saya menyetujui dan akan berpartisipasi dalam penelitian ini, dan saya akan memberikan informasi secara jujur tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Jakarta,

Responden,

Saksi

(.....)

(.....)

Beri tanda ceklis (√) untuk jawaban yang anda pilih.

<b>Efek Samping Obat</b>					
<b>No</b>	<b>Pernyataan</b>	<b>Selalu</b>	<b>Kadang-kadang</b>	<b>Jarang</b>	<b>Tidak Pernah</b>
1.	Saya mual setelah minum obat ARV.				
2.	Saya muntah setelah minum obat ARV.				
3.	Saya sakit kepala setelah minum obat ARV.				
4.	Otot tubuh saya nyeri setelah minum obat ARV.				
5.	Saya diare setelah minum obat ARV.				
6.	Saya panas/demam setelah minum obat ARV.				
7.	Saya sulit tidur setelah minum obat ARV.				
8.	Setelah minum obat ARV muncul bercak merah di tubuh saya.				
9.	Saya lemas/lesu setelah minum obat ARV.				
10.	Saya merasa depresi setelah minum obat ARV.				
<b>Dukungan Keluarga</b>					
<b>No</b>	<b>Pernyataan</b>	<b>Selalu</b>	<b>Kadang-kadang</b>	<b>Jarang</b>	<b>Tidak Pernah</b>
1.	Keluarga saya mengantar saya ke tempat pengobatan ARV.				
2.	Keluarga saya menanyakan kondisi saya baik bertanya langsung maupun via alat komunikasi.				
3.	Keluarga saya memastikan saya meminum obat ARV sesuai dengan jadwal yang ditetapkan.				
4.	Keluarga saya memasang pengingat minum obat di HP saya untuk mengingatkan saya meminum obat.				
5.	Keluarga saya membantu biaya kesehatan saya.				
6.	Keluarga saya memberikan nasihat jika saya tidak melakukan pengobatan.				
7.	Keluarga saya memastikan saya meminum obat.				
8.	Keluarga saya mengingatkan saya untuk datang ke layanan kesehatan.				
9.	Keluarga saya menyediakan makanan yang bergizi.				
10.	Keluarga saya menghubungi petugas kesehatan untuk memastikan saya melakukan pengobatan				

No	Pernyataan	Selalu	Kadang-kadang	Jarang	Tidak Pernah
11.	Keluarga saya memperhatikan saya saat saya sakit.				
12.	Keluarga saya mendengarkan saat saya mengungkapkan perasaan saya.				
13.	Keluarga saya mendukung kegiatan saya.				
14.	Keluarga saya memberikan buku atau bacaan terkait dengan penyakit saya.				
15.	Keluarga saya menanyakan saya apakah saya ada kendala saat menjalani pengobatan.				
16.	Keluarga saya memberikan pujian dan perhatian kepada saya.				
17.	Keluarga memberikan wajah yang menyenangkan saat berbicara kepada saya.				
18.	Keluarga mencari informasi terkait penyakit saya.				
19.	Keluarga saya melibatkan saya dalam pengambilan keputusan.				
20.	Keluarga saya mengambilkan obat jika saya tidak bisa untuk mengambil obat di layanan kesehatan.				
<b>Dukungan Petugas Kesehatan</b>					
No	Pernyataan	Selalu	Kadang-kadang	Jarang	Tidak Pernah
1.	Petugas kesehatan memberi penjelasan tentang penyakit saya.				
2.	Petugas kesehatan memberi penjelasan tentang penularan dan pencegahan penyakit saya.				
3.	Petugas kesehatan memberi penjelasan tentang pengobatan saya.				
4.	Petugas kesehatan memberi penjelasan tentang efek samping pengobatan saya.				
5.	Petugas kesehatan memberi penjelasan tentang dosis dan waktu minum obat.				
6.	Petugas kesehatan menghubungi saya jika saya belum hadir mengambil obat ARV.				
7.	Petugas kesehatan memberi kesempatan saya untuk bertanya hal-hal yang tidak saya mengerti.				
8.	Petugas kesehatan memberitahu kapan saya harus datang kembali.				
9.	Petugas kesehatan mencari solusi jika saya ada masalah dalam pengobatan.				
10.	Petugas kesehatan mengingatkan saya untuk istirahat yang cukup.				
11.	Petugas kesehatan mendengarkan saya jika saya mencurahkan isi hati saya.				
12.	Saya merasa aman dan nyaman dengan melakukan pengobatan ARV di layanan kesehatan ini.				

Beri tanda ceklis (√) untuk jawaban yang anda pilih dan isilah titik-titik sesuai dengan waktu anda meminum obat.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Saya minum obat ARV dengan dosis 2 kali dalam 1 hari.		
	Saya minum obat jam.....dan jam..... setiap hari.		
2	Saya minum obat ARV dengan dosis 1 kali dalam 1 hari.		
	Saya minum obat jam .....dan jam..... keesokan harinya.		

**TERIMA KASIH TELAH MELUANGKAN WAKTU**

**TETAP SEMANGAT MINUM OBAT SESUAI DOSIS DAN WAKTU YANG TEPAT 😊**