

## KARAKTERISTIK KLINIS PASIEN YANG MENERIMA TERAPI ARV DI RSUD KABUPATEN BULELENG

I Gusti Ngurah Putu Candra<sup>1</sup>, Dewi Aprelia Meriyani<sup>2</sup>, Luh Putu Desy Puspaningrat<sup>3</sup>,  
Yopita Triguno<sup>4</sup>, Ni Kadek Ayu Tamara Widya Sari<sup>5</sup>

<sup>1,3</sup>Prodi S1 Farmasi

Email : [igustingurahputucandra@gmail.com](mailto:igustingurahputucandra@gmail.com)

<sup>2</sup>Prodi S1 Bidan

Korespondensi Email : [dianpreema@gmail.com](mailto:dianpreema@gmail.com)

<sup>3</sup>Prodi S1 Farmasi

Email : [desypuspaningrat@gmail.com](mailto:desypuspaningrat@gmail.com)

<sup>4</sup>Prodi Pendidikan Profesi Bidan

Email : [yopipita28@gmail.com](mailto:yopipita28@gmail.com)

<sup>5</sup>Mahasiswa S1 Bidan

Email : [tamarawidya@gmail.com](mailto:tamarawidya@gmail.com)

### ABSTRACT

*Background Infectious diseases that always have an impact not only on health but social and economic is HIV / AIDS.*

*Purpose This research aims to describe the clinical and demographic conditions of patients receiving antiretroviral therapy.*

*Method Descriptive research with a retrospective cohort approach using secondary data from ARV cohort registers from 2005-2015 (11 years of ARV therapy). The analysis used was univariate analysis using SPSS version 17.*

*Result Clinical and demographic characteristics of PLHAs receiving ARV therapy, namely 45.32% in ambulatory conditions, 75.42% getting zidovudine type NNRTI regimens, 75.82% getting NRTI nevirapine regimen therapy, 79.66% in conditions stages 3 and 4, with a classification of productive age (<40 years of 82.05%, most were 62.96% male, and had a drug taking supervisor (PMO) of 68.25%. Proportion of death was 9.3% (112 people), LTFU (loss to follow-up) 18.52% (223 people), substitution of the first-line regimen 9.88% (119 people), refer out 1.83% (22 people) and those still on treatment 69.93% (842)*

*Conclusion Patients who experienced LTFU were divided into several conditions, namely LTFU died 3.07% (37 people), LTFU was 0.5% (6 people), and the condition of unknown LTFU was 14.95% (180 people).*

*Suggestion Monitoring and evaluation of the treatment program carried out continuously to improve the consistency of the therapy being carried out.*

*Keywords: Characteristics, Therapy, HIV / AIDS*

### ABSTRAK

Latar Belakang Penyakit menular yang selalu memberikan dampak tidak hanya kesehatan tetapi social dan ekonomi adalah HIV/AIDS.

Tujuan untuk mendeskripsikan kondisi klinis dan demografi pasien yang menerima terapi ARV.

Metode Penelitian deskriptif dengan pendekatan secara kohort retrospektif menggunakan data sekunder dari register kohort ARV dari tahun 2005-2015 (11 tahun terapi ARV). Analisis yang digunakan adalah analisis univariat menggunakan SPSS versi 17.

Hasil Karakteristik klinis dan demografi pada odha yang menerima terapi ARV yaitu 45,32% dalam kondisi ambulatory, 75,42% mendapatkan regimen NNRTI jenis zidovudine, 75,82 % mendapatkan terapi regimen NRTI nevirapine, 79,66% pada kondisi stadium 3 dan 4, dengan klasifikasi umur produktif (< 40 tahun sebanyak 82,05%, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki 62,96%, dan memiliki pengawas minum obat (PMO) sebesar 68,25%. Proporsi kematian sebesar 9,3 % (112 orang), LTFU (*loss to follow up*) 18,52% (223 orang), substitusi regimen lini satu 9,88% (119 orang), rujuk keluar 1,83% (22 orang) dan yang masih dalam pengobatan sebesar 69,93% (842).

Kesimpulan Pasien yang mengalami LTFU terbagi dalam beberapa kondisi yaitu LTFU dalam kondisi

meninggal 3.07% (37 orang), LTFU dalam kondisi hidup 0.5% (6 orang), dan LTFU yang tidak diketahui kondisinya sebesar 14.95% (180 orang).

Saran Monitoring dan evaluasi pada program pengobatan dilakukan secara berkelanjutan untuk meningkatkan konsistensi terapi yang dilakukan.

Kata Kunci : Karakteristik, Terapi, HIV/AIDS

## PENDAHULUAN

Penyakit menular yang selalu memberikan dampak tidak hanya kesehatan tetapi social dan ekonomi adalah HIV/AIDS. Sampai saat ini penyakit akibat virus yang tidak diketahui namanya ini masih menjadi prioritas masalah kesehatan global. Penyebarannya yang masif terjadi ketika perilaku berisiko banyak terjadi di masyarakat. Stigma dan diskriminasi juga dua hal penting yang tidak bisa kita lebur ketika membahas penyakit ini.

Indonesia menjadi negara urutan ke-5 yang paling berisiko HIV/AIDS di Asia (Kemenkes 2013 dalam Infodatin 2017). Data yang dilaporkan secara nasional di Indonesia dari HIV/AIDS ini tidak hanya sekedar keparahan penyakit yang ditimbulkan tetapi mencakup situasi terkini profil penyakit ini. Data dari segi karakteristik demografi dalam kurun waktu tiga tahun dari 2014 hingga 2017 terjadi pergeseran rasio HIV pada laki-laki dan perempuan yang awalnya 1:1 menjadi 2:1 di tahun 2017. Persentase faktor risiko tertinggi pada kelompok LSL (lelaki seks lelaki) 28%, heteroseksual (24%, lain-lain 9% dan penusun (penggun jarum suntik yang tidak steril) sebesar 2%.

Berdasarkan data yang menerima terapi ARV di Indonesia tahun 2017 hanya 83.19% (158.224 dari 190.195 yang memenuhi persyaratan untuk terapi ARV). Hal ini menunjukkan masih ada kesenjangan dalam terapi ARV. Kondisi 83.19% yang mendapatkan terapi ARV pun yang tercatat masih menerima hanya 79.833/158.224 orang, artinya hanya 50 % yang mampu bertahan dalam pengobatan. Sedangkan 50% lainnya dalam kondisi meninggal, LTFU, rujuk keluar dan stop minum ARV.

Karakteristik klinis awal pada odha sebagai screening awal pengobatan ARV. Data klinis yang dimaksud yaitu CD4, berat badan, status gizi, SGOT dan SGPT. Komponen klinis menjadi hal penting yang perlu dikaji untuk menilai kesiapan tubuh odha menerima terapi ARV mengingat efek samping dari ARV. Walaupun kebijakan pemerintah saat ini adalah *test and treat* artinya ketika ditemukan kasus positif maka langsung diberikan terapi. Tanpa menunggu hasil CD4 ditemukan maka pasien bisa langsung

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan tentang karakteristik klinis dan demografi pada odha yang menerima terapi ARV. Data ini sangat penting sebagai bahan prediksi dan kajian terkait pola perilaku, persentase mapuan kualitas hidup odha tersebut.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *longitudinal analitik* dengan pendekatan secara *retrospektif* pada data kohort pasien yang menerima terapi ARV periode 2005-2015 di RSUD Kabupaten Buleleng. Penelitian ini menggunakan data sekunder dari register kohort dan rekam medis pasien yang melakukan terapi ARV.

Data dikumpulkan dengan menggunakan formulir pengumpulan data yang masih dalam bentuk *hard copy* kemudian dibuat ke dalam bentuk *soft copy* (dalam bentuk *microsoft excel*). Jumlah sampel dalam penelitian ini 1204 orang dengan jangka waktu penelitian selama 11 tahun. Data dianalisis secara univariat untuk melihat persentase dan proporsi pasien yang mendapatkan terapi, hilang dalam pengobatan atau *loss to follow up*, substitusi obat lini 1 dan kematian. Karakteristik klinis dan demografi diamati pada penelitian ini. Penelitian ini bertujuan untuk melihat beberapa komponen dan trend karakteristik odha yang berobat ke RSUD Buleleng dalam kurun waktu 11 tahun terakhir. Makadri itu tidak ada perhitungan sampel khusus yang digunakan tetapi menggunakan total sampling yang bertujuan untuk menghindari terjadinya data yang tercatat tidak lengkap pada beberapa dokumen yang diteliti.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Studi ini mengolah beberapa variabel dan data, diantaranya yaitu persentase dan proporsi. Pada tabel 1 dibawah ini menunjukkan karakteristik klinis dan demografi pada odha yang menerima terapi ARV.

**Tabel 1.**  
**Karakteristik Klinis dan Demografi pada Odha yang menerima terapi ARV di RSUD Kab. Buleleng**

Karakteristik Klinis	Responden	
	n	%
1	2	3
Status Fungsional		
Baring	342	31.38
Ambulatory	494	45.32
Kerja	254	23.30
Regimen NRTI		
Tenofovir	202	16.89
Stavudine	92	7.69
Zidovudin	902	75.42
NNRTI		
Evapirens	289	24.18
Nevirapine	906	75.82
Stadium Klinis WHO		
Stadium 1 dan 2	214	20.34
Stadium 3 dan 4	838	79.66
Berat Badan	51.12	50.30-51.95
CD4	121.81	108.93-134.69
Karakteristik Demografi		
Umur		
< 40 tahun	983	82.05
≥ 40 tahun	215	17.95
Jenis Kelamin		
Perempuan	446	37.04
Laki-laki	758	62.96
Status PMO		
Ada	129	68.25
Tidak ada	60	31.75

Berdasarkan tabel 1 diatas menunjukkan bahwa karakteristik klinis dan demografi pada odha yang menerima terapi ARV yaitu 45,32% dalam kondisi ambulatory, 75,42% mendapatkan regimen NNRTI jenis zidovudine, 75,82 % mendapatkan terapi regimen NRTI nevirapine, 79,66% pada kondisi stadium 3 dan 4, dengan klasifikasi umur produktif (< 40 tahun sebanyak 82,05%, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki 62,96%, dan memiliki pengawas minum obat (PMO) sebesar 68,25%.

Hasil analisis secara deskriptif menunjukkan kondisi pada odha yang menerima terapi ARV yaitu proporsi kematian sebesar 9,3 % (112 orang), LTFU (*loss to follow up*) 18,52% (223 orang), substitusi regimen lini satu 9,88% (119 orang), rujuk keluar 1,83% (22 orang) dan yang masih dalam pengobatan sebesar 69,93% (842). Pasien yang mengalami LTFU terbagi dalam

beberapa kondisi yaitu LTFU dalam kondisi meninggal 3,07% (37 orang), LTFU dalam kondisi hidup 0,5% (6 orang), dan LTFU yang tidak diketahui kondisinya sebesar 14,95% (180 orang).

Usia reproduktif dengan umur kurang dari 40 tahun menjadi persentase terbanyak pada penderita HIV/AIDS yang mendapat terapi ARV dalam periode 11 tahun di Kabupaten Buleleng. Hal ini sejalan dengan laporan terkini situasi HIV/AIDS di Indonesia tahun 2017 bahwa persentase infeksi HIV tertinggi pada usia 25-49 tahun (69,9%). Kondisi ini menunjukkan bahwa perilaku berisiko sangat berpotensi terjadi pada usia reproduktif dan tentunya akan mengancam generasi bangsa.

Obat ARV sebagian besar memiliki efek samping yang bervariasi pada setiap penderita. Efek samping yang paling banyak dilaporkan pada NNRTI zidovudine yang menimbulkan anemia pada penderita (Adnyani et al., 2016). Kebijakan pedoman ARV tahun 2011 menyebutkan pemberian ARV ditujukan untuk Odha yang telah memenuhi syarat misalnya dengan CD4 > 350 sel/mm<sup>3</sup> yang bertujuan untuk mengurangi efek samping ARV sehingga kepatuhannya dapat dipertahankan (Kemenkes RI, 2011). Namun kondisi terkini yaitu adanya program *test and treat* yang artinya terapi segera dilakukan tanpa melihat jumlah CD4 yang bertujuan untuk meningkatkan cakupan terapi sehingga risiko penularannya dapat ditekan.

Melihat dari perjalanan penyakit ini bahwa *kondisi window period* yang terjadi pasca melakukan tindakan yang berisiko merupakan hal yang harus dipahami dengan baik. Kondisi inilah yang menyebabkan banyak penderita HIV/AIDS memulai pengobatan dengan status klinis yang buruk (Abyu et al., 2014; European, n.d.). Kondisi klinis ini diklasifikasikan dalam stadium WHO 1,2,3 dan 4. Peningkatan stadium WHO bagi mereka yang telah melalui terapi ARV dilaporkan 16,6 per 100 person years (PY). (Abyu et al., 2014).

Penelitian ini juga melaporkan bahwa pasien memulai pengobatan dengan sebagian besar dalam kondisi stadium 3 dan 4, rerata berat badan 51 kg, dan CD4 121,81 sel/mm<sup>3</sup>. Beberapa penelitian juga menyebutkan bahwa pengobatan ARV banyak dimulai dengan kondisi klinis yang buruk sehingga risiko kematian juga semakin besar (Bekolo et al., 2013a, 2013b; Brinkhof et al., 2009; McMahon et al., 2013). Laki-laki ditemukan lebih banyak persentasenya dibandingkan perempuan, hal ini sangat berkaitan dengan pola perilaku pada laki-laki. Beberapa laporan dan penelitian juga menyebutkan secara deskriptif pada kajiannya bahwa persentase kejadian HIV/AIDS pada laki-laki lebih besar dari perempuan, termasuk juga

pada beberapa kondisi seperti LTFU, kematian, dan ketidak patuhan berobat lebih banyak terjadi pada laki-laki (Dewi et al., 2015; Hawkins et al., 2011; Lubega et al., 2015; Mitra & Sarkar, 2011; Taylor-Smith et al., 2010).

Selain itu pada penelitian ini menunjukkan hanya 69 % pasien yang masih bertahan dalam pengobatan sedangkan sisanya mengalami beberapa kondisi seperti kematian, LTFU, Subsitusi, dan Rujuk Keluar. Kondisi ini sesuai dengan beberapa situasi yang masih menggambarkan dalam laporan nasional maupun global bahwa masalah yang terjadi adalah konsistensi pengobatan bukan lagi pada cakupan *treatment* yang diberikan (WHO, 2006, 2007, 2013).

## KESIMPULAN

Karakteristik klinis dan demografi pada odha yang menerima terapi ARV yaitu 45,32% dalam kondisi ambulatory, 75,42% mendapatkan regimen NNRTI jenis zidovudine, 75,82 % mendapatkan terapi regimen NRTI nevirapine, 79,66% pada kondisi stadium 3 dan 4, dengan klasifikasi umur produktif (< 40 tahun sebanyak 82,05%, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki 62,96%, dan memiliki pengawas minum obat (PMO) sebesar 68,25%. Proporsi kematian sebesar 9,3 % (112 orang), LTFU (*loss to follow up*) 18,52% (223 orang), subsitusi regimen lini satu 9,88% (119 orang), rujuk keluar 1,83% (22 orang) dan yang masih dalam pengobatan sebesar 69,93% (842). Pasien yang mengalami LTFU terbagi dalam beberapa kondisi yaitu LTFU dalam kondisi meninggal 3,07% (37 orang), LTFU dalam kondisi hidup 0,5% (6 orang), dan LTFU yang tidak diketahui kondisinya sebesar 14,95% (180 orang).

## SARAN

Monitoring dan evaluasi pada program pengobatan dilakukan secara berkelanjutan untuk meningkatkan konsistensi terapi yang dilakukan.

## DAFTAR PUSTAKA

Abyu, D. M., Getahun, E. A., Malaju, M. T., & Bizuayehu, H. M. (2014). Time to increase WHO clinical stage of people living with HIV in public health facilities of Arba Minch town, south Ethiopia. *Clinical Medicine Research Diresigne Misker Abyu Clinical Medicine Research*, 3(5), 119–124. <https://doi.org/10.11648/j.cmr.20140305.11>

Adnyani, S., S., S., L., W., A., S., E.P., A., J., R., & N., W. (2016). Factors associated with zidovudine substitution in HIV/AIDS patients attending Badung Hospital, Bali,

Indonesia between 2006-2014. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4(11), 5028–5033. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20163812>

Bekolo, C. E., Webster, J., Batenganya, M., Sume, G. E., & Kollo, B. (2013a). Trends in mortality and loss to follow-up in HIV care at the Nkongsamba Regional hospital, Cameroon. *BMC Research Notes*. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-512>

Bekolo, C. E., Webster, J., Batenganya, M., Sume, G. E., & Kollo, B. (2013b). Trends in mortality and loss to follow-up in HIV care at the Nkongsamba Regional hospital, Cameroon. *BMC Research Notes*, 6(1), 512. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-512>

Brinkhof, M. W. G., Pujades-Rodriguez, M., & Egger, M. (2009). Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings: systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 4(6), e5790. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005790>

Dewi, P. D. P. K., Agung, A., Sawitri, S., Putu, L., Wulandari, L., Putra, I. W. G. A. E., Ayu, P., Astuti, S., Januraga, P. P., Muliawan, P., Wirawan, D. N., & Mathers, B. (2015). SEX AND PARTNER STATUS AS PREDICTORS OF LOSS TO FOLLOW UP AMONG HIV / AIDS PATIENTS ON ARV TREATMENT IN BADUNG DISTRICT HOSPITAL, BALI 2006 - 2014. 2015.

European, W. (n.d.). *HIV / AIDS TREATMENT AND CARE Clinical protocols for the WHO European Region HIV / AIDS TREATMENT AND CARE Clinical protocols for the WHO European Region*.

Hawkins, C., Chalamilla, G., Okuma, J., Spiegelman, D., Hertzmark, E., Aris, E., Ewald, T., Mugusi, F., Mtasiwa, D., & Fawzi, W. (2011). Sex differences in antiretroviral treatment outcomes among HIV-infected adults in an urban Tanzanian setting. *AIDS (London, England)*, 25(9), 1189–1197. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283471deb>

Kemendes RI. (2011). *Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral Pada Orang Dewasa*.

Lubega, M., Joshua, G., Dhafa, G., Badaza, R., Bakwesegha, C. J., & Reynolds, S. J.

- (2015). *Sex inequality , high transport costs , and exposed clinic location : reasons for loss to follow-up of clients under prevention of mother-to-child HIV transmission in eastern Uganda – a qualitative study*. 447–454.
- Mcmahon, J. H., Elliott, J. H., Hong, S. Y., Bertagnolio, S., & Jordan, M. R. (2013). *Effects of Physical Tracing on Estimates of Loss to Follow- Up , Mortality and Retention in Low and Middle Income Country Antiretroviral Therapy Programs : A Systematic Review*. 8(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056047>
- Mitra, A., & Sarkar, D. (2011). Gender inequality and the spread of HIV-AIDS in India. *International Journal of Social Economics*, 38(6), 557–572. <https://doi.org/10.1108/03068291111131409>
- Taylor-Smith, K., Tweya, H., Harries, A., Schoutene, E., & Jahn, A. (2010). Gender differences in retention and survival on antiretroviral therapy of HIV-1 infected adults in Malawi. *Malawi Medical Journal : The Journal of Medical Association of Malawi*, 22(2), 49–56. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3345762&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- WHO. (2006). *PATIENT MONITORING GUIDELINES FOR HIV CARE AND ANTIRETROVIRAL THERAPY (ART)*.
- WHO. (2007). *HIV / AIDS Programme WHO CASE DEFINITIONS OF HIV FOR SURVEILLANCE AND REVISED CLINICAL STAGING AND IMMUNOLOGICAL CLASSIFICATION OF HIV-RELATED DISEASE IN ADULTS AND CHILDREN*.
- WHO. (2013). *Consolidated Guidelines on The Use Of Antiretroviral Drugs For Treating And Preventing HIV Infection Recommendations For A Public Health Approach*. June.