

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN MINUM
OBAT ANTIRETROVIRAL (ARV) PADA ORANG DENGAN HIV-AIDS
(ODHA) DI KOTA PALOPO
TAHUN 2020**

REZKY NUR FADILLAH

K11116061



**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN MINUM
OBAT ANTIRETROVIRAL (ARV) PADA ORANG DENGAN HIV-AIDS
DI KOTA PALOPO
TAHUN 2020**

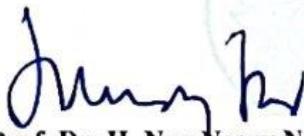
Disusun dan diajukan oleh

**REZKY NUR FADILLAH
K11116061**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 04 Maret 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

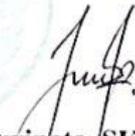
Menyetujui,

Pembimbing Utama



Prof. Dr. H. Nur Nasry Noor, MPH
Nip. 19390909 201801 5 001

Pembimbing Pendamping



Indra Dwinata, SKM., MPH
Nip. 19871004 201404 1 001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin

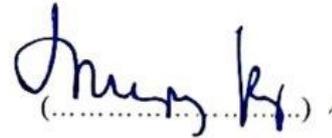


Dr. Suarda, SKM., M.Kes
NIP. 1970520 200212 2 001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Kamis, tanggal 04 Maret 2021.

Ketua : Prof. Dr. H. Nur Nasry Noor, MPH


(.....)

Sekretaris : Indra Dwinata, SKM, MPH


(.....)

Anggota :

1. Andi Selvi Yusnitasari, SKM., M.Kes


(.....)

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rezky Nur Fadillah
NIM : K11116061
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S1

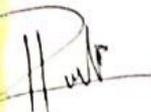
Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul

**Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral (ARV)
pada Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) di Kota Palopo
Tahun 2020**

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa skripsi yang saya tulis ini benar benar merupakan hasil karya saya sendiri.

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

Makassar, 04 Maret 2021

Menyatakan
:atakan
CF280AHF88866104
000
REKURUPAN


Rezky Nur Fadillah

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Epidemiologi
Makassar, Maret 2021

Rezky Nur Fadillah

“Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral (ARV) Pada Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) Di Kota Palopo Tahun 2020”

Dibimbing oleh Prof. Dr. H. Nur Nasry Noor, MPH dan Indra Dwinata, SKM, MPH

(88 halaman + 26 tabel + 2 gambar + 4 lampiran)

Latar Belakang: Jumlah Orang dengan HIV-AIDS (ODHA) yang gagal *follow up* (putus obat) tahun 2018 masih cukup tinggi, yaitu sebanyak 49.417 orang (22%). Sampai pada akhir tahun 2019, terhitung 146 orang di Palopo yang berstatus sebagai Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA). Upaya untuk mendapatkan respon penekanan jumlah virus sebesar 85% memerlukan kepatuhan penggunaan obat 90%-95%. Dengan demikian, kepatuhan minum obat merupakan kunci keberhasilan dalam proses pengobatan pada pasien ODHA yang dapat memberikan harapan untuk hidup lebih lama dan lebih baik. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Kota Palopo.

Metode: Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional* atau yang disebut juga rancangan potong silang. Populasi pada penelitian ini adalah ODHA di Kota Palopo yang menjalani pengobatan antiretroviral sekurang-kurangnya selama 1 bulan. Sampel diambil dengan menggunakan teknik *total sampling*, dengan jumlah 112 sampel. Penelitian ini dilakukan pada bulan September sampai Desember tahun 2020 dan menggunakan instrumen berupa kuesioner. Data dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan uji *chi-square*.

Hasil: Analisis uji *chi-square* menunjukkan tidak ada hubungan antara umur ($p=0,505$), jenis kelamin ($p=0,461$), pekerjaan ($p=0,425$), efek samping obat ($p=1,000$), stigma di layanan kesehatan ($p=1,000$), dan dukungan komunitas sebaya ($p=0,089$) dengan kepatuhan minum obat ARV. Adapun, variabel yang menunjukkan hubungan dengan kepatuhan minum obat ARV adalah pengetahuan pengobatan ($p=0,001$) dan dukungan keluarga ($p=0,000$).

Kesimpulan: Terdapat hubungan antara pengetahuan pengobatan, dan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat ARV pada ODHA di Kota Palopo tahun 2020. Kurangnya sosialisasi dan edukasi kepada masyarakat mengenai HIV-AIDS menjadi penyebab sebagian besar ODHA menutup diri dan menyembunyikan penyakitnya. Hal ini berdampak pada kurangnya Pengawas Minum Obat (PMO) pada ODHA, dan berisiko terhadap kepatuhan minum obat jangka panjang.

Kata Kunci: Antiretroviral, HIV-AIDS, Kepatuhan

Daftar Pustaka: 48 (2008-2020).

SUMMARY

*Hasanuddin University
Faculty of Public Health
Epidemiology
Makassar, March 2021*

Rezky Nur Fadillah

"Factors Related to Adherence of Antiretroviral Medicine Consumption among People Living With HIV-AIDS in Palopo City in 2020"

Supervised by Prof. Dr. H. Nur Nasry Noor, MPH dan Indra Dwinata, SKM, MPH

(88 pages + 26 tables + 2 pictures + 4 attachments)

Background: *The number of people living with HIV / AIDS (PLWHA) who failed to follow up (dropped out of drugs) in 2018 was still quite high, namely 49,417 people (22%). Until the end of 2019, there were 146 people in Palopo who had the status of people living with HIV / AIDS (PLWHA). Thus, medication adherence is the key to success in the treatment process for PLWHA patients which can provide hope for a longer and better life. Purpose:* *The purpose of this study was to determine the factors related to adherence of antiretroviral medicine consumption among people living with HIV-AIDS in Palopo City.*

Methods: *This research is an observational study with a cross sectional design. The population in this study were PLWHA in Palopo City who followed antiretroviral treatment for at least 1 month. Samples were taken using total sampling technique, with a total of 112 samples. This research started from September to December 2020 and using questionnaire as the instrument of research. Data were analyzed univariate and bivariate using chi square test.*

Results: *Chi-square test analysis showed there is no relations between age ($p=0.505$), gender ($p=0.461$), occupation ($p=0.425$), drug side effects ($p=1,000$), stigma in health services ($p=1,000$), and peer community support ($p=0.089$) with adherence. Meanwhile, the variables that showed relations with adherence are knowledge of treatment ($p=0.001$) and family support ($p=0.000$).*

Conclusion: *There is a relationship between knowledge of treatment and family support with adherence of taking ARV drugs in PLHIV in Palopo City in 2020. Lack of socialization and education to the public about HIV / AIDS is the reason of most PLWHA close themselves and hide their disease. This has an impact on the lack of drug supervisor (PMO) in PLWHA, and giving risk to long-term medication adherence.*

Keywords: *Antiretroviral, HIV-AIDS, Adherence.*

Bibliography: *48 (2008-2020)*

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil alamin segala puji dan syukur tak henti-hentinya penulis panjatkan kepada Allah SWT yang memberi penulis rahmat, kesehatan dan kesempatan waktu luang sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi dengan judul “***Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral (ARV) pada Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) di Kota Palopo Tahun 2020***”. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat yang diajukan untuk menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis telah mendapatkan banyak masukan, bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak yang sangat bermanfaat baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu pada kesempatan ini dengan kerendahan hati penulis ingin mengucapkan terima kasih yang setulusnya dan sebesar-besarnya kepada **Bapak Prof. Dr. H. Nur Nasry Noor, MPH** selaku pembimbing I, **dan Bapak Indra Dwinata, SKM, MPH** selaku pembimbing II atas segala bimbingan, nasehat, arahan serta meluangkan waktunya yang begitu berharga kepada penulis dari awal hingga akhir penulisan skripsi ini.

Dalam kesempatan ini dengan segala kerendahan hati penulis ingin menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Orang tua saya tercinta Ilham, S.P dan Rosnaeni, S.E atas kasih sayang, dukungan, kesabaran dan doa yang senantiasa diberikan kepada penulis hingga penulis dapat menyelesaikan studi. Serta seluruh keluarga yang senantiasa memberikan support.

2. Ibu Rektor Universitas Hasanuddin, **Prof. Dr. Dwia Aries Tina Palubuhu, MA.**, beserta jajarannya.
3. Bapak Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat **Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med. ED** dan para Wakil Dekan serta seluruh staf yang telah memberikan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan di FKM Unhas.
4. Ibu **Dr. Suriah, SKM, M.Kes** selaku ketua program studi Fakultas Kesehatan Masyarakat.
5. Ibu **Jumriani Ansar, SKM, M.Kes** selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
6. Bapak **Prof. Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes** selaku penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
7. Ibu **Andi Selvi Yusnitasari, SKM, M.Kes** selaku penguji I, Bapak **Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc** selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan dan arahan demi kesempurnaan tulisan ini.
8. Seluruh Dosen Departemen Epidemiologi yang telah banyak memberikan ilmu kepada penulis serta kepada Staff Departemen Epidemiologi FKM UNHAS terima kasih atas segala bantuannya selama penulis menjadi mahasiswa Departemen Epidemiologi.
9. Seluruh dosen Universitas Hasanuddin yang telah bersedia mengajar dan membimbing penulis selama menjalani studi di kampus Universitas Hasanuddin.

10. Seluruh staff Fakultas Kesehatan Masyarakat yang banyak membantu penulis selama menjalani studi di Universitas Hasanuddin.
11. **Dinas Kesehatan Kota Palopo** yang telah memberikan izin penelitian dan membantu selama penelitian berlangsung.
12. Seluruh pegawai **VCT RSUD Sawerigading Kota Palopo** yang telah banyak memberikan arahan dan bantuan selama proses penelitian.
13. Terima kasih banyak kepada seluruh responden penelitian yang kooperatif dan berperan banyak dalam penyelesaian penelitian ini.
14. Teman-teman **Himapid** yang memberikan banyak pengalaman dalam berorganisasi selama di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
15. Terima kasih banyak kepada teman-teman Magang Barru (**Reny, Ica, dan Amma**) yang selalu memberikan masukan, semangat, dan dukungannya.
16. Teman-teman **CREW FAMILY**, terimakasih untuk tetap saling mengingat dan kebersamai.
17. Terima kasih kepada **Winda, Mia, Thira, Rfidah, Wahyu, Ifah, Azmi, Agung**, dan semua pihak yang tak bisa penulis sebutkan satu persatu. Terima kasih telah banyak membantu selama ini semoga Allah membalas kebaikan kalian.

Makassar, 04 Maret 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
RINGKASAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penulisan.....	8
D. Manfaat Penulisan.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Tinjauan Umum Tentang HIV-AIDS.....	10
B. Tinjauan Umum Tentang Antireroviral (ARV)	17
C. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan	22
D. Kerangka Teori.....	37
BAB III KERANGKA KONSEP	38
A. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian	38
B. Kerangka Konsep	41
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	42
D. Hipotesis Penelitian.....	46
BAB IV METODE PENELITIAN	47

A. Jenis Penelitian.....	47
B. Waktu dan Lokasi Penelitian	47
C. Populasi dan Sampel	47
D. Metode Sampling	48
E. Instrumen Penelitian.....	48
F. Metode Pengumpulan Data	48
G. Pengolahan dan Analisis Data.....	49
H. Penyajian Data	50
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	51
A. Hasil	51
B. Pembahasan	70
C. Keterbatasan Penelitian	86
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	87
A. Kesimpulan	87
B. Saran.....	88
DAFTAR PUSTAKA	xv

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Interpretasi dan Tindak Lanjut Hasil Tes A1	17
Tabel 2. Saat Memulai Terap Pada ODHA Dewasa	21
Tabel 3. Paduan ARV yang Ditetapkan Oleh Pemerintah	22
Tabel 4 Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur	53
Tabel 5 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	54
Tabel 6 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan	55
Tabel 7 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan	55
Tabel 8 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan	56
Tabel 9 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Menderita.....	56
Tabel 10 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Pengobatan	57
Tabel 11 Distribusi Frekuensi Efek Samping	58
Tabel 12 Distribusi Frekuensi Jenis Efek Samping ARV	58
Tabel 13 Distribusi Frekuensi Stigma Di Layanan Kesehatan	59
Tabel 14 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga.....	60
Tabel 15 Distribusi Frekuensi Pengawas Minum Obat (PMO)	60
Tabel 16 Distribusi Frekuensi Dukungan Komunitas Sebaya	61
Tabel 17 Distribusi Frekuensi Kepatuhan.....	62
Tabel 18 Distribusi Frekuensi Rejimen Obat.....	62
Tabel 19 Hubungan Variabel Umur dengan Kepatuhan Minum Obat ARV pada ODHA di Kota Palopo	63
Tabel 20 Hubungan Variabel Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Minum Obat ARV pada ODHA di Kota Palopo	64

Tabel 21 Hubungan Variabel Pekerjaan dengan Kepatuhan Minum Obat ARV pada ODHA di Kota Palopo.....	65
Tabel 22 Hubungan Variabel Pengetahuan Pengobatan dengan Kepatuhan Minum Obat ARV pada ODHA di Kota Palopo	66
Tabel 23 Hubungan Variabel Efek Samping dengan Kepatuhan Minum Obat ARV pada ODHA di Kota Palopo.....	67
Tabel 24 Hubungan Variabel Stigma di Layanan Kesehatan dengan Kepatuhan Minum Obat ARV pada ODHA di Kota Palopo.....	68
Tabel 25 Hubungan Variabel Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat ARV pada ODHA di Kota Palopo	69
Tabel 26 Hubungan Variabel Dukungan Komunitas Sebaya dengan Kepatuhan Minum Obat ARV pada ODHA di Kota Palopo.....	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian	38
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian	42

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh, khususnya sel darah putih yang disebut sel CD4. HIV menghancurkan sel CD4 dan melemahkan kekebalan seseorang sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah sekumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

HIV-AIDS merupakan masalah kesehatan masyarakat yang terdapat hampir di seluruh negara di dunia, termasuk Indonesia. Hal ini menjadi permasalahan yang berat karena sampai saat ini belum ditemukan pengobatan yang dapat membantu Orang dengan HIV-AIDS (ODHA) untuk sembuh total (Nurjanah & Wahyono, 2019).

Sejak ditemukannya virus HIV sampai pada tahun 2018, sudah terdapat 74,9 juta orang yang terinfeksi. Di tahun 2019, sebanyak 38 juta orang di seluruh dunia mengidap HIV. Jumlah kasus baru dari infeksi HIV sejak tahun 2010 telah mengalami penurunan dari 2,1 juta kasus menjadi 1,7 juta kasus pada 2019. Walaupun terjadi penurunan jumlah kasus baru, akan tetapi angka tersebut masih jauh dari target *The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS* (UNAIDS) untuk reduksi kasus baru menjadi kurang dari 500.000 kasus di tahun 2020 (UNAIDS, 2020).

Jumlah orang dengan HIV yang dilaporkan di Indonesia pada tahun 2019 adalah sebanyak 377.564 orang dengan jumlah kasus baru 2019 sebanyak 50.282 orang dari 2.877.366 orang yang berisiko terinfeksi HIV (13,1%). Sementara, jumlah kumulatif kasus AIDS sampai dengan tahun 2019 sebesar 121.101 kasus dengan kasus baru sebanyak 7.036. Penderita HIV positif pada laki-laki sebesar 65% dan pada perempuan sebesar 35%. Sedangkan penderita AIDS pada laki-laki sebesar 69% dan pada perempuan sebesar 31% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Faktor risiko tertinggi HIV yaitu LSL sebesar 20,4%, heteroseksual 19,6% dan Penasun sebesar 0,9%. Sedangkan faktor risiko tertinggi AIDS yaitu heteroseksual sebesar 73,4% dan terendah transfusi sebesar 0,3%. Adapun kasus HIV dan AIDS masih di dominasi pada penduduk usia produktif (25-49 tahun) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Sementara itu, selama 3 tahun terakhir, Provinsi Sulawesi Selatan cenderung mengalami fluktuasi terkait kasus baru HIV-AIDS. Pada tahun 2017 jumlah kasus baru HIV di provinsi Sulawesi Selatan ialah sebanyak 1.366 kasus atau insidensi 1,25% dan menempati posisi ke-26 . Kemudian terjadi penurunan kasus baru di tahun 2018 yang berjumlah 1.174 atau insidensi 0,99% dan menempati posisi ke-25. Di tahun 2019 provinsi Sulawesi Selatan menempati posisi ke-20 dengan kasus baru sebanyak 1.537 kasus atau insidensi 1,23%. Walaupun jumlah kasus dan insidensi HIV di Sulawesi Selatan mengalami fluktuasi, namun dari segi peringkat insidensi HIV cenderung meningkat. (Direktur Jendral P2P, 2019).

Kota Palopo merupakan salah satu kota di Sulawesi Selatan dengan kasus HIV-AIDS yang cukup tinggi dan cenderung mengalami peningkatan kasus baru setiap tahunnya. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Palopo, pada tahun 2016 ditemukan 53 kasus baru HIV-AIDS, 42 kasus baru pada tahun 2017, 40 kasus pada tahun 2018, dan 43 kasus baru pada tahun 2019. Sampai pada awal tahun 2020, terhitung 146 orang di Palopo yang berstatus sebagai Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) (Dinas Kesehatan Kota Palopo, 2020).

Sejauh ini, HIV-AIDS belum dapat diobati akan tetapi pengidap HIV memerlukan pengobatan Antiretroviral (ARV) untuk mengurangi jumlah virus HIV dalam tubuh agar tidak masuk kedalam stadium AIDS. Apabila telah memasuki stadium AIDS, maka pengobatan Antiretroviral (ARV) berfungsi untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasinya. ARV bekerja melawan infeksi dengan cara memperlambat reproduksi HIV dalam tubuh, memperpanjang hidup ODHA, membuat mereka lebih sehat, dan lebih produktif dengan meningkatkan jumlah sel-sel CD4 (Nurihwani, 2017).

Jumlah ODHA yang sedang mendapatkan pengobatan ARV di Indonesia sampai pada bulan Desember 2018 ialah sebanyak 108.479 orang . Hal ini belum semua orang yang terdiagnosis HIV-AIDS mendapatkan pengobatan ARV. Sementara itu, jumlah ODHA yang gagal *follow up* (putus obat) masih cukup tinggi, yaitu sebanyak 49.417 orang (22%). (Direktur Jendral P2P, 2019)

Salah satu tujuan pengobatan ARV adalah menurunkan kasus kesakitan dan kematian akibat AIDS. Jumlah kematian akibat AIDS juga bukan jumlah yang sedikit. Berdasarkan data UNAIDS, sampai pada tahun 2019 terhitung 690 ribu orang di dunia meninggal karena AIDS. Angka kematian ini menurun sebanyak 39% apabila dibandingkan pada tahun 2010. Sedangkan di Indonesia, pada tahun 2018 terdapat 38.000 orang meninggal akibat AIDS dengan *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 1,03%. CFR akibat AIDS mengalami fluktuasi dalam 3 tahun terakhir, pada tahun 2016 (1,08%), 2017 (1,09%), dan 2018 (1,03%).

Berdasarkan hasil penelitian, telah terbukti bahwa kepatuhan berobat pada ODHA berhubungan dengan mortalitas penyakit HIV-AIDS. Ketidakepatuhan dalam terapi ARV tersebut penderita akan mengalami penurunan CD4 dan dapat menyebabkan virus semakin ganas dan berkembang lebih cepat. Pasien yang dinyatakan positif HIV dan mendapatkan pengobatan, harus patuh mengonsumsi ARV seumur hidup. Kepatuhan ini meliputi ketepatan dari segi waktu, jumlah, dan dosis yang telah dianjurkan. (Ratnasari, 2019).

Kepatuhan minum obat merupakan kunci keberhasilan dalam proses pengobatan pada pasien ODHA yang dapat memberikan harapan untuk hidup lebih lama dan lebih baik. Untuk mendapatkan respon penekanan jumlah virus sebesar 85% diperlukan kepatuhan penggunaan obat 90%-95%. Maka pasien diharapkan tidak lebih dari 3 kali lupa minum obat. Adanya ketidakepatuhan

terhadap terapi ARV dapat memberikan efek resistensi obat sehingga obat tidak dapat berfungsi atau gagal (Direktorat Jendral PP & PL, 2011).

Berdasarkan studi yang dilakukan oleh Koole et al (2015) terdapat empat kendala utama dalam meningkatkan kepatuhan ARV antara lain sebagai berikut: (1) faktor individu pasien (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengetahuan pengobatan) (2) faktor dukungan keluarga (3) pengobatan faktor rejimen terapi dan (4) faktor pendukung yaitu jaminan kesehatan (Debby, Sianturi, & Susilo, 2019).

Faktor umur telah beberapa kali diteliti hubungannya dengan kepatuhan minum obat ARV. Orang dengan usia yang lebih tua menunjukkan toleransi yang lebih tinggi terhadap pengobatan karena mereka mengungkapkan lebih sedikit alasan untuk beralih pengobatan. Orang yang lebih tua mungkin memiliki lebih banyak pengalaman dengan minum obat, mengikuti rejimen yang lebih kompleks, yang menyebabkan lebih sedikit keluhan pengobatan atau beban yang dirasakan (Ghidei Luwam et al., 2014)

Selain itu, bukti dari literatur menunjukkan bahwa gender memiliki peran penting dalam menentukan perbedaan dalam terapi HIV. Sebagai contoh, perempuan lebih sering menunda dalam mengonsumsi ART, memiliki insiden yang lebih tinggi untuk berhenti dalam melakukan terapi, mengalami lebih banyak efek samping, dan memiliki peningkatan viral load lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Lebih lanjut, perempuan tampak memetabolisme obat antiretroviral (ARV) secara berbeda dari laki-laki (Bonolo et al., 2013).

Hubungan antara faktor pekerjaan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV juga pernah diteliti sebelumnya dan secara statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan diantara keduanya. Responden yang tidak bekerja mempunyai risiko tidak patuh terhadap pengobatan adalah 0.08 kali lipat dibandingkan responden yang bekerja. Sebaliknya, di negara berkembang, ketidakpatuhan pada orang yang tidak bekerja tidak sebanyak di negara maju. Selain itu, kepatuhan di negara maju dan berkembang memiliki kesamaan kendala individu pada kepatuhan: lupa memakai obat karena terlalu sibuk, atau mengganggu aktifitas sehari-hari (Ubra, 2012).

Selain itu, ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan pengobatan responden dengan kepatuhan minum obat ARV pada pasien HIV di Unit Pelayanan Terpadu HIV RSUPN DR Cipto Mangunkusumo. Hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan minum obat ARV menunjukkan bahwa responden yang berpengetahuan baik memiliki kepatuhan minum obat ARV baik sebesar 56,1 % sedangkan responden yang memiliki kepatuhan minum obat ARV kurang berada pada responden yang memiliki tingkat pengetahuan kurang sebesar 28,6 % (Debby et al., 2019).

Penelitian yang dilakukan di klinik VCT Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar menunjukkan bahwa kepatuhan minum obat dipengaruhi oleh ada tidaknya efek samping yang dirasakan pasien. Orang yang tidak merasakan efek samping obat memiliki kecenderungan terbesar untuk patuh terhadap pengobatan antiretroviral. ODHA yang tidak pernah merasakan efek samping obat antiretroviral dalam sebulan memiliki kemungkinan 13 - 14 kali untuk

patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan yang merasakan efek samping obat (Latif, Maria, & Syafar, 2014).

Rasa takut akan stigma dan diskriminasi juga dapat menjadi hal yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat. Pernyataan ini didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan di *Infectious Disease Control Centre (IDDC)*, Francistown, Botswana, Afrika Selatan. ODHA merasa takut akan stigma dan deskriminasi sehingga terhalang untuk menerima, mengambil, ataupun menyimpan obat mereka. Mereka menjelaskan bahwa mereka akan menghindari pergi ke klinik untuk memperoleh ART karena mereka tidak ingin oleh orang lain, khususnya kerabat/kenalan mereka. (Madiba & Josiah, 2019).

Berdasarkan penelitian di Uganda, adanya dukungan keluarga serta dukungan sosial berasosiasi dengan meningkatnya kepatuhan dalam pengobatan HIV. Hal ini disebabkan karena dengan memiliki dukungan keluarga yang baik akan mengurangi tekanan dan stress akibat stigma akan HIV, termasuk keinginan untuk terus menjalankan pengobatan. (Damulira et al., 2019).

Maka berdasarkan permasalahan tersebut, penting bagi peneliti untuk melakukan penelitian mengenai faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada Orang dengan HIV-AIDS (ODHA) di Kota Palopo.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian, yaitu “Faktor apa saja yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Kota Palopo?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Kota Palopo.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan umur dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Kota Palopo.
- b. Untuk mengetahui hubungan jenis kelamin dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Kota Palopo
- c. Untuk mengetahui hubungan pekerjaan dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Kota Palopo
- d. Untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan pengobatan dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Kota Palopo
- e. Untuk mengetahui hubungan riwayat efek samping dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Kota Palopo
- f. Untuk mengetahui hubungan pengalaman stigma di layanan kesehatan dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Kota Palopo.

- g. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Kota Palopo.
- h. Untuk mengetahui hubungan dukungan komunitas teman sebaya dengan kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Kota Palopo.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi yang objektif mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada Orang dengan HIV-AIDS (ODHA).

2. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pedoman dalam menambah ilmu pengetahuan dan juga sebagai dasar untuk melakukan penelitian lanjutan.

3. Manfaat Praktis

Untuk menambah pengetahuan peneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada Orang dengan HIV-AIDS (ODHA).

4. Manfaat Masyarakat

Untuk menambah pengetahuan masyarakat tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pada Orang dengan HIV-AIDS (ODHA).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang HIV-AIDS

1. Pengertian HIV-AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan kekebalan sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Jika virus HIV terus berkelanjutan maka sistem kekebalan tubuh penderita akan semakin menurun sehingga virus HIV tersebut akan berkembang menjadi *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

AIDS adalah sekumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV. AIDS muncul setelah virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh kita selama lima hingga sepuluh tahun atau lebih. Sistem kekebalan tubuh menjadi lemah, dan satu atau lebih penyakit dapat timbul. Karena lemahnya sistem kekebalan tubuh tadi, beberapa penyakit bisa menjadi lebih berat daripada biasanya (Murni, Green, Djauzi, Setiyanto, & Okta, 2016)

HIV merupakan retrovirus yang menggunakan *Ribonucleid Acid* (RNA) sebagai molekul pembawa genetik. HIV memiliki enzim reverse transcriptase, yaitu enzim yang mampu mengubah informasi genetiknya yang berada dalam RNA menjadi bentuk *Deoxyribonucleid Acid* (DNA)

yang kemudian diintegrasikan ke dalam informasi genetik sel limfosit yang diserang (Depkes, 2006).

2. Epidemiologi HIV-AIDS

AIDS pertama kali ditemukan di Amerika Serikat pada tahun 1981 pada lima remaja homoseksual dengan gejala *Pneumocystis Carini Pneumonia* (PCP). UNAIDS memperkirakan 36,2 juta orang dewasa telah mengidap HIV dan 1,7 juta lainnya masih berusia <15 tahun. Pada tahun 2018, negara dengan prevalensi yang tinggi ialah Afganistan, Bangladesh, Bulgaria, Mesir, Kazakhstan, Madagascar, Montenegro, Macedonia Utara, Pakistan, Filipina, dan Uzbekistan.

Kasus AIDS di Indonesia pertama kali dilaporkan pada tahun 1987 berasal dari seorang warga negara asing di Bali. Sejak pertama kali dilaporkan pada tahun 1987 sampai tahun 2018, HIV-AIDS telah menyebar ke 460 (89,5%) dari 514 kabupaten/kota di seluruh Indonesia. Sampai pada tahun 2018, jumlah kumulatif infeksi HIV sebanyak 327.282 orang. Presentasi kelompok umur yang terinfeksi paling tinggi pada usia 25-49 tahun (69,6%), 20-24 tahun (15,6%), ≥ 50 tahun (8,3%). Adapun 5 provinsi dengan infeksi HIV tertinggi ialah DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, Papua, dan Jawa Tengah (Direktur Jendral P2P, 2019).

3. Transmisi Infeksi HIV

Menurut Nasronudin dan Maramis (2007), Penularan HIV terjadi melalui tiga cara, yaitu :

a. Secara vertikal dari ibu ke bayi

Transmisi penularan dari ibu ke bayi terjadi pada saat kehamilan dan proses persalinan. Kemenkes RI (2012), mengatakan bahwa risiko penularan selama hamil (5-10%), selama proses bersalin (10-20%), dan menyusui (5-20%).

b. Secara transeksual (homoseksual dan heteroseksual)

Pada hubungan seksual anogenital, yang dilakukan oleh pria homoseks, mukosa rektum mudah mengalami luka karena lapisan mukosa yang tipis dan tidak dipersiapkan untuk hubungan seksual seperti dinding vagina. Oleh karena itu, hubungan seks anogenital merupakan perilaku seksual yang berisiko tinggi untuk terjadi penularan HIV.

c. Secara horizontal

Penularan secara horizontal ini berupa kontak darah, pemakaian jarum suntik bersama-sama secara bergantian, tato, tindik, transfusi darah, transplantasi organ, tindakan hemodialisa, perawatan gigi, khitanan massal, dan lain-lain yang kurang memperhatikan asas sterilisasi. Virus HIV tidak dapat ditularkan melalui udara, bersin, batuk, bersentuhan dengan pengidap HIV, berjabat tangan, cium pipi ataupun berpelukan, gigitan nyamuk dan serangga, makanan dan minuman serta penggunaan WC dan kolam renang bersama-sama.

4. Patofisiologi HIV-AIDS

Virus HIV memiliki materi genetik berupa sepasang asam ribonukleat rantai tunggal yang identik dan suatu enzim yang disebut reverse transcriptase. Virion HIV mempunyai tiga bagian utama yaitu envelope yang merupakan lapisan terluar, capsid yang meliputi isi virion dan core yang merupakan isi virion. Envelope adalah lapisan lemak ganda yang terbentuk dari sel penjamu dan mengandung protein penjamu. Pada lapisan ini tertanam glikoprotein virus yang disebut glikoprotein41 (gp41). Pada bagian luar protein ini terikat glikoprotein120 (gp120). Molekul gp120 ini akan berkaitan dengan reseptor *Cluster of Differentiation 4* (CD4). CD4 adalah sebuah marker atau penanda yang berada di permukaan sel-sel darah putih manusia, terutama sel-sel limfosit. (Hoffmann, Rockstroh, & Kamps, 2006 dalam (Puspitasari, 2016)

Perjalanan infeksi HIV di dalam tubuh manusia diawali dari interaksi gp120 pada selubung HIV berikatan dengan reseptor spesifik CD4 yang terdapat pada permukaan membran sel target (kebanyakan limfosit T-CD4+). Limfosit T4 mempunyai pusat dan sel utama yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung dalam menginduksi kebanyakan fungsi-fungsi kekebalan, sehingga kelainan-kelainan fungsional pada sel T4 akan menimbulkan tanda-tanda gangguan respon kekebalan tubuh.

Jumlah CD4 normal pada orang sehat berkisar antara 500 sampai 1.500. Setelah kita terinfeksi HIV, jumlah ini biasanya terus menurun. Jadi jumlah ini mencerminkan kesehatan sistem kekebalan tubuh. Semakin

rendah jumlah CD4 berarti semakin rusak sistem kekebalan. Mula-mula penurunan jumlah CD4 sekitar 30-60/tahun, tapi pada dua tahun setelah infeksi, penurunan jumlah CD4 menjadi lebih cepat yaitu 50-100/tahun, sehingga tanpa pengobatan rata-rata masa dari infeksi HIV sampai masa AIDS adalah 8-10 tahun, dimana jumlah CD4 akan mencapai dibawah 200 (Murni et al., 2016).

Adapun gejala yang terjadi adalah demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, atau batuk. Setelah infeksi akut, dimulailah infeksi HIV asimtomatik (tanpa gejala). Masa tanpa gejala ini umumnya berlangsung selama 8-10 tahun.

World Health Organization membagi stadium klinis HIV-AIDS masing-masing terdiri dari empat stadium. Jika dilihat dari gejala yang terjadi, pembagian stadium klinis HIV-AIDS adalah sebagai berikut :

- a. Tahap I : Penyakit HIV tidak menunjukkan gejala apapun dan tidak dikategorikan sebagai AIDS.
- b. Tahap II : (meliputi manifestasi mucocutaneous minor dan infeksi-infeksi saluran pernafasan bagian atas yang tidak sembuh-sembuh)
- c. Tahap III : (meliputi diare kronis yang tidak jelas penyebabnya yang berlangsung lebih dari satu bulan, infeksi bakteri yang parah, dan TBC paruparu),
- d. Tahap IV : (meliputi toksoplasmosis pada otak, kandidiasis pada saluran tenggorokan (oesophagus), saluran pernafasan (trachea),

batang saluran paruparu (bronchi) atau paru-paru dan sarkoma kaposi). Penyakit HIV digunakan sebagai indikator AIDS.

5. **Diagnosis dan Pemeriksaan HIV-AIDS**

Menurut kriteria WHO, diagnosis untuk HIV-AIDS dapat dilakukan dengan melihat gejala klinis AIDS untuk penderita dewasa meliputi setidaknya dua gejala major dan satu gejala minor.

a. Gejala major, yaitu :

- 1) Berat badan menurun lebih dari 10%
- 2) Diare kronis lebih dari 1 bulan
- 3) Demam lebih dari 1 bulan
- 4) Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis
- 5) Demensia/HIV ensefalopati

b. Gejala minor, yaitu :

- 1) Batuk lebih dari 1 bulan
- 2) Pruritis dermatitis menyeluruh
- 3) Infeksi umum rekuren misalnya herpes zooster atau herpes simpleks
- 4) Limfadenopati generalisata
- 5) Kandidiasis mulut dan orofaring

Sedangkan prosedur pemeriksaan laboratorium untuk HIV sesuai dengan panduan nasional yang berlaku pada saat ini, yaitu dengan menggunakan strategi 3 dan selalu didahului dengan konseling pra-tes

atau informasi singkat. Ketiga tes tersebut dapat menggunakan reagen tes cepat atau dengan ELISA.

Tabel 1 . Interpretasi dan Tindak Lanjut Hasil Tes A1

Hasil	Interpretasi	Tindak Lanjut
A1 (-) atau A1 (-) A2 (-) A3 (-)	Non-reaktif	Bila yakin tidak ada faktor risiko dan atau perilaku berisiko dilakukan > 3 bulan sebelumnya maka pasien diberi konseling cara menjaga tetap negatif. Bila belum yakin ada tidaknya faktor risiko dan atau perilaku berisiko dilakukan dalam tiga bulan terakhir maka dianjurkan untuk tes ulang dalam 1 bulan.
A1(+) A2(+) A3 (-) Atau A1 (+) A2 (-) A3 (-)	Indeterminate	Ulang tes dalam 1 bulan dan konseling cara agar tetap negatif ke depannya
A1 (+) A2 (+) A3 (+)	Reaktif atau Positif	Lakukan konseling hasil tes positif dan rujuk untuk mendapatkan paket layanan PDP

Sumber : (Direktorat Jendral PP & PL, 2011)

Untuk pemeriksaan pertama (A1) harus digunakan tes dengan sensitifitas yang tinggi (>99%), sedang untuk pemeriksaan selanjutnya (A2 dan A3) menggunakan tes dengan spesifisitas tinggi (>99%). Antibodi biasanya baru dapat terdeteksi dalam waktu 2 minggu hingga 3 bulan setelah terinfeksi HIV yang disebut masa jendela. Bila tes HIV

yang dilakukan dalam masa jendela menunjukkan hasil "negatif", maka perlu dilakukan tes ulang, terutama bila masih terdapat perilaku yang berisiko (Direktur Jendral P2P, 2019)

B. Tinjauan Umum Tentang Antiretroviral (ARV)

1. Pengertian ARV

Antiretroviral (ARV) adalah obat yang menghambat replikasi HIV. Terapi dengan ARV adalah strategi yang secara klinis paling berhasil hingga saat ini. Terapi antiretroviral (ARV) berarti mengobati infeksi HIV dengan obat-obatan. Obat ARV tidak membunuh virus itu, namun dapat memperlambat pertumbuhan virus, waktu pertumbuhan virus diperlambat, begitu juga penyakit HIV (Spiritia, 2008).

2. Tujuan Terapi ARV

Tujuan terapi ARV antara lain :

- a. Mengurangi laju penularan HIV di masyarakat
- b. Menurunkan angka kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan HIV
- c. Memperbaiki kualitas hidup ODHA
- d. Memulihkan dan/atau memelihara fungsi kekebalan tubuh (stabilisasi/peningkatansel CD4)
- e. Menekan replikasi virus.

3. Manfaat ARV

Ada beberapa manfaat yang didapat dengan menjalani terapi ARV, antara lain :

a. Menghambat perjalanan penyakit HIV

Untuk orang yang belum mempunyai gejala AIDS, ARV akan mengurangi kemungkinan menjadi sakit. Untuk orang dengan gejala AIDS, memakai ARV biasanya mengurangi atau menghilangkan gejala tersebut. ARV juga mengurangi kemungkinan gejala tersebut timbul di masa depan.

b. Meningkatkan jumlah sel CD4

Sel CD4 adalah sel dalam sistem kekebalan tubuh yang melawan infeksi. Pada orang HIV(-), jumlah CD4 biasanya antara 500-1.500. setelah terinfeksi HIV, jumlah CD4 cenderung berangsur-angsur menurun. Bila jumlah CD4 turun di bawah 200, maka akan lebih mudah terkena infeksi oportunistik, misalnya toksoplasmosis. Jika memakai ARV, maka diharapkan jumlah CD4 akan naik lagi sehingga dapat dipertahankan dalam jumlah yang lebih tinggi dan mengurangi jumlah virus dalam darah.

HIV sangat cepat menggandakan diri. Oleh karena itu, jumlah virus dalam darah dapat menjadi tinggi. Semakin banyak virus, semakin cepat perjalanan infeksi HIV. ARV dapat menghambat penggandaan HIV, sehingga jumlah virus dalam darah kita tidak dapat diukur. Ini disebut sebagai tingkat tidak dideteksi.

c. Merasa lebih baik

Tubuh akan merasa jauh lebih sehat secara fisik beberapa minggu setelah mulai terapi ARV. Nafsu makan akan muncul kembali dan berat badan akan bertambah.

4. Syarat Memulai Terapi ARV

Menurut (Direktorat Jendral PP & PL, 2011) ada dua kondisi untuk menentukan apakah akan dimulai terapi Antiretroviral (ARV), yaitu :

a. Tidak tersedia pemeriksaan CD4

Jika tidak tersedia pemeriksaan CD4, maka penentuan mulai terapi ARV adalah didasarkan pada penilaian klinis. Stadium klinis 3 (TB, jamur di mulut, dll) dan 4 (*wasting syndrome*, dll) tanpa melihat CD4 dapat langsung memulai terapi ARV.

b. Tersedia pemeriksaan CD4

- 1) Mulai terapi ARV pada semua pasien dengan jumlah CD4 <350 sel/mm³ tanpa memandang stadium klinisnya.
- 2) Terapi ARV dianjurkan pada semua pasien dengan TB aktif, ibu hamil dan koinfeksi Hepatitis B tanpa memandang jumlah CD4.

Tabel 2 . Saat Memulai Terapi Pada ODHA Dewasa

Target Populasi	Stadium Klinis	Jumlah sel CD4	Rekomendasi
ODHA dewasa	Stadium klinis 1 dan 2	> 350 sel/mm ³	Belum mulai terapi. Monitor gejala klinis dan jumlah sel CD4 setiap 6-12 bulan
		<350sel/mm ³	Mulai Terapi
	Stadium klinis 3 dan 4	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai Terapi
Pasien dengan ko-infeksi TB	Apapun Stadium klinis	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai Terapi
Pasien dengan ko-infeksi Hepatitis B Kronik aktif	Apapun Stadium klinis	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai Terapi
Ibu Hamil	Apapun Stadium klinis	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai Terapi

Sumber : (Direktorat Jendral PP & PL, 2011)

5. Anjuran Pemilihan Obat ARV Lini Pertama

Pemerintah menetapkan paduan yang digunakan dalam pengobatan ARV berdasarkan pada efektivitas, efek samping/ toksisitas, interaksi obat, kepatuhan, dan harga obat. Adapun prinsip dalam pemberian ARV adalah

- a. Paduan obat ARV harus menggunakan 3 jenis obat yang terserap dan berada dalam dosis terapeutik. Prinsip tersebut untuk menjamin efektivitas penggunaan obat.
- b. Membantu pasien agar patuh minum obat antara lain dengan mendekatkan akses pelayanan ARV.
- c. Menjaga kesinambungan ketersediaan obat ARV dengan menerapkan manajemen logistik yang baik.

Paduan yang ditetapkan oleh pemerintah untuk lini pertama adalah 2 *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI) + 1 *Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI) dengan menggunakan salah satu dari kombinasi di bawah ini :

Tabel 3. Paduan ARV Yang Ditetapkan Oleh Pemerintah

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

Sumber : (Direktorat Jendral PP & PL, 2011)

C. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan

1. Pengertian

Kepatuhan berasal dari kata “patuh”. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, patuh berarti suka menurut perintah, taat kepada perintah atau aturan, dan berdisiplin. Dalam dunia kesehatan, Kepatuhan (*adherence*) adalah suatu bentuk perilaku yang timbul akibat adanya interaksi antara petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien mengerti rencana dengan segala konsekuensinya dan menyetujui rencana tersebut serta melakukannya (Kemenkes RI, 2011).

Kepatuhan (*compliance* atau *adherence*) menggambarkan sejauh mana pasien berperilaku untuk melaksanakan aturan dalam pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh tenaga kesehatan (Bart, 2004). Menurut (Nurihwani, 2017) kepatuhan adalah suatu bentuk perilaku atau usaha pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan kepadanya dengan segala konsekuensinya dan menyetujui rencana tersebut serta melaksanakannya secara maksimal.

Berdasarkan beberapa definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa kepatuhan minum obat adalah sebuah kondisi yang dinilai berdasarkan perilaku pasien dalam mengikuti secara detail dan terus-menerus instruksi yang diberikan oleh petugas kesehatan.

2. Teori-teori Kepatuhan dalam Mengonsumsi Obat

Menurut Weinman & Horne (2005) dalam (Yuni, 2018), munculnya perilaku patuh dalam mengonsumsi obat, yaitu:

a. *Health Belief Model* (HBM)

“*Health Belief Model*” yaitu model perilaku sehat individu dalam mengontrol dirinya dalam rangka menjaga kesehatannya. Model ini ada berdasarkan keyakinan individu akan besarnya ancaman penyakit dan penularannya, yang berlanjut pada tindakan untuk berobat ke petugas kesehatan dan masih terbayang akan resiko dan efek samping dari tindakan tersebut.

b. *Theory of Planned Behavior* (TPB)

Teori ini menguji hubungan antara sikap dan kontrol individu terhadap perilaku yang dirasakan. Sikap individu terhadap perilaku merupakan keyakinan tentang hasil akhir dan nilai yang dirasakan dari hasil akhir tersebut, sedangkan kontrol perilaku menggambarkan tentang seberapa jauh orang tersebut merasa bahwa perilaku patuh dapat dikendalikannya. Hal ini tergantung keyakinan orang tersebut bahwa dirinya mampu untuk mengontrol tindakannya.

c. *Model of Adherence*

Model Unintentional Nonadherence & Intentional Nonadherence merupakan hambatan pada pasien dalam proses pengobatan. Hambatan-hambatan dapat muncul dari kapasitas dan keterbatasan.

3. Cara Mengukur Tingkat Kepatuhan

Setidaknya terdapat lima cara yang dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan pada pasien (Brannon dan Feist, 1997:191-192) :

a. Menanyakan pada petugas klinis

Metode ini adalah metode yang hampir selalu menjadi pilihan terakhir untuk digunakan karena keakuratan atas estimasi yang diberikan oleh dokter pada umumnya salah.

b. Menanyakan pada individu yang menjadi pasien.

Metode ini lebih valid dibandingkan dengan metode yang sebelumnya. Metode ini juga memiliki kekurangan, yaitu: pasien mungkin saja berbohong untuk menghindari ketidaksukaan dari pihak tenaga kesehatan, dan mungkin pasien tidak mengetahui seberapa besar tingkat kepatuhan mereka sendiri. Jika dibandingkan dengan beberapa pengukuran objektif atas konsumsi obat pasien, penelitian yang dilakukan cenderung menunjukkan bahwa para pasien lebih jujur saat mereka menyatakan bahwa mereka tidak mengonsumsi obat.

c. Menanyakan pada individu lain yang selalu memonitor keadaan pasien

Metode ini juga memiliki beberapa kekurangan. Pertama, observasi tidak mungkin dapat selalu dilakukan secara konstan, terutama pada hal-hal tertentu seperti diet makanan dan konsumsi alkohol. Kedua, pengamatan yang terus menerus menciptakan situasi buatan dan seringkali menjadikan tingkat kepatuhan yang lebih besar dari pengukuran kepatuhan yang lainnya. Tingkat kepatuhan yang lebih besar ini memang sesuatu yang diinginkan, tetapi hal ini tidak

sesuai dengan tujuan pengukuran kepatuhan itu sendiri dan menyebabkan observasi yang dilakukan menjadi tidak akurat.

- d. Menghitung berapa banyak pil atau obat yang seharusnya dikonsumsi pasien sesuai saran medis yang diberikan oleh dokter.

Prosedur ini mungkin adalah prosedur yang paling ideal karena hanya sedikit saja kesalahan yang dapat dilakukan dalam hal menghitung jumlah obat yang berkurang dari botolnya. Tetapi, metode ini juga dapat menjadi sebuah metode yang tidak akurat karena setidaknya ada dua masalah dalam hal menghitung jumlah pil yang seharusnya dikonsumsi. Pertama, pasien mungkin saja, dengan berbagai alasan, dengan sengaja tidak mengkonsumsi beberapa jenis obat. Kedua, pasien mungkin mengkonsumsi semua pil, tetapi dengan cara yang tidak sesuai dengan saran medis yang diberikan.

- e. Memeriksa bukti-bukti biokimia

Metode ini mungkin dapat mengatasi kelemahan-kelemahan yang ada pada metode-metode sebelumnya. Metode ini berusaha untuk menemukan bukti- bukti biokimia, seperti analisis sampel darah dan urin. Hal ini memang lebih reliabel dibandingkan dengan metode penghitungan pil atau obat diatas, tetapi metode ini cenderung lebih mahal.

4. Dimensi Kepatuhan

Seseorang dapat dikatakan patuh apabila seseorang tersebut memiliki tiga dimensi kepatuhan yang terkait dengan sikap dan tingkah laku patuh. Berikut dimensi- dimensi kepatuhan tersebut (Sari, 2018).

a. Mempercayai (*belief*)

Kepercayaan terhadap tujuan dari kaidah-kaidah bersangkutan, terlepas dari perasaan atau nilai- nilainya terhadap kelompok atau pemegang kekuasaan maupun pengawasannya.

b. Menerima (*accept*)

Seseorang dikatakan patuh apabila yang bersangkutan menerima baik kehadiran norma-norma ataupun dari suatu peraturan baik tertulis maupun tidak tertulis. Penerimaan adalah kecenderungan orang mau dipengaruhi oleh komunikasi persuasive dari orang yang berpengetahuan luas atau orang yang disukai, dan juga merupakan tindakan yang dilakukan dengan senang hati karena percaya terhadap tekanan atau norma sosial dalam kelompok atau masyarakat.

c. Melakukan (*act*)

Melakukan sesuatu atas perintah atau perintah orang lain. Artinya adalah penerapan norma-norma atau nilai-nilai itu dalam kehidupan. Seseorang dikatakan patuh jika norma-norma atau nilai-nilai dari suatu peraturan diwujudkan dalam perbuatan, bila norma atau nilai itu dilaksanakannya maka dapat dikatakan bahwa ia patuh. “*Belief*” dan “*accept*” merupakan dimensi kepatuhan yang terkait dengan sikap, dan

“*act*” merupakan dimensi kepatuhan yang terkait aspek tingkah laku patuh pada seseorang. Penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa seseorang dikatakan patuh apabila sudah mempercayai, menerima, dan melakukan sesuatu yang diperintah oleh orang lain.

5. Tingkat Kepatuhan Minum ARV

Tingkat kepatuhan seseorang dalam menjalankan terapi dapat dilihat pada rekam medis pasien di klinik VCT yang diukur dengan melihat hasil terapi secara berkala, kunjungan berkala, dan jumlah sisa obat. Tingkat Kepatuhan dibagi menjadi 3 kategori (Depkes, 2007):

- a. Kepatuhan baik adalah jumlah kombinasi obat ARV kurang dari 3 dosis yang tidak diminum dalam periode 30 hari ($\geq 95\%$).
- b. Kepatuhan sedang adalah jumlah kombinasi obat ARV antara 3-12 dosis yang tidak diminum dalam periode 30 hari (80% - 95%).
- c. Kepatuhan rendah adalah jumlah kombinasi obat ARV lebih dari 12 dosis yang tidak diminum dalam periode 30 hari ($\leq 80\%$).

Untuk mencapai supresi virologis yang baik diperlukan tingkat kepatuhan terapi ARV yang sangat tinggi. Penelitian menunjukkan bahwa untuk mencapai tingkat supresi virus yang optimal, setidaknya 95% dari semua dosis tidak boleh terlupakan (Direktorat Jendral PP & PL, 2011).

6. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum ARV

Faktor-faktor yang mempengaruhi atau faktor prediksi kepatuhan minum ARV diantaranya adalah :

a. Umur

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa umur seseorang dapat mempengaruhi kepatuhannya terhadap mengkonsumsi ARV. Penelitian yang dilakukan oleh (Fitriawan, Aulawi, & Haryani, 2019) menunjukkan bahwa usia berhubungan signifikan dengan kepatuhan berobat dan berbanding lurus, artinya semakin tua usia responden maka semakin tinggi pula tingkat kepatuhannya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ghidei Luwam et al., 2014) yang menunjukkan bahwa ODHA yang lebih tua kemungkinan benar-benar mencapai kepatuhan yang lebih besar terhadap terapi pengobatan dibandingkan rekan mereka yang lebih muda. Populasi khusus ini mungkin lebih terorganisir dan berpengalaman dalam kehidupan sehari-hari mereka, atau mungkin lebih termotivasi setelah mengalami epidemi AIDS.

Usia muda memiliki persepsi terhadap kegunaan pengobatan yang rendah, kurangnya *self efficacy*, kurangnya *internal locus of control*, dan motivasi untuk patuh yang lebih rendah. Pasien HIV yang lebih tua lebih patuh pada pengobatan yang dikaitkan dengan jumlah viraload yang tidak terdeteksi dibandingkan dengan usia muda. Para peneliti juga mencatat bahwa pasien yang lebih tua mengalami peningkatan jumlah CD4 lebih cepat dibanding dengan usia muda (Debby et al., 2019).

b. Jenis Kelamin

Perempuan cenderung lebih rutin datang ke pelayanan konseling setiap bulan. Hal ini disebabkan, umumnya perempuan cenderung lebih memperhatikan masalah kesehatan dari pada laki-laki. Selain itu, ada layanan kesehatan khusus perempuan seperti kesehatan reproduksi dan anak (Wulandari, 2015). Hasil yang berbeda dari penelitian yang dilakukan oleh penelitian Puskas, et al (2000-2014) yang dilakukan di British Columbia yang menyatakan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan dan laki-laki lebih secara proporsi laki-laki (77,1%) lebih patuh daripada perempuan (57%) (Ramadhania, 2018).

Sebuah penelitian yang dilakukan di Brazil menunjukkan bahwa ketidakpatuhan pada perempuan 1.5 kali lebih besar dibandingkan laki-laki. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan. Responden perempuan, menunjukkan bahwa status perkawinan, khususnya pada yang berstatus sudah menikah dikaitkan dengan kepatuhan yang buruk. Selain karena perbedaan biologis, perempuan dengan HIV sering melakukan peran ganda, memiliki akses terbatas ke layanan kesehatan, melaporkan lebih sedikit pendapatan rumah tangga, dan mengungkapkan kekhawatiran lain yang biasanya tidak dimiliki oleh laki-laki HIV-positif (Bonolo et al., 2013).

c. Pekerjaan

Kepatuhan terhadap ARV tak luput kaitannya dengan status sosial ekonomi yang sering didasarkan pada pekerjaan di samping dari

pendidikan dan tingkat pendapatan (Nachega et al., 2015). Penelitian yang dilakukan oleh *International Labour Organization* (ILO) menemukan bukti bahwa ODHA memiliki kepatuhan pengobatan yang lebih berhasil ketika mereka memiliki pekerjaan daripada ketika mereka tidak memiliki pekerjaan. Ini terutama karena mereka memiliki sarana keuangan rutin untuk membayar layanan kesehatan terkait, obat-obatan. Akan tetapi, di negara berkembang dampak/konsekuensi ODHA dengan status tidak bekerja/pengangguran menunjukkan dampak negatif yang lebih kecil bila dibandingkan dengan negara maju (Nachega et al., 2015).

d. Pendidikan

Penelitian yang dilakukan oleh (Ubra, 2012), mengatakan bahwa orang dengan tingkat pendidikan tinggi lebih patuh terhadap pengobatan 20 kali dibandingkan responden yang mempunyai tingkat pendidikan rendah. Peneliti berpendapat bahwa semakin berkembangnya teknologi informasi semakin mempermudah masyarakat untuk mendapatkan segala informasi yang mereka inginkan melalui akses internet.

Melek huruf merupakan prediktor bermakna terhadap ketidakpatuhan, sehingga pasien dengan tingkat melek huruf rendah adalah 2.1 kali lebih mungkin untuk tidak patuh terhadap rejimen pengobatan dibandingkan dengan yang melek huruf. Keterbatasan pengetahuan pengobatan adalah hambatan terhadap kepatuhan yang

berpotensi untuk diubah. Peneliti mencatat, mereka yang berisiko tidak patuh dapat memperoleh manfaat dari bahan pendidikan kesehatan yang disesuaikan dengan budaya dan etika berobat (Ubra, 2012).

e. Pengetahuan Pengobatan

Pasien HIV yang kurang mengetahui pengobatan sering tidak mengetahui aturan pengobatan yang diberikan oleh petugas kesehatan dan oleh karena itu tingkat kepatuhan pengobatan lebih rendah. Teori ini didukung oleh penelitian (Hornschuh, Dietrich, Tshabalala, & Laher, 2017) yang memperoleh hasil bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan pengobatan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV walaupun bukan sebagai faktor yang dominan terhadap kepatuhan pengobatan minum ARV. Selain itu, penelitian yang dilakukan di Medan menunjukkan bahwa pengetahuan pengobatan memiliki korelasi dengan kepatuhan berobat ARV dan merupakan faktor yang penting. Orang dengan pengetahuan mengenai Terapi Antiretroviral (ART) yang tinggi memiliki kepatuhan yang tinggi pula (Martiana, Waluyo, & Yona, 2016).

f. Efek Samping

Efek samping atau toksisitas adalah dampak dari obat yang tidak diinginkan. Efek samping atau toksisitas ini sering menjadi alasan medis untuk mengganti (substitusi) dan/atau menghentikan pengobatan ARV. Pasien bahkan kadang menghentikan sendiri terapinya karena adanya efek samping. Beberapa orang mengalami efek samping ARV,

terutama pada minggu-minggu pertama penggunaannya. Efek samping ARV, antara lain ruam kulit, mual, muntah, diare, neuropati, ikterus, kelelahan, sakit kepala, demam, hipersensitifitas, depresi, pankreatitis, lipodistrofi, anemia, dan lain-lain (Ramadhania, 2018).

Berdasarkan (Depkes, 2006) efek samping yang timbul pada penggunaan obat antiretroviral (ARV) dapat berupa gejala simtomatik yang dapat dihilangkan dengan pemberian obat – obatan sampai pada gejala toksitas yang menyebabkan penggunaan obat harus dihentikan. Responden yang merasakan efek samping ringan secara proporsi lebih patuh dibandingkan responden yang merasakan efek samping sedang dan berat. (Ramadhania, 2018).

g. Konsumsi Alkohol

Dampak minum alkohol terhadap kepatuhan dan menunjukkan risiko ketidakpatuhan 2 kali lebih tinggi di kalangan peminum alkohol dibanding orang yang tidak minum alkohol. Pasien HIV yang mengkonsumsi alkohol 60% lebih rendah tidak patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan pasien HIV yang tidak mengkonsumsi alkohol. Hal ini berdasarkan penelitian meta analisa yang diterbitkan dalam jurnal AIDS. Dalam penelitian ini membuktikan bahwa konsumsi alkohol pada pasien HIV tidak hanya berdampak kepada kepatuhan tetap juga berdampak pada fungsi kekebalan tubuh (Ubra, 2012).

h. Jaminan Kesehatan

Penelitian kualitatif secara luas tentang kendala terhadap kepatuhan di Botswana, Uganda dan Tanzania menunjukkan bahwa biaya transportasi, biaya pendaftaran layanan kesehatan adalah kendala keuangan terpenting terhadap kepatuhan yang baik. Selain itu, penelitian pada ODHA di Unit Pelayanan Terpadu HIV RSUPN DR Cipto Mangunkusumo menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara jaminan kesehatan responden dengan kepatuhan minum obat ARV pada pasien.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa pembiayaan pengobatan memiliki pengaruh signifikan terhadap kepatuhan minum obat. Berdasarkan hasil penelitian tersebut peneliti berpendapat bahwa pasien yang tidak menggunakan jaminan kesehatan memiliki tingkat kepatuhan yang kurang (Debby et al, 2019). Pendapat tersebut juga diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ubra, 2012) menyatakan bahwa kendala struktural yang terpenting dalam kepatuhan yaitu pembiayaan perawatan dan obat.

i. Akses ke Layanan Kesehatan

Salah satu hambatan dalam kepatuhan pengobatan disebabkan karena akses yang jauh dari layanan kesehatan. hambatan ini merupakan hambatan struktural kedua yang dihadapi oleh pasien HIV oleh karena sarana transportasi menuju klinik karena biaya transportasi. Akses ke layanan kesehatan mempunyai hubungan

dengan kepatuhan karena pasien HIV yang tempat tinggalnya jauh dari unit layanan mempunyai risiko untuk mangkir karena tidak memiliki transportasi ke layanan sehingga pada akhirnya kehabisan obat (Ubra, 2012)

Salah satu cara untuk mendekatkan akses layanan pengobatan ARV pada pasien HIV yang tinggal jauh dari layanan kesehatan yaitu dengan cara desentralisasi pengobatan hingga tingkat perifer oleh karena jarak rumah sakit yang jauh, ditambah dengan banyaknya kunjungan pasien ke rumah sakit termasuk pasien HIV sedangkan sumber daya di rumah sakit sangat terbatas. Dengan desentralisasi pengobatan ke layanan kesehatan primer berbasis komunitas maka jumlah pasien yang mangkir menjadi berkurang, jumlah pasien yang bertahan dalam pengobatan ARV lebih banyak di layanan kesehatan primer dibanding di rumah sakit.

j. Stigma

Stigma dipahami sebagai sikap masyarakat dalam memperlakukan seseorang atau kelompok. Pengalaman mendapat stigmatisasi sangat umum terjadi pada orang yang hidup dengan HIV (ODHA). Telah terbukti bahwa ODHA yang distigmatisasi kurang mampu mengelola penyakit mereka. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa stigma adalah prediktor yang signifikan untuk tingkat kepatuhan ART yang lebih rendah dalam negara berkembang (Sianturi, Perwitasari, Islam, & K., 2019).

Dalam *Journal of General Internal Medicine* (2009), para peneliti menemukan bahwa sejumlah besar pasien HIV yang menerima stigma tidak mengakses perawatan dan kurang patuh terhadap pengobatan ARV. Ketika ada orang yang bertanya tentang obat yang selalu dikonsumsi pada jam-jam tertentu, ODHA merasa khawatir akan diketahui statusnya, sehingga seringkali harus minum obat secara sembunyi-sembunyi atau melewati jadwal pengambilan obat (Yuniar, Handayani, & Aryastami, 2012).

k. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang berhubungan dan bermakna secara statistik dengan kepatuhan pengobatan minum ARV, yaitu responden yang statusnya diketahui oleh keluarga dan mendapat dukungan maka 4 kali lebih patuh minum ARV dibandingkan responden yang statusnya tidak diketahui dan tidak mendapat dukungan keluarga. (Ubra, 2012)

Bagi ODHA yang sudah diketahui statusnya oleh keluarga dan keluarganya dapat menerima kondisi mereka, maka faktor keluarga biasanya menjadi pendukung utama. Biasanya orang tua, suami/istri, anak menjadi orang-orang terdekat yang mengingatkan untuk minum obat. Keluarga dalam hal ini bisa berfungsi menjadi Pengawas Minum Obat (PMO) bagi ODHA. Akan tetapi ada kondisi keluarga yang justru menghambat kepatuhan misalnya takut diketahui pasangannya

sebagai ODHA sehingga menjadi berhenti minum obat (Sugiharti, Yuni ar, Lestary, 2014).

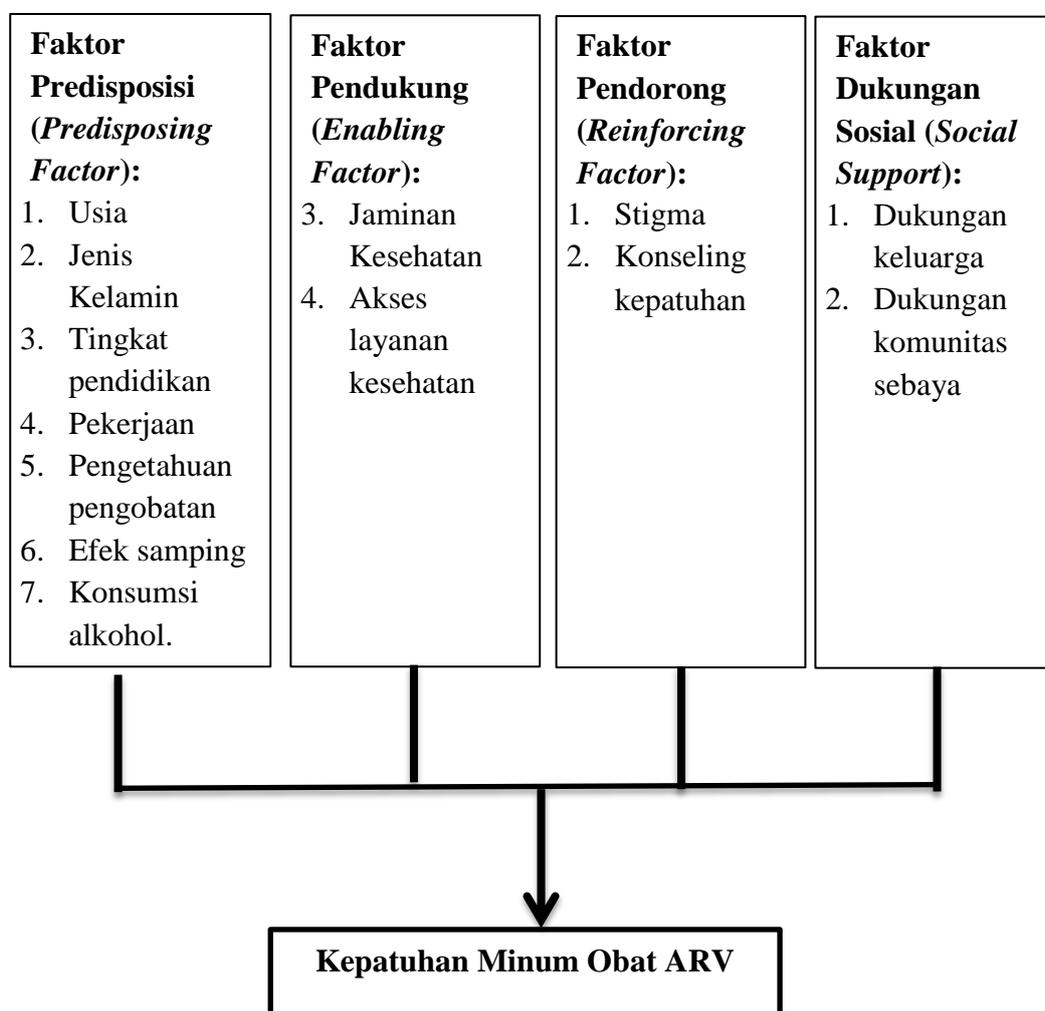
1. Dukungan Teman Sebaya

Peran Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) merupakan salah faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan ODHA dalam mengkonsumsi ARV. Peran KDS adalah memberikan dukungan motivasi, mengurangi stigma dan tindakan diskriminasi serta meningkatkan mutu hidup ODHA dan kepatuhan dalam mengkonsumsi ARV, melakukan kunjungan rumah. Untuk menjadi KDS, seseorang harus mempunyai beberapa karakteristik, yaitu kepribadian, pengetahuan, keterampilan dan pengalaman (Anok, Aniroh, & Wahyuni, 2018).

Keberadaan KDS juga berperan serta merawat ODHA jika sakit, karena kemungkinan keluarga tidak mau merawat. Selain itu menjembatani kebutuhan pada layanan VCT. Maka dibutuhkan peran KDS, untuk memberikan dukungan dalam kehidupan sehari-hari agar ODHA tidak jatuh dalam kondisi yang mengkhawatirkan secara fisik maupun psikis, dan membantu dalam pencegahan penularan kepada orang sehat disekitarnya.

D. Kerangka Teori

Berdasarkan teori penunjang maka disusun kerangka teori penelitian dengan pendekatan teori perilaku kesehatan menurut Green (1980), yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pendukung (*enabling factor*), dan faktor pendorong (*reinforcing factor*), dan Kar (1983), yaitu faktor dukungan sosial (*social support*).



Gambar 1.
Kerangka Teori Penelitian

Sumber : (Green, 1980; Kar 1983 dalam Ubra, 2012)