

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Masalah HIV/AIDS adalah masalah besar yang mengancam Indonesia dan banyak negara di seluruh dunia. Saat ini tidak ada negara yang terbebas dari HIV/AIDS. HIV/AIDS menyebabkan krisis secara bersamaan, menyebabkan krisis kesehatan, krisis pembangunan negara, krisis ekonomi dan juga krisis kemanusiaan. Dengan kata lain HIV/AIDS menyebabkan krisis multidimensi. Sebagai krisis kesehatan, AIDS memerlukan respon dari masyarakat dan memerlukan layanan pengobatan dan perawatan untuk individu yang terinfeksi HIV.<sup>[1]</sup>

Paradigma baru yang menjadi tujuan Global dari UNAIDS adalah *Zero AIDS – related death*. Hal ini dapat tercapai bila pasien datang di layanan HIV dan mendapat terapi ARV secepatnya. Salah satu tujuan pembangunan Milenium (MDGs) yaitu tujuan keenam adalah memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lain. Tujuan dari indikator ini adalah mengurangi infeksi HIV hingga separuhnya, termasuk melakukan tindakan pengobatan ARV.<sup>[2]</sup>

Penemuan obat *antiretroviral* (ARV) pada tahun 1996 mendorong suatu revolusi dalam perawatan ODHA di negara maju. Meskipun belum mampu menyembuhkan penyakit dan menambah tantangan dalam hal efek samping serta

resistensi kronis terhadap obat, namun secara dramatis terapi ARV dapat mengurangi risiko penularan HIV, menghambat perburukan infeksi oportunistik menurunkan angka kematian dan kesakitan, meningkatkan kualitas hidup ODHA, dan meningkatkan harapan masyarakat, sehingga pada saat ini HIV dan AIDS telah diterima sebagai penyakit yang dapat dikendalikan dan tidak lagi dianggap sebagai penyakit yang menakutkan.<sup>[3]</sup>

Estimasi UNAIDS pada tahun 2011 orang yang hidup dengan HIV sebanyak 34 juta orang dan yang meninggal sebanyak 1,7 juta orang dari penduduk dunia. Diperkirakan 0,8% orang dewasa usia 15-49 tahun hidup dengan HIV/AIDS. Pada tahun 2012, diperkirakan 35,3 juta orang di dunia hidup dengan HIV, 2,3 juta orang baru terinfeksi HIV dan yang meninggal mengalami penurunan dari tahun sebelumnya menjadi 1,6 juta jiwa. Berdasarkan data yang dilaporkan dari WHO bahwa pada akhir tahun 2012 sekitar 9,7 juta yang sudah terapi ARV. Dalam memulai ARV dengan tingkat CD4-nya mencapai 350 sel/mm<sup>3</sup>.<sup>[4]</sup>

HIV/AIDS di Indonesia telah bergerak dengan laju yang sangat mengkhawatirkan, hampir semua Provinsi di Indonesia ditemukan kasus HIV/AIDS. Pada tahun 2013 pengidap HIV sebanyak 29.037, sedangkan kasus AIDS yaitu 5608 orang, yang meninggal 726 orang. Laporan terakhir yang diperoleh sampai dengan bulan September 2014 kasus HIV ada penurunan kasus yaitu 22.869 kasus dan AIDS 1876 kasus, yang meninggal juga mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu 211 kasus. Peningkatan kasus HIV/AIDS di Indonesia diakibatkan faktor risiko

penularan yang masih tinggi. Berdasarkan laporan Ditjen PP & PL Kemenkes RI sampai dengan bulan September tahun 2014 penyebaran kasus paling tinggi dengan heteroseksual yaitu 34.305 orang (61,94 %). Berdasarkan umur yang paling tinggi adalah umur 20 – 29 tahun yaitu 18.352 orang (32,89 %).<sup>[5],[3],[6]</sup>

Propinsi Papua masih berada pada urutan pertama yang memiliki prevalensi tertinggi dari semua Propinsi yang ada di Indonesia. Berdasarkan laporan Kemenkes RI bahwa pada tahun 2013 pengidap HIV 14.087 orang dan AIDS 10.116 orang dengan prevalensi 157,03/100.000 penduduk. Pada tahun 2014 sampai dengan September terjadi peningkatan kasus yaitu HIV 16051 orang dan AIDS 10184 orang.<sup>[6]</sup>

Provinsi Papua pada Triwulan III Tahun 2013, kumulatif pasien ODHA yang masih dalam terapi antiretroviral sebanyak 62% (1.966 orang) dan untuk pasien ODHA yang pernah memulai terapi antiretroviral (ARV) sebanyak 35% (3.727 orang). Kumulatif kasus HIV/AIDS di Kota Jayapura pada Triwulan III Tahun 2013 berjumlah 3.242 kasus, yang terdiri dari 379 kasus HIV, 2.863 kasus AIDS dan jumlah kematian 172 kasus. Kumulatif Pasien HIV di Kota Jayapura yang menjalani pengobatan ARV dilaporkan berdasarkan laporan Triwulan III Tahun 2013 mengalami penurunan, pasien yang pernah melakukan terapi sebanyak 1.187 orang menurun menjadi 572 orang yang masih dalam terapi ARV.<sup>[7]</sup>

RSUD Abepura merupakan salah satu rumah sakit yang aktif melakukan layanan perawatan, dukungan dan pengobatan. Dari seluruh Rumah sakit yang ada di Kota Jayapura, RSUD Abepura memiliki jumlah kasus HIV/AIDS tertinggi.

Berdasarkan data yang dilaporkan dari RSUD Abepura hingga Desember 2012 dalam penemuan HIV positif 300 orang. Pada tahun 2013 angka ini meningkat menjadi 312 orang.<sup>[8]</sup>

Data yang diperoleh dari Bagian VCT RSUD Abepura bahwa pada tahun 2012 jumlah pasien HIV yang sedang menjalani pengobatan ARV dan dinilai kepatuhan minum obat ARV sebanyak 146 (48,66 %) orang dengan tingkat kepatuhan pengobatan > 95 % berjumlah 63 (45,7%) orang dan tingkat kepatuhan pengobatan  $\leq$  95 % berjumlah 54 (39,1%) yang LVU terlapor 47 orang (32,2 %) dan yang meninggal selama menerima pengobatan ARV ada 26 orang (15,2%) yang terdiri dari 13 orang (8,9 %) laki – laki dan 13 orang (8,9 %) perempuan termasuk LVU. Tahun 2013 ada peningkatan pasien HIV yang sedang menjalani pengobatan ARV dan dinilai kepatuhan minum obat ARV yaitu 148 (47,43 %) orang dengan tingkat kepatuhan pengobatan > 95 % berjumlah 50 (34,96%) orang dan tingkat kepatuhan pengobatan  $\leq$  95 % berjumlah 32 (22,38%) orang, LVU tahun 2013 40 orang (27,03 %), yang meninggal selama menerima pengobatan ARV 13 orang (8,8 %) orang, rujuk keluar 8 (5,4 %), dan yang stop pengobatan 2 orang (1,3 %). Tahun 2014 belum terlaporkan.<sup>[8]</sup>

Pada umumnya permasalahan dalam pengobatan HIV/AIDS sangat kompleks karena perjalanan penyakit yang cukup panjang dengan sistem imunitas yang semakin menurun secara progresif dan munculnya beberapa jenis infeksi oportunistik secara bersamaan. Permasalahan dalam pengobatan HIV/AIDS adalah ARV, di mana obat ini hanya untuk menekan replikasi virus. Pengobatan dengan kombinasi obat-obat

antiretroviral dapat mencegah berkembangnya infeksi HIV menjadi AIDS. Penelitian klinik menunjukkan bahwa penderita yang mengikuti aturan pengobatan dan melakukan pemeriksaan kesehatan dengan teratur, umumnya obat-obat akan bekerja dengan baik. Kenyataannya, beberapa dokter mengatakan bahwa hanya separuh pasiennya menunjukkan hasil yang baik.<sup>[3],[9]</sup>

Salah satu faktor penting yang perlu diperhatikan adalah kepatuhan pasien. Kepatuhan harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap kunjungan. Melakukan diagnosa yang tepat, pemilihan obat serta pemberian obat yang benar dari tenaga kesehatan ternyata belum cukup untuk menjamin keberhasilan suatu terapi jika tidak diikuti dengan kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obatnya. Menurut laporan dari WHO pada tahun 2003, kepatuhan rata – rata pasien pada terapi jangka panjang terhadap penyakit kronis di negara maju hanya sebesar 50 % sedangkan di negara berkembang jumlah tersebut bahkan lebih rendah.<sup>[10],[11]</sup>

Ketidakpatuhan pasien pada terapi ARV dapat memberikan efek negatif yang sangat besar karena prosentase penyakit HIV/AIDS mencapai 54 % dari seluruh penyakit ditahun 2001. Angka ini bahkan diperkirakan akan meningkat menjadi lebih dari 65 % pada tahun 2020. Banyak penelitian menunjukkan bahwa hanya dengan kelupaan satu atau dua dosis obat ARV dalam satu minggu dapat memberikan dampak besar terhadap pengobatan HIV/AIDS. Penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat dapat dilihat bahwa walau dengan kepatuhan diatas 95 %, hanya 81 % orang mencapai

*viral load* yang tidak terdeteksi (kepatuhan 95% ini berarti hanya lupa atau terlambat memakai 3 dosis per bulan dengan jadwal dua kali sehari).<sup>[11],[12]</sup>

Survey Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2007 menunjukkan bahwa sepertiga dari pasien HIV lupa minum obat dalam tiga hari survei, padahal untuk mencapai supresi virologi diperlukan tingkat kepatuhan terapi *antiretroviral* yang sangat tinggi. Penelitian oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa untuk mencapai supresi virus yang optimal setidaknya 90 - 95% dari semua dosis tidak boleh terlupakan.<sup>[13]</sup>

Faktor – faktor yang berhubungan atau berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV dapat ditunjukkan melalui penelitian yang telah dilakukan. Hasil penelitian Syafrizal (2011) di Lantera Minangkabau menyimpulkan bahwa kepatuhan penderita HIV/AIDS berhubungan dengan keberhasilan terapi Antiretroviral. Terapi dapat gagal akibat kurang patuh, sehingga virus menjadi resisten terhadap obat yang diminum. Walau kombinasi baru dapat membantu, tetapi jika masalah kepatuhan tidak dapat diatasi maka terapi mungkin gagal juga. Selain itu, beberapa variabel yang juga berpengaruh terhadap kepatuhan menurut Suddart dan Brunner (2002) antara lain variabel sosiodemografi : usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosio ekonomi dan pendidikan. Variabel penyakit khususnya keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat penyakit. Variabel program terapeutik : kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan. Variabel psikososial seperti intelegensia, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan, atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama

atau budaya dan biaya finansial. Hasil penelitian Sasmita (2010) di RSUP Dr. Kariadi Semarang menyimpulkan bahwa pengetahuan tentang terapi ARV merupakan faktor yang paling kuat mempengaruhi kepatuhan terapi ARV.<sup>[14],[15]</sup>

Penelitian yang dilakukan di Papua Kabupaten Timika didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan, dimana mereka yang berpendidikan tinggi akan patuh 20,49 kali untuk terapi ARV dibanding mereka yang tidak patuh terapi ARV. Selain itu juga ada beberapa faktor yang memiliki hubungan kuat dengan dengan kepatuhan ARV adalah pekerjaan, suku, dukungan keluarga. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dikatakan juga bahwa apabila pasien HIV/AIDS memiliki ke empat faktor ini maka kepatuhan minum obat ARV adalah : 94,97 % atau 95 %.<sup>[16]</sup>

Salah satu faktor yang perlu diperhatikan pada pasien HIV/AIDS adalah faktor agama. Kepatuhan terhadap nilai – nilai agama mempunyai peran dalam pencegahan dan pengurangan penularan HIV. Agama juga berperan dalam membentuk konsep sehat dan sakit serta terkait dengan adanya stigma terhadap penderita HIV/AIDS.<sup>[17]</sup> Berdasarkan wawancara singkat dengan salah seorang petugas kesehatan yang bekerja di Klinik VCT RSUD Abepura mengatakan bahwa selain bekerja sama dengan LSM, RSUD Abepura juga bekerja sama dengan Dedominasi Gereja di Papua salah satunya adalah Gereja Kristen Injili (GKI) di Tanah Papua. GKI mendirikan Klinik yang diberi nama Klinik “Waley Holle” yang khusus merawat ODHA (Orang Dengan HIV dan AIDS).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan kendala yang sering dihadapi petugas kesehatan dalam menangani ODHA yang menjalani terapi ARV di Kota Jayapura antara lain penggunaan obat tradisional dan obat alternatif sebagai pengganti ARV. Berdasarkan informasi dari petugas bahwa ODHA yang menjalani terapi ARV menggunakan pengobatan alternatif dan herbal untuk menghilangkan efek samping dan rasa sakit yang timbul akibat konsumsi ARV. Setelah ODHA melakukan pengobatan tersebut, selanjutnya memeriksakan diri ke VCT untuk mengetahui apakah ada perubahan atau tidak. Petugas kesehatan tidak mengetahui ODHA menggunakan pengobatan tradisional dan herbal. Petugas kesehatan berpikir ODHA berkunjung untuk memeriksakan diri, untuk mengetahui perkembangan penyakit setelah terapi obat ARV dan selanjutnya mengambil obat dan menjalani terapi. ODHA sendiri tidak memberitahukan kalau mereka menggunakan pengobatan herbal dan alternatif, alasannya “takut dimarah petugas”.

Akibat dari ketidakpatuhan pasien karena beberapa faktor yang telah dijelaskan kegagalan terapi dapat terjadi. Untuk mencapai penekanan terhadap perkembangan virus diperlukan kepatuhan yang sangat tinggi dalam minum obat ARV. Penekanan perkembangan virus akan maksimal apabila kepatuhan minum obat ARV mencapai 95% dari semua dosis dan tidak boleh terlupakan. Selain itu, kepatuhan pasien harus terus dipantau sehingga dapat diketahui kendala – kendala atau faktor – yang dapat menjadi penyebab sehingga pasien tidak teratur berobat.<sup>[10]</sup>



Melihat dari masalah yang telah dipaparkan, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor – faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi ARV pada penderita HIV/AIDS di RSUD Abepura Kota Jayapura.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, maka dapat diidentifikasi berbagai masalah sebagai berikut:

1. Masalah HIV/AIDS adalah masalah besar yang mengancam banyak negara di seluruh dunia termasuk Indonesia dan lebih khusus di Papua yang masih memiliki prevalensi tertinggi yaitu 359,43/100.000 penduduk.<sup>[1, 6]</sup>
2. Kota Jayapura berada pada urutan kedua jumlah kasus HIV/AIDS terbanyak, sedangkan RSUD Abepura memiliki jumlah kasus HIV/AIDS terbanyak tahun 2013 dari semua Rumah Sakit yang ada di Kota Jayapura yaitu 312 orang . ODHA yang menjalani terapi ARV 148 (47,43 %) orang.<sup>[7]</sup>
3. Jumlah pasien HIV yang sedang menjalani pengobatan ARV dan dinilai tingkat kepatuhan pengobatan > 95 % tahun 2012 ada 63 (45,7%) orang, pada tahun 2013 menurun menjadi 50 (34,96%). Selain itu, tahun 2013 banyak yang LTF sebanyak 40 (19,5%) orang.<sup>[8]</sup>
4. Terapi dapat gagal akibat kurang patuh, sehingga kepatuhan harus terus di pantau dan dievaluasi. Salah satunya dengan meneliti faktor – faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan terhadap terapi ARV.<sup>[10]</sup>

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

a. Rumusan Masalah Umum

Apakah faktor internal maupun eksternal merupakan faktor risiko yang berpengaruh terhadap kepatuhan terapi antiretroviral pada Pasien HIV/AIDS di RSUD Abepura?

b. Rumusan Masalah Khusus

1. Apakah umur berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS?
2. Apakah jenis kelamin berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS?
3. Apakah pekerjaan berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS?
4. Apakah pengetahuan berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS?
5. Apakah riwayat efek samping obat berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS?
6. Apakah sikap apatis pasien berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS?
7. Apakah lama terapi berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS?
8. Apakah akses ke pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS?

9. Apakah sikap petugas konseling kesehatan berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS?
10. Apakah kesukuan tenaga kesehatan berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS?
11. Apakah dukungan keagamaan berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS?
12. Apakah dukungan keluarga berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS?
13. Apakah penggunaan obat alternatif berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS?
14. Apakah penggunaan obat herbal berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS?

### **C. Keaslian Penelitian**

Beberapa penelitian mengenai faktor risiko yang mempengaruhi kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS yang telah dilakukan sebagai berikut :

Tabel 1. Beberapa Penelitian Faktor Risiko yang Berpengaruh Terhadap Kepatuhan Terapi ARV pada Pasien HIV/AIDS

No	Judul	Desain	Variabel	Hasil
1.	Faktor – Faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Pasien HIV/AIDS Terhadap Terapi Antiretroviral di RSUP Karyadi Semarang <sup>[15]</sup>	<i>Cross Sectional</i>	Pengetahuan pasien, Persepsi pasien, self efficacy, efek samping obat, kemudahan aspek pelayanan kesehatan, ketersediaan obat ARV, dukungan keluarga, dukungan teman sebaya, dukungan manajer kasus, dukungan dokter tim HIV/AIDS	Variabel pengetahuan merupakan faktor yang paling kuat dalam mempengaruhi kepatuhan terapi ARV (68 kali ), sedangkan untuk pengalaman efek samping obat 12 kali, kemudian ketersediaan obat ARV 10 kali. Ada hubungan yang signifikan antara persepsi ,self efficacy, dukungan manajer kasus dengan kepatuhan terapi.
2.	<i>Traditional complementary and alternative medicine and antiretroviral Treatment adherence among HIV patients in Kwazulu-Natal, South Africa</i> <sup>[40]</sup>	Kualitatif dalam bentuk studi kasus	Pengobatan Tradisional/Herbal (kentang dan lidah buaya dan Malangu) dan Pengobatan Alternatif (akupunktur, akupresur, perawatan chiropractic, terapi pijat, meditasi, visualisasi, terapi sentuhan dan mikronutrien (vitamin, mineral, dan multivitamin) serta penyembuhan Iman (termasuk praktek-praktek spiritual dan doa)	Menemukan bahwa dari 44 sampel yang diteliti 32% orang menggunakan obat-obatan tradisional, yang paling sering di Afrika adalah kentang 9 orang dan lidah buaya 3 orang dan penelitian yang dilakukan oleh Malangu (2007) ditemukan diantara pasien terinfeksi HIV yang memakai ART (n = 180) di Pretoria, Afrika Selatan, yang 4,4% menggunakan obat tradisional Afrika dan 3,3% komplementer dan alternatif obat-obatan. Ada data yang menunjukkan bahwa TCAM berdampak pada kepatuhan ARV.

No	Judul	Desain	Variabel	Hasil
3.	Kepatuhan ODHA dengan Keberhasilan Terapi Antiretroviral (ARV) di Lantera Minangkabau <sup>[14]</sup>	<i>Cross sectional study</i>	Kepatuhan ODHA	Adanya hubungan bermakna antara kepatuhan dengan keberhasilan terapi Antiretroviral (ARV)
4.	Hubungan antara pengetahuan, motivasi, dan dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi <sup>[37]</sup>	Survei Analitik dengan Pendekatan <i>Cross Sectional</i>	Pengetahuan, Motivasi, Dukungan Keluarga.	Pengetahuan, motivasi, dan dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV. Ada hubungan yang kuat antara pengetahuan motivasi serta dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi ARV pada ODHA
5.	Faktor – Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV Pasien HIV ARV pada ODHA di Kabupaten Mimika <sup>[16]</sup>	<i>Cross sectional</i>	Faktor predisposisi, faktor akses informasi kesehatan, faktor hubungan sosial, faktor dominan dan besar probabilitas	Ada hubungan faktor predisposisi antara lain pekerjaan, tingkat pendidikan, suku, pengetahuan pengobatan, riwayat ganti ARV dan riwayat efek samping obat. Faktor layanan kesehatan yang berhubungan yaitu faktor jaminan kesehatan dan layanan konseling. Faktor dukungan sosial yang berhubungan adalah dukungan keluarga dan dukungan komunitas sebaya, yang memiliki hubungan paling bermakna dengan Kepatuhan terapi ARV pada ODHA yaitu tingkat pendidikan, pekerjaan, suku, dan dukungan keluarga.

No	Judul	Desain	Variabel	Hasil
6.	Faktor – Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian HIV/AIDS (Studi Kasus di RSUP Dr.Kariadi Semarang <sup>[62]</sup> )	Kasus Kontrol	Riwayat penyakit terdahulu, Riwayat penyakit keluarga, jenis kelamin, tingkat pendidikan formal, tingkat pengetahuan, keadaan sosial ekonomi, penggunaan narkoba, status awal berhubungan seks status donor darah, pola/kebiasaan seks, kebudayaan/latar belakang budaya, letak demografi, pengobatan Herbal, Pengobatan Alternatif, Berobat tidak teratur, obat tidak tepat, infeksi oportunistik.	
7.	Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien HIV/AIDS di Poliklinik khusus rawat jalan bagian penyakit dalam RSUP dr. M. Djamil padang periode Desember 2011-Maret 2012 <sup>[33]</sup>	<i>Cross Sectional</i>	Umur, jenis kelamin, status pernikahan, status pernikahan, sumber biaya pengobatan, BDI, pengetahuan, manfaat terapi, keparahan penyakit, jangkauan askes, dukungan keluarga, dukungan tim medis,	Variabel yang paling signifikan terhadap kepatuhan pasien HIV/AIDS, dengan faktor pengetahuan pasien menjadi faktor paling dominan (Wald = 6,833 ; OR = 9,003; CI 95% = 1,733 - 46,770), dibandingkan dua faktor lain yaitu tingkat pendidikan (Wald = 4,369 ; OR = 6,732; CI 95% = 1,126 - 40,238) dan Beck Depression Inventory (BDI) (Wald = 5,491 ; OR = 7,760; CI 95% = 1,398 - 43,069).

No	Judul	Desain	Variabel	Hasil
8.	Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pengobatan ARV (Anti Retro Viral) pada ODHA (orang dengan HIV/AIDS) di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo dan Rumah Sakit Umum Panti Wilasa Citarum Semarang <sup>[36]</sup>	<i>Cross Sectional</i>	Faktor Pasien (Jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, jumlah penghasilan tiap bulan, kepercayaan pasien akan keberhasilan terapi, keluhan, depresi, konsumsi alkohol/narkotika, jenuh akan lamanya pengobatan, takut akan pandangan masyarakat, pandangan diri sendiri, pengetahuan), Faktor obat (jumlah tablet/frekuensi pemakaian obat/ukuran tablet, efek samping,), Faktor infeksi oportunistik (jumlah obat yang semakin banyak, merasa kondisinya semakin parah), Faktor hambatan (jarak rumah dengan rumah sakit, alat transportasi yang susah, biaya transportasi yang tidak terjangkau, kesibukan pasien) Faktor pelayanan kesehatan (ketersediaan obat di RS, sikap petugas kesehatan di RS, penjelasan informasi tentang HIV/AIDS dan pengobatannya, dukungan petugas kesehatan), Faktor lingkungan ( keluarga).	Ada pengaruh faktor pasien yaitu usia, keluhan (halusinasi, diare, nafsu makan menurun), depresi, jenuh akan lamanya Pengobatan serta takut akan pandangan buruk dari orang sekitar, merasa kondisi kesehatannya semakin memburuk. faktor infeksi oportunistik yaitu jumlah obat yang diminum semakin banyak serta merasa kondisinya semakin memburuk. faktor hambatan yaitu jarak dari rumah ke rumah sakit, alat transportasi yang susah, biaya transportasi yang tidak terjangkau. faktor pelayanan kesehatan yaitu dukungan petugas kesehatan.

Perbedaan penelitian yang pernah dilakukan dengan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Desain penelitian : penelitian terdahulu menggunakan desain penelitian *cross sectional*, penelitian kualitatif serta penelitian prospektif, sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode campuran yaitu pendekatan kuantitatif dengan desain *case*

*control* dilengkapi dengan pendekatan kualitatif untuk mempertegas hasil analisis kuantitatif.

2. Variabel penelitian : pada penelitian sebelumnya yang menjadi variabel dependent (terikat) adalah kepatuhan terapi ARV, ketidakpatuhan terapi ARV dan keberhasilan terapi ARV.

Variabel independen (bebas) : yang telah diteliti pada penelitian terdahulu yaitu karakteristik pasien, pengetahuan, persepsi, *self efficacy*, efek samping obat, riwayat ganti ARV, pelayanan kesehatan, jaminan kesehatan, ketersediaan ARV, dukungan keluarga, dukungan teman sebaya, dukungan manajer kasus, dukungan dari tim HIV AIDS, biaya pengobatan dan akses untuk mendapatkan ARV. Namun, pada penelitian yang akan dilakukan terdapat beberapa perbedaan yaitu peneliti sekarang meneliti variabel independen yaitu pengobatan alternatif, pengobatan herbal, dukungan keagamaan serta suku tenaga kesehatan. Keempat variabel ini belum pernah diteliti dan berdasarkan studi pendahuluan oleh peneliti merupakan hambatan yang dialami petugas kesehatan dalam melayani ODHA yang menjalani terapi.

3. Subyek penelitian dari penelitian sebelumnya yaitu ODHA yang telah menjalani terapi ARV, sama halnya dengan penelitian ini yaitu ODHA yang telah menjalani terapi ARV.
4. Terdapat perbedaan lokasi penelitian yaitu penelitian ini dilaksanakan di RSUD Abepura Kota Jayapura tahun 2014.



## **D. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Membuktikan pengaruh beberapa faktor baik internal maupun eksternal terhadap kepatuhan terapi antiretroviral pada ODHA.

### 2. Tujuan Khusus

#### a. Faktor Internal

1. Membuktikan pengaruh umur terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
2. Membuktikan pengaruh jenis kelamin terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
3. Membuktikan pengaruh pekerjaan terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
4. Membuktikan pengaruh pengetahuan terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
5. Membuktikan pengaruh sikap apatis pasien terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.

#### b. Faktor Eksternal

1. Membuktikan pengaruh riwayat efek samping obat terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
2. Membuktikan pengaruh lama terapi terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.

3. Membuktikan pengaruh akses ke pelayanan kesehatan terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
4. Membuktikan pengaruh sikap petugas konseling kesehatan terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
5. Membuktikan pengaruh kesukuan tenaga kesehatan terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
6. Membuktikan pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
7. Membuktikan pengaruh dukungan keagamaan terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
8. Membuktikan pengaruh penggunaan obat alternatif terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
9. Membuktikan pengaruh penggunaan obat herbal (tradisional) terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.

## **E. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi program pelayanan kesehatan, ilmu pengetahuan dan masyarakat :

### **1. Program Pelayanan Kesehatan**

Memberikan informasi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV – AIDS sehingga menjadi bahan evaluasi dan acuan

dalam membuat perencanaan, pengambilan keputusan yang berkaitan dengan layanan dukungan, perawatan dan pengobatan pasien yang mendapatkan terapi ARV sehingga dapat meningkatkan dan membina kepatuhan pasien dalam menjalani terapi ARV.

## 2. Pengembangan Ilmu

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengetahuan peneliti khususnya mengetahui faktor –faktor kepatuhan terapi ARV. Selain itu, bagi peneliti lain dapat dipergunakan sebagai referensi dalam penelitian selanjutnya dibidang epidemiologi khususnya yang berkaitan dengan faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi ARV pada penderita HIV – AIDS.

## 3. Masyarakat

Memberikan informasi kepada ODHA sebagai responden, keluarga dan masyarakat tentang faktor – faktor yang mempengaruhi dalam terapi ARV, sehingga dapat meningkatkan kepatuhan ODHA dalam menyelesaikan pengobatan ARV untuk mempertahankan kualitas hidup dari ODHA.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. HIV/AIDS**

##### **1. Pengertian HIV dan AIDS**

HIV (*human immunodeficiency virus*) merupakan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh sehingga tubuh rentan terhadap berbagai penyakit. *Acquired immune deficiency syndrome* (AIDS) dapat diartikan sebagai kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV, khususnya menyerang limfosit T serta menurunnya jumlah CD4 yang bertugas melawan infeksi. AIDS merupakan tahap akhir dari infeksi HIV.<sup>[1],[18]</sup>

Sindrom muncul akibat berkurangnya zat kekebalan tubuh (CD4) yang terjadi sekitar 5 – 10 tahun setelah terinfeksi virus HIV telah menjadi AIDS dengan ditandai jumlah CD4 kurang dari 200 sel per  $\mu\text{L}$  darah sebagai kriteria ambang batas. Penderita AIDS digolongkan menjadi 2 yaitu AIDS penderita yang belum menunjukkan gejala klinis tetapi telah terinfeksi virus HIV dan menunjukkan gejala klinis.<sup>[18]</sup>

##### **2. Etiologi**

AIDS disebabkan oleh virus yang mempunyai beberapa nama yaitu HTL II, LAV, RAV. Yang nama ilmiahnya disebut *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)

yang berupa agent viral yang dikenal dengan retrovirus yang ditularkan oleh darah dan punya afinitas yang kuat terhadap limfosit T.<sup>[19]</sup>

Virus HIV pertama kali diisolasi oleh Montagnier *et al* di Prancis tahun 1983 dengan nama lymphadenopathy associated virus (LAV), sedangkan Gallo di Amerika Serikat mengisolasi virus HIV – 2, yang kemudian pada tahun 1986 atas kesepakatan internasional diberi nama virus HIV. Virus HIV digolongkan menjadi 2 tipe yaitu virus yang menyerang dan menghindari mekanisme pertahanan tubuh dengan melakukan perlawanan dan melumpuhkannya.<sup>[18]</sup>

Jenis virus HIV yaitu HIV-1 dan HIV-2, tetapi sebagian besar kasus di seluruh dunia pada tahun 1992 disebabkan oleh virus HIV-1, meskipun endemik virus HIV-2 jarang dijumpai di Amerika Serikat. Retrovirus memiliki genom yang mengkode *reverse transcriptase* yang memungkinkan DNA diterjemahkan RNA, maka virus dapat membuat salinan DNA dari genomnya sendiri dalam sel pejamu.<sup>[19]</sup>

### **3. Patofisiologi**

Dalam tubuh ODHA, partikel virus bergabung dengan DNA sel pasien, sehingga satu kali seseorang terinfeksi HIV, seumur hidup ia akan tetap terinfeksi. Infeksi HIV tidak akan langsung memperlihatkan tanda atau gejala tertentu. Sebagian memperlihatkan gejala tidak khas pada infeksi HIV akut, 3 – 6 minggu setelah terinfeksi. 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. Tetapi ada sekelompok orang yang perjalanan penyakitnya sangat cepat, sekitar 2 tahun, dan ada pula yang lambat (non - progressor).

Seiring dengan makin memburuknya kekebalan tubuh, ODHA mulai menampilkan gejala – gejala akibat infeksi oportunistik seperti berat badan menurun, demam lama, rasa lemah, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes dan akhirnya pasien menunjukkan gejala klinik yang makin berat, pasien masuk dalam tahap AIDS. Manifestasi dari awal kerusakan sistem kekebalan tubuh adalah kerusakan mikro arsitektur folikel kelenjar getah bening dan infeksi HIV yang luas di jaringan limfoid. Sebagian besar replikasi HIV terjadi di kelenjar getah bening, bukan diperedaran darah tepi.

Pada waktu orang dengan infeksi HIV masih merasa sehat, klinis tidak menunjukkan gejala, pada waktu itu terjadi replikasi HIV yang tinggi, 10 partikel setiap hari. Replikasi yang cepat ini disertai dengan mutasi HIV dan seleksi, muncul HIV yang resisten. Bersamaan dengan replikasi HIV, terjadi kehancuran limfosit CD4 yang tinggi. Limfosit CD4 merupakan target utama infeksi HIV. Virus HIV di dalam sel limfosit dapat berkembang atau melakukan replikasi menggunakan enzim *reverse transcriptase* seperti retrovirus yang lain dapat tetap hidup lama dalam sel dalam keadaan *inaktif*. Virus HIV yang *inaktif* dalam sel tubuh pengidap HIV dianggap infeksius karena setiap saat dapat aktif dan dapat ditularkan selama penderita hidup.<sup>[1]</sup>

#### 4. Cara Penularan

Cara penularan HIV sampai saat ini diketahui melalui hubungan seksual (homoseksual maupun heteroseksual) serta secara non seksual seperti melalui kontak dengan darah/produk darah, parenteral dan transplasenta. Virus HIV sampai saat ini terbukti hanya menyerang Sel limposit T sebagai sasarannya. Vehikulum yang dapat membawa virus HIV keluar tubuh dan menularkan kepada orang lain melalui berbagai cairan tubuh. Cairan tubuh yang terbukti menularkan diantaranya semen, cairan vagina atau servik dan darah penderita. Cara penularan yang diketahui melalui :<sup>[20],[21]</sup>

##### a. Transmisi seksual

Penularan HIV melalui hubungan seksual baik heteroseksual maupun homoseksual merupakan penularan yang sering terjadi.

##### 1. Transmisi virus HIV pada homoseksual

Cara hubungan seksual anogenital merupakan perilaku seksual dengan risiko tinggi bagi penularan HIV. Khususnya bagi mitra seks yang pasif menerima ejakulasi semen dari seseorang pengidap HIV. Hal ini disebabkan mukosa rektum yang sangat tipis dan mudah mengalami perlukaan pada saat berhubungan seksual secara anogenital. Di Amerika Serikat lebih dari 50 % pria homoseksual di daerah urban tertular HIV melalui hubungan seks anogenital tanpa pelindung.<sup>[22],[23]</sup>

## 2. Transmisi virus HIV pada heteroseksual

Penularan heteroseksual dapat terjadi dari laki – laki ke perempuan atau sebaliknya. Di Negara Afrika penderita HIV/AIDS mendapat infeksi melalui hubungan heteroseksual tanpa kondom. Transmisi dari laki – laki pengidap HIV/AIDS ke perempuan pasangannya lebih sering terjadi dibandingkan dengan perempuan pengidap HIV ke pria pasangannya.<sup>[22],[23]</sup>

### b. Transmisi non seksual

#### 1. Transmisi Parenteral

Transmisi ini terjadi akibat penggunaan jarum suntik dan alat tusuk lainnya (alat tindik) yang tidak steril atau telah terkontaminasi seperti pada penyalagunaan narkotika suntik yang menggunakan jarum suntik secara bersama – sama. Risiko tertular transmisi secara parenteral kurang dari 1 % dapat terjadi pada penggunaan jarum suntik yang terkontaminasi kontak dengan kulit yang lecet, sekret atau bahan yang terinfeksi.<sup>[24],[23],[21]</sup>

#### 2. Transmisi Transplasenta

Penularan dari ibu yang mengidap HIV positif kepada janin yang dikandungnya. Penularan dapat terjadi sewaktu hamil, melahirkan dan waktu menyusui.

#### 3. Transmisi melalui darah atau produk darah

#### 4. Transplantasi organ dan jaringan tubuh yang terinfeksi HIV



Transplantasi organ potensial meningkatkan HIV/AIDS yang telah dicangkokkan pada orang yang sehat, maka virus HIV akan menyebar keseluruh tubuh.<sup>[23]</sup>

## **5. Masa Inkubasi**

Masa inkubasi penyakit ini bervariasi, waktu dari penularan hingga berkembang atau terdeteksinya antibodi biasanya satu sampai tiga bulan. Penularan virus HIV hingga terdiagnosa sebagai AIDS sekitar kurang lebih satu tahun hingga 15 tahun atau bahkan lebih. Median masa inkubasi pada anak-anak yang terinfeksi lebih pendek dari orang dewasa.<sup>[20],[24]</sup>

Masa inkubasi pada orang dewasa berkisar tiga bulan sampai terbentuknya antibodi anti HIV. Manifestasi klinis infeksi HIV dapat singkat maupun bertahun – tahun tergantung tingkat kerentanan individu terhadap penyakit, fungsi imun dan infeksi lain. Khusus pada bayi dibawah umur satu tahun, diketahui bahwa viremia sudah dapat dideteksi pada bulan – bulan awal kehidupan dan tetap terdeteksi hingga usia satu tahun. Manifestasi klinis infeksi oportunistik sudah dapat dilihat ketika usia dua bulan.<sup>[20],[24]</sup>

## **6. Tanda – Tanda Terserang AIDS**

Menurut kriteria WHO klasifikasi gejala klinis HIV/AIDS untuk penderita dewasa dibagi menjadi 2 yaitu gejala mayor dan minor.<sup>[25]</sup>

a. Gejala Mayor

Gejala awal yang ditemukan adalah demam, keluhan nyeri sendi, pembesaran kelenjar getah bening dan gejala hampir sama dengan influenza atau mononukleus. Stadium tanpa gejala pada orang yang terinfeksi HIV penderita terlihat sehat namun sebagai sumber penularan.

b. Gejala Minor (Stadium AIDS)

Di saat infeksi HIV menjadi AIDS (bervariasi 1-5 tahun dari pertama penentuan kondisi AIDS) akan terdapat gejala infeksi Opportunistik, yang paling umum adalah *Pneumocystis Carini* (PCC), Pneumonia Interstisial yang disebabkan suatu protozoa, infeksi lain termasuk meningitis, kandidiasis, cytomegalovirus, mikrobakterial dan atipikal.

## 7. Pemeriksaan Diagnostik

Prosedur 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. Untuk pemeriksaan pertama (A1) harus digunakan tes dengan sensitifitas yang tinggi (99%), sedang untuk pemeriksaan selanjutnya (A2 dan A3) menggunakan tes dengan spesifitas tinggi ( $\geq 99\%$ ).

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 beresiko.<sup>[10]</sup>

## 8. Pencegahan HIV/AIDS

Sampai saat ini belum ditemukan vaksin atau obat yang efektif untuk mencegah atau menyembuhkan AIDS/Infeksi HIV, sehingga untuk menghindari terinfeksi HIV dan menekan penyebarannya cara yang utama adalah perubahan perilaku.

Cara pencegahan penularan HIV yang paling efektif adalah dengan memutus rantai penularan. Penularan dikaitkan dengan cara – cara penularan HIV.<sup>[26]</sup>

a. Pencegahan penularan melalui hubungan seksual

b. Pencegahan penularan melalui darah

1. Tranfusi darah

2. Alat suntik dan alat lain yang dapat melukai kulit

3. Pencegahan penularan dari ibu ke anak

Saat ini Program penanggulangan AIDS di Indonesia mempunyai 4 pilar, yang semuanya menuju pada paradigma *Zero new infection, Zero AIDS-related death* dan *Zero Discrimination*. Empat pilar tersebut adalah :<sup>[10]</sup>

1. Pencegahan (prevention); yang meliputi pencegahan penularan HIV melalui transmisi seksual dan alatsuntik, pencegahan di lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan, pencegahan HIV dari ibu ke bayi (*Prevention Mother to Child*

*Transmission, PMTCT*), pencegahan di kalangan pelanggan penjaja seks, dan lain-lain.

2. Perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP); yang meliputi penguatan dan pengembangan layanan kesehatan, pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik, pengobatan antiretroviral dan dukungan serta pendidikan dan pelatihan bagi ODHA. Program PDP terutama ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan rawat inap, angka kematian yang berhubungan dengan AIDS, dan meningkatkan kualitas hidup orang terinfeksi HIV (berbagai stadium). Pencapaian tujuan tersebut dapat dilakukan antara lain dengan pemberian terapi antiretroviral (ARV).
3. Mitigasi dampak berupa dukungan psikososio-ekonomi.
4. Penciptaan lingkungan yang kondusif (*creating enabling environment*) yang meliputi program peningkatan lingkungan yang kondusif adalah dengan penguatan kelembagaan dan manajemen, manajemen program serta penyelarasan kebijakan dan lain-lain.

## **B. Kepatuhan**

### 1. Definisi Kepatuhan

*Adherence* merupakan istilah bahasa Inggris yang mengacu pada kepatuhan berobat klien (tepat waktu, tepat dosis dan tepat cara minum obat). Kepatuhan dalam pengobatan dapat diartikan sebagai perilaku pasien yang mentaati semua

nasihat dan petunjuk yang dianjurkan oleh kalangan tenaga medis, seperti dokter dan apoteker mengenai segala sesuatu yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan pengobatan, salah satu diantaranya adalah kepatuhan dalam minum obat. Hal ini merupakan salah satu keberhasilan pengobatan yang dilakukan.<sup>[27],[12]</sup>

## 2. Cara Meningkatkan Kepatuhan

Menurut *Australian College Of Pharmacy Practice* (2001), ada beberapa cara untuk meningkatkan kepatuhan antara lain .<sup>[27]</sup>

- a. Memberikan informasi kepada pasien akan manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan
- b. Mengingatkan pasien untuk melakukan segala sesuatu yang harus dilakukan demi keberhasilan pengobatan melalui telepon atau alat komunikasi lainnya.
- c. Apabila mungkin obat yang digunakan hanya dikonsumsi sehari satu kali, karena pemberian obat yang dikonsumsi lebih dari satu kali dalam sehari mengakibatkan pasien sering lupa, sehingga menyebabkan tidak teratur minum obat.
- d. Menunjukkan kepada pasien kemasan obat yang sebenarnya, yaitu dengan cara membuka kemasan atau viral dan sebagainya.
- e. Memberikan keyakinan kepada pasien akan efektivitas obat.
- f. Memberikan informasi risiko ketidakpatuhan.
- g. Memberikan layanan kefarmasian dengan observasi langsung, mengunjungi rumah pasien dan memberikan konsultasi kesehatan.
- h. Menggunakan alat bantu kepatuhan seperti multi kompartemen atau sejenisnya

- i. Adanya dukungan dari pihak keluarga, teman dan orang – orang disekitarnya untuk selalu mengingatkan pasien agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan.

### 3. Jenis Kepatuhan

Terdapat dua jenis ketidakpatuhan pasien yaitu : <sup>[27]</sup>

#### a. Ketidakpatuhan yang disengaja (*Intentional Non-Compliance*)

Pada ketidakpatuhan yang disengaja, pasien memang berkeinginan untuk tidak mematuhi segala petunjuk tenaga medis dalam pengobatan dengan adanya masalah yang mendasar. Beberapa masalah pasien yang menyebabkan ketidakpatuhan yang disengaja dan cara mengatasinya, antara lain :

##### 1. Keterbatasan Biaya Pengobatan

Biaya pengobatan pasien terbatas misalnya biaya untuk membeli obat secara terus - menerus dengan adanya jenis obat yang bervariasi dan biaya untuk melakukan kontrol secara teratur. <sup>[27]</sup>

##### 2. Sikap Apatis Pasien

Kondisi pasien yang tidak mau menerima kenyataan, bahwa dirinya menderita sesuatu penyakit serta pemikiran, bahwa penyakit tersebut tidak mungkin dapat disembuhkan menyebabkan sikap apatis dari pasien untuk tidak mengikuti petunjuk pengobatan. <sup>[27]</sup>

### 3. Ketidak Percayaan Pasien akan Efektivitas Obat

Ketidakpercayaan pasien terhadap efektivitas suatu obat atau merek dagang obat menyebabkan pasien tidak mau minum obat tersebut. Sedangkan masih banyak juga pasien yang beranggapan, bahwa obat tradisional jauh lebih baik dari pada obat modern karena obat tradisional tidak menimbulkan efek samping.<sup>[27]</sup>

#### b. Ketidapatuhan yang tidak disengaja (*Unintentional Non-Compliance*)

Ketidapatuhan pasien yang tidak disengaja disebabkan oleh faktor diluar kontrol pasien, dimana pasien pada dasarnya berkeinginan untuk mentaati segala petunjuk pengobatan. Faktor utama yang menyebabkan ketidapatuhan yang disengaja adalah :<sup>[27]</sup>

##### 1. Pasien Lupa Minum Obat

Pasien lupa minum obat karena kesibukan pekerjaan yang dilakukan maupun terjadi karena berkurangnya daya ingat seperti yang terjadi pasien yang lanjut usia.

##### 2. Ketidaktahuan akan Petunjuk Pengobatan

Ketidaktahuan pasien akan petunjuk pengobatan juga dapat menyebabkan ketidapatuhan pasien.

### 3. Kesalahan Dalam Pembacaan Etiket

Kesalahan dalam membaca etiket aturan pakai obat biasanya dialami oleh pasien lanjut usia karena menurunnya fungsi tubuh, yaitu berkurangnya kemampuan mata untuk melihat atau mengalami gangguan penglihatan.<sup>[27]</sup>

## C. Terapi ARV

### 1. Definisi ARV

Antiretroviral (ARV) adalah obat yang menghambat replikasi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Terapi dengan ARV adalah strategi yang secara klinis paling berhasil hingga saat ini.<sup>[12]</sup>

### 2. Penggolongan ARV

Ada tiga golongan utama ARV, yaitu :

- a. Penghambat masuknya virus yaitu bekerja dengan cara berikatan dengan subunit GP41 selubung glikoprotein virus sehingga fusi virus ke target sel dihambat. Satu – satunya obat penghambat fusi ini adalah enfuvirtid.
- b. Penghambat reverse transcriptase Inhibitor (RTI), terdiri dari 3 bagian , yaitu :
  1. *Analog nukleosida* (NRTI), NRTI diubah secara intraseluler dalam 3 tahap penambahan atau 3 gugus fosfat dan selanjutnya berkompetisi dengan natural nukleotida menghambat RT sehingga perubahan RNA menjadi DNA terhambat. Selain itu, NRTI juga menghentikan pemanjangan DNA.



2. *Analog nukleotida* (NtRTI), mekanisme kerjanya pada penghambatan replikasi HIV sama dengan NRTI tetapi hanya memerlukan 2 tahapan proses fosforilasi.
  3. *Non nukleosida* (NNRTI), mekanisme kerjanya tidak melalui tahapan fosforilasi intraseluler tetapi berikatan langsung dengan reseptor pada RT dan tidak berkompetisi dengan nukleotida natural. Aktivitas antiviral terhadap HIV – 2 tidak kuat.<sup>[12]</sup>
- c. *Protease inhibitor* (PI), berikatan secara reversible dengan enzim protease yang mengkatalisa pembentukan protein yang dibutuhkan untuk proses akhir pematangan virus. Akibatnya virus yang terbentuk tidak masuk dan tidak mampu menginfeksi sel lain.<sup>[12]</sup>

### **3. Tujuan Terapi ARV**

Adapun tujuan dari terapi ARV sebagai berikut :<sup>[12]</sup>

- a. Mengurangi laju penularan HIV dimasyarakat
- b. Memulihkan dan/atau memelihara fungsi imunologis (stabilisasi/peningkatan sel CD4)
- c. Menurunkan komplikasi akibat HIV
- d. Menekan replikasi virus secara maksimal dan secara terus – menerus
- e. Menurunkan angka kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan HIV.

#### **4. Manfaat Terapi ARV**

Manfaat terapi antiretroviral adalah sebagai berikut .<sup>[12]</sup>

- a. Menurunkan morbiditas dan mortalitas
- b. Pasien yang ARV tetap produktif
- c. Memulihkan sistem kekebalan tubuh sehingga kebutuhan profilaksis infeksi oportunistik berkurang atau tidak perlu lagi.
- d. Mengurangi penularan karena *viral load* menjadi rendah atau tidak terdeteksi, namun ODHA dengan *viral load* tidak terdeteksi, namun harus dipandang tetap menular.
- e. Mengurangi biaya rawat inap dan terjadinya yatim piatu
- f. Mendorong ODHA untuk meminta tes HIV atau mengungkapkan status HIV – nya secara sukarela.

#### **5. Dosis Pemberian ARV**

Tidak semua obat ARV yang ada beredar di Indonesia. Adapun beberapa obat ARV yang beredar di Indonesia : <sup>[1]</sup>

Tabel 2.1 Obat ARV yang Beredar Di Indonesia  
(Nama Dagang, Golongan, Sediaan, dan Dosis per hari)

Nama Dagang	Nama Generik	Golongan	Sediaan	Dosis (per hari)
Duviral			Tablet, kandungan: zidovudin 300 mg, lamivudin 150 mg	2x1 tablet
Stavir Zerit	Staviudin	NsRTI	Kapsul : 30 mg. 40 mg	>60 kg : 2x40mg <60 kg : 2x30mg
Heviral 3TC	Lamivudin (3TC)	NsRTI	Tablet 150 mg Lar.oral 10 mg/ml	2 x 150 mg <50 kg :2/kg,2x/hari
Viramune Neviral	Nevirapin (NVP)	NNRTI	Tablet 200 mg	1 x 200 mg selama 14 hari Dilanjutkan 2 x 200 mg
Retrovir Adovi Videx	Zidovudin (ZDV, AZT) Didanosin (ddl)	NsRTI NsRTI	Kapsul 100 mg Tablet kunyah :100 mg	2 x 300 mg, atau 2 x 250 (dosis alternatif) >60 kg : 2 x 200 mg, atau 1 x 400 mg <60 kg : 2 x 125 mg Atau 1 x 250 mg
<b>Stocrin,</b>	Efavirens (EFV,EFZ)	NNRTI	Kapsul 250 mg	1 x 600 mg, malam
<b>Nelvex</b>	Nelfinafir (NFV)	PI	Tablet 250 mg	2 x 250 mg

#### D. Kepatuhan Terapi ARV

Kepatuhan berobat berarti patuh mengikuti petunjuk penggunaan medikasi, dan lebih dari itu mengadopsi perilaku terpuji dan mempertahankannya. Kepatuhan dan komitmen terhadap terapi sangat diperlukan. Oleh karena itu perlu dipertimbangkan kenyamanan dan toleransi terhadap terapi. Hal ini penting karena

diharapkan akan lebih meningkatkan tingkat kepatuhan minum obat. Kepatuhan atau *adhrennce* harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap kunjungan. Kegagalan terapi ARV sering diakibatkan oleh ketidakpatuhan pasien mengkonsumsi ARV.<sup>[27],[10]</sup>

Peningkatan kepatuhan berobat akan memberi dampak besar bagi kesehatan dari pada terapi medik lainnya. Laporan WHO mengatakan akan mudah dan murah melakukan intervensi kepatuhan berobat secara konsisten dan hasilnya sangat efektif. Dalam terapi antiretroviral (ARV), kepatuhan berobat merupakan kunci sukses terapi.<sup>[12]</sup>

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 90 - 95 % dari semua dosis tidak boleh terlupakan. Resiko kegagalan terapi timbul jika pasien sering lupa minum obat.<sup>[13]</sup>

Sebelum mulai terapi, pasien harus memahami program terapi ARV beserta konsekuensinya. Harus dibuat rencana pengobatan secara rinci bersama pasien untuk meningkatkan rasa tanggung jawab pasien untuk berobat secara teratur dan terus – menerus. Penjelasan rinci tentang pentingnya kepatuhan minum obat dan akibat dari kelalaian perlu dilakukan.<sup>[10]</sup>

Banyak penelitian menunjukkan bahwa dengan kelupaan hanya satu atau dua dosis saja per minggu, menimbulkan dampak yang besar terhadap keberhasilan pengobatan ARV.<sup>[15]</sup>

Tabel 2.2. Presentase tingkat kepatuhan dengan *viral load* tidak terdeteksi

Tingkat Kepatuhan	Viral Load Tidak Terdeteksi
Di atas 95 %	81 %
90 – 95 %	64 %
80 – 90 %	50 %
70 – 80 %	25 %
Di bawah 70 %	6 %

Hasil penelitian yang ditunjukkan pada tabel 2.2 menunjukkan bahwa walau dengan 95 % kepatuhan, hanya 81 % orang mencapai *viral load* yang tidak terdeteksi. Kepatuhan 95 % ini berarti pasien hanya lupa atau terlambat memakai tiga dosis per bulan dengan jadwal dua kali sehari.<sup>[15]</sup>

## E. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan ARV

Adapun faktor – faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan, antara lain :

### 1. Umur

Umur sebagai salah satu sifat karakteristik tentang orang yang cukup penting karena cukup banyak penyakit yang ditemukan dengan berbagai variasi frekuensi yang disebabkan oleh umur.<sup>[28]</sup>

Berdasarkan laporan data statistik bahwa umur yang paling banyak menggunakan ARV adalah golongan umur 20 – 29 tahun. Selain itu, umur tersebut juga memiliki angka kesakitan dan kematian yang tinggi. Pada dasarnya umur tersebut disebut dengan dewasa muda lebih sukar mematuhi regimen pengobatan dari pada dewasa tua.<sup>[29],[11]</sup>

## 2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu variabel deskriptif yang dapat memberikan perbedaan angka/rate kejadian pada pria dan wanita. Perbedaan insiden penyakit menurut jenis kelamin dapat timbul karena bentuk anatomis, fisiologis dan sistem hormonal.<sup>[28]</sup>

Data statistik sampai dengan Juli 2013 menunjukkan bahwa di Propinsi Papua perempuan lebih banyak menerima ARV (50,17 %) dibandingkan dengan laki – laki (47,50%).<sup>[29]</sup>

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Wilayah Pegunungan Papua bahwa perempuan yang menjalani pengobatan ARV menjaga rahasia mengenai aturan obat mereka dengan cara yang cukup khusus. Pada laki –laki kurang mendapat akses ke ARV dibanding perempuan, hal ini menunjukkan bahwa laki –laki sangat kuatir tentang potensi hilangnya status sosial yang muncul lewat pengungkapan status.<sup>[30]</sup>

## 3. Pekerjaan

Penelitian yang dilakukan di Kabupaten Mimika Propinsi Papua bahwa pekerjaan ada hubungan dengan kepatuhan minum ARV, dan dari faktor – faktor yang diteliti, pekerjaan memiliki hubungan yang sangat bermakna yaitu pasien HIV yang tidak bekerja mempunyai risiko untuk tidak patuh minum obat ARV 0,08 kali lebih rendah dibandingkan pasien HIV yang bekerja.<sup>[16]</sup>

#### 4. Sikap Apatis Pasien

Adalah salah satu sikap apatis pasien yang tidak mau menerima kenyataan bahwa dirinya menderita suatu penyakit serta pemikiran, bahwa penyakit tersebut tidak dapat disembuhkan, menyebabkan sikap apatis pasien tidak mengikuti petunjuk pengobatan.<sup>[27]</sup>

Sikap apatis pasien atau *self-efficacy* merupakan hal yang paling penting sebagai prediktor kepatuhan. Hal ini dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan di Brasil bahwa sikap apatis pasien berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV (OR = 3.33, 95% CI 1.69-6.56) artinya bahwa *self efficacy* kurang memiliki risiko 3,33 kali untuk tidak patuh.<sup>[31]</sup>

#### 5. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Berdasarkan pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.<sup>[32]</sup>

Penelitian yang dilakukan oleh Martoni diperoleh hasil bahwa variabel pengetahuan merupakan faktor paling dominan dengan nilai (Wald = 6,833 ; OR = 9,003; CI 95% = 1,733 - 46,770) artinya bahwa ODHA yang memiliki pengetahuan rendah memiliki risiko 9.003 kali untuk tidak patuh minum ARV.<sup>[33]</sup>

## 6. Efek Samping ARV

Beberapa obat mempunyai efek samping dimana pada beberapa penderita dapat memberikan gejala yang berarti. 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. Efek samping yang timbul ini dapat menurunkan kepatuhan penggunaan obat.<sup>[12]</sup>

Penelitian yang dilakukan di Vietnam diperoleh hasil bahwa pengalaman atau riwayat efek samping obat berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV ( $p < 0,001$ ) dengan nilai OR = 1,03(1,01–1,04).<sup>[34]</sup>

## 7. Akses Memperoleh ARV

Obat ARV untuk dewasa dan anak masih terbatas di Ibukota Propinsi saja, melihat lemahnya sistem penyaluran obat ARV, sehingga akses dan distribusi obat masih sering bermasalah. Hal ini berdampak sering terjadi kepanikan dari ODHA akan terjadinya putus obat. Di sisi lain, melihat obat ARV sebagian besar masih tersedia di tingkat Ibukota Propinsi, hal ini sangat menyulitkan ODHA yang bertempat tinggal di Kabupaten.<sup>[35]</sup>

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Kota Semarang bahwa ada pengaruh jarak dari rumah ke tempat fasilitas kesehatan (Rumah Sakit) dengan nilai  $p$  value = 0,001 berarti faktor jarak rumah dengan rumah sakit berpengaruh secara signifikan terhadap tingkat kepatuhan pengobatan ARV.<sup>[36]</sup>



## 8. Lama Terapi

Lamanya penyakit tampaknya memberikan efek negatif terhadap kepatuhan pasien makin lama pasien mengidap penyakit, makin kecil pasien tersebut patuh pada pengobatannya.<sup>[12]</sup>

Penelitian yang dilakukan di Kota Semarang bahwa ada pengaruh lama pengobatan ARV terhadap kepatuhan terapi ARV (nilai  $p = 0,007$ ), di mana pasien merasa jenuh dengan lamanya pengobatan.<sup>[36]</sup>

## 9. Sikap Tenaga Kesehatan

Empati dari petugas pelayanan kesehatan memberikan kepuasan yang signifikan pada pasien. Petugas harus memberikan waktu yang cukup untuk memberikan pelayanan kepada setiap pasien.<sup>[12]</sup>

Di lain sisi, hasil penelitian kualitatif menunjukkan keengganan ODHA untuk mengambil obat ARV terkait dengan kemampuan berkomunikasi dengan petugas kesehatan dan keramahan petugas di layanan VCT.<sup>[36]</sup>

## 10. Kesukuan Tenaga Kesehatan

Orang-orang pribumi Papua amat membutuhkan tes HIV, konseling dan pengobatan dibanding orang-orang pendatang yang hidup di wilayah pegunungan karena pengidap HIV lebih banyak orang pribumi Papua dibanding orang pendatang. Namun, menurut banyak responden, orang-orang pribumi Papua cenderung lebih menyukai layanan kesehatan yang diberikan oleh para pekerja kesehatan yang berasal

dari orang pribumi Papua dibanding layanan kesehatan dari pekerja kesehatan yang berasal dari petugas kesehatan pendatang.<sup>[30]</sup>

Kebanyakan staf di fasilitas pusat kesehatan utama adalah para pendatang. Mereka hanya sedikit mengetahui budaya atau nilai – nilai Papua. Para staf pribumi memang mempunyai tempat untuk memberikan pelayanan kesehatan utama di puskesmas di daerah pedesaan, tetapi kebanyakan pekerja di Pusat VCT bukan orang pribumi. Pasien merasa lebih nyaman jika dilayani oleh petugas pribumi.<sup>[30]</sup>

#### 11. Dukungan Keluarga

Salah satu cara untuk membantu pengelolaan masalah yang membuat perasaan tertekan/stres agar tidak membawa pengaruh negatif terhadap kesehatan adalah adanya dukungan sosial. Penelitian yang dilakukan oleh Mahardining (2010) mengatakan bahwa ada hubungan dukungan sosial dengan kepatuhan terapi ARV dimana, dukungan dari anggota keluarga dan teman terdekat merupakan salah satu dukungan yang sangat diperlukan terhadap pelaksanaan terapi ARV dan berpengaruh besar bagi ODHA untuk memacu semangat hidupnya.<sup>[37]</sup>

Peneliti Andreas Goo berpendapat bahwa di daerah pedalaman Papua, keluarga dekat adalah tempat yang paling aman untuk menceritakan rahasia tentang status seseorang. Penelitiannya membuktikan bahwa anggota keluarga akan memberikan empati, memberikan tempat untuk tidur dan tinggal, berbagi pakaian, piring dan fasilitas mandi, dan bahkan berdoa bersama-sama. Keluarga dapat juga melindungi ODHA dari stigmatisasi.<sup>[30]</sup>

## 12. Pendekatan Keagamaan

Rakyat Indonesia adalah masyarakat yang agamis, sehingga peran organisasi – organisasi keagamaan sangat penting dalam upaya memberdayakan masyarakat untuk melakukan pencegahan.<sup>[38]</sup>

Penelitian yang dilakukan oleh Rachmawati tentang kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS yang mengikuti terapi antiretroviral (ARV) dikatakan bahwa kualitas hidup ODHA secara spiritual adalah rendah karena pada hasil penelitian menunjukan ODHA kurang mengembangkan hubungan spiritualnya dan kurang mendapatkan dukungan dari anggota sesama iman artinya ODHA yang mengikuti terapi ARV apabila mendapat dukungan dari sesama iman (agama) dan dapat menjalin hubungan baik secara spiritual dapat membantu ODHA untuk meningkatkan kualitas hidupnya.<sup>[39]</sup>

## 13. Pengobatan alternatif

Penelitian tentang *Traditional Complementary and Alternative Medicine (TCAM) and Antiretroviral Treatment Adherence Among HIV Patients in Kwazulu-Natal, South Africa* bahwa pengobatan alternatif yang digunakan antara lain akupunktur, akupresur, perawatan chiropractic, terapi pijat, meditasi, visualisasi, terapi sentuhan dan mikronutrien (vitamin, mineral, dan multivitamin). Dalam studi tersebut, Malangu (2007) ditemukan diantara pasien terinfeksi HIV yang memakai ART (n = 180) di Pretoria, Afrika Selatan 3,3% pengobatan alternatif. Ada data yang menunjukkan bahwa TCAM berdampak pada kepatuhan ARV, meskipun ditemukan

ada data pada variabel sedikit tidak konsisten di seluruh studi. Littlewood dan Vanable (2008) terakhir penggunaan TCAM dan kepatuhan ART antara ODHA dan hanya dua dari tujuh studi yang diidentifikasi telah menemukan hubungan antara penggunaan TCAM dan ketidakpatuhan ART. Dari penelitian tersebut juga bahwa alasan utama mengapa mereka menggunakan menggunakan pengobatan alternatif karena ingin menghindari efek samping (7,6%), merasa sakit atau sakit (7,4%) dan merasa baik (6,4%).<sup>[40]</sup>

#### 14. Pengobatan Herbal

Penelitian untuk mengembangkan efektivitas obat ARV dari bahan tumbuhan sudah dilakukan di seluruh dunia. Di Amerika Serikat diperkirakan 15 – 20 % masyarakat menggunakan herbal selain resep dokter.<sup>[41]</sup>

Penelitian tentang *Traditional Complementary and Alternative Medicine (TCAM) and Antiretroviral Treatment Adherence Among HIV Patients in Kwazulu-Natal, South Africa* menemukan bahwa dari 44 sampel yang diteliti 32% orang menggunakan obat-obatan tradisional, yang paling sering di Afrika adalah kentang 9 orang (20 %) dan lidah buaya 3 orang (6,8 %).<sup>[40]</sup>

Penelitian yang dilakukan oleh Laksono (2012) tentang pengaruh ekstrak *phyllanthus niruri* terhadap progresivitas HIV/AIDS menyatakan bahwa ada peningkatan CD3 pada kelompok perlakuan lebih tinggi dari pada kontrol dan secara statistik bermakna, kemudian meningkatkan berat badan dan secara statistik bermakna.<sup>[42]</sup>

## BAB III

### KERANGKA TEORI, KONSEP DAN HIPOTESIS

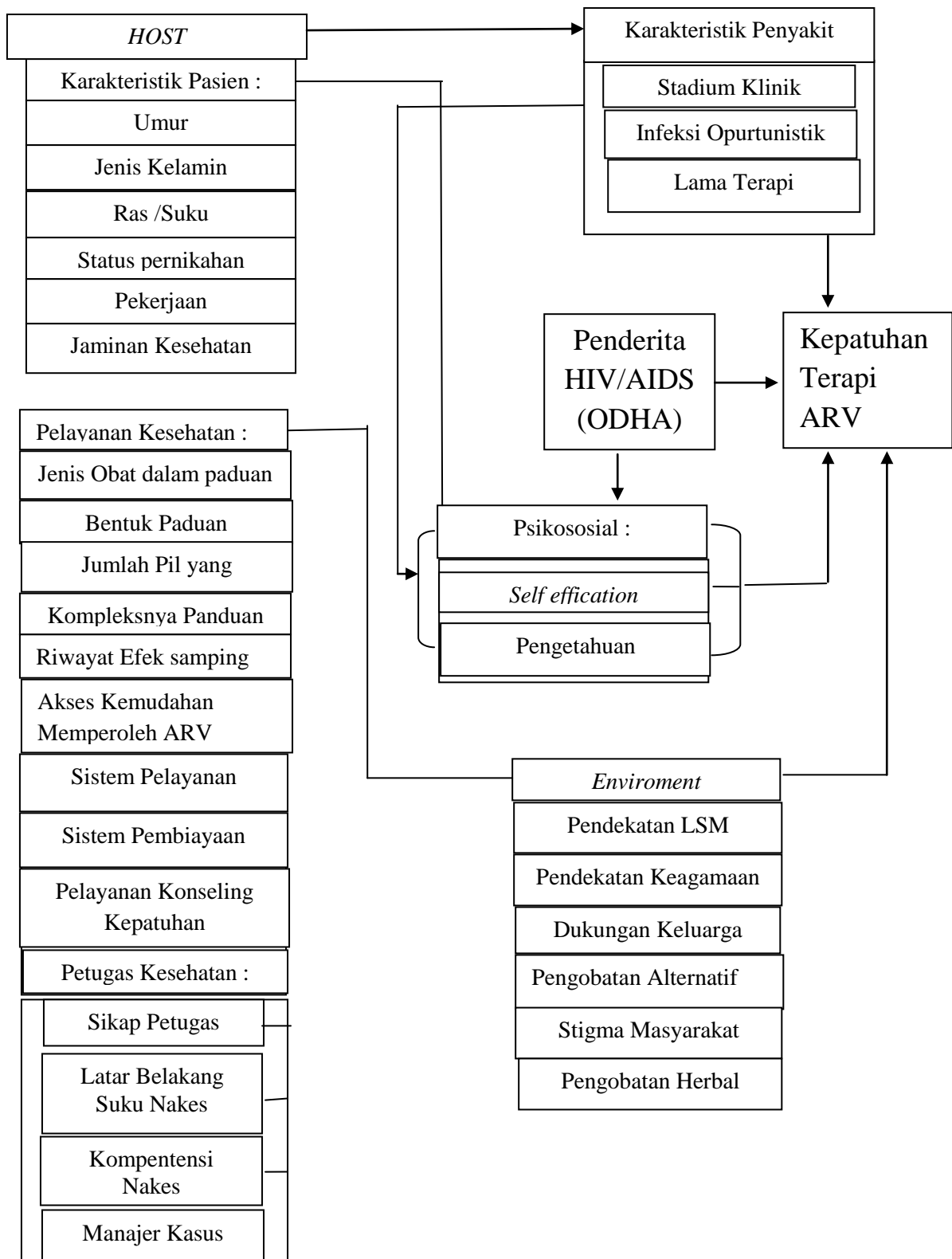
#### A. Kerangka Teori dan Kerangka Konsep

##### 1. Kerangka Teori

Kerangka teori disusun berdasarkan rangkuman tinjauan teori yang ada, khususnya mengenai pengaruh beberapa faktor risiko baik internal maupun eksternal terhadap kepatuhan terapi ARV pada penderita HIV/AIDS.

Adapun beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV menurut tinjauan kepustakaan meliputi dua faktor yaitu faktor internal atau faktor yang ada pada ODHA meliputi ; karakteristik ODHA, status ekonomi, pekerjaan, asuransi kesehatan (jaminan kesehatan), *self efficacy*, efek samping obat, stadium klinis penyakit, infeksi oportunistik. Kedua faktor eksternal meliputi dukungan sosial, jumlah pil yang harus diminum, efek samping obat, kemudahan mendapatkan ARV, sistem pelayanan kesehatan, sikap nakes, latar belakang suku /etnis nakes, pendekatan keagamaan dan pengobatan alternatif dan pengobatan herbal (tradisional) terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.

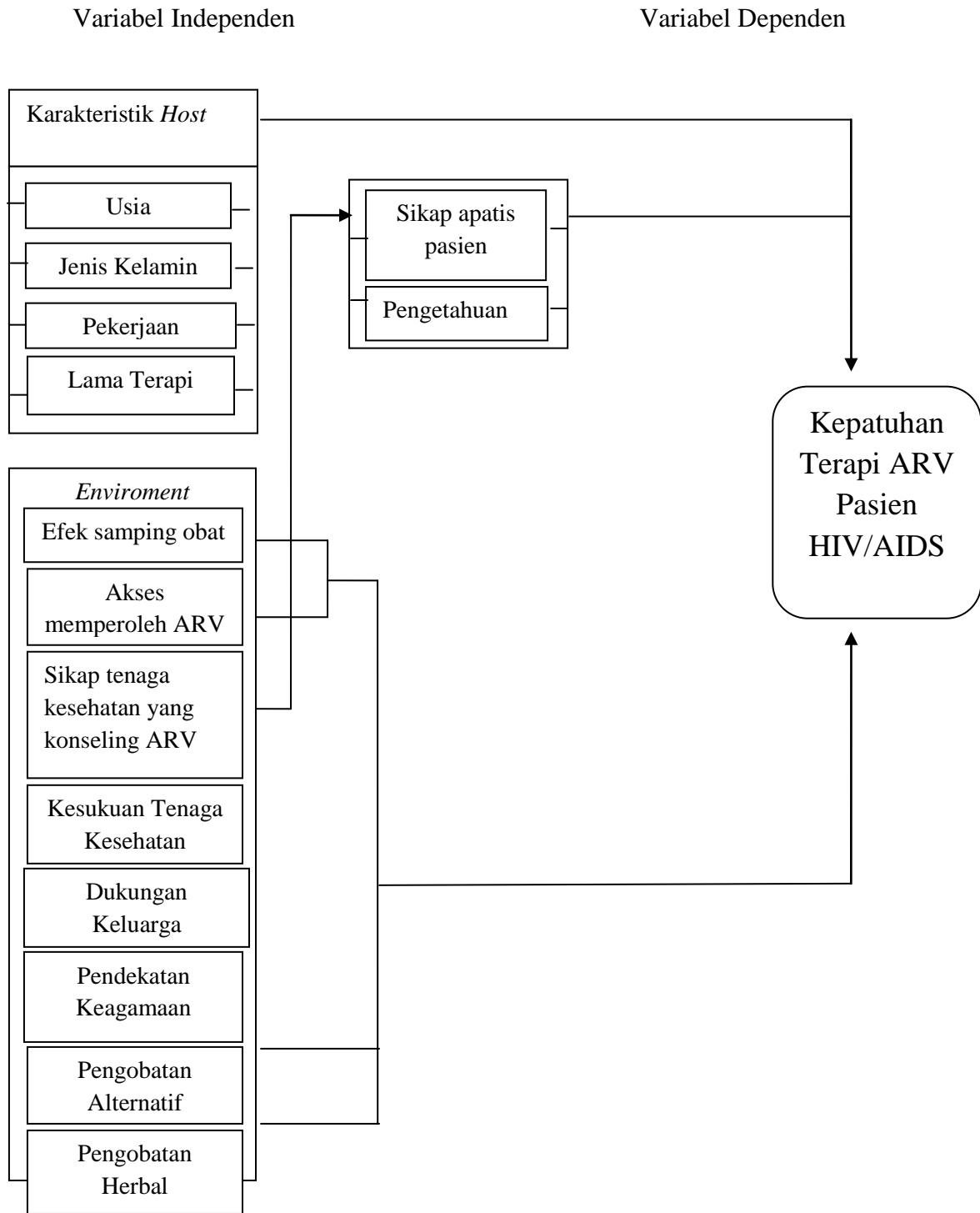
Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada teori segitiga epidemiologi. Penyakit pada manusia diakibatkan adanya interaksi dari *host* (orang), *agent* dan *environment*. Teori yang digunakan untuk menjelaskan timbulnya suatu penyakit telah klasik digambarkan sebagai hasil dari *triad epidemiology*.<sup>[43]</sup>



Gambar 3.1 Kerangka Teori  
 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi  
 Antiretroviral (ARV) Pada Pasien HIV/AIDS

## **2. Kerangka Konsep**

Kerangka konsep dalam penelitian ini merupakan penyederhanaan dari kerangka teori sebelumnya. Faktor risiko yang berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada ODHA secara teori sangatlah banyak meliputi : sistem layanan kesehatan, sistem pembiayaan kesehatan yang mahal, karakteristik pasien (ODHA), panduan terapi ARV, biaya pengobatan, karakteristik penyakit penyerta , hubungan pasien dan tenaga kesehatan (sikap pasien, latar belakang suku, kompetensi tenaga kesehatan) serta lingkungan sosial antara lain dukungan keluarga, dukungan teman sebaya, stigma, deskriminasi, penggunaan obat alternatif, penggunaan obat herbal (tradisional). Namun, karena keterbatasan biaya dan waktu serta karakteristik dari penyakit HIV/AIDS yang mana penyakit ini masih memiliki stigma dan deskriminasi yang tinggi dimasyarakat sehingga peneliti hanya membatasi pada faktor dalam penelitian ini yaitu faktor internal atau faktor yang ada pada ODHA meliputi ; karakteristik ODHA, pengetahuan, efek samping obat, lama terapi dan faktor eksternal meliputi dukungan keluarga, akses ke layanan kesehatan mendapatkan ARV, sikap tenaga konseling ARV, kesukuan /etnis tenaga kesehatan, pendekatan keagamaan, penggunaan pengobatan alternatif dan penggunaan obat herbal (tradisional). Lebih jelasnya kerangka konsep secara sistematis dapat dilihat pada gambar 3.2 :



Gambar 3.2.  
Kerangka Konsep Penelitian



## **B. Hipotesis**

### 1. Hipotesis Mayor

Beberapa faktor internal dan eksternal berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada ODHA.

### 2. Hipotesis Minor

#### a. Faktor Internal

1. Faktor umur < 30 tahun berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
2. Faktor jenis kelamin laki – laki berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
3. Faktor pengetahuan kurang berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
4. Faktor bekerja berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
5. Faktor sikap apatis pasien kurang berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.

#### b. Faktor Eksternal

1. Faktor ada riwayat efek samping obat berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
2. Faktor lama terapi berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.

3. Faktor sulit akses ke pelayanan kesehatan memperoleh ARV berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
4. Faktor sikap petugas konseling kesehatan ARV kurang berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
5. Faktor suku nakes bukan Papua berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
6. Faktor tidak adanya dukungan keluarga berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
7. Faktor tidak ada pendekatan keagamaan berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
8. Faktor penggunaan pengobatan alternatif berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.
9. Faktor penggunaan obat herbal (tradisional) berpengaruh terhadap kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS.

## **BAB IV**

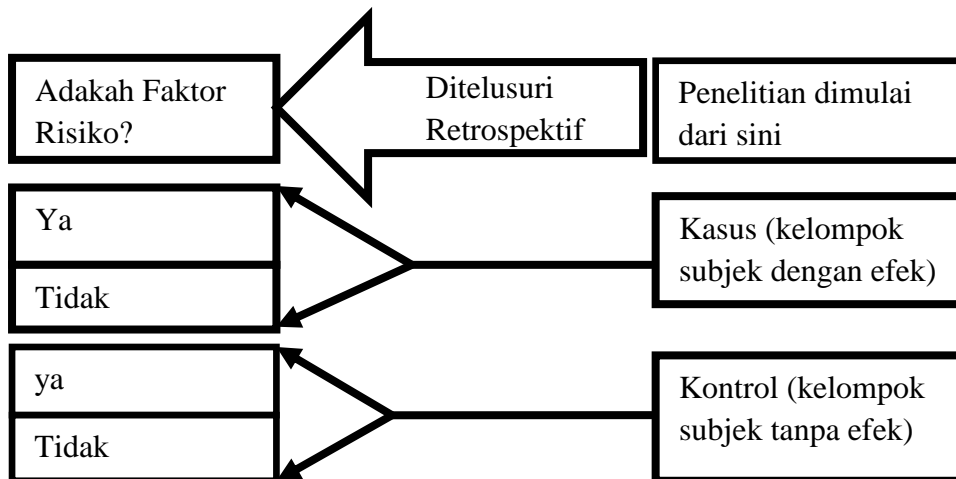
### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Penelitian tentang beberapa faktor risiko yang berpengaruh terhadap kepatuhan terapi antiretroviral pada penderita HIV/AIDS menggunakan jenis penelitian observasional analitik, dengan desain penelitian kasus kontrol. Penelitian ini adalah penelitian untuk membuktikan secara epidemiologi penyebab terjadinya penyakit. Kedua kelompok dibandingkan dalam hal adanya penyebab atau pengalaman masa lalu yang relevan dengan penyebab penyakit.<sup>[44]</sup> Kasus (Penderita HIV/AIDS yang tidak patuh menjalani terapi ARV) dan kontrol (Penderita HIV/AIDS yang patuh menjalani terapi ARV) diketahui sejak awal penelitian kemudian diteliti secara retrospektif faktor risiko yang berpengaruh terhadap terapi ARV pada ODHA.

Penelitian ini dianalisis secara kuantitatif dan didukung dengan analisis kualitatif yang bertujuan untuk memperkuat dan melengkapi data kuantitatif dengan teknik pengumpulan data yaitu dengan cara *indepth interview*.

Rancangan penelitian *case control* dapat dilihat pada gambar 4.1 sebagai berikut :



Gambar 4.1. Bagan Desain Penelitian Kasus Kontrol<sup>[44]</sup>

## B. Populasi Dan Sampel Penelitian

### 1. Populasi

#### a. Populasi Target

Populasi target dalam penelitian ini adalah penderita HIV/AIDS (ODHA) yang menjalani terapi ARV.

#### b. Populasi Studi

Populasi studi dalam penelitian ini adalah pasien HIV/AIDS (ODHA) yang berobat jalan dan menjalani terapi ARV di RSUD Abepura Kota Jayapura.

c. Subyek Penelitian

1. Kasus adalah penderita HIV/AIDS yang tidak patuh menjalani terapi ARV di RSUD Abepura Kota Jayapura.
2. Kontrol adalah penderita HIV/AIDS yang patuh menjalani terapi ARV di RSUD Abepura Kota Jayapura.

**2. Sampel**

a. Kriteria Sampel

1. Kriteria Inklusi

Kasus :

- a. Penderita HIV/AIDS yang sedang menjalani terapi ARV yang dinilai kepatuhan (*adherence*) berada  $\leq 95$  % (tidak patuh) berdasarkan data Laporan Bulanan Perawatan HIV mulai dari awal pengobatan sampai dengan tahun 2013.
- b. Rutin mengambil obat tiap bulan.
- c. Bersedia menjadi responden
- d. Dapat berkomunikasi
- e. Berada di Kabupaten/Kota Jayapura

Kontrol :

- a. Penderita HIV/AIDS yang sedang menjalani terapi ARV di Klinik VCT RSUD Abepura berdasarkan data Laporan Bulanan Perawatan HIV mulai dari awal pengobatan sampai tahun 2013 yang dinilai kepatuhannya (*adherence*) berada  $> 95$  % .

- b. Rutin mengambil obat tiap bulan.
- c. Bersedia menjadi responden.
- d. Dapat berkomunikasi
- e. Berada di Kabupaten/Kota Jayapura

2. Kriteria eksklusi

Kasus

- a. Penderita HIV yang sedang mengalami/ terapi pengobatan kasus jiwa
- b. Meninggal
- c. Rujuk keluar

Kontrol

- a. Penderita sedang mengalami/ terapi pengobatan kasus jiwa
- b. Meninggal
- c. Rujuk keluar

b. Besar sampel.

Besar sampel dapat dihitung dengan menggunakan rumus: <sup>[45]</sup>

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}}{(P_1 - P_2)^2}$$

Dimana,  $P_1 = \frac{(OR)P_2}{(OR)P_2 + (1-P_2)}$ ,  $P = \frac{1}{2} P_1 + P_2$

Keterangan :

$P_2$  = Proporsi subyek terpajan pada kelompok tanpa penyakit (kontrol) dari pustaka (0,6167)

$P_1$  = Proporsi subyek terpajan pada kelompok dengan penyakit (kasus)

- OR = Odd Ratio di peroleh dari penelitian sebelumnya<sup>[16]</sup>
- $Z_{\alpha}$  = Tingkat kemaknaan ditetapkan oleh peneliti sebesar 5 %
- $Z_{\beta}$  = Power ditetapkan peneliti sebesar 80 %
- n = Besarnya umlah sampel untuk masing – masing kelompok kasus dan kelompok kontrol

Adapun perhitungannya sebagai berikut :

$$OR = 4,422 \quad \beta = 80\% (Z_{\beta} = 0,842); \quad \alpha = 95\% (Z_{\alpha} = 1,96); \quad P_2 = 61,67\%$$

$$P_1 = \frac{(OR)P_2}{(OR)P_2 + (1 - P_2)} \qquad P = \frac{1}{2} (P_1 + P_2)$$

$$= \frac{(4,422)(0,6167)}{(4,422)(0,6167) + (1 - 0,6167)} \qquad = \frac{1}{2} (0,88 + 0,6167)$$

$$= 0,74$$

$$= 0,88$$

Maka rumus perhitungan besar sampel :

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$n = \frac{\{1,96\sqrt{(2,074)(1-0,74)} + 0,842\sqrt{0,88(1-0,88) + 0,6167(1-0,6167)}\}^2}{(0,88 - 0,6167)^2}$$

$$n = \frac{\{1,70822655\}^2}{0,06932689}$$

$$n = \frac{2,91803795}{0,06932689}$$

$$n = 43$$

Berdasarkan perhitungan tersebut, maka diperoleh sampel penelitian sebanyak 43 orang yaitu masing – masing kelompok kasus sebanyak 43 orang dan kelompok kontrol 43 orang. Penelitian ini menggunakan perbandingan kasus dan kontrol 1:1, sehingga jumlah kasus dan kontrol secara keseluruhan berjumlah 86 orang.

### **3. Teknik Pengambilan Sampel**

Metode pengambilan sampel untuk kasus maupun kontrol adalah metode random (*Probability*) dengan cara *simple random sampling* yaitu kelompok kontrol dan kelompok kasus memiliki kesempatan yang sama untuk terpajan oleh faktor risiko yang diteliti. Untuk memilih kelompok kontrol kita memilih kelompok kontrol yang benar – benar sebanding sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi pada kelompok kasus maupun kontrol. Cara pengambilan sampel kasus dan kontrol dari populasi yaitu :

1. Mendata pasien yang mendapatkan terapi ARV sampai tahun 2013 di Klinik VCT RSUD Abepura, kemudian mendata masing-masing jumlah sampel kasus yaitu pasien yang tidak patuh terapi ARV (*adherence*  $\leq$  95 %) maupun pengambilan sampel kontrol yaitu pasien yang patuh terapi ARV (*adherence*  $>$  95 %).
2. Sampel kasus maupun sampel kontrol dilakukan secara acak sederhana yaitu dengan melakukan pengundian (*lottery technique*) sampai mendapatkan jumlah sampel kasus maupun kontrol yang diinginkan.
3. Sampel yang telah diundi baik kasus maupun kontrol ditunggu di Klinik VCT RSUD Abepura, setelah pasien mendapatkan pelayanan kemudian dengan bantuan



dari petugas kesehatan yang sedang bertugas untuk dirujuk pada peneliti. Bila responden yang dimaksud tidak ditemukan dilakukan kunjungan rumah bila alamatnya bisa dijangkau. Responden didatangi ke alamatnya dengan bantuan manajer kasus (MK) untuk melakukan wawancara dengan kuesioner. Apabila tidak mendapatkan responden di lapangan, maka untuk memenuhi jumlah sampel diganti dengan sampel cadangan yang proses pengambilan sampel dilakukan secara acak seperti sampel sebelumnya.

Pengambilan sampel secara kualitatif untuk pasien HIV/AIDS yang menjalani terapi antiretroviral (ARV) dilakukan dengan menggunakan teknik *nonprobability sampling* (sampling non probabilitas) dengan teknik purposive sampling yaitu berdasarkan kriteria yang ditentukan penelitian setelah mendapatkan hasil kuantitatif. Sampel penelitian kualitatif untuk sampel utama sebanyak 4 orang yaitu ODHA yang telah menjalani terapi antiretroviral (ARV). Wawancara mendalam dilakukan setelah analisis kuantitatif.

## **C. Variabel Penelitian**

### **1. Variabel Terikat**

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kepatuhan terapi antiretroviral (ARV) pada pasien HIV/AIDS.

## 2. Variabel Bebas

Variabel bebas pada penelitian ini meliputi ; umur, jenis kelamin, pekerjaan, pengetahuan, sikap apatis pasien, lama terapi, riwayat efek samping obat, akses ke pelayanan kesehatan memperoleh ARV, sikap petugas konseling ARV, kesukuan tenaga kesehatan, pendekatan keagamaan, dukungan keluarga, penggunaan pengobatan alternatif, penggunaan obat herbal (tradisional).

## D. Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional variabel penelitian faktor risiko kepatuhan terapi antiretroviral (ARV) pada pasien HIV/AIDS sebagai berikut :

Tabel 4.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian Faktor Risiko Kepatuhan Terapi Antiretroviral (ARV) pada Pasien HIV/AIDS

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kategori	Skala
<b>Variabel Terikat</b>					
1.	Kepatuhan ARV	Penilaian tingkat kepatuhan yang menggambarkan penggunaan obat ARV sesuai dengan petunjuk pada resep	Wawancara, melihat kartu pasien saat berkunjung ke VCT, Register pemberian obat ARV, Laporan Bulanan Perawatan HIV& ART	0 = Kasus (tidak Patuh) = $\leq$ 95 %	Nominal
	Kasus (Tidak Patuh)	ODHA yang tidak rutin minum obat ARV berdasarkan laporan bulanan perawatan HIV& ART penilaian <i>adherence</i> berada $\leq$ 95 % (tidak patuh)			
	Kontrol (Patuh)	ODHA yang rutin minum obat setiap bulan dan berdasarkan laporan bulanan perawatan HIV & ART penilaian <i>adherence</i> berada $>$ 95 %		1 = Kontrol (Patuh) = $>$ 95 %	

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kategori	Skala
1	Umur	Lamanya hidup sejak dilahirkan hingga saat penelitian berdasarkan tahun lahir	Ditanyakan dengan kuesioner	Menggunakan <i>cut of point</i> median 30 tahun Risiko rendah $\geq 30$ Tahun = 1, Risiko tinggi $< 30$ Tahun = 0	Rasio
2	Jenis kelamin	Tanda biologis individu yang membedakan manusia berdasarkan kelompok	Ditanyakan dengan kuesioner	0 = Laki - laki 1 = Perempuan	Nominal
3	Pekerjaan	Aktivitas utama yang dilakukan setiap hari baik formal maupun non formal oleh responden sampai penelitian ini dilakukan	Ditanyakan dengan kuesioner	1.Ibu rumah tangga 2.PNS 3.TNI/POLRI 4.Buruh 5.Petani 6.Pedagang 7.Nelayan 8.Tidak Bekerja 9.PSK 10.Pelajar 11.Relawan LSM	Nominal
4	Sikap apatis pasien	Respon yang diberikan pasien setelah mengetahui dirinya menderita suatu penyakit yang tidak dapat disembuhkan, penyakit yang membuat dirinya tidak dapat diterima masyarakat disekitarnya, harus memulai terapi dengan jumlah obat yang banyak, harus minum obat sesuai waktu, dosis dan cara minum obat ARV, terapi yang membutuhkan waktu lama, menimbulkan efek samping sehingga menyebabkan sikap apatis pasien tidak mengikuti petunjuk pengobatan.	Ditanyakan dengan kuesioner	<i>Cut of point</i> median dengan skor 4, Baik, jika $>$ skor 4 kode 1 Kurang, jika $\leq$ skor 4 kode 0	Ordinal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kategori	Skala
5.	Pengetahuan	Kemampuan pengetahuan responden tentang terapi atau pengobatan ARV yang meliputi : pengertian ARV, manfaat ARV, tujuan minum ARV, Risiko Tidak patuh minum obat ARV , aturan minum obat ARV, cara mengatasi Efek samping ARV, waktu minum ARV, dan lama pengobatan ARV. diberikan skor 1 dan yang salah diberikan skor 0	Ditanyakan dengan kuesioner	<i>Cut of point</i> median dengan skor 8 Baik, jika skor > 8 diberi kode 1 Kurang, jika skor ≤ 8 diberi kode 0	Ordinal
6.	Riwayat Efek samping obat	Riwayat gejala atau tanda yang timbul akibat reaksi terapi yang tidak diinginkan yang dirasakan pasien seperti mual, mimpi buruk, sakit kepala, dan lain sebagainya yang dipastikan dari jawaban responden.	Ditanyakan dengan kuesioner, Melihat Kartu Foll – Up Perawatan Pasien dan Terapi Antiretroviral	Ada riwayat efek samping = 0 Tidak ada riwayat efek samping = 1	Nominal
7.	Lama Terapi	Waktu pertamakali ODHA memulai terapi ARV sampai dengan penelitian ini di jalankan	Ditanyakan dengan kuesioner & Observasi	<i>Cut of point</i> dengan median 2 tahun Lama, jika terapi > 2 tahun, diberi kode 0 Tidak lama, jika terapi ≤ 2 tahun, diberi kode 1	Rasio
8.	Akses ke pelayanan kesehatan Memperoleh ARV	Jarak dalam satuan kilometer yang diperkirakan oleh pewawancara sesuai tempat tinggal responden dengan rumah sakit untuk mendapatkan obat ARV. Jarak < 20 kilometer diasumsikan mudah karena masih tersedia sarana transportasi. Sedangkan jarak ≥ 20 km sangat sulit sarana transportasi ke rumah sakit untuk mendapatkan obat ARV	Ditanyakan dengan kuesioner	Mudah (< 20 km) = 1 Sulit (≥ 20 km) = 0	Rasio

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kategori	Skala
9.	Sikap Tenaga Kesehatan	Penilaian yang diberikan responden pada sikap dan perilaku petugas saat memberikan pelayanan dalam melakukan terapi ARV sehingga responden merasa puas dan patuh antara lain ramah dalam melayani, tidak melayani dengan terburu-buru, mengingatkan dalam teratur ARV, menanggapi keluhan, menjaga kerahasiaan, menginformasikan tanggal dan waktu mengambil obat.	Ditanyakan dengan kuesioner	<i>Cut of point</i> median skor 5 Baik , jika skor > 5 diberi kode 1 Kurang, jika skor ≤ 5 diberi kode 0	Ordinal
10.	Kesukuan Tenaga Kesehatan	Dalam penelitian ini suku terdiri atas 2 (dua) kelompok : Bukan/non suku Papua yaitu asal suku dari tenaga kesehatan yang yang bukan berasal dari keturunan suku Papua yang menangani ODHA yang terapi ARV Suku Papua yaitu : suku dari nakes yang berasal dari garis keturunan suku Papua yang menangani ODHA yang terapi ARV.	Ditanyakan dengan kuesioner	Papua = 1 Non Papua = 0	Nominal
11.	Dukungan keagamaan	Responden yang mendapat dukungan dari kelompok atau pos – pos keagamaan dalam memberikan semangat dan harapan untuk bertahan hidup yang kegiatannya meliputi :pertemuan – pertemuan ibadah, sering antara tokoh agama dan ODHA	Ditanyakan dengan kuesioner	Mendapat Dukungan = 1  Tidak Mendapat dukungan = 0	Nominal
12	Dukungan Keluarga	Penilaian yang diberikan responden pada sikap dan perilaku keluarga (suami, istri, anak, orang tua, saudara) terhadap kepatuhan terapi ARV berupa motivasi keluarga dalam keteraturan terapi ARV atau pendamping minum obat (PMO), tanggapan keluarga terhadapkeluhan responden, adanya perhatian serta penerimaan kondisi, Responden.	Ditanyakan dengan kuesioner terdiri dari : 1 pertanyaan inti dan 9 pertanyaan mendalam	Mendapat dukungan = 1 Tidak Mendapat dukungan = 0	Nominal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kategori	Skala
13.	Pengobatan Herbal (tradisional)	Penggunaan macam – macam tumbuhan - tumbuhan oleh reponden untuk mengobati efek samping yang ditimbulkan dari ARV serta alternatif yang diambil sebagai pengganti ARV karena jarak yang jauh untuk memperoleh ARV.	Ditanyakan dengan kuesioner	Menggunakan pengobatan tradisional = 0  Tidak menggunakan pengobatan tradisional = 1	Nominal
14.	Pengobatan Alternatif	Tindakan yang dilakukan ODHA saat mengatasi atau mengurangi rasa sakit atau efek samping akibat obat ARV. Tindakan ODHA dengan menggunakan cara akupuntur, tabib, disengatkan binatang, dan lainnya	Ditanyakan dengan kuesioner	Menggunakan = 0  Tidak menggunakan = 1	Nominal

## E. Alur Penelitian

### 1. Tahap Persiapan, meliputi :

- a) Studi pendahuluan sebagai data awal tentang jumlah kasus HIV/AIDS di Klinik VCT RSUD Abepura dan pasien yang telah menjalani terapi ARV sebagai pendukung dalam menganalisis permasalahan untuk mengetahui masalah.
- b) Mengumpulkan kepustakaan hasil penelitian dengan mengumpulkan jurnal kesehatan yang berhubungan dengan topik yang akan diteliti (faktor risiko kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS).
- c) Menentukan subjek penelitian
- d) Menyusun proposal penelitian
- e) Membuat instrument atau alat ukur penelitian (Kuesioner)

2. Tahap pelaksanaan, meliputi :

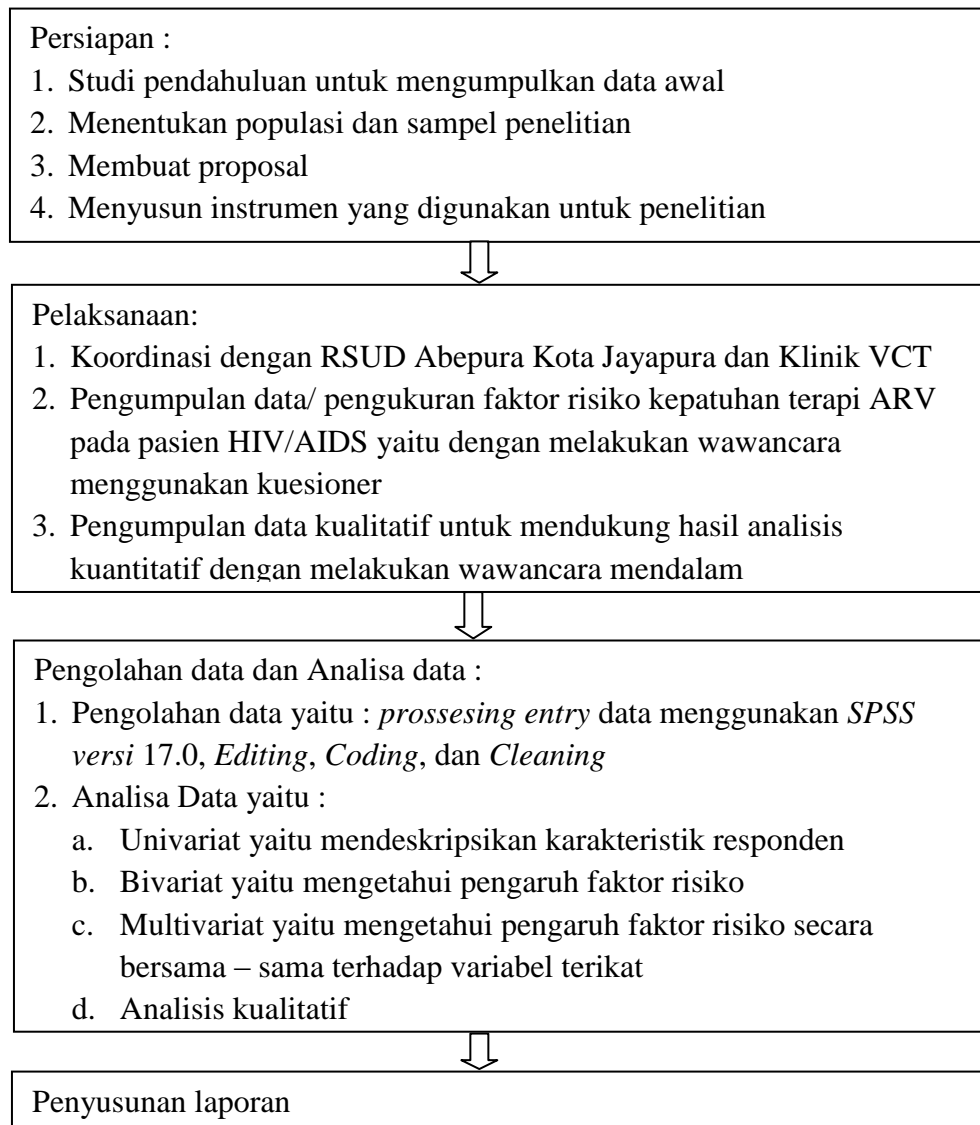
- a) Koordinasi pelaksanaan pengumpulan data faktor risiko dengan RSUD Abepura Kota Jayapura, Klinik VCT RSUD Abepura.
- b) Pengumpulan data/ pengukuran faktor risiko kepatuhan terapi ARV pada pasien HIV/AIDS yaitu dengan melakukan wawancara menggunakan kuesioner dan *indepth interview*.

3. Tahap Pelaksanaan, meliputi :

- a) Pengolahan data yaitu : proses entri data menggunakan *SPSS versi 17.0, Editing, Coding, dan Cleaning*
- b) Analisa Data yaitu :
  1. Analisis Univariat yaitu mendeskripsikan karakteristik responden
  2. Analisis Bivariat yaitu mengetahui pengaruh beberapa faktor risiko
  3. Analisis Multivariat yaitu mengetahui pengaruh faktor risiko secara bersama – sama terhadap variabel terikat.
  4. Analisis kualitatif melibatkan pengumpulan data yang terbuka berdasarkan pertanyaan dan analisis informasi dari responden dilaksanakan setelah analisis kuantitatif. Analisis menggunakan metode konten yaitu dengan mereduksi kalimat dan menyimpulkan kemudian disajikan dalam bentuk kalimat kutipan. Data kualitatif hasil wawancara mendalam dihubungkan dengan hasil analisis kuantitatif.

4. Tahap Penyusunan Laporan yaitu menyusun laporan serta konsultasi dengan pembimbing sesuai ketentuan yang ditetapkan.

Adapun alur dari prosedur penelitian secara umum sebagai berikut :



Gambar 4.2. Prosedur Alur Penelitian



## **F. Teknik Pengumpulan Data**

### 1. Jenis Data

#### a) Data Primer

Adalah data yang diperoleh dengan melakukan observasi langsung pada responden melalui wawancara dengan kuesioner.

#### b) Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari pencatatan atau pelaporan di layanan Klinik VCT RSUD Abepura antara lain data umum wilayah, perumahan atau data umum lingkungan. Data umum penelitian atau data kunjungan penderita diperoleh dari unit layanan kesehatan tempat penelitian. Data kunjungan pasien diperoleh dengan melihat data laporan bulanan perawatan HIV dan ART. Selain itu, melihat juga pada kartu Register Pemberian Obat Antiretroviral (ARV).

### 2. Teknik Pengumpulan Data

Data Primer :

#### a) Wawancara

Data primer dikumpulkan melalui hasil wawancara terhadap responden sesuai pertanyaan dalam kuesioner berkaitan dengan materi mengenai kepatuhan terapi antiretroviral (ARV). Wawancara dilakukan saat ODHA mengambil obat ARV di Klinik VCT RSUD Abepura.

b) Observasi

Melihat kartu pasien saat berkunjung ke VCT, Register pemberian obat ARV, Laporan Bulanan Perawatan HIV& ART untuk mengetahui tingkat kepatuhan minum obat ARV.

c) *Indepth Interview*/ Wawancara Mendalam

*Indepth interview* dilakukan setelah pengolahan data kuantitatif agar mendapat tambahan informasi kualitatif sebagai penunjang data kuantitatif. Teknik ini memberikan keleluasaan bagi responden untuk mengungkapkan perasaan, pikiran dan pengalaman mereka secara personal. Mengingat subyek penelitian ini cukup sensitif untuk dibicarakan, maka langkah pertama yang dilakukan oleh peneliti adalah membangun kepercayaan subyek sehingga terjalin hubungan yang baik antara peneliti dengan manager kasus dan subyek.

Data Sekunder :

Diperoleh dari pencatatan atau pelaporan layanan VCT di RSUD Abepura.

3. Waktu Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada bulan Agustus sampai dengan Septembertahun 2014.

4. Etika Penelitian

a) Semua responden dalam penelitian ini memberikan persetujuan tertulis yang menyatakan kesediaannya untuk menjadi objek penelitian, disaksikan oleh pendamping (petugas kesehatan) dan peneliti.

- b) Semua objek penelitian dirahasiakan identitasnya.
- c) Penelitian ini tidak merugikan dan membahayakan jiwa.

Penelitian ini dimintakan persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/RSUP Dr. Karyadi Semarang No.415 /EC/FK-RSDK/2014.

## **G. Pengolahan Data dan Analisis Data**

1. Pengolahan data dilakukan melalui langkah-langkah *entry*, *coding*, *editing* dan *cleaning* data hasil wawancara yang selanjutnya akan dianalisis.

2. Analisis Data

Analisis data dilakukan secara bertahap yaitu dengan analisis univariat, bivariat dan analisis multivariat dengan menggunakan program computer.

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan variabel terikat (kepatuhan terapi ARV) dan variabel bebas menggunakan tabel distribusi frekuensi.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat pengaruh antara variabel bebas dan variabel terikat menggunakan statistic uji *Chi square* ( $X^2$ ) dan mengetahui besar risiko (*Odds ratio*) paparan terhadap kasus pada tingkat kepercayaan 95% dengan menggunakan tabel 2x2.

Perhitungan uji *Chi square*,  $\alpha = 0,05$  dengan rumus :

$$X^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Keterangan :

$O_i$  = Frekuensi yang diamati, kategori ke-1

$E_i$  = Frekuensi yang diharapkan dari kategori ke-1

Dengan interpretasi :

$P < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima

$P > 0,05$  maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak

Selanjutnya juga diperoleh nilai besar risiko (*Odds Ratio/OR*) paparan terhadap kasus dengan menggunakan tabel 2 x 2 sebagai berikut:

Tabel 4.2. Perhitungan Nilai OR

Penyakit	Kasus	Kontrol	Total
Terpapar	(+)	(-)	
<b>Terpapar</b>	a	B	a + b
<b>Tidak Terpapar</b>	c	D	c + d
<b>Total</b>	a+c	b+d	a+b+c+d

Dari tabel 4.2 dijelaskan bahwa perhitungan uji *Odds Ratio* (OR) dengan rumus  $AD/BC$ , dengan Confidence Interval (CI) 95 %, hasil interpretasi nilai OR sebagai berikut:

1. Bila nilai  $OR > 1$ , menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor risiko (kausatif)
2. Bila nilai  $OR = 1$ , menunjukkan bahwa faktor yang diteliti bukan merupakan faktor risiko (netral)

3. Bila nilai  $OR < 1$ , menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor protektif

### 3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat menggunakan analisis regresi logistic ganda untuk mendapatkan model faktor risiko yang paling baik dan sederhana yang dapat menggambarkan pengaruh variabel bebas dengan kepatuhan terapi antiretroviral pada pasien HIV/AIDS. Analisis multivariat tidak memerlukan asumsi-asumsi seperti pada regresi linear ganda, yaitu : eksistensi, independensi, linearitas, homosedasitas dan normalitas.

Pemodelan multivariat menggunakan model faktor risiko karena salah satu variabel bebas telah diyakini mempunyai hubungan dengan kepatuhan terapi ARV dengan mengontrol beberapa variabel *confounding*.<sup>[46]</sup>

Tahapan analisis multivariat adalah :

#### 1) Pemilihan variabel kandidat

Pada uji bivariat, variabel yang menghasilkan nilai  $p < 0,25$  selanjutnya akan dipilih untuk dianalisis secara multivariat.

#### 2) Pemilihan variabel model

Semua variabel terpilih dengan  $p < 0,25$ , dianalisis bersama-sama. Pemilihan variabel dilakukan secara hierarki terhadap semua variabel bebas yang terpilih. Variabel yang tidak signifikan dikeluarkan, selanjutnya

dipertimbangkan variabel yang signifikan dengan  $p < 0,05$  sampai memperoleh model yang terbaik.

3) Perhitungan persamaan regresi logistik

Hasil analisis logistik ganda selanjutnya dianalisis bersama kedalam persamaan sebagai berikut :

$$p = \frac{1}{1 + e - (\alpha + \beta_1x_1 + \beta_2x_2 + \dots + \beta_kx_k)}$$

Keterangan :

$p$  : peluang terjadinya efek

$e$  : bilangan natural (nilai  $e$  : 2,7182818)

$\alpha$  : konstanta

$\beta$  : koefisien regresi

Pengambilan keputusan ada tidaknya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat, ditentukan dengan kriteria :

- a) Jika  $p > 0,05$  ; tidak terdapat pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat
- b) Jika  $p < 0,05$  ; terdapat pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat.

## **1. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di Klinik VCT RSUD Abepura dengan mengambil sampel seluruh pasien HIV/AIDS yang sedang terapi ARV. Waktu penelitian pada bulan Agustus – September tahun 2014.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Djoerban, Z., *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Cetakan Ke II*. HIV/AIDS Di Indonesia. 2006, Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran UI.
2. UNICEF, *Multiple Indicator Cluster Survey Kabupaten Terpilih di Papua dan Papua Barat*, in *Temuan Kunci Awal*. 2012, Badan Pusat Statistik: Propinsi Papua & Papua Barat.
3. Kemenkes, R.I. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV/AIDS*. 2013.
4. UNAIDS, *World AIDS Day Report, Geneva* ; . 2012, Geneva: UNAIDS.
5. WHO, *Global Up Date On HIV Treatment*, in *Result, Impact and Opputunities 2013*, WHO Report in Partnership With Unicef and UNAIDS.
6. Kemekes, R., *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia Dilapor s/d September 2014*. 2014, Ditjen PP & PL Kemenkes RI: Jakarta.
7. Dinkes, *Laporan Komulatif Kasus HIV/AIDS*, Dinkes, Editor. 2012, Dinas Kesehatan Propinsi Papua: Papua.
8. VCT, *Data Kunjungan Pasien HIV/AIDS yang sedang terapi antiretroviral (ARV)*. 2013, VCT RSUD Abepura: Kota Jayapura.
9. AUSAID, *Buku Pegangan Konselor HIV/AIDS*. 2003, Jakarta: Macfarlane Burnet Institute for Medical Research and Public Health Limited
10. Kemenkes, R., *Pedoman Tata Laksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral Pada Orang Dewasa*. 2011, Dirljen Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Jakarta.
11. POM, B., *Kepatuhan Pasien ; Faktor Penting Dalam Keberhasilan Terapi*. Info POM, 206.
12. Depkes, R., *Pedoman Pelayanan Kefarmasian Untuk Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)*. 2006, Jakarta: Dirljen Kefarmasian & Alat Kesehatan.
13. Depkes, R.I., *Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretoviral in Pada Orang Dewasa*. 2007, Dirljen P2 dan PL: Jakarta.
14. Syafrizal, *Kepatuhan ODHA dengan Keberhasilan Terapi Antiretroviral di Lantera Minangkabau Suport*. 2011, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah: Padang.
15. Sasmita, H.A., *Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan HIV-AIDS Terhadap Terapi Antiretroviral di RSUP Dr.Karyadi in Magister Promosi Kesehatan*. 2010, Universitas Diponegoro: Kota Semarang.
16. Ubra, R.R., *Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV Pada Pasien di Kabupaten Mimika Propinsi Papua*, in *Magister Epidemiologi*. 2012, Universitas Indonesia: Depok.
17. Diaz, *Religion and HIV/AIDS stigma : Implication for helath professionals in Puerto Rico*. NIH Public Acces Author Manuscript, 2011: p. p; 1-18.
18. Brasshers, V.L., *Aplikasi Klinis Patofisiologi Pemeriksaan dan Manajemen*. Penyakit HIV. 2008, Jakarta: EGC.
19. Nugroho, *Mengungkap Tuntas 9 Penyakit Infeksi Menular Seksual*. 2011, Yogyakarta: Nuha Medika.
20. Kathy, S., *HIV/AIDS*. 2009, California: Greenwood Publising Group.



21. Paul, A.V., *Medical Management of AIDS* Bab10. Laboratory Testing for HIV infection. 2012, China: Sande Elseveir.
22. Ridwan, A., *Kebijakan dan Respon Epidemik Penyakit Menular, Cetakan Pertama*. Bab.8. Epidemiologi Penularan HIV dan AIDS pada Populasi Beresiko. 2012, Bogor: IPB Press. Hal.63-155.
23. Elseveir, *Global HIV AIDS Medicine*. 2008, China: Elseveir.
24. Mandal, *Penyakit Infeksi*. Bab 13. Aquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). 2008, Jakarta: Penerbit Erlangga.
25. Graber, M.A., *Tanda dan Gejala Infeksi HIV, Cetakan I*. Diagnosis, Ketrampilan, Anamnesa dasar. 2006, Jakarta: EGC. Hal.674-6.
26. Wartono, H., *Aids dikenal untuk Dihindari*. 1999, Jakarta: Lembaga Pengembangan Informasi
27. Saragi, S., *Panduan Penggunaan Obat*. 2011, Jakarta: Rosemata Publisir.
28. Noor, N.N., *Epidemiologi*. 2008, Jakarta: Rineka Cipta.
29. Kemenkes, R.I., *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia dilapor s/d Desember 2013*, Kemenkes, Editor. 2013, Dirljen PP & PL: Jakarta.
30. Butt, L., *stigma dan HIV/AIDS di Wilayah Pegunungan Papua*. 2010, Canada: Pusat Studi Kependudukan; Kerjasama Universitas Cenderawasih Jayapura & University of Victoria.
31. Pinheiro, e.a., *Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil*. Brazilian Journal Of Medical and Biological Reseach, 2002: p. 35: 1173-1181.
32. Notoatmodjo, S., *Kesehatan Masyarakat*. Ilmu & Seni. 2007, Jakarta: PT Rineka Cipta.
33. Martoni, W., *Faktor -Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasieb HIV/AIDS di Poliklinik Khusus Rawat Jalan Bagian Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang*. 2012, di dapatkan dari : <<http://pasca.unand.ac.id/id/wp-content/uploads/2011/09/FAKTOR-FAKTOR-YANG-MEMPENGARUHI-KEPATUHAN-PASIEN-HIVAIDS.pdf>>, akses : kamis, 6 maret 2015, PKL 17 ; 42 di Semarang.
34. Do, e.a., *Factors associated with suboptimal adherence to antiretroviral therapy in Viet Nam: a cross-sectional study using audio computer-assisted self-interview (ACASI)*. BMC Infectious Diseases, 2013. <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/13/154>.
35. Depkes, R.I., *Tinjauan atas Tanggapan Sektor Kesehatan Terhadap HIV/AIDS di Indonesia*. 2007, Depkes RI: Jakarta.
36. Fithria, R.F., *Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan Pengobatan ARV (Antiretroviral) pada ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo dan Rumah Sakit Umum Panti Wiloso* Manajemen dan Pelayanan Farmasi, 2011. **Vol.1, No.2**.
37. Mahardining, A.B., *Hubungan antara Pengetahuan, Motivasi, dan Dukungan Keluarg dengan Kepatuhan Terapi Antiretroviral Pada ODHA*. Kesmas, 2010. **Vol.5.No.2**.
38. KPA. Strategi Penanggulangan HIV dan AIDS Pada Perempuan Tahun 2007 - 2010, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional: Jakarta.
39. Rachmawati, S., *Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS yang Mengikuti Terapi Antiretroviral*. Sains dan Praktik Psikologi, 2013. **Vol.1 (Hal.48 - 62)**.

40. Peltzer, K., *Tradisional Complementary and Alternative Medicine and Antiretroviral Treatment Adherence Among HIV Patients In Kwazulu - Natal, South Africa*. Reseach Peaper 2011. **Vol.7, No.2 : p.125 - 137, available from : [www.africanetthnmedicines.net](http://www.africanetthnmedicines.net)**.
41. Brown, D., *Use of The Chinese Herbal Combination with HIV/AIDS infected patient*. Quartenary Review of natural medicine. Amerika Botanic Council Winter, 1996: p. <http://www.nih.gov/althmed/hitf.html>. akses 21042008.
42. Laksono, B., *Pengaruh Ekstrak Phyllanthus Niruri terhadap progresivitas HIV/AIDS*, in *Program Study Doktor Ilmu Kedokteran /Kesehatan Program Pasca Sarjana 2012*, Universitas Diponegoro: Semarang.
43. Gordis, L., *Epidemiology. Second Edition*. 2000, New York: W.B.Sauders Company.
44. Haroutune, A.K., *The Case Control Method. Design and Applications*. 2009, California: Oxord University Press.
45. Lamenshow, S., *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan (Terjemahan)*. 1997, Yogyakarta: Gajah Mada University Press. p.25 - 27.
46. Dahlan, *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan*. Edisi ke lima, Cetakan ke tiga ed. Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS. 2013, Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
47. Kemenkes, *Laporan Situasi Perkembangan HIV/AIDS Di Indonesia Tahun 2013*. 2013, Dirjen P2 dan PL: Jakarta.
48. Mills, E.J., *Adherence to HAART: A Systematic Review of Developed and Developing Nation Patient-Reported Barriers and Facilitators*. Plos Medicine, 2006. **Vol.3(11)**(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1637123/>).
49. Jaffar, S., *Rates of virological failure in patients treated in a home-based versus a facility-based HIV-care model in Jinja, southeast Uganda: a cluster-randomised equivalence trial*. *Lancet* 374:2080-2089. Public Medical Central, 2009(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3921227/>).
50. Anies, *Kedokteran Keluarga*. Pelayanan Kedokteran yang Berprinsip Pencegahan. 2014, Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro. hal. 37 - 38.
51. Payuk, I., *HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL DENGAN KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/ AIDS DI PUSKESMAS JUMPANDANG BARU MAKASSAR 2012*, in *Bagian Epidemiologi*. 2012, Universitas Hasanudin: Makasar.
52. Ramadian, O., *Efek Samping Antiretroviral Lini Pertama Terhadap Adherence Pada ODHA di Layanan Terpadu HIV RSCM Jakarta*. 2010.
53. Silva, *Risk Factor For Non Adherence To Antiretroviral Therapy* di unduh dari : <http://www.revistas.usp.br/rimtsp/article/viewFile/31262/33146>, diakses jumat 6 Maret 2015 pkl : 16 :17 semarang, 2009.
54. LUMBANBATU, V.V., *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN ODHA (ORANG DENGAN HIV/AIDS) DALAM MENJALANI TERAPI ANTIRETROVIRAL DI RUMAH SAKIT UMUM Dr. PIRNGADI MEDAN TAHUN 2012*, in *FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT*. 2013, UNIVERSITAS SUMATERA UTARA: Medan.
55. Margarita, *Konseling, dukungan, perawatan dan pengobatan ODHA*. 2007, Surabaya: Airlangga University Press.

56. Wakibi, *Factors Associated with non-adherence to highly active antiretroviral therapy in Nairobi, Kenya*. AIDS Reseach and Therapy, 2011. URL : <http://www.aidsrestherapy.com/content/pdf/1742-6405-8-43.pdf>, di akses : Jumat 5 Maret 2015, Pkl : 16 ;39 semarang.
57. Weiser, S., *Barries to Antiretroviral Adherence for Patients Living HIV Infection and AIDS in Botswana*. Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndrome 2003: p. p.34:281-288.
58. Aspeling, H., *Factor Associated With Adherence to Antiretroviral Therapy for The Treatment of HIV-Infected Women attending an Urban Care Facility*. International Journal Of Nursing Practice, 2008: p. p.14 : 3-10.
59. Agustanti, D., *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup ODHA*. 2006, Universitas Indonesia: Jakarta.
60. Pariaribo, E.K., *Upaya Pendampingan Pastoral Bagi ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) di Jemaat GKI Elim Famboaman Klasis Yapen Timur*, in *Jurusan Theologi*. 2011, Sekolah Tinggi Kristen Protestan Negeri (STAKPN): Burere - Sentani, Kabupaten Jayapura.
61. Yuyun, e.a., *FAKTOR –FAKTOR PENDUKUNG KEPATUHAN ORANG DENGAN HIV AIDS (ODHA) DALAM MINUM OBAT ANTIRETROVIRAL DI KOTA BANDUNG DAN CIMAHI*. 2011.
62. Susilowati, T., *Faktor - Faktor Risiko yang Berpengaruh Terhadap Kejadian HIV dan AIDS*, in *Magister Epidemiologi*. 2009, Universitas Diponegoro: Kota Semarang. p. Hal.86 - 87.