



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEPATUHAN PENGOBATAN MINUM ARV
PADA PASIEN HIV
DI KABUPATEN MIMIKA - PROVINSI PAPUA
TAHUN 2012**

TESIS

REYNOLD R.UBRA
NPM. 1006746810

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEPATUHAN PENGOBATAN MINUM ARV
PADA PASIEN HIV
DI KABUPATEN MIMIKA - PROVINSI PAPUA
TAHUN 2012**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Magister Epidemiologi

**REYNOLD R.UBRA
NPM. 1006746810**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
KEKHUSUSAN EPIDEMIOLOGI LAPANGAN
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORSINILITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Reynold Rizal Ubra

NPM : 1006746810

Tanda Tangan :



Tanggal : 13 Juli 2012



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Reynold Rizal Ubra
NPM : 1006746810
Program Studi : Magister Epidemiologi
Judul Tesis : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan
Kepatuhan Pengobatan Minum ARV Pada
Pasien HIV di Kabupaten Mimika Provinsi
Papua Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Epidemiologi pada Program Studi Pasca sarjana Epidemiologi Lapangan (FETP), Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Pembimbing : dr. Syahrizal Syarif, MPH, Ph.D

(.....)

Pembimbing : dr. Tri Yunis Miko Wahyono, M.Sc.

(.....)

Penguji : Victoria Indrawati, SKM, M.Sc

(.....)

Penguji : Aang Sutrisna, MPH

(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2012

SURAT PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan dibawah ;

Nama : Reynold Rizal Ubra
NPM : 1006746810
Program Studi : Epidemiologi
Tahun Akademik : 2010 / 2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV Pada Pasien HIV di Kabupaten Mimika, Provinsi Papua Tahun 2012

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan .

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 13 Juli 2012



(Reynold Rizal Ubra)

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Reynold Rizal Ubra
NPM : 1006746810
Program Studi : Pascasarjana
Departemen : Epidemiologi
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalty Noneksklusif** (*Non-exclusive royalty free right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV Pada Pasien HIV di Kabupaten Mimika Provinsi Papua Tahun 2012 ”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas *royalty non eksklusif* ini Universitas Indonesia bebas menyimpan, mengalih media / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 13 Juli 2012
Yang Menyatakan



(Reynold Rizal Ubra)

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI MANUSKRIP

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Reynold Rizal Ubra
NPM : 1006746810
Jenjang : S2
Program Studi : Epidemiologi
Kelas : Reguler
Kekhususan : Epidemiologi Lapangan (FETP)
Tahun Akademik : 2010/2011
Judul Manuskrip : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV Pada Pasien HIV di Kabupaten Mimika, Provinsi Papua Tahun 2012

Menyatakan bahwa saya telah mendiskusikan dengan pembimbing, dan mengijinkan manuskrip saya untuk di publikasikan dengan syarat:

- o Dengan mengikutsertakan nama pembimbing
Alamat korespondensi (*corresponding author*) untuk perbaikan manuskrip adalah:
Perum PEMDA NO 124, Jl. Cendrawasih Timika Kabupaten Mimika, Provinsi Papua. Nomor Kontak. +6281240007999. email: reynold.ubra@gmail.com

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Mengetahui
Pembimbing Utama/Promotor
Mahasiswa,

Depok, 13 Juli 2012


(dr. Syahrizal Syarif, MPH, Ph.D)




(Reynold Rizal Ubra)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Reynold Rizal Ubra
Tempat tanggal lahir : Fak-Fak- Papua Barat, 01 Agustus 1974
Agama : Protestan
Alamat : Perum Pemda No.124, Jl. Cendrawasih-Timika,
Papua
Status : Menikah

Riwayat Pendidikan :

1981 – 1987 : SD YPPK St. Agustinus Fak-Fak, Papua Barat
1987 – 1990 : SMP YPPK St. Don Bosco Fak-Fak, Papua Barat
1990 – 1993 : SMAKES Jayapura, Papua
1998 – 2001 : Akademi Analis Kesehatan Surabaya
2001 – 2003 : F-MIPA Universitas Adi Buana Surabaya
2010 – Sekarang : Magister Epidemiologi FKM, UI Depok

Riwayat Pekerjaan :

1994 – 1995 : PNS pada Dinas Kesehatan Fak-Fak, Papua Barat
1995 – 1998 : PNS pada Puskesmas Mapurujaya Kab. Fak-Fak,
Papua Barat
2003 – Sekarang : PNS pada Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika
Provinsi Papua.

KATA PENGANTAR

Dengan segala ungkapan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, maka penelitian yang berjudul "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV pada Pasien HIV di Kabupaten Mimika Provinsi Papua tahun 2012 dapat diselesaikan sesuai waktu yang direncanakan.

Penelitian ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan pascasarjana untuk memperoleh gelar Magister pada peminatan studi epidemiologi lapangan - Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Pemerintah Kabupaten Mimika yang memberikan dukungan dana dalam mengikuti pendidikan pasca sarjana.
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan pasca sarjana.
3. Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Mimika yang memberi dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan penelitian operasional dan penelitian tesis.
4. dr. Syahrizal Syarif, MPH, Ph.D selaku pembimbing akademis pada kegiatan praktek lapangan sekaligus sebagai pembimbing I dalam penelitian ini.
5. dr. Tri Yunis Miko Wahyono, MSc selaku pembimbing II dan Penguji dalam penelitian ini.
6. Ibu Victoria Indrawati, SKM, M.Sc dari Subdit AIDS dan PMS Kemkes R.I dan Bapak Aang Sutrisna, MPH dari AIDSina Foundation yang telah bersedia sebagai penguji dalam siding tesis ini.
7. dr. Ruth D.H. Ramba, MKM selaku pembimbing lapangan
8. Direktur RSUD dan RS. Mitra Masyarakat – Timika bersama Pokja HIV/AIDS yang sangat membantu dalam penelitian ini.
9. Ibunda tercinta yang selalu menyertai perjalanan hidup penulis dengan doa bahkan disaat penulis mempertahankan hasil tesis ini, Ibunda tercinta dihentar ke tempat peristirahatan yang terakhir untuk selamanya.

10. Istri tercinta Magretty Pelupessy dan anak – anak tersayang : Kevin Silvester Bernard, Michael Wim Pradityo, Kenneth Trinisio Septian dan Shalom Graciella "Cece" Amanda yang selalu menjadi motivasi dan memberikan dukungan doa kepada penulis dalam menyelesaikan studi ini.
11. Rekan-rekan di Sekretariat KPA Mimika; Hasmawati, Novaly Abby, Milka, Flora Ayer, Amirudin, Sarmawan Aruan, Aswin, Richard Tutu dan Mas Widodo yang telah banyak membantu dalam penelitian operasional maupun penelitian tesis ini.
12. Rekan-rekan kuliah program pascasarjana FETP angkatan ketiga yang telah bekerjasama selama proses perkuliahan maupun praktek lapangan.
13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam menyelesaikan laporan ini.

Sangat disadari bahwa penelitian ini masih banyak kekurangan sehingga sangat dibutuhkan saran dan kritik agar menjadi lebih baik, namun dengan segala keterbatasan, penulis berharap semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi pihak-pihak dalam upaya pengendalian dan penanggulangan AIDS terutama di Kabupaten Mimika.

Depok, 13 Juli 2012.

Penulis

ABSTRAK

Nama : Reynold Rizal Ubra
Program studi : Magister Epidemiologi
Judul : Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan
Pengobatan Minum ARV Pada Pasien HIV
di Kabupaten Mimika Provinsi Papua Tahun 2012

Tantangan pengobatan ARV adalah kepatuhan. Kepatuhan pengobatan ARV di Kabupaten Mimika menurun dari 84.3% pada tahun 2009 menjadi 62% pada tahun 2011. Berdasarkan fakta ini dilakukan penelitian *cross sectional* agar diketahui faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan $\geq 80\%$: 44.59% dan kepatuhan $< 80\%$: 55.41%. Hasil uji regresi logistik menunjukkan bahwa pasien berpendidikan tinggi lebih patuh dari berpendidikan rendah, pasien tidak bekerja lebih patuh dari pasien yang bekerja, Pasien bukan suku Papua lebih patuh dari pasien suku Papua dan pasien yang mendapat dukungan keluarga lebih patuh dari pasien yang tidak mendapat dukungan keluarga.

Kata kunci : pendidikan, pekerjaan, suku, dukungan keluarga, kepatuhan

ABSTRACT

Name : Reynold Rizal Ubra
Program of study : Master of Epidemiology
Title : Factors Related With adherence ARV treatment in HIV
Patients Mimika District of Papua Province Year 2012

ARV treatment is compliance challenges. ARV treatment adherence in Mimika District decreased from 84.3% in 2009 to 62% in 2011. This fact-based cross sectional study carried out in order to know the factors related to medication adherence. The results showed that compliance $\geq 80\%$: 44.59% and adherence $< 80\%$: 55.41%. The results of logistic regression test showed that highly educated patients had better adherence than less educated, not working more adherent patients than patients who work, not the tribe of Papua patients more adherent than patients Papuan tribal and family support for patients who received more adherent than patients who did not receive family support .

Key words: education, occupation, ethnicity, family support, adherence

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN SURAT PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT.....	iv
HALAMAN PUBLIKASI	v
HALAMAN PERNYATAAN PUBLIKASI MANUSKRIP.....	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vii
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	9
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	9
1.4. Tujuan Penelitian.....	9
1.4.1. Tujuan Umum.....	9
1.4.2. Tujuan Khusus.....	10
1.5. Manfaat Penelitian	10
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	11
BAB 2 TINJAUAN TEORI.....	12
2.1. Dampak AIDS.....	12
2.1.1. Dampak Psikologis AIDS.....	12
2.1.2. Dampak Ekonomik AIDS.....	13
2.2. Pengertian, Asal - Mula, Sifat-Sifat, Perjalanan dan Klasifikasi Klinis HIV/AIDS.....	14

2.2.1. Pengertian.....	14
2.2.2. Asal Mula HIV.....	15
2.2.3. Sifat-Sifat Umum Retorvirus.....	16
2.2.4. Perjalanan Penyakit HIV/AIDS.....	16
2.2.5. Klasifikasi Klinis HIV/AIDS.....	17
2.3. Konseling dan Tes HIV.....	18
2.3.1. Definisi.....	18
2.3.2. Prinsip Pelayanan Konseling dan Tes HIV.....	19
2.4. Prinsip Pengobatan, Indikasi ART, Layanan sebelum Pengobatan Antiretroviral Rejimen Lini Pertama bagi ODHA Dewasa.....	19
2.4.1. Prinsip Pengobatan.....	20
2.4.2. Indikasi ART.....	20
2.4.3. Layanan sebelum Pengobatan Antiretroviral.....	21
2.4.4. Rejimen ARV Lini Pertama bagi ODHA Dewasa.....	22
2.5. Kepatuhan Pengobatan ARV.....	26
2.6. Faktor-Faktor yang mempengaruhi pengobatan ARV.....	30
2.6.1. Faktor Usia.....	30
2.6.2. Faktor Jenis Kelamin.....	30
2.6.3. Faktor Pengetahuan, Pengobatan, Ras dan pendidikan.....	31
2.6.4. Faktor Alkohol.....	32
2.6.5. Faktor Tingkat Kepercayaan dan Efek Samping ARV.....	32
2.6.6. Faktor Stigma.....	33
2.6.7. Dukungan Untuk Pasien HIV.....	33
2.7. Kerangka Teori.....	37

BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL PENELITIAN.....	38
3.1. Kerangka Konsep.....	38
3.2. Hipotesis.....	39
3.3. Definisi Operasional Penelitian.....	42

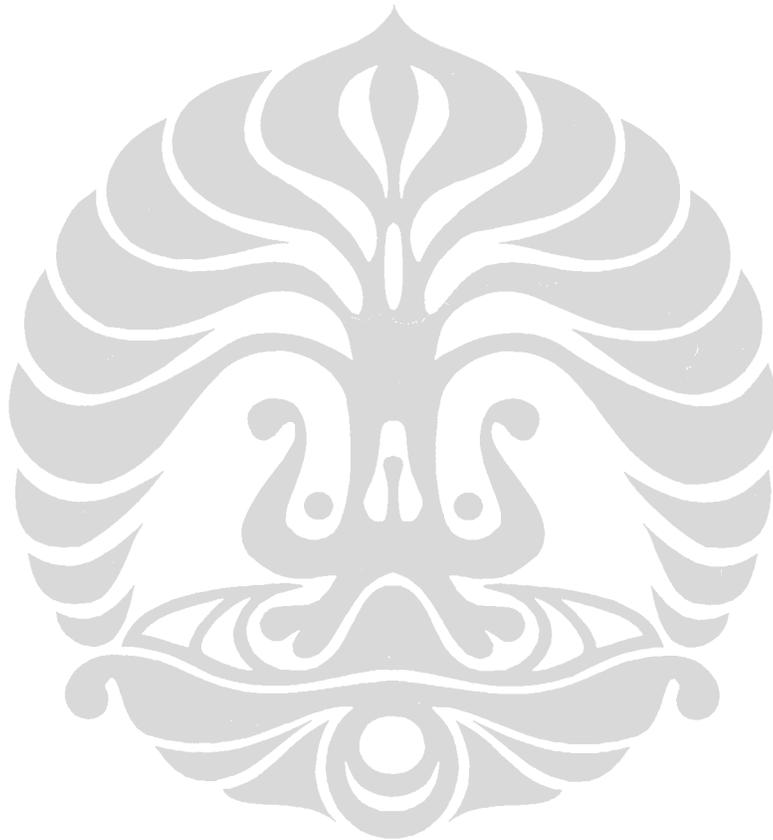
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....	44
4.1. Rancangan Penelitian.....	44
4.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	44
4.3. Populasi Penelitian.....	44
4.4. Sampel Penelitian.....	45
4.5. Jumlah Sampel.....	45
4.6. Pengambilan Sampel.....	46
4.7. Pengumpulan Data	47
4.8. Pengolahan Data.....	48
4.9. Analisa Data.....	49
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	51
5.1. Pelaksanaan Penelitian.....	51
5.2. Analisa Univariat.....	53
5.2.1. Analisa Univariat Variabel Dependen.....	53
5.2.2. Analisa Univariat Variabel Independen.....	54
5.2.2.1. Faktor Predisposisi (<i>Predisposing Factor</i>).....	54
5.2.2.1.1. Kelompok Usia.....	55
5.2.2.1.2. Jenis Kelamin.....	55
5.2.2.1.3. Pekerjaan.....	56
5.2.2.1.4. Tingkat Pendidikan.....	56
5.2.2.1.5. Suku.....	57
5.2.2.1.6. Pengetahuan Pengobatan.....	57
5.2.2.1.7. Riwayat ganti ARV.....	58
5.2.2.1.8. Riwayat Efek Samping Obat ARV.....	58
5.2.2.1.9. Riwayat Konsumsi Alkohol.....	60
5.2.2.2. Faktor Akses Informasi Kesehatan (<i>Accesbility of Information</i>).....	60
5.2.2.2.1. Jaminan Kesehatan.....	60
5.2.2.2.2. Akses Layanan Kesehatan.....	61
5.2.2.2.3. Pengalaman Stima di layanan Kesehatan.....	62
5.2.2.2.4. Pelayanan Konseling Kepatuhan.....	62

5.2.2.3. Faktor Dukungan Sosial (<i>Social Support</i>).....	62
5.2.2.3.1. Dukungan Keluarga.....	63
5.2.2.3.2. Dukungan Komunitas Sebaya.....	63
5.3. Analisa Bivariat	64
5.3.1. Hasil Analisa Variabel Independen.....	65
5.3.1.1. Faktor Predisposisi(<i>Predisposing Factor</i>).....	65
5.3.1.1.1. Kelompok Usia.....	65
5.3.1.1.2. Jenis Kelamin.....	66
5.3.1.1.3. Pekerjaan.....	67
5.3.1.1.4. Tingkat Pendidikan.....	67
5.3.1.1.5. Suku.....	68
5.3.1.1.6. Pengetahuan Pengobatan.....	68
5.3.1.1.7. Riwayat Ganti ARV.....	69
5.3.1.1.8. Riwayat Efek Samping Obat.....	69
5.3.1.1.9. Riwayat Konsumsi Alkohol.....	70
5.3.2. Faktor Akses Informasi Kesehatan(<i>Accesability of information</i>).....	70
5.3.2.1. Jaminan Kesehatan.....	71
5.3.2.2. Akses Layanan Kesehatan.....	71
5.3.2.3. Pengalaman Stigma di Layanan Kesehatan.....	71
5.3.2.4. Pelayanan Konseling Kepatuhan.....	72
5.3.3. Faktor Dukungan Sosial (<i>Social Supporting</i>).....	72
5.3.3.1. Dukungan Keluarga.....	73
5.3.3.2. Dukungan Komunitas Sebaya.....	73
5.4. Hasil Analisa Multivariat.....	73
5.4.1. Hasil Model Awal Uji Regresi Logistik.....	75
5.4.2. Hasil Akhir Model Uji Regresi Logistik.....	77
BAB 6 PEMBAHASAN.....	79
6.1. Keterbatasan Penelitian.....	79
6.1.1. Rancangan Penelitian.....	79
6.1.2. Kesalahan Estimasi.....	79

6.1.3. Bias Informasi.....	80
6.1.4. Recall Bias.....	81
6.2. Pembahasan Hasil Penelitian.....	81
6.2.1. Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.....	81
6.2.2. Hubungan antara usia dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	83
6.2.3. Hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	84
6.2.4. Hubungan antara pekerjaan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	85
6.2.5. Hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	86
6.2.6. Hubungan antara suku dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	86
6.2.7. Hubungan antara pengetahuan pengobatan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	87
6.2.8. Hubungan antara riwayat ganti ARV dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	88
6.2.9. Hubungan antara konsumsi alkohol dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	89
6.2.10. Hubungan antara jaminan kesehatan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	89
6.2.11. Hubungan antara akses layanan kesehatan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	90
6.2.12. Hubungan antara stigma dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	91
6.2.13. Hubungan antara pelayanan konseling dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	93
6.2.14. Hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	94

6.2.15. Hubungan antara dukungan komunitas sebaya dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.....	95
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	98
7.1. Kesimpulan.....	98
7.2. Saran.....	99

DAFTAR PUSTAKA

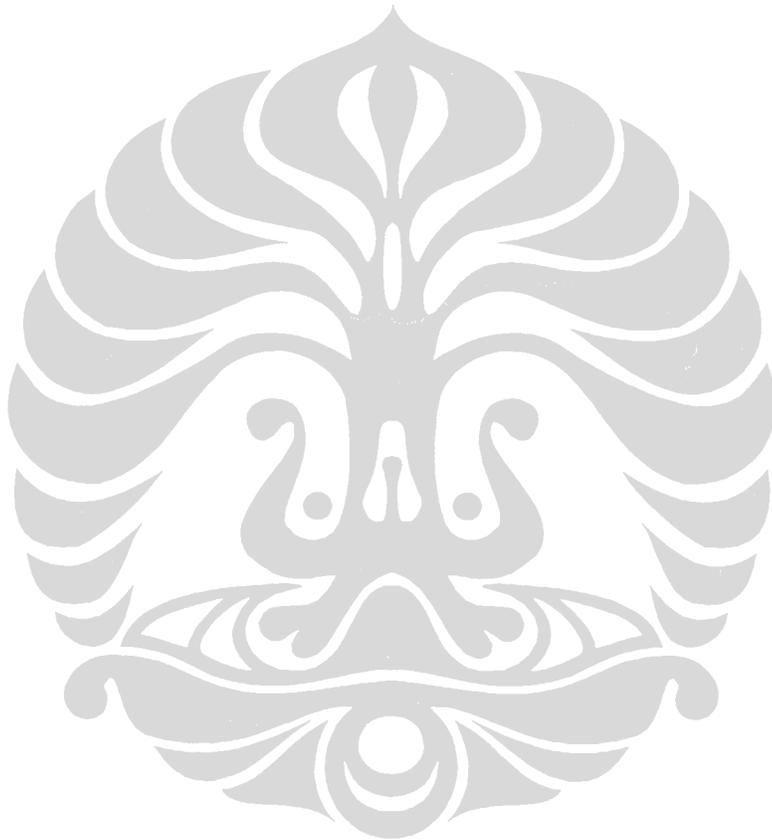


DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Klasifikasi Infeksi HIV Pada Orang Dewasa Menurut WHO.....	18
Tabel 2.2. Dosis Antiretroviral Lini-Pertama untuk Orang Dewasa.....	23
Tabel 2.3. Rejimen ARV Lini-Pertama untuk Orang Dewasa.....	24
Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	40
Tabel 4.1. Perhitungan Besaran Sampel Penelitian.....	46
Tabel 5.1. Distribusi Frekwensi Kepatuhan Pengobatan.....	53
Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Pengobatan Rejimen ARV.....	54
Tabel 5.3. Hasil Analisa Univariat Faktor Predisposisi.....	55
Tabel 5.4. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan.....	56
Tabel 5.5. Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Pengobatan ARV	57
Tabel 5.6. Hasil Analisa Univariat Faktor Akses Layanan Kesehatan.....	60
Tabel 5.7. Hasil Analisa Univariat Faktor Dukungan Sosial	63
Tabel 5.8. Peran Komunitas Sebaya dalam Kepatuhan Pengobatan.....	64
Tabel 5.9. Hasil Analisa Bivariat Faktor Predisposisi.....	65
Tabel 5.10. Hasil Analisa Bivariat Faktor Akses Informasi Kesehatan.....	70
Tabel.5.11. Hasil Analisa Bivariat Faktor Dukungan Sosial.....	72
Tabel.5.12. Variabel Terpilih Untuk Uji Multivariat.....	74
Tabel.5.13. Model Awal Hasil Uji Regresi Logistik.....	75
Tabel 5.14. Hasil Akhir Model uji Regresi Logsitik.....	77

DAFTAR GAMBAR

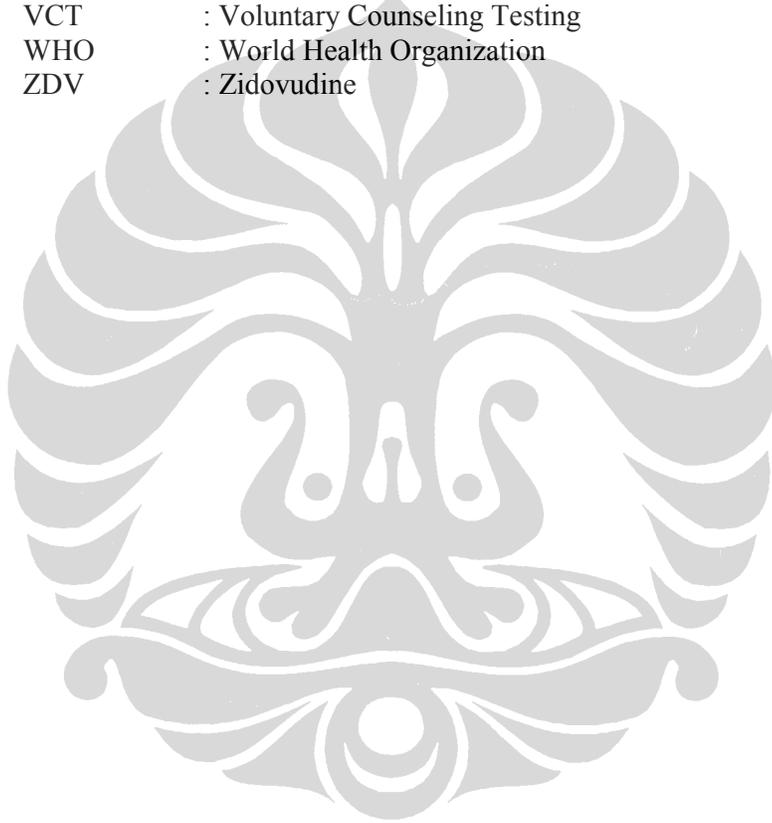
Gambar 2.1. Kerangka Teori Penelitian.....	37
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian.....	38



DAFTAR SINGKATAN

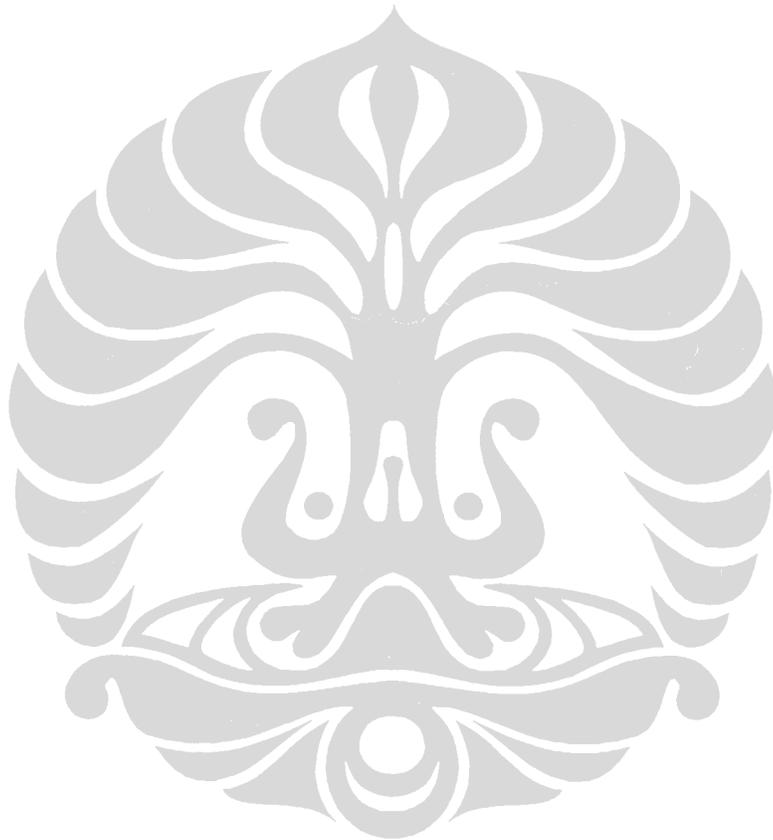
3TC	: Lamivudin
4dT	: Stavudin
ABC	: Abacavir
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALT	: Adult T Cell Leukemia
ART	: Antiretroviral therapy
ARV	: Antiretrovirus
AS	: Amerika Serikat
ASI	: Air Susu Ibu
CD4	: resptor yang terdapat di permukaan sel tertentu, misalnya Limfosit T
CFR	: Case Fatality Rate
CI	: Confidence Interval
DDI	: Didanosine
Depkes	: Departemen Kesehatan
DNA	: Deoxy Ribo Nucleic Acid
DOTS	: Directly Observed Treatment Shotcourse
EFV	: Efavirenz
FHI	: Family Health International
HBAC	: Home Based AIDS Care
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HTLV	: Human T Cell Leukemia/Lymphotric Virus
ICAP	: The International Center for AIDS Care and Treatment Programs
IDAV	: Immuno Deficiency-Associated Virus
IO	: infeksi oportunistik
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jamkespa	: Jaminan Kesehatan Papua
Jamkesda	: Jaminan Kesehatan Daerah
Kemkes	: Kementerian Kesehatan
KTIPK	: Konseling Testing Inisiasi Petugas Kesehatan
KTS	: Konseling Testing Sukarela
KPAN	: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
LAV	: Lymphadenopathy Associated Virus
LITBANGKES	: Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
LPMAM	: Lembaga Pengembangan Masyarakat Amungme Kamoro
LR	: Likelihood Test
NNRTI	: Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor.
NVP	: Nevirapine
NRTI	: Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
ODHA	: Orang Dengan HIV/AIDS
OHIDHA	: Orang Hidup Dengan ODHA
OR	: Odds Ratio
PMO	: Pengawas Minum Obat
PITC	: Provider Initiated Testing Counseling
POKJA	: Kelompok Kerja
PP	: Pendukung Pengobatan

PT	: Perguruan Tinggi
RNA	: Ribo Nucleic Acid
RSMM	: Rumah Sakit Mitra Masyarakat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SD	: Sekolah Dasar
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SSP	: Susunan Saraf Pusat
STBP	: Survey Terpadu Biologi dan Perilaku
TB	: Tuberculose
TDF	: Tenofovir
UNCEN	: Universitas Cenderawasih
VCT	: Voluntary Counseling Testing
WHO	: World Health Organization
ZDV	: Zidovudine



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Hasil Kolinearitas
Lampiran 2 : Kuisisioner Pengumpulan Data



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang.

Penemuan obat antiretroviral (ARV) pada tahun 1996 mendorong suatu revolusi dalam perawatan Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) di negara maju. Meskipun belum mampu menyembuhkan penyakit dan menambah tantangan dalam hal efek samping dan resistensi kronis terhadap obat namun secara dramatis menunjukkan penurunan angka kematian dan kesakitan, peningkatan kualitas hidup ODHA dan meningkatkan harapan masyarakat sehingga saat ini HIV-AIDS dapat diterima sebagai penyakit yang dapat dikendalikan dan tidak lagi dianggap sebagai penyakit yang menakutkan (Depkes, 2007).

Tujuan Terapi Antiretroviral (ART), adalah : mengurangi laju penularan HIV di masyarakat, menurunkan angka kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan HIV, memperbaiki kualitas hidup ODHA, memulihkan dan/atau memelihara fungsi kekebalan tubuh, menekan replikasi virus secara maksimal dan terus menerus (Depkes, 2004).

UNAIDS (2010), melaporkan lebih banyak ODHA mempunyai hidup yang lebih panjang dan kematian terkait AIDS menurun ketika akses pengobatan meluas. Jumlah total orang yang mendapatkan pengobatan meningkat menjadi tujuh setengah kali lipat selama lima tahun terakhir dengan 5.2 juta mendapat akses ART di tahun 2009 dibandingkan pada tahun 2004 yang hanya mencapai 700,000 orang.

Pengobatan ARV di Indonesia dimulai pada tahun 2005 (KPAN,2011). Laporan Kementerian Kesehatan R.I menunjukkan bahwa, pada tahun 2005 jumlah ODHA yang pernah menerima ART dalam tahun tersebut sebanyak 3,904 (82.4%) orang dari 4,735 orang yang memenuhi syarat ART. sampai akhir tahun 2005 sebanyak 2,381 orang yang masih menjalani pengobatan ARV atau 61% dari yang pernah menerima pengobatan ARV. Tahun 2006 jumlah ODHA baru yang memenuhi syarat ART berjumlah 5,795 orang dan yang menerima pengobatan berjumlah 4,046 orang (69.8%). Jumlah orang yang masih menjalani ART sampai akhir tahun sebanyak 2,171 orang (57.3%) dari yang pernah menerima ARV. Pada

tahun 2007, sebanyak 3,298 orang yang memenuhi syarat ART dan yang menerima ART berjumlah 2,592 orang (78.6%) dari yang memenuhi syarat ART. Sedangkan sampai akhir tahun 2007 sebanyak 1,516 orang yang menerima terapi (58.5%) dari yang pernah diterapi. Pada tahun 2008 jumlah ODHA yang memenuhi syarat ART 9,532 orang dan yang menerima terapi berjumlah 7,338 orang (77%). Sampai akhir tahun 2008, jumlah ODHA yang masih menerima ART sebanyak 4,548 orang (62%). Jumlah ODHA yang memenuhi syarat ART pada tahun 2009 berjumlah 11.424 orang dan yang menerima terapi berjumlah 8,524 orang (74.6%). Sampai akhir tahun 2009 jumlah ODHA yang menerima terapi sebanyak 5,447 orang (63.9%) dari ODHA yang menerima ART. Pada tahun 2010, jumlah ODHA yang memenuhi syarat ART sebanyak 11,657 orang, tetapi yang menerima terapi hanya berjumlah 7,755 orang dan sampai akhir tahun 2010 yang masih menerima ART berjumlah 3,509 orang (45.2%) dari yang pernah menerima terapi. (Laporan penemuan kasus HIV-AIDS di Indonesia triwulan II tahun 2011. Kemkes R.I, Juni 2011. www.aidsina.or.id).

Jumlah ODHA yang menerima pengobatan ARV sampai akhir tahun 2011 sebanyak 24,410 orang dimana proporsi ODHA dewasa sebanyak 95% dan proporsi anak sebanyak 4%. (Kemkes, 2011). Rencana Aksi Kegiatan (RAK) Pengendalian HIV-AIDS dan IMS Kementerian Kesehatan R.I tahun 2010-2014, telah ditarget jumlah ODHA yang menerima ART pada tahun 2010 adalah 50% meningkat menjadi 60% pada tahun 2011, meningkat menjadi 70% di tahun 2012, menjadi 80% di tahun 2013 dan 90% pada tahun 2014. (Kemkes, 2011).

Sebagaimana salah satu tujuan pengobatan ARV adalah menurunkan kasus kesakitan dan kematian akibat AIDS dan secara signifikan jumlah kematian akibat AIDS dapat diturunkan dalam 24 tahun terakhir. Sebagai bukti yaitu : pada tahun 1987, *Case Fatality Rate* (CFR) akibat AIDS sebesar 40% naik menjadi 50% pada tahun 1989. namun terjadi penurunan sejak tahun 2005, yaitu 11.5% menjadi 9.3% pada tahun 2006. Pada tahun 2007, CFR akibat AIDS sebesar 8.6% turun ditahun 2008 menjadi 5.3%. Pada tahun 2009 CFR akibat AIDS sebesar 2% dan sedikit meningkat ditahun 2010, sebesar : 4.2% tetapi kemudian turun ditahun 2011 menjadi 2.4%. (Kemkes, 2011). Data CFR ini menunjukkan bahwa kematian

akibat AIDS dapat dikendalikan hingga terjadi penurunan sampai 20 kali dalam 24 tahun terakhir.

Meskipun upaya untuk menekan laju kematian akibat AIDS dapat dikendalikan namun penemuan baru infeksi HIV dan kasus AIDS masih terus bertambah dan merupakan tantangan dalam menurunkan kasus kesakitan dan kematian akibat HIV di Indonesia. Hal ini dapat dibuktikan sebagaimana laporan Kemkes R.I (2010), yaitu pada tahun 2010 penemuan kasus HIV sebanyak 21,591 kasus dan kasus AIDS sebanyak 5,744 kasus. Ditahun 2011, penemuan kasus HIV sebanyak 21,031 kasus sedangkan kasus AIDS sebanyak 4,162 kasus. Sehingga dapat dikatakan bahwa jumlah kasus HIV-AIDS dalam dua tahun terakhir berjumlah 52,528 kasus atau 1.2 kali lebih tinggi dari penemuan kasus pada tahun 2005-2009, karena jumlah kasus HIV-AIDS pada tahun 2005 sampai dengan tahun 2009 hanya berjumlah 51,548. pada tahun 2009, Kemkes mengestimasi jumlah ODHA di Indonesia sebanyak 186,257 orang (KPAN, 2011). sedangkan penemuan kasus HIV-AIDS sejak tahun 2009 sampai tahun 2011 berjumlah 66,184 kasus, artinya bahwa masih terdapat 120,073 kasus yang belum diketahui.

Laporan penemuan kasus HIV-AIDS tahun 2011 oleh Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa Provinsi Papua merupakan wilayah yang melaporkan penemuan kasus HIV-AIDS ketiga terbanyak di Indonesia. Berdasarkan hasil Survey Terpadu HIV dan Perilaku (STHP) tahun 2006m Tanah Papua (Provinsi Papua dan Papua Barat) merupakan propinsi dengan prevalensi HIV pada tingkat *generalized epidemi* dengan besar prevalensi adalah : 2.4%.

Terdapat 3(tiga) tingkatan epidemi, yaitu : *Tingkat Rendah* : dimana prevalensi HIV secara konsisten tidak melebihi 1% pada populasi masyarakat umum, tidak pula melebihi 5% pada salah satu kelompok populasi kunci. *Tingkat Terkonsentrasi* : dimana prevalensi HIV berada diatas 5% pada sub populasi tertentu tetapi tetap dibawah 1% pada populasi umum. *Tingkat Tergeneralisasi* : epidemi HIV sudah menyebar dalam populasi umum, biasanya melalui penularan heteroseksual. Dalam epidemic yang tergeneralisir prevalensi HIV pada ibu hamil sudah melebihi 1 %. (KPAN, 2011).

Laporan Dinas Kesehatan Provinsi Papua (2011), menunjukkan bahwa jumlah kumulatif kasus HIV-AIDS di Provinsi Papua sampai akhir tahun 2011 berjumlah 10,725 kasus dengan pola penularan 93% melalui transmisi seksual pada kelompok heteroseksual. Estimasi jumlah ODHA di Provinsi Papua sebanyak 24,355 orang. kumulatif pasien yang HIV yang pernah dirawat berjumlah 8,456 orang, diantaranya yang memenuhi syarat untuk ART berjumlah 6,087 (72%) orang dan yang menerima pengobatan ARV berjumlah 2,373 orang atau 28 % dari jumlah orang yang masuk dalam perawatan dan 39 % dari jumlah pasien HIV yang memenuhi syarat pengobatan ARV. Jumlah pasien HIV yang meninggal dalam perawatan ART sampai akhir tahun 2011, sebanyak 392 orang. Pada akhir tahun 2011, jumlah pasien HIV yang masih menjalani pengobatan ARV berjumlah 1,433 orang dan yang mendapat penilaian kepatuhan pengobatan berjumlah 1,051 orang, diantaranya pasien HIV dengan tingkat kepatuhan $\geq 95\%$ berjumlah 1,157 (87.05%), pasien HIV dengan tingkat kepatuhan 80-95% berjumlah : 83 orang (7.89%) dan tingkat kepatuhan $< 80\%$ berjumlah : 53 orang (5.04%).

Kabupaten Mimika, Provinsi Papua merupakan kabupaten yang melaporkan penemuan kasus HIV-AIDS terbanyak di Papua. Kumulatif penemuan kasus HIV-AIDS di Kabupaten Mimika sampai akhir tahun 2011 sebanyak 2,832 kasus dengan pola penularan terbanyak sebesar 98% adalah melalui hubungan seksual pada kelompok heteroseksual. Rata-rata penemuan baru kasus HIV-AIDS sejak tahun 2009 sampai tahun 2011 sebanyak 400 kasus per tahun. Jumlah pasien AIDS yang dirawat dalam periode tahun yang sama menunjukkan terjadinya peningkatan, yaitu pada tahun 2009 berjumlah 416 orang, meningkat pada tahun 2010 menjadi 427 orang dan pada tahun 2011 meningkat menjadi 444 orang. Penemuan kasus HIV-AIDS terbanyak di Papua adalah dilaporkan oleh Kabupaten Mimika dengan proporsi kasus sebesar 26%. (Dinkes Mimika, 2011).

Di Kabupaten Mimika, terdapat tiga Rumah Sakit (RS) yang menyediakan layanan ARV, yaitu RS. Mitra Masyarakat, RSUD Mimika dan RS. Tembagapura. RS. Mitra Masyarakat dan RSUD Mimika merupakan rumah sakit

rujukan ARV bagi pasien HIV di Kabupaten Mimika. pengobatan bagi pasien HIV di Kabupaten Mimika telah dimulai sejak tahun 2005.

Gambaran umum tentang layanan pengobatan ARV bagi pasien HIV yang memenuhi syarat menunjukkan terjadi peningkatan terutama pada tahun 2008 sampai dengan tahun 2011. namun meskipun jumlah pasien semakin banyak yang memenuhi syarat ART tetapi tidak banyak pula pasien yang menerima ART. Hal ini dapat ditunjukkan sebagai berikut ; pada tahun 2008, pasien HIV yang memenuhi syarat untuk pengobatan ARV berjumlah : 214 orang dan yang menerima pengobatan berjumlah : 59 orang (22.57%). Pada tahun 2009 jumlah ini meningkat menjadi : 217 orang dan yang menerima pengobatan berjumlah : 143 orang (65.90%). Pada tahun 2010, jumlah pasien HIV yang memenuhi syarat pengobatan ARV berjumlah : 220 orang dan yang menerima pengobatan ARV berjumlah : 166 orang (75.45%) dan pada tahun 2011, jumlah pasien HIV yang memenuhi syarat pengobatan ARV berjumlah : 282 orang, diantaranya yang menerima pengobatan ARV berjumlah : 127 orang (45.04%) (Dinkes Mimika, 2011).

Sedangkan gambaran kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika sejak tahun 2009 sampai dengan tahun 2011 adalah sebagai berikut ; pada tahun 2009, jumlah pasien HIV yang sedang menjalani pengobatan ARV dan dinilai kepatuhan minum obat sebanyak: 216 orang, dengan tingkat kepatuhan pengobatan $\geq 95\%$, berjumlah 182 orang (84.3%) dan tingkat kepatuhan pengobatan $< 95\%$, berjumlah : 34 orang (15.7%). Pada tahun 2010, jumlah pasien HIV yang sedang menerima pengobatan ARV dan dinilai kepatuhan minum obat sebanyak: 314 orang dengan tingkat kepatuhan $\geq 95\%$, berjumlah : 250 orang (79.6%) dan tingkat kepatuhan $< 95\%$ berjumlah : 64 orang (20.4%). Sedangkan pada tahun 2011, jumlah pasien HIV yang sedang menerima pengobatan ARV dan dinilai kepatuhan minum obat, sebanyak : 240 orang dengan tingkat kepatuhan pengobatan ARV $\geq 95\%$ berjumlah : 148 orang (61.7%) dan tingkat kepatuhan $< 95\%$ berjumlah : 92 orang (38.3%.) (Dinkes Mimika, 2011). Data ini memberi makna bahwa terjadi penurunan kepatuhan minum ARV terutama pada tahun 2009 yang hanya mencapai 61.7% tingkat kepatuhan minum ARV $\geq 95\%$.

Sejalan dengan menurunnya kepatuhan pengobatan, jumlah kasus kematian akibat AIDS di Kabupaten Mimika meningkat sangat signifikan, yaitu : pada tahun 2009, kematian akibat AIDS sebesar : 39 kasus kematian atau CFR sebesar : 9.3% dan pada tahun 2010 jumlah kasus kematian sebesar : 53 kasus kematian atau CFR sebesar : 12.4%. Tahun 2011 kematian akibat AIDS, berjumlah : 83 kasus kematian atau CFR sebesar : 19% (Dinkes Mimika, 2011)

Ketidakpatuhan atau *adherence* yang buruk merupakan alasan utama terjadinya kegagalan pasien HIV dalam menjalani pengobatan ARV. oleh sebab itu kepatuhan harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur serta didorong setiap kali kunjungan. Untuk menjaga kepatuhan pengobatan tidaklah mudah, survei menunjukkan bahwa sepertiga dari pasien HIV lupa minum obat dalam tiga hari survey, padahal untuk mencapai supresi virologi diperlukan tingkat kepatuhan ART yang sangat tinggi. Penelitian menunjukkan bahwa untuk mencapai supresi virus yang optimal setidaknya 90 – 95% dari semua dosis tidak boleh terlupakan. (Depkes, 2007).

Dalam pedoman nasional terapi antiretroviral oleh Depkes R.I, dinyatakan bahwa kepatuhan minum ARV yang diharapkan adalah 100% atau *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), artinya semua kombinasi ARV harus diminum tepat dosis tanpa ada yang terlewat, sesuai waktu dengan cara yang benar. Ada 3(tiga) klasifikasi mengenai tingkat kepatuhan pengobatan ARV ,yaitu : tingkat kepatuhan $\geq 95\%$ (kepatuhan baik), jika kurang dari 3 dosis ARV tidak diminum dalam periode 30 hari, tingkat kepatuhan 80-95% (kepatuhan sedang), jika 3 - 12 dosis ARV tidak diminum dalam periode 30 hari, dan tingkat kepatuhan $< 80\%$ (kepatuhan rendah rendah atau tidak patuh, jika lebih dari 12 dosis ARV tidak diminum dalam periode 30 hari. (Depkes, 2007).

Hasil dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa pengobatan ARV dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA, seperti yang disampaikan oleh pusat perawatan dan pengobatan AIDS internasional atau *International for AIDS Care and Treatment Programs* (ICAP). Sejak Juli 2004 sampai Desember 2006 telah menerima 171, 259 pasien HIV dan 71,842 orang telah menerima pengobatan ARV. Pasien HIV yang dilaporkan meninggal dalam pengobatan berjumlah : 4% - 6%, pasien yang mangkir dalam pengobatan berjumlah : 1-17%. sedangkan pasien

yang tetap menjalani pengobatan, terdiri dari : 98% pasien dewasa dan 93 % pasien anak, rata-rata mengalami peningkatan CD₄ dalam 12 bulan setelah pengobatan dari 116/mm³ menjadi 149/mm³. *Cutsem* melaporkan, dari 3,373 pasien HIV yang dirawat antara tahun 2001-2005 dan dipantau pada bulan September 2006 ternyata 70% masih hidup dan menerima ART sedangkan 16.9% dilaporkan meninggal. (Theo Smart, 2007. <http://spiritia.or.id/>).

Kepatuhan pengobatan ARV yang tinggi juga menjadi prediktor bagi infeksi HIV dan ketahanan hidup serta biaya perawatan kesehatan yang rendah. Hal ini telah dibuktikan oleh para peneliti dari *John Hopkins Bloomberg School of Public Health*. Penelitian menunjukkan bahwa efek kepatuhan pengobatan ARV yang tinggi, dapat meningkatkan derajat kesehatan ODHA serta dapat menghemat \$85 biaya perawatan per bulan per pasien (Science Daily, 2010 dalam <http://spritia.or.id/>)

Terdapat empat kendala utama di seluruh dunia dalam meningkatkan kepatuhan ART, kendala yang pertama, adalah : faktor individu, seperti : usia, pendidikan, pengetahuan pengobatan, lupa memakai obat, takut jika status diketahui, mengganggu aktifitas sehari-hari, efek samping obat, putus asa / depresi dan tidak percaya akan khasiat obat. Kendala yang kedua, adalah : kendala komunitas dan pemberdayaan masyarakat, seperti : stigma, dukungan keluarga dan keterlibatan masyarakat atau komunitas. Kendala yang ketiga, adalah : kendala struktural, seperti : biaya pengobatan, kemudahan akses layanan, dukungan nutrisi dan ketersediaan obat. Faktor yang keempat, adalah mangkir, yaitu : kesulitan yang dihadapi oleh tenaga kesehatan dalam mencari pasien HIV yang sedang menjalani terapi oleh karena kurangnya keterlibatan komunitas atau masyarakat sebagai pendukung pengobatan. (Keith Alcorn, 26 September 2007. http://spiritia.or.id).

Tuft Medical Center di Boston melakukan pendekatan konseling untuk meningkatkan kepatuhan pada 156 ODHA yang menerima pengobatan ARV dan hasilnya adalah peran penyedia layanan sangat berpengaruh dalam meningkatkan tingkat kepatuhan pengobatan. Cara yang dilakukan adalah : memberikan informasi yang lengkap dan komprehensif, memahami ketidakmampuan pasien untuk menggunakan obat-obatan, menawarkan konseling yang lebih efektif untuk

meminta pasien melaporkan sendiri kepatuhan atau keyakinan akan pengobatan serta lebih banyak meluangkan waktu untuk berdialog dengan pasien agar dapat membantu mengatasi masalah yang dihadapi dalam pengobatan. (poz.com, 20 Januari 2010. <http://spiritia.or.id>).

Penelitian tentang kepatuhan pengobatan ARV di Indonesia, seperti: pengaruh efek samping ARV lini pertama terhadap kepatuhan ARV pada 137 ODHA di layanan terpadu HIV Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) - Jakarta. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa efek samping ARV lini pertama mempunyai hubungan dengan kepatuhan pengobatan ARV. Faktor-faktor lain yang juga diteliti dalam studi ini, seperti : kesibukan aktifitas, lupa minum obat, perubahan aktifitas rutin, domisili jauh dari layanan kesehatan, masalah pembiayaan, masalah pelayanan kesehatan, kehabisan obat dan instruksi minum obat yang tidak jelas. Namun faktor yang paling bermakna secara statistic terhadap kepatuhan pengobatan ARV adalah : efek samping AV. (Okki Ramadian et al, 2010).

Penelitian lain mengenai kepatuhan minum obat ARV di Indonesia, adalah : kepatuhan pasien HIV terhadap terapi Antiretroviral di RSUP dr. Kariadi - Semarang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan kepatuhan adalah : pengetahuan terapi ARV. (Herlambang Sasmita Aji, 2010).

Pelaksanaan ART secara efektif adalah rumit dan jika tidak dilaksanakan dengan baik dapat berdampak buruk pada penanggulangan HIV-AIDS, yaitu memicu resistensi obat (Depkes 2006), Penelitian mengenai kepatuhan dan resistensi obat ARV diantaranya yang dilaporkan oleh Tam dan rekan. Penelitian ini dilakukan dengan mengamati hubungan antara mutasi yang resisten terhadap obat dan kepatuhan pada pasien yang naif pengobatan yang mulai pengobatan ARV. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan kepatuhan 80-90% berdasarkan pengisian ulang resep dan tingkat obatnya secara konsisten terdeteksi dalam plasma darah berisiko terhadap mutasi yang resisten terhadap obat lamivudin (3TC) ($HR: 3,0 ; p= 0,0001$) dan mutasi yang resisten dengan obat ARV golongan *Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI) ($HR : 6.0 ; p=0.0001$) dibandingkan dengan pasien dengan kepatuhan >95%. (Liz Highleyman, 2 September 2008. <http://spiritia.or.id/>)

1.2. Rumusan Masalah.

Rumusan masalah dalam penelitian ini mengacu pada latar belakang, yaitu terjadi penurunan cakupan pengobatan ARV di Kabupaten Mimika dari 75.45% pada tahun 2010 menjadi 45% pada tahun 2011 atau turun 1.6 kali. Jika dibandingkan dengan target nasional maka cakupan pengobatan ARV di Mimika 1.3 lebih rendah dari target nasional

Sama halnya juga dengan tingkat kepatuhan pengobatan, menunjukkan bahwa terjadi penurunan tingkat kepatuhan dari 84.3% di tahun 2009 menjadi 79.6% pada tahun 2010 dan 61.7% pada tahun 2011. sedangkan proporsi ketidakpatuhan atau kepatuhan pengobatan < 95% meningkat sangat signifikan, dari 15.7% pada tahun 2009 menjadi 20.4% ditahun 2010 dan 38.3% ditahun 2011. Tentu saja antara cakupan pengobatan ARV dan tingkat kepatuhan pengobatan mempunyai hubungan yang erat.

Jika kondisi ini tidak dicarikan jalan keluarnya, maka dikhawatirkan akan membawa dampak terhadap meningkatnya kasus kesakitan dan kematian akibat AIDS.

Berdasarkan rumusan masalah ini dan mengingat belum pernah dilakukan penelitian mengenai kepatuhan minum obat ARV di Provinsi Papua terutama di Kabupaten Mimika maka dipandang perlu untuk mrlakukan penelitian pada faktor-faktor yang berhubungan terhadap kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika Provinsi Papua.

1.3.Pertanyaan Penelitian.

Sesuai rumusan masalah maka yang menjadi pertanyaan penelitian adalah : apa saja faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika-Provinsi Papua?.

1.4.Tujuan Penelitian.

1.4.1. Tujuan Umum.

Diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika Papua.

1.4.2. Tujuan Khusus.

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

1. Diketuainya proporsi tingkat kepatuhan pengobatan ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika Provinsi Papua.
2. Diketuainya hubungan antara faktor predisposisi (*predisposing factor*) pasien HIV, antara lain : usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, suku, pengetahuan pengobatan, riwayat ganti ARV, riwayat efek samping obat ARV dan riwayat konsumsi alkohol dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.
3. Diketuainya hubungan antara faktor akses informasi kesehatan (*accesebility of information*), antara lain: jaminan kesehatan, akses layanan kesehatan, pengalaman stigma di layanan kesehatan dan pengalaman konseling pengobatan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.
4. Diketuainya hubungan antara faktor dukungan sosial (*Social Support*), antara lain: dukungan keluarga dan dukungan komunitas sebaya dengan kepatuhan pengobatan minum ARV
5. Diketuainya faktor utama yang paling berhubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV serta besarnya probabilitas kepatuhan dari faktor tersebut.

1.5. Manfaat Penelitian.

Adapun manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah :

1. Penelitian ini dapat memberikan gambaran mengenai tingkat kepatuhan dan mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan ARV pada pasien HIV.
2. Hasil penelitian ini dapat dijadikan informasi dan masukan kepada unit layanan kesehatan yang menyediakan pengobatan ARV khususnya di Kabupaten Mimika sehingga dapat meningkatkan kualitas layanan pasien HIV
3. Dapat dijadikan sebagai bahan informasi dan masukan kepada Pemerintah terutama Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika dan Komisi

Penanggulangan AIDS Kabupaten Mimika dalam upaya perawatan, dukungan dan pengobatan ODHA.

4. Dapat dijadikan sebagai bahan informasi dan masukan kepada masyarakat terutama keluarga maupun ODHA bersama kelompok sebaya dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV.
5. Menambah referensi kepustakaan yang berhubungan dengan pengendalian HIV dan AIDS secara khusus kepatuhan pengobatan ARV yang merupakan bagian dari upaya peningkatan kualitas hidup ODHA.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian.

Penelitian ini mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika Provinsi Papua. Variabel dependen dalam penelitian ini, adalah kepatuhan pengobatan ARV, dan variabel independen dalam penelitian ini terdiri dari tiga faktor. Faktor yang pertama, adalah faktor predisposisi (*predisposing factor*), antara lain: usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, suku, pengetahuan pengobatan, riwayat ganti ARV, riwayat efek samping obat ARV dan riwayat konsumsi alkohol. Faktor yang kedua, adalah akses informasi kesehatan (*accessibility of information*), meliputi : jaminan kesehatan, akses layanan kesehatan, pengalaman stigma di layanan kesehatan dan pengalaman konseling pengobatan. Faktor yang ketiga adalah faktor dukungan sosial (*social support*), meliputi : dukungan keluarga dan dukungan komunitas.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1. Dampak AIDS.

2.1.1. Dampak Psikologis AIDS.

Sihombing (1992), pada tahun-tahun permulaan peristiwa AIDS, ditemukan pada populasi manusia, segera timbul dan meluas keresahan di kalangan penduduk dimana peristiwa itu cukup tinggi prevalensinya, seperti di Amerika Serikat. Keresahan ini terutama timbul oleh karena pemberitaan yang salah atau berlebihan mengenai AIDS ini, khususnya tentang cara penularannya. Keadaan ini terjadi selain sebagai akibat pemberitaan yang berlebihan terutama oleh media massa, juga oleh karena pada saat-saat permulaan itu belum segera dapat diketahui oleh dunia kedokteran, penyebabnya serta cara penularannya. Untunglah hanya beberapa tahun kemudian yaitu sekitar tahun 1983/1984 pengenalan terhadap penyebabnya serta cara penularannya berhasil diungkapkan. Walau demikian keresahan masih tetap dirasakan. Hal yang juga menimbulkan keresahan adalah hingga sekarang dunia kedokteran belum berhasil menemukan obat serta vaksin untuk mengatasinya, sedangkan biaya yang perlu dikeluarkan untuk mengatasi setiap kasus, mulai dari saat diketahui menderita sakit sampai menemui ajalnya cukup tinggi.

Pada permulaan, banyak terdapat desas desus di kalangan masyarakat dimana prevalensi AIDS ini tinggi (Amerika Serikat), bahwa penularan dapat terjadi melalui persentuhan langsung ataupun tidak langsung, seperti berjabat tangan, menggunakan alat/peralatan penderita, memakai WC yang digunakan oleh penderita, ataupun duduk berdampingan dengan penderita. Bahkan penularan melalui gigitan serangga, seperti nyamuk, juga diisukan sebagai contoh tentang dampak psikososial ini, antara lain ; dapat dilihat seperti yang dialami Amerika Serikat berikut ini. Orang yang diketahui atau disangka sebagai penderita AIDS menjadi kehilangan pekerjaannya, lingkungan tempat tinggalnya serta pergaulannya. Anak-nak dengan AIDS tidak diperkenankan mengikuti sekolah dan dalam tahun 1987 pernah terjadi perusahaan-perusahaan penerbangan menolak untuk membawa orang yang menderita AIDS. Orang yang mati dengan

persangkaan AIDS oleh beberapa perusahaan penguburan tidak bersedia melaksanakan penguburannya.

Perlakuan yang serupa juga dijumpai dibidang pelayanan kesehatan di Amerika Serikat, yaitu pada masa permulaan penyakit AIDS ini cara pengolahan bersifat khusus dan berlebih terhadap darah dan cairan lain dari penderita AIDS yang dirawat, karena berpendapat bahwa cairan ini merupakan bahan infeksi yang potensial bagi tenaga kesehatan di rumah sakit.

2.1.2. Dampak Ekonomik AIDS.

Sihombing (1992), penyakit AIDS telah mengakibatkan berbagai dampak ekonomi diberbagai bidang kehidupan seperti di bidang perdagangan, sekolah-sekolah dan bidang pemerintahan. Dampak ekonomi ini dapat berupa biaya langsung (*direct cost*), seperti biaya untuk pengobatan penderita, biaya kegiatan pencegahan maupun biaya untuk penelitian AIDS. Dapat pula berupa biaya tidak langsung (*indirect cost*) yaitu seperti menurunnya pendapatan akibat kehilangan pekerjaan atau mengakibatkan kematian prematur serta kejadian cacat. Di Amerika Serikat biaya pelayanan kesehatan masyarakat untuk AIDS yang pada tahun 1984 besarnya sekitar \$ 60 million melonjak terjadi sekitar \$ 900 million pada tahun 1988. permintaan biaya untuk tahun anggaran pada tahun 1989 mencapai \$1.2 million lebih termasuk didalamnya biaya sebesar \$ 400 million untuk pusat pemberantasan penyakit (CDC) dan \$600 million untuk institut kesehatan nasional. Jumlah dana ini digunakan untuk kegiatan-kegiatan, seperti penyelidikan ilmiah, surveilans serta kegiatan pencegahan dan pemberantasan. Sementara itu biaya yang perlu dikeluarkan untuk mengobati penderita juga tinggi. Biaya yang diperkirakan perlu dikeluarkan untuk merawat sejak sakit sampai penderita meninggal dunia berkisar antara \$30,000 sampai \$140,000. secara rata-rata untuk 1 kasus AIDS biaya itu diperkirakan sebesar \$50,000-\$60,000. ini tentu belum termasuk biaya lain yang perlu dikeluarkan oleh sanak saudara dan teman-teman dari penderita sebagai kontribusinya pada perawatan ini, seperti kehilangan jam kerja, biaya transpor dan lain-lain.

Walaupun kemajuan di bidang teknik kedokteran dalam hal pengobatan dan perawatan AIDS ini diperkirakan dapat menekan biaya ini, akan tetapi

menurut perkiraan berhubung peningkatan jumlah penderita (di USA diperkirakan jumlah penderita pada sekitar tahun 1991 adalah 270,000 dan pada sekitar tahun 1993 adalah 450,000), biaya perawatan ini secara keseluruhan juga sangat besar. Hal lain yang diperkirakan juga akan meningkatkan biaya AIDS ini, ialah apabila rumah sakit menerapkan cara kehati-hatian terhadap AIDS ini, yaitu seperti menggunakan sarung tangan, masker, lab jas, dan lain-lain yang serba *disposable*, mengaji tentang kesehatan khusus untuk mengawasi penularan di rumah sakit ; menerapkan prosedur tertentu dalam skringing laboratoris dari darah yang hendak digunakan dan lain-lainnya.

Penambahan biaya oleh AIDS juga terjadi sebagai akibat dari dampak psikologiknya. Seseorang yang sebenarnya tidak terinfeksi AIDS, akan tetapi karena merasa lesu dan tak nafsu makan, menjadi ragu-ragu dan menyangka dirinya terinfeksi AIDS sehingga mengeluarkan biaya untuk kegiatan konseling dan pemeriksaan lainnya yang perlu dalam membuktikan bahwa dia tidak menderita AIDS.

2.2. Pengertian, Asal Mula, Sifat-Sifat, Perjalanan dan Klasifikasi klinis

HIV-AIDS.

2.2.1. Pengertian.

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). HIV ditemukan dalam cairan tubuh terutama pada darah, cairan sperma, cairan vagina, air susu ibu. Virus tersebut merusak sistem kekebalan tubuh manusia dan mengakibatkan turunnya atau hilangnya daya tahan tubuh sehingga mudah terjangkit penyakit infeksi. (Depkes, 2006).

HIV adalah retrovirus yang termasuk golongan virus RNA, yaitu virus yang menggunakan RNA sebagai molekul pembawa genetik. Sebagai retrovirus, HIV memiliki sifat khas karena memiliki enzim *reverse transcriptase*, yaitu enzim yang memungkinkan virus merubah informasi genetiknya yang berada dalam RNA ke dalam bentuk DNA yang kemudian diintegrasikan ke dalam informasi genetik sel limfosit yang diserang. Dengan demikian HIV dapat memanfaatkan

mekanisme sel limfosit untuk mengkopinya menjadi virus baru yang memiliki ciri-ciri HIV. (Depkes, 2006).

HIV dapat ditemukan dan diisolasi dari sel limfosit T, limfosit B, sel makrofag (di otak dan paru) dan berbagai cairan tubuh. Akan tetapi sampai saat ini hanya darah dan air mani yang jelas terbukti sebagai sumber penularan serta ASI yang mampu menularkan HIV dari ibu ke bayinya. (Depkes, 2006)

2.2.2. Asal mula HIV

Tjokoro (1992), virus leukemia (HTLV) mempunyai hubungan dengan malignansi pada limfosit T dan dapat memproduksi sel T secara berlebihan serta menyebabkan leukemia. Tiga tipe *Retrovirus* yang berkerabat, tetapi secara imunologik sangat berbeda telah berhasil didefinisikan, yaitu *Human T Cell Leukemia/Lymphotropic Virus (HTLV)* serotipe I,II,III (9). Serotipe yang berhasil diasingkan lebih dahulu, ialah HTLV-I yaitu penyebab *Adult T Cell Leukemia (ALT)*. HTLV-II berhasil diasingkan dari varian sel T yang berasal dari leukemia yang sangat jarang (*hairy cell leukemia*), tetapi belum ditemukan kaitannya secara jelas dengan suatu penyakit khusus. HTLV-III merupakan suatu isolat penyebab penyakit imunoregulator yang gawat dengan terganggunya sistem kekebalan didapat yang berat (8). Hal ini terjadi karena diserang limfosit T-helper (Th OKT4-reactive, CD4) atau limfosit T₄ yang memegang peranan sangat penting pada imunitas seluler.

Diserang limfosit T menimbulkan perubahan perbandingan sel *T-helper* & sel *T suppressor* (T_S; OKT₈-reactive, CD₈) dalam darah perifer secara normal rasio antara T_H/T_S. Sehubungan dengan penyakit AIDS, para peneliti di Perancis melaporkan tentang penemuan suatu virus dari penderita AIDS, para penderita AIDS yang disebut *Lymphadenopathy-Associated Virus (LAV)* atau *Immuno Deficiency-Associated Virus (IDAV)*. Virus yang diasingkan ini ternyata mempunyai sifat-sifat yang identik dengan HTLV-III (virus yang diasingkan oleh penderita AIDS di Amerika Selatan). Sifat yang identik diantaranya ialah tropisma yang kuat dan spesifik terhadap sel limfosit *T-helper* dan menimbulkan kerusakan pada sel tersebut sehingga mengakibatkan penyakit *Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)*. Virus AIDS kemudian disebut *Human T-*

Lymphotropic Virus type III)⁽⁹⁾. Cheerman dan berre (1985), kemudian menyebutkan virus AIDS dengan *Lhymnadenopathy AIDS Virus (LAV)* . Akhirnya oleh komisi taksonomi internasional diberi nama baru yaitu *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*.

2.2.3. Sifat - Sifat Umum Retrovirus

Tjokoro (1992), retrovirus anggota familli *retrovirdae* menurut sistem klasifikasi *Baltimore* termasuk golongan VI . Retrovirus merupakan virus RNA dengan genom RNA yang berserat tunggal (*single -stranded*) dengan berat molekul sebesar $6-10 \times 10^6$ dalton. Besar partikel virus ialah 100 nm dan mempunyai peplos (selubung) dengan nukleokapsid yang berbentuk ikosahedral (bidang 20) dengan struktur anatomik khas seperti yang terlihat pada gambar 3 dan 4 virus mempunyai enzim *reverse transcriptase (RT)* ,yaitu yaitu suatu *enzim polimerase DNA* yang *RNA –Dependent* atau *varion associated* dan enzim ini ditemukan dalam semua anggota *familli retroviridae*.

2.2.4. Perjalanan Penyakit HIV-AIDS

Kejadian awal yang timbul setelah infeksi HIV disebut sindroma retrovirus akut atau *acute Retroviral Syndrome*. Sindrom retroviral akut diikuti oleh penurunan CD_4 dan peningkatan kadar RNA-HIV dalam plasma. Hitung CD_4 secara perlahan akan menurun dalam waktu beberapa tahun dengan laju penurunan CD_4 yang lebih cepat pada 1.5 – 2.5 tahun sebelum pasien jatuh dalam keadaan AIDS. *Viraload* akan meningkat dengan cepat pada awal infeksi dan kemudian turun sampai suatu titik tertentu. Dengan berlanjutnya infeksi, *viraload* secara perlahan meningkat. Pada fase akhir penyakit akan ditemukan hitung sel $CD_4 < 200 /mm^3$, diikuti timbulnya infeksi oportunistik, munculnya kanker tertentu, berat badan menurun secara cepat dan munculnya komplikasi neurologis. Pada pasien tanpa pengobatan ARV rata-rata kemampuan bertahan setelah CD_4 turun $< 200 /mm^3$ adalah 3,7 tahun. (Depkes, 2006)

2.2.5. Klasifikasi Klinis HIV-AIDS.

Klasifikasi klinis HIV-AIDS menurut WHO adalah sebagaimana tabel 2.1. di bawah ini :

Tabel 2.1. Klasifikasi Infeksi HIV Pada Orang Dewasa Menurut WHO

Stadium	Gambaran Klinis	Skala Aktivitas
I	1. Asimtomatik 2. Linfadenopati generalisata	Asimtomatik, aktifitas normal
II	1. Berat badan menurun < 10% 2. Kelainan kulit dan mukosa yang ringan, seperti : dermatitis seboraik, prurigo, onikomikosis, ulkus oral yang rekuren, kandidiasis angularis 3. Herpes zoster dalam 5 tahun terakhir 4. infeksi saluran nafas bagian atas, seperti : sinusitis bakterialis	Simptomatik, Aktifitas normal
III	1. Berat badan menurun > 10% 2. Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan 3. Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan 4. Kandidiasis orofaringea 5. Oral hairy leukoplakia 6. TBPau dalam tahun terakhir 7. Infeksi bakterial yang berat, seperti : pneumonia, piodermis	Pada umumnya lemah aktifitas di tempat tidur kurang dari 50%
IV	1. <i>HIV wasting syndrome</i> seperti yang didefinisikan CDC 2. <i>Pneumonia pneumocystis carinii</i> 3. Toksoplasmosis otak 4. Diare kriptosporidiosis ekstrapulmonal 5. Retinitis virus sitomegalo 6. Herpes simpleks mukokuta > 1 bulan 7. Leukenselofati multifokal progresif 8. Mikosis diseminata seperti histoplasmosis 9. Kandidiasis di oesofagus, trakea, bronkus dan paru 10. Mikobakteriosis atipikal diseminata 11. Septisemia salmonellosis non tifoid 12. Tuberkulosis diluar paru 13. Limfoma 14. Sarkoma kaposi 15. Ensefalopati HIV*	Pada umumnya sangat lemah, aktifitas di tempat tidur lebih dari 50%

Sumber : Pedoman Nasional Pedoman Perawatan Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA. Dirjen Pemberantasan Penyakit Menular & Penyakit Kesehatan. Depratemen Kesehatan R.I 2006.

Keterangan :

* *HIV wasting syndrome* :

Berat badan menurun dari 10% ditambah diare kronik lebih dari 1 bulan atau demam lebih dari bulan yang tidak disebabkan oleh penyakit lain.

** Ensefalopati HIV :*

Gangguan kognitif atau disfungsi motorik yang mengganggu aktifitas hidup sehari-hari dan bertambah buruk dalam beberapa minggu atau bulan yang tidak disertai oleh penyakit penyerta selain HIV.

2.3. Konseling dan Tes HIV

2.3.1. Definisi.

Konseling dan tes HIV adalah dialog antara klien/pasien dan konselor/petugas kesehatan dengan tujuan meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan berkaitan dengan tes HIV.

Dalam proses konseling dan tes HIV dapat dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu:

1. Pendekatan konseling dan tes HIV atas klien atau yang disebut konseling dan tes HIV sukarela/KTS (*Konseling dan tes HIV- voluntary Counseling and Testing / Client Initiated Counseling and Testing = CICT*).

Konseling dan tes HIV atas inisiasi klien ini bertujuan untuk:

- a Pencegahan penularan HIV dengan menyediakan informasi tentang perilaku beresiko (seperti seks aman atau penggunaan jarum bersama) dan membantu orang dalam mengembangkan keterampilan pribadi yang diperlukan untuk perubahan perilaku dan negosiasi praktek lebih aman.
 - b Menyediakan dukungan psikologis, misalnya dukungan yang berkaitan dengan kesejahteraan emosi, psikologis, sosial dan spiritual seseorang yang terinfeksi virus HIV atau virus lainnya.
 - c Memastikan efektivitas rujukan kesehatan, terapi dan perawatan melalui pemecahan masalah kepatuhan berobat.
2. Pendekatan tes HIV atas inisiasi petugas kesehatan / *KTIPK (Provider Initiated Testing and Counseling = PITC)*.

Tes HIV dilakukan oleh tenaga kesehatan ketika pasien datang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan dan terindikasi terkait infeksi HIV. Inisiasi HIV oleh petugas kesehatan harus selalu didasarkan atas kepentingan kesehatan dan pengobatan pasien. Untuk itu perlu memberikan informasi yang cukup sehingga

pasien mengerti dan mampu mengambil keputusan menjalani tes HIV secara sukarela, bahwa kerahasiaan terjaga terhubung dengan rujukan konseling pasca tes oleh konselor sesuai dengan kebutuhan klien dan menyediakan rujukan ke pelayanan dukungan dan perawatan yang memadai. Penerapan konseling dan tes atas inisiasi petugas kesehatan bukan berarti menerapkan tes HIV secara mandatori atau wajib. Prinsip 3C (*informed Consent, Confidentiality, Counseling*) dan 2R (*reporting dan recording*) tetap harus diterapkan dalam pelaksanaannya .

2.3.2 Prinsip Pelayanan Konseling dan Tes HIV.

Beberapa prinsip layanan konseling dan tes HIV :

1. Sukarela prinsip dalam melaksanakan tes HIV .pemeriksaan tes HIV hanya dilaksanakan atas dasar kerelaan klien, tanpa paksaan dan tanpa tekanan.
2. Saling membangun kepercayaan dan menjaga kerahasiaan.
3. Layanan harus bersifat profesional ,menghargai hak dan martabat semua klien/pasien. Semua informasi yang disampaikan klien harus dijaga kerahasiaannya oleh konselor dan petugas kesehatan tidak diperkenankan didiskusikan diluar konteks kunjungan klien. Semua informasi tertulis harus disimpan dalam tempat yang tidak dapat dijangkau oleh mereka yang tidak berhak. Kerahasiaan dapat dibagi sesuai kebutuhan klien/pasien.
4. Mempertahankan hubungan relasi efektif.
5. Konselor/petugas medis mendorong klien/pasien untuk kembali mengambil hasil tes dan mengikuti konseling pasca tes untuk mengurangi perilaku berisiko. Didalam konseling dan tes HIV dibicarakan juga respon dan perasaan klien ketika menerima hasil tes pada sesi tahap penerimaan
6. Tes HIV merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari proses konseling dan tes HIV.

2.4. Prinsip Pengobatan , Indikasi ART, Layanan sebelum Pengobatan Antiretroviral dan Regimen Lini-Pertama bagi ODHA Dewasa.

Zubairi Djoerban (1992), pengetahuan orang mengenai AIDS makin lama makin bertambah dengan cepat, demikian pula mengenai pengobatannya.

Pengobatan terhadap penyakit infeksi oportunistik dengan antibiotik seringkali berhasil baik, demikian pula pengobatan kemoterapi untuk kanker yang diderita pasien AIDS. Walaupun demikian, ternyata sering kambuh dan pasien pun meninggal, karena obat-obat antibiotik dan kemoterapi tidak memperbaiki kekebalan tubuh yang sudah rusak. Karena itu, banyak usaha dilakukan untuk mendapatkan dan menguji obat-obat yang bekerja mengembalikan daya tahan tubuh dan obat yang menghambat reproduksi atau menghancurkan HIV

2.4.1. Prinsip Pengobatan.

Prinsip pengobatan antiretroviral atau *antiretroviral therapy* secara umum disingkat sebagai ART, adalah sebagai berikut :

Tujuan Pengobatan ARV.

1. mengurangi laju penularan HIV di masyarakat
2. menurunkan angka kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan HIV
3. memperbaiki kualitas hidup ODHA
4. memulihkan dan/atau memelihara fungsi kekebalan tubuh
5. menekan replikasi virus.

2.4.2. Indikasi ART.

ODHA dewasa seharusnya mulai ART manalaka infeksi HIV telah ditegakkan secara laboratoris disertai salah satu kondisi dibawah ini :

1. Secara klinis sebagai penyakit tahap lanjut dari infeksi HIV :
 - Infeksi HIV stadium IV tanpa memandang jumlah CD₄
 - Infeksi HIV stadium III dengan CD₄ < 350/mm³
2. Infeksi stadium I atau II dengan jumlah CD₄ < 200/mm³ artinya bahwa tidak seharusnya tergantung pada jumlah CD₄.

Untuk stadium III, bila tersedia sarana pemeriksaan CD₄ akan membantu untuk menentukan saat pemberian terapi yang lebih tepat. Tuberkulosis paru dapat timbul pada tahapan dengan CD₄ berapapun. Bila CD₄ tersebut dapat terjaga dengan baik (misalnya > 350/mm³), maka terapi dapat ditunda dengan pemantauan pasien secara klinis. Untuk stadium III terpilih nilai ambang 350/mm³ karena pada

nilai di bawahnya biasanya kondisi pasien menunjukkan perkembangan penyakit yang cepat memburuk dan sesuai dengan pedoman yang ada. Bagi pasien dalam stadium I dan II, maka jumlah $CD_4 < 200/mm^3$ merupakan indikasi pemberian terapi (Depkes, 2007)

Apabila tidak sarana pemeriksaan CD_4 , maka yang digunakan sebagai indikator pemberian terapi pada infeksi HIV simtomatik adalah jumlah limfosit total $1,200/mm^3$ atau kurang (misalnya pada stadium II). Sedangkan pasien asimtomatik jumlah limfosit total kurang berkorelasi dengan jumlah $CD_4 >$ namun bila stadium simtomatik baru akan bermanfaat sebagai prognosis dan harapan hidup baru. (Depkes, 2007).

2.4.3. Layanan Sebelum Pengobatan Antiretroviral.

Dari beberapa kriteria pengobatan ARV, salah satu kriteria adalah hasil tes darah menunjukkan HIV positif (reaktif), sebab hampir setiap orang tidak pernah mengetahui status mereka terinfeksi HIV atau tidak . setelah dinyatakan terinfeksi HIV maka langkah selanjutnya yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Penggalian riwayat penyakit secara lengkap
2. Pemeriksaan fisis secara lengkap
3. Pemeriksaan laboratorium rutin
4. Pemeriksaan total limfosit atau bila memungkinkan lakukan pemeriksaan CD_4 .

Perlu melakukan penilaian klinis yang rinci, seperti :

1. Menilai stadium klinis infeksi HIV
2. Mengidentifikasi penyakit yang berhubungan dengan HIV di masa lalu
3. Mengidentifikasi penyakit yang terkait dengan HIV saat ini yang membutuhkan pengobatan.
4. Mengidentifikasi kebutuhan pengobatan ARV dan infeksi oportunistik (IO).
5. Mengidentifikasi pengobatan lain yang sedang dijalani yang dapat mempengaruhi pemilihan terapi.

Dengan diketahui kondisi klinis yang dapat ditetapkan stadium klinis dari pasien dan dapat menjadi dasar untuk memulai terapi ARV. Persyaratan lain sebelum memulai terapi ARV, adalah :

1. Pasien harus dipersiapkan secara matang dengan konseling kepatuhan yang telah baku, sehingga pasien paham benar akan manfaat, cara penggunaan, efek samping obat, tanda-tanda bahaya dan lain sebagainya yang terkait dengan terapi ARV.
2. Pasien yang akan mendapat terapi ARV harus memiliki pengawas minum obat (PMO), yaitu orang dekat pasien yang akan mengawasi kepatuhan minum obat.
3. Pasien yang mendapat terapi ARV harus menjalani pemeriksaan untuk pemantauan klinis dengan teratur. (Depkes, 2007)

2.4.4. Rejimen ARV Lini Pertama bagi ODHA Dewasa

Menurut pedoman nasional terapi antiretroviral, Depkes R.I (2007) bahwa faktor yang harus diperhatikan dalam memilih ART baik tingkat program ataupun di tingkat individual adalah :

1. Efikasi obat ;
2. Profil efek samping obat ;
3. Persyaratan pemantauan laboratorium;
4. Kemungkinan kesinambungannya sebagai pilihan obat di masa depan;
5. Antisipasi kepatuhan oleh pasien ;
6. Kondisi penyakit penyerta (contoh : koinfeksi, kelainan metabolik ;
7. Kehamilan dan risikonya;
8. Pengguna obat lain secara bersamaan (potensi terjadinya interaksi obat) ;
9. Infeksi galur (*strain*) virus lain yang berpotensi meningkatkan resistensi terhadap satu atau lebih ARV termasuk ARV lainnya yang diberikan sebelumnya sebagai profilaksis atau terapi.
10. Ketersediaan dan harga ARV (Depkes, 2007)

Tabel 2.2. Dosis Antiretroviral Lini Pertama Untuk ODHA Dewasa.

Golongan/Nama Obat	Dosis
Nucleoside RTI	
Abacavir	300 mg setiap 12 jam 400 mg sekali sehari
Didanosine (ddI)	(250 mg sekali sehari bila BB <60 kg) (250 mg sehari sekali bila diberikan bersama TDF)
Lamivudin (3TC)	150 mg setiap 12 jam atau diberikan 300 mg sekali sehari)
Stavudin (d4T)	40 mg setiap 12 Jam (30 mg setiap 12 jam bila BB <60kg)
Zidovudine (ZDV atau AZT)	300 mg setiap 12 jam
Nucleoside RTI	
Tenofovir (TDF)	300 mg sekali sehari, (catatan: interaksi obat dengan ddI perlu mengurangi dosis ddI)
Non-Nucleoside RTIs	
Efavirenz (EFV)	600 mg sekali sehari
Nevirapine	200 mg sekali sehari selama 14 hari, kemudian 200 mg setiap 12 jam

Sumber : Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral Edisi Kedua (Edisi Revisi) . Dirjen Pemberantasan Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan. Depratemen Kesehatan R.I, 2007.

Pengobatan antiretroviral berarti mengobati infeksi HIV dengan beberapa obat yang disebut dengan antiretroviral. ARV tidak membunuh virus namun memperlambat pertumbuhan virus di dalam orang yang terinfeksi. ARV diberikan sesuai dengan perkembangan siklus HIV di dalam tubuh. Adapun langkah-langkah perkembangan siklus HIV didalam tubuh adalah :

1. HIV bebas beredar dalam aliran darah.
2. HIV mengikat diri pada limfosit T.
3. HIV menembus limfosit T dan mengosongkan isinya dalam sel.
4. Kode genetik HIV diubah dari bentuk RNA menjadi DNA yang bantuan oleh enzim *reverse transcriptase*.
5. DNA HIV dipadukan dengan DNA sel dengan bantuan enzim *integrase*. adanya pepaduan ini maka limfosit T menjadi terinfeksi.
6. Disaat sel terinfeksi maka HIV menggandakan diri, DNA HIV diaktifkan dan membuat bahan baku untuk membentuk virus baru.
7. Semua bahan yang dibutuhkan untuk membuat virus baru dikumpulkan.
8. Virus yang belum matang mendesak keluar sel yang terinfeksi dan proses ini disebut *budding (tonjolan)*.

9. Jutaan virus yang belum matang dilepas dari sel yang terinfeksi.
10. Virus baru menjadi matang : bahan dibaku dipotong oleh enzim *protease* dan dirakit menjadi virus baru yang siap bekerja.
(<http://spiritia.or.id>)

ARV golongan pertama adalah *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor(NRTI)* disebut juga *analog nukleosida*. Obat ini menghambat langkah kode genetik HIV dari RNA dirubah menjadi DNA. Jenis obat golongan ini telah mendapat persetujuan di Amerika Serikat dan digunakan oleh pasien HIV. Golongan obat kedua untuk menghambat langkah yang sama dalam siklus HIV seperti pada golongan NRTI, tetapi dengan cara lain. Obat ini disebut dengan *Non Nucleoside Transcriptase Inhibitor(NNRTI)*. (<http://spiritia.or.id>).

Rejimen lini pertama untuk ODHA dewasa dan faktor yang mempengaruhi pemilihannya menurut Depkes, R.I, 2007.

Tabel 2.3. Rejimen Lini Pertama Untuk ODHA Dewasa

No	Rejimen ARV	Toksitas Utama	Perempuan (Usia Subur atau Hamil)	Koinfeksi TB	Kemaman Kombinasi tetap 3 obat	Perlu Pemantauan Lab
1	AZT+3TC+NMP	Intoleransi gastrointestinal dari AZT, anemia dan neutropenia; hepatotoksitas NMP dan ruam kulit berat	Ya	Ya, dalam terapi TB lanjutan tanpa rifampisin ^a . Hati-hati pada penggunaan rejimen yang mengandung rifampisin ^a	Ya ^d	Ya
2	d4T+3TC+NMP	Neuropati yang terkait d4T, pankreatitis dan lipotrofi; hepatotoksitas NMP dan ruam kulit berat	Ya	Ya, dalam terapi TB lanjutan tanpa rifampisin ^a . Hati-hati untuk rejimen berbasis rifampisin ^a	Ya	Tidak
3	AZT+3TC+EFV	Intoleransi gastrointestinal dari AZT, anemia dan neutropenia; toksisitas pada SSP yang terkait dengan EFV dan potensial teratogenik	Tidak ^c	Ya, tetapi EFV tidak boleh diberikan kepada perempuan hamil atau perempuan usia subur, kecuali dipastikan dengan menggunakan kontrasepsi yang efektif	Tidak, EFV tidak tersedia dalam kombinasi tetap, namun tersedia kombinasi tetap dari AZT/3TC	Ya
4	d4T+3TC+EFV	Neuropati yang terkait d4T, pankreatitis dan lipotrofi; toksisitas pada CNS yang terkait yang terkait EFV dan potensial teratogenik	Tidak ^c	Ya, tetapi EFV tidak boleh diberikan kepada perempuan hamil atau perempuan usia subur, kecuali dipastikan dengan menggunakan kontrasepsi yang efektif	Tidak, EFV tidak tersedia dalam kombinasi tetap, namun tersedia kombinasi tetap dari d4T/3TC	Tidak

Sumber : Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral Edisi Kedua (Edisi Revisi) . Dirjen Pemberantasan Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan. Depratemen Kesehatan R.I, 2007.

Keterangan :

- Pasien dengan Koinfeksi TB dan HIV
- Rejimen ini tidak baku di Indonesia
- Perempuan usia subur atau hamil

- d. Kombinasi ini belum mendapat prakualifikasi WHO tetapi dapat digunakan bila ada bukti jaga mutu *bioequivalence*.

Kebanyakan negara berkembang memilih komposisi lini pertama terdiri atas dua NRTI dan satu NNRTI.

Pada awalnya d4T lebih mudah ditoleransi dari pada AZT dan tidak memerlukan pemantauan haemoglobin (Hb). Namun, diantara sekian anggota NRTI, d4T seringkali menimbulkan lipoatrofi dan kelainan metabolisme lain di negara maju, termasuk adanya dosis laktat, terutama bila dikombinasikan dengan ddI. AZT juga berdampak pada komplikasi metabolik tetapi dalam derajat yang lebih rendah dibandingkan d4T. Efek samping awal (sakit kepala, mual) lebih sering dijumpai pada pemberian AZT. Obat tersebut menimbulkan anemia berat dan neutropenia sehingga memerlukan pemantauan Hb sebelum dan selama pengobatan. Kedua obat ini (AZT dan d4T) dapat saling menggantikan bila tidak ditoleransi atau muncul komplikasi (kecuali pada munculnya asidosis laktat, dimana kedua obat tersebut tidak boleh dipakai). Dua komponen NRTI yang terdiri atas d4T/ddI tidak lagi direkomendasi sebagai rejimen lini pertama karena alasan profil toksisitasnya, terutama pada kehamilan. Juga perlu ditekankan bahwa AZT dan d4T bekerja secara antagonik sehingga tidak boleh digunakan secara bersamaan. Lamivudin (3TC) adalah suatu NRTI yang kuat dengan riwayat efikasi yang baik, aman dan dapat diterima. Dapat diberikan satu atau dua kali perhari dan telah dimasukkan dalam sejumlah tablet kombinasi. (Depkes, 2007).

TDF memiliki waktu paruh intreseluler yang panjang, maka dapat dipakai sebagai anggota rejimen triple sehari sekali. Telah terbukti bahwa TDF merupakan komponen dari rejimen lini pertama yang efektif bila dikombinasikan dengan 3TC dan Efavirenz (EFV). Biasanya dapat ditoleransi dengan baik meskipun ada laporan tentang timbulnya insufisiensi fungsi ginjal pada pasien yang menerima TDF. Pengalaman dengan obat ini secara global relatif sedikit, lagi pula ketersediaannya masih kurang terbatas dan relatif mahal bagi negara berkembang. Dalam pedoman nasional terapi antiretroviral edisi kedua (edisi revisi) digunakan dalam rejimen lini kedua

Toksisitas terbanyak pada EFV adalah berhubungan dengan sistem susunan saraf pusat (SSP), teratogenisitas dan ruam kulit (ruam kulit lebih sering

timbul pada anak daripada dewasa, yang biasanya ringan dan tidak perlu menghentikan pengobatan). Pada umumnya gejala pada SSP mereda setelah 10 – 14 hari, meskipun tidak semuanya demikian. EFV tidak boleh diberikan kepada ODHA dengan riwayat gangguan psikiatrik berat atau hamil. EFV dapat dipakai sebagai NNRTI pilihan untuk pasien dengan koinfeksi TB-HIV, sedangkan NVP merupakan pilihan terbaik bagi perempuan usia subur kecuali bila dipastikan memakai kontrasepsi yang terpercaya. EFV dan NVP dapat berinteraksi dengan pil kontrasepsi yang mengandung estrogen dengan menurunkan efek kontrasepsinya (Depkes, 2007)

2.5. Kepatuhan Pengobatan ARV

ODHA yang mengikuti terapi ARV memiliki perilaku dan kebiasaan yang berbeda dan terapi ARV memungkinkan mereka hidup dalam kehidupan yang lebih berkualitas dan produktif disebabkan *adherence* yang tepat membuat ODHA tidak akan masuk ke dalam fase AIDS lebih cepat. Banyak orang berpikir bahwa membuat perubahan-perubahan hanya masalah membuat keputusan, tapi jika hal ini semudah itu mengapa rumah sakit penuh orang yang mempunyai gaya hidup yang tidak sehat yang telah membuat mereka sakit?. Kenyataan adalah , membuat perubahan yang terarah dan bertujuan merupakan hal yang sukar.

Pemahaman akan tahap dan proses perubahan, akan menolong individu memahami bagaimana cara perubahan berjalan dan apa yang dapat dialami selama terjadi perubahan untuk mengubah perilaku, seseorang terlebih dulu memikirkan perilaku apa yang ada pada dirinya. Seseorang biasanya mengubah perilaku yang buruk dalam menentukan perilaku yang ingin diubah ini dapat digunakan inventori ataupun pengalamannya selama ini. (Kemkes, 2011).

Alasan utama terjadinya kegagalan terapi ARV adalah kepatuhan atau *adherence* yang buruk. Kepatuhan harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur serta didorong pada setiap kunjungan.

Faktor yang terkait dengan rendahnya kepatuhan berobat dapat disebabkan pula oleh hubungan yang kurang serasi antara pasien HIV dengan petugas kesehatan, jumlah pil yang harus diminum, lupa , depresi, tingkat pendidikan, kurangnya pemahaman pasien tentang obat-obat yang harus ditelan

dan tentang toksisitas obat dan pasien terlalu sakit untuk menelan obat (Depkes, 2007)

Sebelum memulai terapi harus maka harus dimantapkan terlebih dahulu mengenai pemahaman pasien tentang terapi ARV tersebut termasuk dengan segala konsekuensinya. Harus dibuat rencana pengobatan secara rinci dengan pasien agar dapat meningkatkan rasa tanggung jawab pasien untuk berobat. Penjelasan rinci tentang kepatuhan minum obat dan segala dampak akibat kelalaian minum obat sangat penting untuk diketahui oleh pasien. Sebagai contoh, instruksi tertulis mungkin akan membantu meningkatkan pemahaman pasien akan manfaat pengobatan yang dijalannya. Lainnya yang perlu diketahui oleh pasien adalah kemungkinan timbulnya efek samping sangat penting dijelaskan diawal sebelum pasien menerima terapi. Disamping itu pula perlu dilakukan edukasi kepada keluarga dan teman sebaya pasien sehingga dapat membantu dalam pengawasan minum obat.

ART merupakan terapi yang kompleks dengan medikasi yang lebih dari satu macam dan diminum untuk jangka panjang. *Adherence* yang efektif untuk terapi sebesar lebih dari 95%, karena itu minum obat harus tepat dosis, tepat waktu dan tepat cara. Kekurangan kepatuhan minum obat akan membuat ODHA resisten terhadap terapi dengan konsekuensi dapat menularkan virus yang resisten kepada orang lainnya. Konselor bertugas menerapkan konseling dukungan kepatuhan *adherence* dan menyampaikan cara dasar obat ARV, terjadinya kegagalan terapi dan cara menghindarkan diri dari ketidakpatuhan. Perlu dikemukakan bahwa obat ARV lini satu mudah diakses dan obat lini dua tidak disubsidi pemerintah (Kemkes, 2011).

Proses pemberian informasi, konseling dan dukungan kepatuhan harus dilakukan dengan baik oleh petugas (konselor/pendidik sebaya/ODHA) yang betul-betul memahami kehidupan ODHA. Ada tiga langkah dalam proses tersebut dengan melalui satu sesi pertemuan atau lebih :

Langkah 1 : memberikan Informasi.

Pasien diberi informasi dasar yang dapat membangkitkan komitmen serta kepatuhan untuk berobat yang tinggi. Informasi ini dapat diberikan secara berkelompok atau individu bila petugas menguasai cara untuk diskusi kelompok.

Langkah 2 : Konseling dalam satu atau lebih sesi individu.

Bantu pasien untuk mengeksplorasi perasaannya . kebanyakan pasien sudah jenuh dengan beban keluarga atau rumah tangga, pekerjaan dan lain sebagainya. Terkadang pasien tidak dapat menjamin kepatuhan berobatnya sampai ia dapat melepaskan bebannya. Banyak diantara pasien HIV tidak memiliki ruang atau tempat pribadi untuk menyimpan obat mereka sehingga tidak mungkin untuk tetap menjaga kerahasiaan statusnya . ketidakrelaan untuk membuka status kepada orang lain juga sering menjadi hambatan dalam hal menjaga kepatuhan. Klien perlu menghadapi kenyataan dan menentukan siapa yang perlu mengetahui statusnya.

Langkah 3 : Mencari penyelesaian masalah praktis dan membuat rencana terapi.

- Dimana obat disimpan?
- Pada jam berapa akan diminum?
- Siapa yang akan mengingatkan setiap hari untuk makan obat?
- Apa yang akan dibuat apabila terjadi penyimpangan kebiasaan sehari-hari?

Merencanakan waktu untuk bertemu klien atau melakukan komunikasi melalui telepon sangat membantu membahas masalah utama yang timbul pada hari-hari pertama terapi. Dengan upaya-upaya seperti itu, maka akan terbina hubungan yang baik dengan pasien. Perjanjian berkala dan kunjungan ulang merupakan menjadi kunci kesinambungan perawatan dan pengobatan pasien. Sikap petugas yang mendukung dan peduli, tidak mengadili akan mendorong pasien bersikap jujur terhadap kepatuhan minum obat. Tim HIV di sarana kesehatan harus selalu memutakhirkan pengetahuan dan keterampilannya tentang terapi ARV dan kepatuhan. Masalah kesehatan yang baru muncul akan mengganggu kepatuhan berobat. Penghentian sementara dari semua obat akan lebih baik dari pada kepatuhan berobat yang tidak jelas.

Unsur konseling untuk kepatuhan berobat, adalah :

1. Bina hubungan saling percaya dengan pasien

2. Berikan informasi dan saran yang diperlukan
3. Dorong untuk melibatkan dukungan sebaya dan bantu menemukan seseorang sebagai pendukung berobat.
4. Kembangkan rencana terapi secara individual yang sesuai dengan gaya hidup sehari-hari pasien serta temukan cara yang digunakan sebagai pengingat minum obat.
5. Telaah kesiapan pasien akan ARV. Kesiapan untuk memulai dapat dilakukan dengan cara :
 - mampu untuk memenuhi janji berkunjung ke klinik
 - Mampu untuk meminum obat profilaksis IO secara teratur dan tidak terlewatkan.
 - Mampu menyelesaikan terapi TB dengan sempurna
 - Pemahaman yang memadai.
6. Pastikan kepatuhan secara ketat terhadap terapi ARV . hal tersebut berarti tidak boleh lebih dari tiga dosis obat yang terlewatkan setiap bulannya, bila tidak maka menghadapi risiko resisten dan kegagalan dalam terapi.
7. Tekankan bahwa terapi harus dijalani seumur hidup.
8. Jelaskan bahwa waktu untuk makan obat adalah sangat penting , yaitu kalau dikatakan dua hari sekali berarti berarti obat harus dimakan setiap 12 jam dengan waktu toleransi 1 jam.
9. Jelaskan bahwa obat yang terlupa dapat dimakan sampai dengan 6 jam kemudian pada panduan yang dua kali sehari, bila terlupakan lebih dari 6 jam maka dosis obat dilewatkan saja dan diminum dosis obat berikutnya .
10. Jelaskan cara makan obat (ada obat yang harus dimakan bersama dengan makanan, ada yang pada saat perut kosong, ada yang perlu disertai dengan banyak minum)
11. Jelaskan efek samping obat dan pastikan pasien memahami hal ini sebelum memulai terapi.
12. Tekankan kepada pasien meskipun sudah menjalani terapi tetapi harus tetap menggunakan kondom atau jarum steril bagi pengguna narkoba suntik.

13. Sampaikan bahwa obat tradisional (herbal) dapat berinteraksi dengan ARV yang diminum, pasien perlu dikonseling dengan hati-hati tentang obat-obat yang perlu diminum atau tidak.
14. Tekankan bahwa kunjungan ke klinik secara teratur sangat membantu untuk memantau kemajuan pengobatan, efek samping yang timbul serta kepatuhan.
15. Berusaha menghubungi pasien yang tidak hadir sesuai dengan waktu pertemuan yang ditetapkan.

2.6. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Kepatuhan Pengobatan ARV.

2.6.1. Faktor Usia.

Pasien berusia 30-an tahun waktu terinfeksi HIV menanggapi pengobatan HIV (ART) secara lebih baik dibandingkan dengan pasien yang berusia 18-29 tahun. Hal ini berdasarkan penelitian Amerika Serikat yang diterbitkan dalam *journal AIDS* (2008). Para peneliti berpendapat bahwa usia pasien HIV yang lebih tua lebih patuh pada pengobatan yang dikaitkan dengan jumlah viral load yang tidak terdeteksi dibandingkan dengan usia muda. Para peneliti juga mencatat bahwa pasien yang lebih tua mengalami peningkatan jumlah CD₄ lebih cepat dibandingkan dengan usia muda (Michael Carter, aidsmap.com, 10 September 2008. <http://spiritia.or.id>)

2.6.2. Faktor Jenis Kelamin.

Perempuan mempunyai tanggapan terhadap pengobatan HIV yang lebih baik secara bermakna dibandingkan laki-laki, dikatakan penulis Spanyol penelitian terbesar terkini yang mengamati kemungkinan jenis kelamin berdampak pada HIV yang diterbitkan dalam jurnal AIDS edisi 23 April 2007.

Pendapat pertama yang menyatakan bahwa laki-laki dan perempuan menanggapi infeksi HIV secara berbeda dibuat 15 tahun lalu. Sejak itu berbagai penelitian melaporkan temuan yang bertentangan. Para peneliti dibalik penelitian baru ini mencoba untuk menjernihkan masalah ini pada berfokus pada sekelompok besar pasien dari 69 rumah sakit di Spanyol yang semuanya memulai pengobatan yang serupa. Mereka mengumpulkan data dari 2,620 orang yang

terinfeksi HIV, 72% diantaranya laki-laki – selama 12 bulan mereka memulai antiretroviral serupa dengan rejimen yang mengandung nelvinafir.

Diantara mereka yang memakai terapi HIV yang manjur untuk pertama kalinya, jumlah CD₄ rata-rata pada perempuan adalah lebih tinggi dibandingkan laki-laki walaupun perempuan tampaknya lebih mungkin mencapai *viraload* tidak terdeteksi, perbedaannya tidak bermakna secara statistik. perbedaan jenis kelamin lebih jelas pada kelompok yang pernah diobati dengan sekali lagi jumlah CD₄ rata-rata lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki. (Adam Legge, aidsmap.com, 2007. <http://spiritia.or.id>).

2.6.3. Faktor Pengetahuan Pengobatan, Ras dan Pendidikan.

Pasien HIV yang kurang mengetahui pengobatan sering tidak mengetahui aturan pengobatan yang diberikan oleh petugas kesehatan dan oleh karena itu tingkat kepatuhan pengobatan lebih rendah.

Osborn dari *Universitas Northwestern*, Chicago, Amerika Serikat (AS) bersama rekan menemukan bahwa warga AS keturunan Afrika yang terinfeksi HIV dua kali lebih mungkin tidak patuh dibandingkan dengan warga yang berkulit putih. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan pengobatan yang rendah dikaitkan dengan dampak kesehatan yang buruk dan adalah lebih umum diantara warga AS keturunan Afrika (2.4 kali lebih mungkin tidak patuh) dibandingkan warga yang berkulit putih.

Osbron mengatakan pada *Reuters Health* bahwa melek huruf merupakan prediktor bermakna terhadap ketidakpatuhan, sehingga pasien dengan tingkat melek huruf rendah adalah 2.1 kali lebih mungkin untuk tidak patuh terhadap rejimen pengobatan dibandingkan dengan yang melek huruf.

Keterbatasan pengetahuan pengobatan adalah hambatan terhadap kepatuhan yang berpotensi untuk diubah. Peneliti mencatat, mereka yang berisiko tidak patuh dapat memperoleh manfaat dari bahan pendidikan kesehatan yang disesuaikan dengan budaya dan etika berobat ditulis untuk semua tingkat melek huruf (Joene Hendry, Reuters Health, 16 November 2007. <http://spiritia.or.id>).

2.6.4. Faktor Alkohol

Terapi antiretroviral (ART) meningkatkan ketahanan dan mutu hidup ODHA namun harus sangat patuh pada ART, dan itu sangat sulit dilakukan oleh kebanyakan ODHA.

Dua penelitian baru dari Universitas Washington menjelaskan betapa sulitnya memastikan agar ODHA memakai ART. Satu penelitian mengamati dampak minum alkohol terhadap kepatuhan dan menunjukkan risiko ketidakpatuhan 2 kali lebih tinggi di kalangan peminum alkohol dibanding orang yang tidak minum alkohol.

Pasien HIV yang mengonsumsi alkohol 60% lebih rendah tidak patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan pasien HIV yang tidak mengonsumsi alkohol. Hal ini berdasarkan penelitian meta analisa yang diterbitkan dalam jurnal AIDS. Dalam penelitian ini membuktikan bahwa konsumsi alkohol pada pasien HIV tidak hanya berdampak kepada kepatuhan tetap juga berdampak pada fungsi kekebalan tubuh. (Science Daily, 29 Oktober 2009. <http://spiritia.or.id>)

2.6.5. Faktor Tingkat Kepercayaan dan Efek Samping ARV.

Para peneliti Belanda dalam jurnal AIDS (2008) menemukan bahwa pasien HIV yang berpikir tidak membutuhkan ARV memiliki pengetahuan pengobatan yang rendah. Pasien yang merasa tidak membutuhkan ARV 1.6 kali lebih mungkin tidak patuh dibandingkan dengan pasien yang membutuhkan ARV.

Mengenai kekhawatiran tentang efek samping obat, dalam penelitian yang sama dengan melibatkan 341 pasien HIV ternyata 72% pasien HIV khawatir tentang efek samping ART jangka panjang dan 52% khawatir efek samping ART satu bulan kedepan.

Penelitian Okki Ramadian (2010), terhadap pengaruh efek samping ARV lini pertama terhadap kepatuhan ARV pada 137 ODHA di layanan terpadu HIV Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) - Jakarta. berdasarkan analisis statistik secara bivariat memberikan gambaran, bahwa ada hubungan antara efek samping pengobatan ARV lini pertama dengan tingkat kepatuhan.

2.6.6. Faktor Stigma.

Dalam penelitian yang diterbitkan oleh *journal of General Internal Medicine* edisi (2009), para peneliti fakultas pengobatan penyakit dalam dan penelitian layanan kesehatan di Fakultas *David Geffen School di UCLA AS* menemukan bahwa sejumlah besar pasien HIV menerima stigma tidak mengakses perawatan dan kurang patuh terhadap pengobatan ARV.

Pasien HIV yang mendapat stigma tinggi adalah empat kali lebih mungkin melaporkan kurang mengakses layanan perawatan medis dan tiga kali lebih mungkin melaporkan kurang patuh terhadap pengobatan. (<http://spiritia.or.id>)

2.6.7. Dukungan Untuk Pasien AIDS

Dengan semakin banyak ODHA maka tempat layanan dan dukungan untuk ODHA perlu dikembangkan. Sampai sekarang harus diakui masih banyak rumah sakit yang secara mental belum siap melayani ODHA. Layanan dukungan yang perlu dikembangkan antara lain adalah : klinik yang bersahabat dan dapat merupakan *one stop clinic* bagi ODHA. Klinik tersebut tentu harus memiliki fasilitas VCT yang memadai. Lebih baik lagi apabila mampu memberikan layanan diagnostik HIV dan layanan dukungan obat infeksi oportunistik seperti anti jamur, kotrimoksazol apalagi bila dilengkapi obat ARV dengan harga terjangkau. Layanan dukungan lain adalah rumah singgah (*shelter*) untuk mereka yang datang dari jauh untuk melakukan pemeriksaan bagi penyakitnya. Tempat bertemu para ODHA dapat dikembangkan oleh LSM peduli AIDS sebagai tempat berbagi ras dan pengalaman sehubungan dengan pengobatan penyakitnya . dukungan psikososial juga penting bagi mereka yang memerlukan sahabat untuk mencurahkan permasalahannya termasuk pemberdayaan ekonomi mereka.(Depkes, 2006).

Penelitian Uganda *Home Based AIDS Care (HBAC)* yang disampaikan oleh dr. Jonathan Mermin menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan tinggi yang dapat dicapai dengan dukungan kepatuhan berbasis komunitas termasuk kunjungan rumah mingguan (yang dilakukan oleh petugas dari komunitas yang mengantar obat dan memakai angket gejala dan kepatuhan yang baku) serta dukungan secara

insentif ketika pemantauan menunjukkan bahwa mungkin terjadi masalah kepatuhan.

Penelitian ini membagi tiga metode pemantauan pasien, dengan menghitung CD₄ secara rutin, CD₄ dan *viraload* atau hanya pemantauan klinis (gejala). Walau peserta didalam kelompok yang hanya dipantau secara klinis memiliki tanggapan yang lebih buruk secara bermakna dibandingkan peserta di dalam pemantauan tes laboratorium, kebanyakan peserta di dalam penelitian ini menanggapi dengan cukup baik, yaitu 90% pasien mempunyai penekanan virus secara penuh setelah satu tahun (kurang dari 50). Ini adalah tingkat penekanan virus tertinggi yang tercatat dalam kepustakaan dan terbukti sebagai tingkat kepatuhan terbaik yang dicapai oleh peserta mungkin karena pengiriman pengobatan secara mingguan dalam upaya konseling kepatuhan yang direncanakan dengan sangat baik.

Dukungan kepatuhan yang dilakukan oleh program AIDS Departemen Kesehatan Uganda menyimpulkan bahwa pemantauan komunitas setelah memulai program pengobatan adalah unsur perawatan yang penting tidak hanya mencegah mangkir tetapi juga untuk mempertahankan kepatuhan. Surveinya mengambil sampel dari 30 klinik di seluruh negeri pada tahun 2005, mewakili berbagai jenis tipe klinik kesehatan yang menyediakan ARV di Uganda. Walaupun semua klinik mewajibkan dukungan pengobatan sebelum ARV dimulai, hampir separuh yang mempunyai semacam pemantauan yang teroganisir di dalam komunitas. kegiatan-kegiatan yang dilakukan, antara lain :

1. Tindak lanjut kunjungan yang dilewatkan dengan melakukan kunjungan rumah oleh petugas kesehatan, pendukung pengobatan atau sebaya dan peringatan melalui telepon.
2. Rujukan dan hubungan dengan kelompok dukungan berbasis komunitas.
3. Penghitungan pil yang tidak diumumkan sebelumnya oleh pendukung pengobatan atau petugas kesehatan di rumah atau di komunitas.
4. Klub pasca tes dan pendidikan sebaya.
5. Perawatan berbasis rumah
6. Dukungan pengungkapan status dan konseling berbasis keluarga.

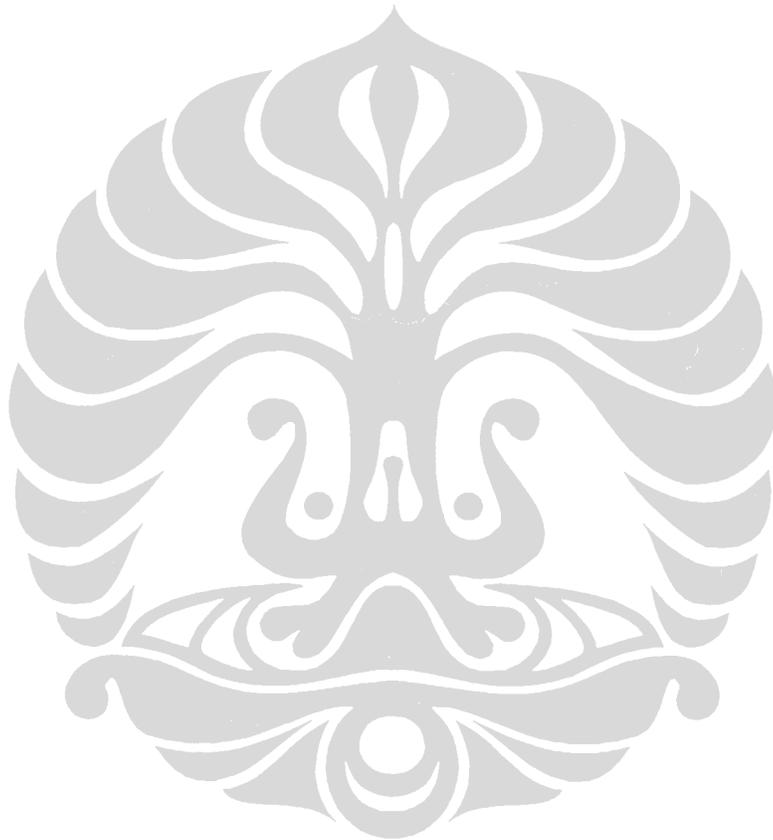
Kepatuhan lebih tinggi di klinik yang memiliki pemantau komunitas : lebih dari 80% pasien melaporkan kepatuhan diatas 95%. Sebagai pembanding dengan klinik tanpa pemantau komunitas melaporkan kepatuhan yang lebih rendah(walaupun tidak jauh lebih rendah). (Keith alcorn, 26 September 2007. <http://spritia.or.id>).

Family Health International (FHI), melaporkan tentang proyek pelatihan petugas dukungan kepatuhan di Zambia yang saat ini dipakai sebagai dasar untuk pekerjaan di negara lain tempat FHI menatalaksanaan program pengobatan. FHI melatih petugas dukungan kepatuhan untuk menjadi bagian dari tim multidisipliner di klinik kesehatan dan menjembatani antara klinik kesehatan dan komunitas lokal. Pelatihan ini tidak hanya berfokus pada kepatuhan dan pengobatan ARV saja tetapi juga membantu petugas dukungan agar terlibat dalam jaringan rujukan bekerja sama dengan perawat dan dokter sebagai bagian dari tim klinis serta berhubungan dengan pasien di klinik, komunitas dan rumah-rumah. Hampir semua petugas dukungan kepatuhan adalah ODHA yang sudah memakai pengobatan ARV. petugas dukungan kepatuhan pengobatan ini bekerja sebagai relawan sedikitnya 20 jam dalam seminggu dan menerima uang transport sebesar \$25 US per bulan . petugas ini bertugas dua hari di klinik dan satu hari di komunitas sekitarnya, tempat mereka mengunjungi pasien untuk mendukung kepatuhan terhadap pengobatan dan melacak yang mangkir serta mencoba mengajak mereka untuk kembali berobat.

The International Center for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP) menemukan bahwa tingkat mangkir bersamaan dengan kurangnya kepekaan komunitas mengenai kebutuhan kepatuhan. Stigma dan keengganan membuka status juga turut berperan, kendala lainnya adalah karena kurangnya transportasi ke klinik. Untuk meningkatkan ketahanan dalam perawatan dan kepatuhan terhadap pengobatan , klinik ICAP mengambil langkah sebagai berikut :

1. Mendorong konseling berbasis keluarga untuk mendorong tes HIV dan pengungkapan status.

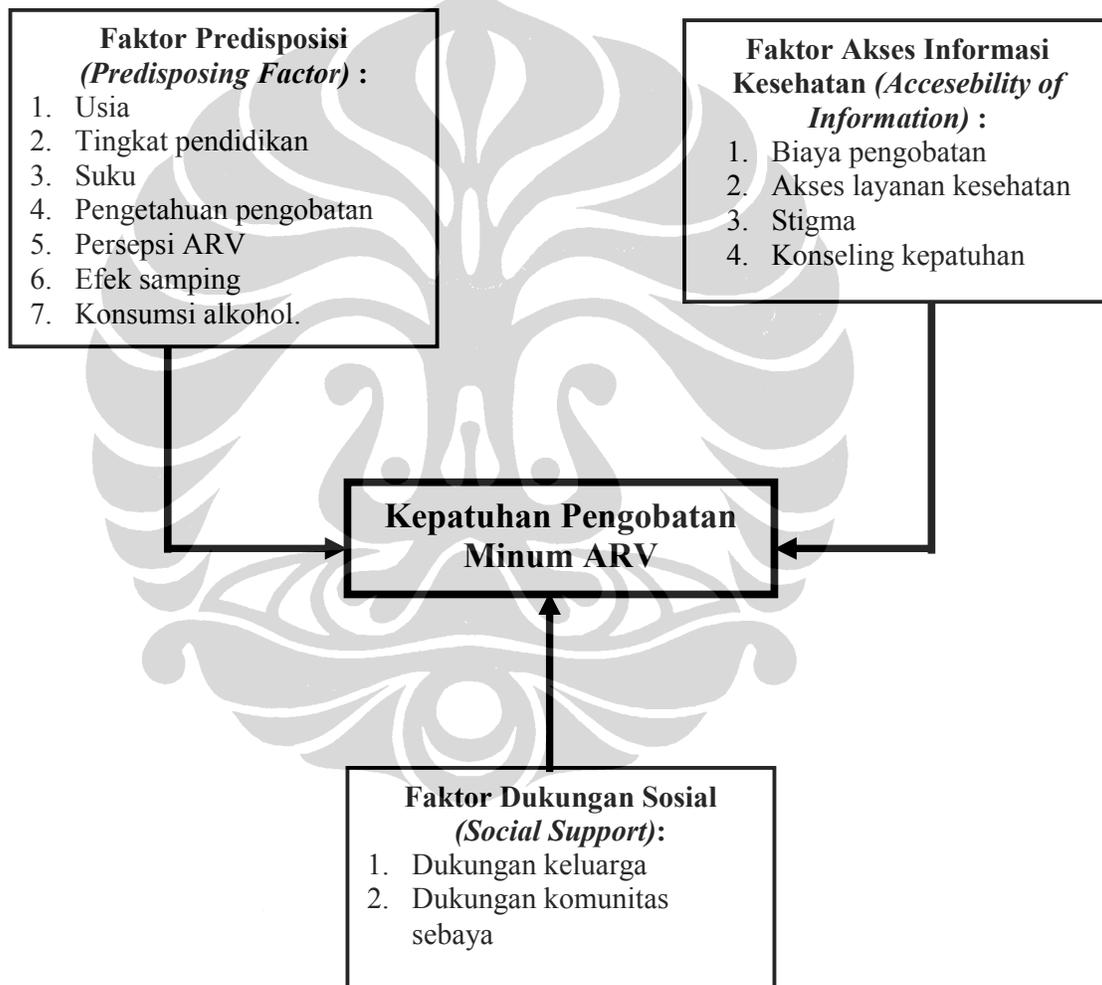
2. Menyediakan transportasi dari pusat kesehatan di desa ke klinik ARV dengan tingkat mangkir yang tinggi. Dan juga menyiapkan klinik satelite di pusat kesehatan lokal.
3. Pasien dengan riwayat kepatuhan sangat baik diizinkan untuk mengambil obat tiga bulan daripada harus kembali setiap bulan.
4. Kampanye lokal tentang pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan ARV. (Keith alcorn, 26 September 2007. <http://spritia.or.id>).



2.7. Kerangka Teori.

Berdasarkan teori penunjang maka disusun kerangka teori penelitian dengan pendekatan teori perilaku kesehatan menurut Green (1980), yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*) dan Kar (1983), yaitu akses informasi kesehatan (*accesebility of information*) dan faktor dukungan sosial (*social support*) sebagaimana gambar 2.1.

Gambar 2.1. Kerangka Teori Penelitian



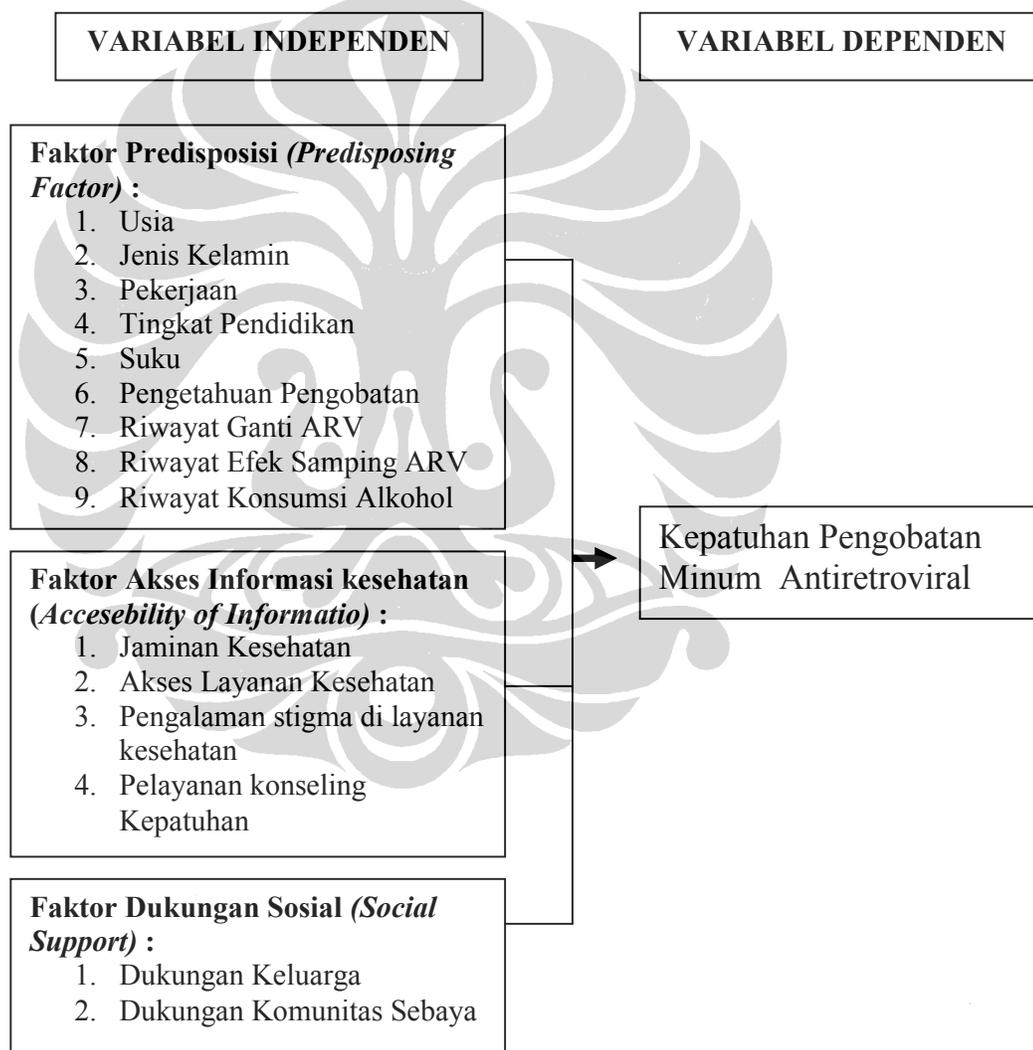
BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep.

Berdasarkan kerangka teori, maka faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan, maka disusun kerangka konsep variabel penelitian sebagaimana gambar 3.1. berikut ini.

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



3.2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Terdapat hubungan antara usia dengan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV.
2. Terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV.
3. Terdapat hubungan antara pekerjaan dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV.
4. Terdapat hubungan antara pendidikan dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV.
5. Terdapat hubungan antara suku dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV .
6. Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan pengobatan ARV dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV.
7. Terdapat hubungan antara riwayat ganti ARV dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV.
8. Terdapat hubungan antara riwayat efek samping obat ARV dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV.
9. Terdapat hubungan antara riwayat konsumsi alkohol dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV.
10. Terdapat hubungan antara kepemilikan jaminan kesehatan dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV.
11. Terdapat hubungan antara akses ke layanan kesehatan dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV.
12. Terdapat hubungan antara riwayat stigma dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV.
13. Terdapat hubungan antara layanan konseling kepatuhan dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV.
14. Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV.
15. Terdapat hubungan antara dukungan komunitas sebaya dengan kepatuhan minum ARV pada pasien HIV.

3.3. Definisi Operasional.

Definisi variabel penelitian sebagaimana pada tabel 3.1.

Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Penelitian

NO	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran	Skala
Variabel Dependen.				
1	Tingkat kepatuhan Pengobatan ARV	<p>Kepatuhan Baik adalah : Jumlah kombinasi obat ARV kurang dari 3 dosis yang tidak diminum dalam periode 30 hari ($\geq 95\%$). Kepatuhan Sedang, adalah jumlah kombinasi obat ARV antara 3 -12 dosis yang tidak diminum dalam periode 30 hari (80-95%). Kepatuhan rendah, adalah jumlah kombinasi obat ARV lebih dari 12 dosis yang tidak diminum dalam periode 30 hari ($< 80\%$) . (Depkes, 2007). Kategori patuh adalah tingkat kepatuhan minum ARV $\geq 80\%$ dan kategori tidak patuh adalah kepatuhan minum ARV $< 80\%$. Kategori ini diperoleh berdasarkan nilai tengah dari variabel dependen. Kepatuhan minum ARV $\geq 80\%$ sebagai kategori patuh karena perbedaan secara <i>virologi</i> sangat kecil antara kepatuhan 80% dan 95% atau tingkat kegagalan $< 10\%$ (Michael Carter, aidsmap.com, 7 November 2008. http://spiritia.or.id).</p> <p>Kepatuhan dalam penelitian ini terbatas dalam menghitung jumlah obat ARV dan tidak dibandingkan dengan</p>	<p>1 = Patuh (Tingkat Kepatuhan Sedang - Baik).</p> <p>0 = Tidak patuh (Tingkat Kepatuhan Rendah)</p>	Nominal
Variabel Indenden				
2	Usia	Jumlah tahun yang dihabiskan oleh responden dihitung sejak kelahiran sampai ulang tahun terakhir saat penelitian dilakukan. Berdasarkan nilai tengah dari usia responden maka <i>cut of point</i> yang diperoleh adalah usia 33 tahun	<p>1= ≥ 33 Tahun</p> <p>0= < 33 Tahun</p>	Nominal

		sehingga dibagi dalam dua kategori, yaitu : kategori kelompok usia ≥ 33 tahun dan < 33 tahun. Kepatuhan lebih baik pada pasien HIV dewasa tua (> 30 tahun) dibandingkan dengan pasien HIV dewasa muda (≤ 30 tahun) . Michael Carter, aidsmap.com , 10 September 2008. http://spiritia.or.id)		
3	Jenis kelamin	Jenis kelamin responden (gender) saat penelitian	1= Perempuan 0=Laki-laki	Nominal
4	Tingkat Pendidikan	Pendidikan terakhir yang ditamatkan oleh responden	1= Pendidikan Tinggi (SMA-Perguruan Tinggi). 0 =Pendidikan Rendah (Tidak Sekolah-SMP)	Nominal
5	Pekerjaan	Aktivitas utama yang dilakukan setiap hari oleh responden sampai penelitian ini dilaksanakan.	1= Tidak bekerja 0=bekerja	Nominal
6	Suku	Dalam penelitian ini suku terdiri dari atas 2(dua) kelompok, yaitu : Bukan/non suku Papua, yaitu responden yang bukan berasal dari garis keturunan suku Papua. Suku Papua, yaitu : responden yang berasal dari garis keturunan suku Papua.	1= Bukan Papua 0=Papua	Nominal

7	Pengetahuan Pengobatan ARV	<p>Kemampuan pengetahuan responden tentang pengobatan, yang meliputi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui sedang menjalani pengobatan ARV, 2. Pengetahuan akan jangka waktu pengobatan ARV 3. pengetahuan akan risiko akan resistensi obat, 4. pengetahuan khasiat ARV, 5. Pengetahuan tentang risiko terlambat minum obat dapat menyebabkan replikasi virus 6. pengetahuan risiko terlambat minum ARV akan berlanjut ke stadium AIDS, 7. keyakinan ARV dapat menurunkan kesakitan dan kematian akibat AIDS 8. Pengetahuan khasiat ARV dalam memulihkan daya tahan tubuh. 9. Keyakinan akan ARV dapat meningkatkan kekebalan tubuh. 10. Keyakinan bahwa membutuhkan pengobatan ARV saat ini. <p>Setiap jawaban yang benar diberikan skor 10 dan jawaban yang salah memperoleh skor 0</p>	<p>1= Pengetahuan baik (Skor $\geq 70 - 100$)</p> <p>0= Pengetahuan kurang (Skor < 70)</p>	Nominal
8	Riwayat Ganti ARV	<p>Salah satu kombinasi obat ARV (NRTI atau NNRTI) yang diganti atau <i>substitusi</i> karena alasan kepatuhan yang dipastikan dari catatan medis di rumah sakit.</p>	<p>1= Tidak pernah</p> <p>0= pernah</p>	Nominal
9	Riwayat Efek Samping Obat	<p>Pengalaman reaksi hipersensitivitas tubuh terhadap pengobatan ARV yang ditunjukkan dengan satu atau lebih gejala, seperti mual, mimpi buruk sakit kepala dan lain sebagainya yang dipastikan dari jawaban responden dan disesuaikan dengan catatan medis di rumah sakit.</p>	<p>1= Tidak Pernah</p> <p>0= Pernah</p>	Nominal
10	Riwayat Konsumsi	<p>Pengalaman responden meminum</p>	<p>1= Tidak Pernah</p>	Nominal

	Alkohol	minuman beralkohol/minuman keras dalam periode satu bulan terakhir berdasarkan jawaban responden.	0= Pernah	
11	Jaminan Kesehatan	Responden yang memiliki kartu jaminan kesehatan seperti : JAMKESMAS / JAMKESPA / JAMKESDA yang dipatikan berdasarkan jawaban responden dan catatan medis di rumah sakit	1= Memiliki Jaminan Kesehatan 0= Tidak Memiliki	Nominal
12	Akses Layanan Kesehatan	Jarak dalam satuan kilometer yang diperkirakan oleh pewawancara sesuai tempat tinggal responden dengan rumah sakit. Jarak < 20 kilometer diasumsikan mudah karena masih tersedia sarana transportasi. Sedangkan jarak ≥ 20 kilometer sangat sulit sarana transportasi.	1=Mudah (< 20 kilometer 0=Sulit (≥ 20 kilometer	Nominal
13	Pengalaman stigma di layanan kesehatan	Pengalaman atau pengakuan responden yang mendapat cap buruk oleh petugas kesehatan di unit layanan kesehatan terkait status HIV-nya	1= Tidak Pernah 0 = Pernah	
14	Pelayanan Konseling Kepatuhan	Pengalaman responden akan wawancara/diskusi mendalam yang dilakukan oleh petugas kesehatan pada saat responden berkunjung untuk mengambil / mengisi ulang obat ARV. Wawancara mendalam difokuskan pada kepatuhan minum obat, masalah yang dihadapi dalam pengobatan atau hal lainnya yang berhubungan kepatuhan pengobatan.	1=Ya (Selalu mendapat konseling 0= Tidak selalu (Kadang/Jarang/Tidak Pernah	Nominal
15.	Dukungan Keluarga	Responden yang status HIV-nya diketahui oleh keluarga atau pasangan dan responden mendapat dukungan dari keluarga /pasangan sebagai Pengawas Minum Obat (PMO)	1= Mendapat Dukungan 0= Tidak Mendapat Dukungan	Nominal
16	Dukungan komunitas sebaya	Responden yang mendapat dukungan dari kelompok komunitas sebaya ODHA, seperti menjadi PMO atau mendampingi ke layanan kesehatan.	1= Mendapat dukungan 0= Tidak Mendapat Dukungan	Nominal

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian.

Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional* atau yang disebut juga rancangan potong silang.

Rancangan *cross sectional* disebut juga sebagai studi epidemiologi karena mempelajari prevalensi, distribusi maupun hubungan penyakit dan paparan (faktor penelitian) dengan mengamati status paparan, penyakit atau karakteristik terkait kesehatan lainnya secara serentak pada individu-individu dari suatu populasi pada satu saat. Tujuan penelitian *cross sectional* adalah mengamati hubungan antara faktor risiko dengan akibat yang terjadi berupa penyakit atau keadaan kesehatan tertentu dalam waktu yang bersamaan, ditanya masalahnya (akibat) sekaligus penyebabnya (faktor risiko) (Abd Nasir, 2011).

Penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor akses informasi kesehatan (*accessibility of information*) dan faktor dukungan sosial (*social support*) dengan kepatuhan pengobatan minum ARV. pemilihan rancangan *cross sectional* karena relatif lebih mudah dan murah untuk dikerjakan dan sangat berguna untuk menemukan faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan dan juga dapat menghasilkan hipotesa baru.

4.2. Tempat dan Waktu Penelitian .

Penelitian ini dilakukan di kota Timika Kabupaten Mimika Provinsi Papua pada bulan April sampai Mei tahun 2012.

4.3. Populasi penelitian

Populasi adalah keseluruhan unit analisis yang karakteristiknya akan diduga. Anggota (unit) populasi disebut elemen populasi.(Arif Sumantri, 2011). Sehingga populasi dalam penelitian ini adalah 154 pasien HIV atau ODHA yang menerima pengobatan ARV di 2 (dua) rumah sakit rujukan ARV yang ditetapkan oleh Kemkes, yaitu: RS. Mitra Masyarakat dan RSUD Mimika.

4.4. Sampel Penelitian.

Sampel penelitian adalah pasien HIV yang menerima pengobatan ARV lini pertama dan mendapat penilaian kepatuhan minum obat ARV berturut-turut sejak bulan Januari – Maret 2012 dan memenuhi kriteria inklusi, yaitu

1. Pasien HIV yang sedang menjalani pengobatan ARV sekurang-kurangnya 1 bulan
2. Pasien HIV yang bersedia mengikuti penelitian.

Dan yang memenuhi kriteria eksklusi, yaitu :

1. Pasien HIV yang berdomisili di Distrik Tembagapura
2. Pasien HIV yang *drop out* pengobatan
3. Ibu Hamil HIV positif yang menjalani pengobatan ARV.
4. Pasien HIV dengan pengobatan ARV yang berusia < 14 Tahun.

Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi maka didapatkan 101 orang yang dimasukkan dalam kerangka sampel yang kemudian akan dipilih sebagai sampel.

4.5. Jumlah Sampel

Jumlah sampel dalam penelitian operasional ini menggunakan perhitungan sampel beda dua proporsi rancangan *cross sectional* menurut Kelsey, yaitu :

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \bar{p}(1 - \bar{p})(r + 1)}{(d^*)^2 r} \quad p_1 = p_0 RR \quad \bar{p} = \frac{p_1 + r p_0}{1 + r}$$

Keterangan :

- | | |
|----------------|---|
| n | = Jumlah Sampel yang diperlukan |
| $Z_{\alpha/2}$ | = 1,96 pada CI 95% |
| Z_{β} | = Kekuatan Uji = 0.842 |
| P_1 | = Proporsi responden yang patuh dan terpapar faktor risiko |
| P_0 | = Proporsi responden yang patuh dan tidak terpapar dengan faktor risiko |
| r | = Perbandingan antara P_0 dan P_1 |

Tabel 4.1. Perhitungan Besaran Sampel Penelitian.

Nb	Variabel Penelitian	r	R _{quis}	RR	P ₁	P ₀	P _{P0}	p _{Pada}	Z ₁₂	Z _β	Z _{1-α/2}	n ₁	n ₂	n _{total}	Referensi
1	Faktor Usia	100	0,62	0,16	0,092	0,62	-0,528	0,356	1,96	0,82	7,35224	13	13	27	TreeStat, 2011
2	Faktor Jenis Kelamin	100	0,62	18	1,116	0,62	0,496	0,668	1,96	0,82	7,35224	7	7	15	TreeStat, 2017
3	Faktor Pekerjaan	100	0,62	0,37	0,294	0,62	-0,306	0,427	1,96	0,82	7,35224	25	25	50	FRAsns
4	Faktor Tingkat Pendidikan	100	0,62	0,44	0,278	0,62	-0,342	0,484	1,96	0,82	7,35224	32	32	64	FRAsns
5	Faktor Suku	100	0,62	15	0,93	0,62	0,31	0,75	1,96	0,82	7,35224	28	28	57	FRAsns
6	Faktor Pengetahuan Pengobatan	100	0,62	0,12	0,044	0,62	-0,466	0,342	1,96	0,82	7,35224	12	12	24	FerdicUla, 2012
7	Faktor Riwayat Gali ARV	100	0,62	15	0,93	0,62	0,31	0,75	1,96	0,82	7,35224	28	28	57	FRAsns
8	Faktor Efek Samping ARV	100	0,62	0,42	0,264	0,62	-0,356	0,402	1,96	0,82	7,35224	30	30	60	Oki Faradinda, 2010
9	Faktor Konsumsi Alkohol	100	0,62	0,47	0,294	0,62	-0,386	0,457	1,96	0,82	7,35224	37	37	74	Nitrat Gates, 2019
10	Faktor Jaminan Kesehatan	100	0,62	0,47	0,294	0,62	-0,386	0,457	1,96	0,82	7,35224	37	37	74	TreeStat, 2017
11	Faktor Akses Layanan Kesehatan	100	0,62	15	0,93	0,62	0,31	0,75	1,96	0,82	7,35224	28	28	57	TreeStat, 2017
12	Faktor Pengetahuan Signad Layanan	100	0,62	15	0,93	0,62	0,31	0,75	1,96	0,82	7,35224	28	28	57	FRAsns
13	Faktor Kelelahan	100	0,62	0,46	0,282	0,62	-0,348	0,456	1,96	0,82	7,35224	35	35	69	TreeStat, 2011
14	Faktor Dukungan Keluarga	100	0,62	15	0,93	0,62	0,31	0,75	1,96	0,82	7,35224	28	28	57	FRAsns
15	Faktor Dukungan Komunitas	100	0,62	0,33	0,206	0,62	-0,454	0,423	1,96	0,82	7,35224	22	22	44	FerdicUla, 2012

Berdasarkan tabel 4.1. maka jumlah sampel yang terpilih adalah hasil perhitungan sampel terbesar sebagaimana pada kolom n_{Total} . Hasil perhitungan sampel terbesar, yaitu : hasil n total pada variabel faktor konsumsi alkohol dan faktor jaminan kesehatan, sebesar : 74 sampel atau responden.

74 responden yang terpilih ini berasal dari 101 responden yang dijadikan sebagai kerangka sampel dan telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

4.6. Pengambilan Sampel.

Pengambilan sampel atau sampling dilakukan acak secara sederhana atau *simple random sampling*. Menurut Arif Sumantri (2011), penarikan sampel acak secara sederhana dilakukan jika populasi tidak banyak variasinya dan secara geografis tidak terlalu menyebar dan perlu tersedia daftar populasi. Pengambilan sampel dapat dilakukan dengan cara : undian, memakai tabel bilangan random atau memakai paket komputer.

Pada penelitian ini dibuat daftar populasi pasien HIV yang sedang menerima pengobatan ARV di RS. Mitra Masyarakat dan RSUD Mimika yang tercatat dalam kohort perawatan HIV - ART dan mendapat penilaian kepatuhan minum ARV berturut-turut dalam periode Januari hingga Maret 2012.

Berdasarkan daftar populasi dari 154 pasien HIV yang ada maka dilakukan seleksi untuk memperoleh kerangka sampel sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Berdasarkan hasil seleksi maka diperoleh 101 pasien HIV yang akan dipilih sebagai sampel. Semua responden yang telah dimasukkan dalam kerangka sampel, nama-namanya dibuat dalam bentuk undian untuk dipilih secara acak sederhana. Dengan dilakukannya cara ini maka semua responden mempunyai peluang yang sama untuk terpilih sebagai sampel.

Pengundian dilakukan hingga mendapat jumlah yang sesuai dengan perhitungan sampel, yaitu 74 responden. Berdasarkan hasil pemilihan sampel diperoleh 59 responden (80%) dari RS. Mitra Masyarakat dan 15 responden (20%) dari RSUD Mimika.

4.7. Pengumpulan Data.

Data dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari hasil wawancara mendalam dengan responden sesuai kuisisioner penelitian yang tersedia. Kuisisioner ini sebelum digunakan terlebih dahulu dilakukan uji reabilitas dan validitas. Kuisisioner yang digunakan mempertimbangkan etika penelitian (*ethical clearance*) sehingga disediakan lembar persetujuan dengan tidak mencantumkan nama responden atau *unlinked anonymous*. Untuk melakukan wawancara dengan responden maka dilakukan kunjungan lapangan, yaitu tempat tinggal responden dan/atau pada saat responden berkunjung ke rumah sakit dalam rangka pengisian ulang obat ARV.

Agar dapat bertemu dengan responden maka pewawancara difasilitasi oleh anggota kelompok dukungan sebaya ODHA maupun petugas rumah sakit. Nama-nama responden dalam penelitian ini diperoleh atas persetujuan pihak rumah sakit dan responden. Semua responden sebelum diwawancarai maka pewawancara mempunyai kewajiban untuk memperkenalkan diri, kemudian menjelaskan maksud dan tujuan penelitian selanjutnya menanyakan kesediaan responden untuk diikutsertakan dalam penelitian.

Setiap responden yang bersedia wajib untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) atau memberi cap jempol bagi responden yang melek tidak dapat menulis.

Agar mengetahui kepatuhan minum ARV maka selain wawancara, dilakukan juga perhitungan obat ARV yang dicocokkan dengan kartu pengobatan ARV yang dimiliki oleh responden dan catatan medis responden yang berada di rumah sakit.

Untuk data sekunder diperoleh dari data kohor perawatan HIV-ART yang ada pada rumah sakit dan catatan medis responden yang ada pada rumah sakit dengan tujuan untuk menyesuaikan data dari responden seperti : jenis dan jumlah ARV yang diterima sebelum penelitian dilakukan, riwayat kunjungan terakhir responden ke layanan kesehatan, periode waktu responden menjalani pengobatan, riwayat efek samping, riwayat ganti ARV, riwayat kepatuhan dalam tiga bulan terakhir serta data lainnya yang diperlukan.

4.8. Pengolahan Data.

Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan komputer yang dilengkapi dengan perangkat lunak *stata SE versi 10*, melalui tahapan sebagai berikut :

1. Mengedit data dengan tujuan mengoreksi jawaban responden sehingga terdapat data yang salah ataupun kurang segera dilengkapi.
2. Melakukan pengkodean terhadap variabel yang akan diteliti supaya mempermudah analisis data dan mempercepat pengisian memasukan data.
3. Setelah melakukan pengkodean data, langkah selanjutnya adalah memasukan data dalam lembar kerja komputer.
4. Pembersihan data dengan tujuan untuk mencegah kesalahan yang mungkin terjadi dalam hal ini tidak diikutsertakan nilai hilang (*missing value*) dalam analisis dan data yang tidak sesuai atau di luar *range* penelitian tidak diikutsertakan dalam analisis.
5. Setelah pembersihan data maka dilanjutkan dengan mentabulasi data , yaitu mengelompokkan data sesuai dengan variabel yang diteliti untuk dianalisa.

4.9. Analisa Data.

Setelah pengolahan data dilakukan, selanjutnya dilakukan analisa data meliputi : analisa univariat, yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian, berupa distribusi frekwensi dan proporsi dari variabel independen dan variabel dependen.

Setelah analisa univariat dilakukan, maka dilanjutkan dengan analisa bivariat menggunakan uji statistik *Chi Square* tujuannya agar mengetahui hubungan atau antara variabel independen dan dependen. Dalam analisa bivariat ini dilakukan beberapa tahapan, meliputi : tahapan pertama, yaitu : melakukan analisa proporsi untuk membandingkan distribusi silang antara variabel independen dan dependen. Tahapan kedua, adalah analisa hubungan secara uji statistik. Jika terdapat hubungan bermakna ditandai dengan nilai $p < 0,05$ dan tidak terdapat hubungan bermakna ditandai dengan nilai $p > 0,05$. Tahapan ketiga atau tahapan terakhir dari analisa bivariat yaitu : melakukan analisa terhadap kuatnya hubungan atau keeratan antara variabel independen dan variabel dependen. Kuatnya hubungan antara dua variabel ini dengan melihat nilai *Odds Ratio* (OR).

Analisa terakhir, yaitu : analisa multivariat dengan tujuan untuk menentukan besar dan kuatnya hubungan antara variabel independen dan variabel dependen serta melihat variabel yang dominan pada model akhir sekaligus menentukan probabilitas dari variabel dependen dalam hal ini kepatuhan pengobatan minum ARV. Untuk melakukan analisa multivariat maka digunakan uji regresi logistik yang berguna sebagai model prediksi.

Agar diperoleh model regresi yang mampu menjelaskan hubungan antara variabel independen dan dependen maka dilakukan langkah-langkah sebagai berikut : menentukan model awal dengan melakukan seleksi terhadap dari hasil analisa bivariat. Jika pada hasil analisa bivariat faktor dari variabel independen memiliki nilai $p \leq 0,25$ maka variabel tersebut dimasukkan sebagai model awal.

Memilih variabel yang dianggap penting untuk masuk sebagai model, dengan cara mempertahankan variabel independen yang mempunyai nilai $p \leq 0,05$ dan mengeluarkan variabel independen yang nilai $p > 0,05$ menggunakan metode *backward elimination* dengan memakai uji Log LR test (Likelihood Ratio). pengeluaran variabel dengan nilai $p > 0,05$ dilakuakn tidak serentak, namun

secara bertahap dimulai dari variabel dengan nilai p terbesar. Pengeluaran variabel independen dilakukan sampai semua variabel mempunyai nilai $p < 0,05$. Hasil yang diperoleh adalah model akhir.

Penentuan variabel yang mempunyai hubungan bermakna berdasarkan nilai p terkecil ($p < 0,05$) dan kuatnya hubungan berdasarkan nilai OR. Variabel dengan nilai OR > 1 diinterpretasikan sebagai faktor yang mempunyai hubungan dalam meningkatkan risiko kepatuhan minum ARV, sedangkan variabel dengan nilai OR = 1 diinterpretasikan sebagai variabel yang tidak mempunyai hubungan dalam meningkatkan risiko kepatuhan minum ARV dan jika nilai OR < 1 maka diinterpretasikan bahwa faktor tersebut memberikan efek proteksi atau menurunkan risiko terhadap kepatuhan pengobatan minum ARV.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Pelaksanaan Penelitian.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April – Mei tahun 2012 dengan daerah penelitian adalah Kota Timika, Kabupaten Mimika-Provinsi Papua. Jumlah sampel atau responden dalam penelitian ini sebanyak 74 orang yang dipilih secara acak sederhana.

Agar kegiatan penelitian dapat dilakukan maka direkrut 8 orang dan dibentuk tim. Tim ini terdiri dari 6 (enam) orang pewawancara dan 2 (orang) yang memfasilitasi (fasilitator) pewawancara dengan responden. Menurut jumlah dan instansi pewawancara dapat dirinci sebagai berikut : 3 (tiga) orang pewawancara berasal Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Mimika, 1 (satu) orang pewawancara dari Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika, 1 (satu) orang pewawancara Rumah Sakit Mitra Masyarakat dan 1(satu) orang pewawancara dari RSUD Mimika. sedangkan 2 (dua) orang merupakan anggota kelompok dukungan sebaya ODHA.

Enam orang pewawancara terlebih dahulu dilatih untuk menggunakan kuisisioner, seperti cara memperkenalkan diri, cara menjelaskan dan meyakinkan responden bahwa informasi yang diperoleh bersifat rahasia, menyampaikan pertanyaan dengan bahasa yang sederhana namun tetap pada substansi, cara menginterpretasi jawaban yang disampaikan oleh responden dan cara memasukan jawaban ke kuisisioner.

Setelah pelatihan, dilanjutkan dengan pertemuan antara pewawancara dengan pihak rumah sakit. Pertemuan ini bertujuan untuk menyamakan persepsi tentang kerahasiaan terhadap status pasien, cara menghitung obat ARV, memperkenalkan jenis ARV dan cara menghitung obat. Hal ini lebih ditujukan kepada pewawancara yang tidak bekerja di rumah sakit.

Selanjutnya melakukan pertemuan dengan anggota kelompok dukungan sebaya ODHA termasuk merekrut dua anggota kelompok yang bertugas untuk memfasilitasi responden dengan pewawancara. Dalam pertemuan ini juga

disepakati jadwal kegiatan, pembentukan kelompok kecil untuk kunjungan lapangan berdasarkan wilayah.

Untuk memperoleh data primer maka dilakukan kunjungan ke rumah atau tempat tinggal responden yang difasilitasi oleh anggota kelompok sebaya ODHA sesuai jadwal kegiatan. Jika responden yang terpilih sebagai sampel dalam masa penelitian melakukan kunjungan ke rumah sakit maka pengumpulan datanya dilakukan di rumah sakit.

Seluruh responden yang dijumpai akan diminta kesediaannya secara sukarela agar dapat melepas informasi serta dapat memberikan keterangan terkait data yang dibutuhkan. Untuk tahapan ini pewawancara dibantu oleh anggota kelompok dukungan sebaya ODHA. Pengumpulan data primer melalui wawancara dilakukan sesuai prosedur sebagaimana dijelaskan pada Bab metodologi penelitian ini dengan mengutamakan kerahasiaan dan persetujuan responden yang dibuktikan dengan tanda tangan atau cap jempol dari responden dan tanda tangan dari pewawancara sebagaimana yang terdapat dalam kuisisioner. Hasil yang diperoleh dari kesediaan responden menunjukkan bahwa seluruh bersedia secara sukarela untuk memberikan informasi terkait pertanyaan penelitian.

Substansi pertanyaan dari kuisisioner, memuat tentang karakteristik responden, seperti umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status maupun alamat. Selain itu ditanyakan pula tentang beberapa hal pokok, antara lain : penilaian kepatuhan yang dibuktikan dengan perhitungan obat berdasarkan jumlah obat yang ditunjukkan oleh responden dan dicocokkan dengan kartu pengobatan ARV. pertanyaan lainnya berhubungan dengan pengetahuan tentang pengobatan ARV, faktor akses informasi kesehatan, serta dukungan sosial.

Pengumpulan data sekunder pada tahapan pengumpulan data lebih dikhususkan pada konfirmasi riwayat pengobatan responden, antara lain : jenis obat, riwayat ganti ARV, riwayat efek samping, waktu mulai pengobatan dan penilaian kepatuhan yang dilakukan oleh rumah sakit dalam tiga bulan terakhir.

Data-data yang telah dikumpulkan, diolah menggunakan perangkat lunak *Stata SE* versi 10 yang selanjutnya dilakukan analisa univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi dalam bentuk nilai absolut dan proporsi terhadap variabel

penelitian, kemudian dilanjutkan dengan analisa bivariat menggunakan *uji Chi Square* untuk mengetahui hubungan antara variabel indenpenden dan variabel dependen serta itu dilanjutkan dengan multivariat dengan menggunakan *uji regresi logistik* model prediksi.

5.2. Analisa Univariat.

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian, berupa distribusi frekwensi dan proporsi dari variabel indenpenden dan variabel dependen.

5.2.1. Analisa Univariat Variabel Dependen.

Analisa univariat terhadap variabel dependen tentang distribusi frekuensi terhadap tingkat kepatuhan pengobatan ARV responden yang ditunjukkan dalam tabel. 5.1. berikut ini:

Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Kepatuhan Pengobatan

No	Variabel Dependen	Frekuensi (n=74)	%
1	Kepatuhan \geq 80 %	33	44.59
2	Kepatuhan < 80%	41	55.41

Tabel 5.1. memberikan gambaran bahwa proporsi responden yang patuh (kepatuhan sedang – baik) sebanyak 33 orang atau 44.59% dan proporsi responden yang tidak patuh berjumlah 41 orang (55.41%). Rata-rata responden menurut tingkat kepatuhan minum ARV adalah tingkat kepatuhan sedang (80-95%). Sedangkan jika dirinci tingkat kepatuhan seluruh responden maka memberikan gambaran bahwa proporsi responden dengan kepatuhan baik (\geq 95%), sebanyak 23 orang (31.05%) , proporsi kepatuhan sedang (80-95%), adalah 10 orang (13.51%) dan proporsi responden yang tidak patuh, adalah 41 orang (55.41%). sebagaimana kategori variabel dependen menunjukkan proporsi responden yang patuh dan tidak patuh terdistribusi normal. Sedangkan rincian tingkat kepatuhan responden memberikan gambaran bahwa responden yang tidak patuh 4 kali lebih banyak dari responden dengan tingkat kepatuhan sedang dan 1.7 kali lebih banyak dari responden dengan tingkat kepatuhan baik.

Adapun gambaran kombinasi obat ARV yang diterima responden saat penelitian dapat ditunjukkan dalam tabel 5.2. berikut ini :

Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Pengobatan Rejimen ARV

Kombinasi ARV Lini Pertama	N =74	%
AZT + 3TC + EFV	28	37.84
AZT + 3TC + NVP	33	44.59
d4T + 3TC + EFV	7	9.46
d4T + 3TC + NVP	6	8.11

Tabel 5.2. menunjukkan bahwa hampir separuh responden menerima pengobatan ARV kombinasi AZT+3TC+NVP sebanyak 44.59%, AZT+3TC+EFV sebanyak : 37.84%, d4T+3TC+EFV sebanyak : 9.46% dan d4T+3TC+NVP sebanyak : 8.11%. Data ini menunjukkan bahwa semua responden menerima pengobatan ARV lini pertama.

5.2.2. Analisa Univariat Variabel Independen.

Distribusi frekuensi dari variabel independen sesuai hasil analisa univariat dapat ditunjukkan sebagaimana tabel 5.2. di bawah ini :

5.2.2.1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*).

Hasil analisa univariat terhadap faktor predisposisi bertujuan agar dapat mengetahui distribusi frekuensi dan proporsi sebagaimana yang terdapat pada tabel 5.3.

Tabel.5.3. Hasil Analisa Univariat Faktor predisposisi

NO	Variabel Independen	Frekuensi	
		N=74	%
1	Kelompok Usia : Tua Muda	37	50
		37	50
2	Jenis Kelamin Perempuan Laki-Laki	47	63.51
		27	36.49
3	Pekerjaan : Tidak Bekerja Bekerja	55	74.32
		19	25.68
4	Tingkat Pendidikan : Pendidikan Tinggi Pendidikan Rendah	28	37.84
		46	62.16
5	Suku : Bukan Papua Papua	30	40.54
		44	59.46
6	Pengetahuan Pengobatan : Pengetahuan Baik Pengetahuan Kurang	55	74.32
		19	25.68
7	Riwayat Ganti ARV : Tidak Pernah Pernah	57	77.03
		17	22.97
8	Riwayat Efek Samping Obat : Tidak Pernah Pernah	35	47.30
		39	52.70
9	Riwayat Konsumsi Alkohol : Tidak Pernah Pernah	64	86.49
		10	13.51

5.2.2.1.1. Kelompok Usia

Usia termuda responden dalam penelitian ini adalah 19 tahun dan usia tertua responden adalah 57 tahun . Hal ini berarti usia responden telah memenuhi kriteria eksklusi. Nilai tengah usia responden adalah 33 tahun dengan rata-rata usia adalah 33,7 tahun. Berdasarkan nilai tengah usia responden maka dibuat kategori kelompok usia yang terdiri dari kelompok usia ≥ 33 tahun dan kelompok usia < 33 tahun . Dengan pengelompokan usia ini sehingga menunjukkan kelompok usia terdistribusi normal yaitu kelompok usia ≥ 33 tahun berjumlah : 37 orang (50%) dan kelompok usia < 33 tahun berjumlah 37 orang (50%).

5.2.2.1.2. Jenis kelamin.

Distribusi responden menurut jenis kelamin memberikan gambaran bahwa jumlah responden perempuan adalah 47 orang (63.51%) dan responden laki-laki adalah 27 orang (36.49%). Berdasarkan distribusi responden menurut jenis kelamin memberikan gambaran bahwa jumlah responden perempuan 2 kali lebih banyak dari responden laki-laki.

5.2.2.1.3. Pekerjaan.

Distribusi responden menurut pekerjaan, memberikan gambaran bahwa responden yang tidak bekerja berjumlah 55 orang (74.32%) dan responden yang bekerja berjumlah 19 orang (25.68%). Data ini menunjukkan bahwa jumlah responden yang tidak bekerja 3 kali dari responden yang bekerja. Data responden yang bekerja sebanyak 19 orang, terdiri dari responden yang bekerja sebagai pegawai negeri sipil (PNS) sebanyak 3 orang, anggota TNI/POLRI sebanyak 2 orang dan wiraswasta sebanyak : 14 orang.

5.2.2.1.4. Tingkat Pendidikan.

Menurut tingkat pendidikan maka dibagi dua kategori yaitu pendidikan rendah dan pendidikan tinggi. Tabel 5.3. menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan tinggi 28 orang (37.84%) dan tingkat pendidikan rendah sebanyak 46 orang (62.16%). Adapun rincian responden menurut pendidikan yang ditamatkan ditunjukkan pada tabel 5.4.

Tabel.5.4. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

NO	Pendidikan	Frekuensi (N=74)	%
1	Tidak sekolah	18	24.32
2	Tingkat Pendidikan SD	12	16.22
3	Tingkat Pendidikan SMP	16	21.62
4	Tingkat Pendidikan SMA	26	35.14
5	Perguruan Tinggi	2	2.70

Tabel 5.4. menunjukkan bahwa responden yang tidak sekolah termasuk tidak menamatkan Sekolah Dasar (SD) sebanyak 18 orang (24.32%) dan tingkat pendidikan tertinggi yang meliputi pendidikan diploma dan strata satu berjumlah 2 orang (2.70%). Rata-rata pendidikan responden adalah menamatkan SMA sama halnya juga dengan nilai tengahnya. Berdasarkan nilai tengah maka tingkat pendidikan responden terbagi menjadi dua kategori, yaitu : pendidikan rendah yang mencakup responden yang tidak sekolah hingga tingkat pendidikan SMP dan pendidikan tinggi mencakup responden yang menamatkan tingkat pendidikan SMA dan perguruan tinggi.

5.2.2.1.5. Suku

Distribusi frekuensi responden menurut suku, menunjukkan bahwa 30 orang (40.54%) responden secara garis keturunan bukan berasal dari suku Papua dan 44 (59.46%) orang responden berasal dari garis keturunan suku Papua. Variabel suku dimasukkan sebagai salah satu variabel penelitian dengan tujuan dapat memperoleh informasi dan kemudian dapat dijadikan informasi terkait intervensi peningkatan pengetahuan berbasis sosial budaya.

5.2.2.1.6. Pengetahuan Pengobatan.

Frekuensi responden dengan pengetahuan pengobatan baik berjumlah 55 orang (74.32%) dan pengetahuan pengobatan kurang sebanyak 19 orang (25.68%). Berdasarkan proporsi ini menunjukkan bahwa rasio responden berpendidikan baik tentang pengobatan 3 kali lebih banyak dibanding responden dengan pengetahuan kurang. Ukuran pengetahuan responden terhadap pengobatan ARV dapat ditunjukkan pada tabel 5.5. berikut ini :

Tabel. 5.5. Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Pengobatan ARV

NO	PERSEPSI RESPONDEN TENTANG PENGOBATAN ARV	KATEGORI	N=74	%
1	Responden mengetahui sedang menerima pengobatan ARV	Tahu	65	87.84
		Tidak Tahu	9	12.16
2	Responden mengetahui jangka waktu pengobatan ARV	Tahu	57	77.03
		Tidak Tahu	17	22.97
3	Terjadi Resisten obat ARV jika minum ARV tidak teratur	Setuju	45	60.81
		Tidak Setuju	29	39.19
4	Khasiat ARV akan berkurang jika minum ARV tidak sesuai dosis	Tahu	48	64.86
		Tidak tahu	26	35.14
5	Risiko terjadi replikasi HIV jika ARV diminum tidak tepat waktu	Setuju	43	58.11
		Tidak Setuju	30	40.54
		Tidak Tahu	1	1.35
6	Salah satu risiko tidak patuh minum obat akan berlanjut ke stadium AIDS	Setuju	34	45.95
		Tidak Setuju	25	33.78
		Tidak Tahu	15	20.27
7	Keyakinan bahwa obat ARV dapat menurunkan risiko kesakitan dan kematian	Yakin	45	60.81
		Tidak Tahu	23	31.08
8	Keyakinan bahwa ARV dapat memulihkan sistem kekebalan tubuh	Yakin	36	48.65
		Tidak Yakin	3	4.05
		Tidak Tahu	35	47.30
9	Keyakinan bahwa ARV dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh	Yakin	39	52.70
		Tidak Yakin	1	1.35
		Tidak Tahu	34	45.95
10	Kebutuhan responden akan pengobatan ARV	Membutuhkan	73	98.65
		Tidak Membutuhkan	1	1.35

Tabel 5.5. memberikan gambaran bahwa proporsi terendah pengetahuan responden terhadap pengobatan sebesar 1.35%, yaitu masing-masing satu orang responden yang tidak tahu risiko terjadinya replikasi HIV jika ARV diminum tidak tepat waktu dan responden merasa tidak membutuhkan pengobatan ARV. Sedangkan proporsi tertinggi tentang pengetahuan pengobatan yaitu 73 responden (98.65%) dimana responden merasa membutuhkan pengobatan ARV. Berdasarkan hasil skoring menunjukkan nilai tengah pengetahuan responden tentang pengobatan ARV adalah 70 dengan nilai rata-rata adalah 65.5. dengan merujuk dari nilai tengah inilah maka variabel pengetahuan pengobatan dikategorikan menjadi dua bagian yaitu kategori pengetahuan tinggi dengan skoring ≥ 70 dan pengetahuan kurang dengan skoring < 70 .

5.2.2.1.7. Riwayat Ganti ARV.

Sebagaimana definisi operasional variabel penelitian yang dimaksudkan dengan riwayat ganti ARV adalah jika responden mengaku bahwa pernah mengganti salah satu kombinasi ARV baik NRTI atau NNRTI dalam rejimen pengobatan yang sama. Pergantian ini juga disebut dengan substitusi. Tabel 5.3. menunjukkan bahwa 57 (74.32%) orang responden mengaku tidak pernah mengganti salah satu rejimen ARV dan 17 orang (22.97%) pernah mengganti rejimen ARV. Berdasarkan data-data yang dikumpulkan Alasan utama dari 17 orang responden yang pernah mendapat substitusi, adalah karena efek samping obat ARV sebanyak 13 orang (76.47%) dan karena kehamilan sebanyak 4 orang (23.53%). Dengan adanya data riwayat ganti ARV memberikan makna bahwa responden yang tidak pernah mengganti ARV 3 kali lebih banyak dari responden yang pernah mengganti ARV dan alasan ganti ARV karena efek samping 3 kali lebih banyak dari pada alasan kehamilan.

5.2.2.1.8. Riwayat Efek Samping Obat ARV.

Distribusi responden yang tidak pernah mengalami efek samping obat ARV dan yang pernah mengalami efek samping obat ARV hampir sama banyak. Hal ini dapat dilihat dari jumlah responden yang tidak pernah mengalami efek

samping obat berjumlah 35 orang (47.30%) dan yang pernah mengalami efek samping obat ARV sebanyak 39 orang (52.70%).

Dari 39 orang responden yang pernah mengalami efek samping hanya 14 orang (36%) mengetahui jika reaksi efek samping obat sedangkan 25 orang (64%) tidak mengetahui. Efek samping yang paling banyak dialami oleh responden adalah sakit kepala, berjumlah 12 orang, mual sebanyak 9 orang, rasa ngantuk berlebihan sebanyak 6 orang dan sisanya sebanyak 11 orang mengalami muntah, gatal mimpi buruk diare, susah tidur, mudah lupa, dan nafsu makan berkurang. Sedangkan lamanya efek samping yang dialami 18 orang (46.15%) dari 39 orang adalah kurang dari dua minggu masa awal pengobatan, 12 orang (30.77%) mengaku lebih dua minggu masa awal pengobatan ARV dan 9 orang (23.08) mengaku mengalami efek samping obat ARV dua minggu setelah masa pengobatan.

5.2.2.1.9. Riwayat Konsumsi Alkohol.

Riwayat konsumsi alkohol menjadi salah satu faktor dari variabel independen yang diukur mengingat beberapa hasil survey yang telah dilakukan seperti riset kesehatan dasar dan survei terpadu HIV dan perilaku di Papua menunjukkan bahwa perilaku kesehatan di Provinsi Papua mempunyai hubungan dengan perilaku konsumsi minuman beralkohol. Pada penelitian ini sebagaimana tabel 5.3. menunjukkan bahwa dari 74 responden 64 orang responden (86.49%) mengaku tidak pernah mengkonsumsi minuman beralkohol dalam satu bulan terakhir dan 10 orang responden (13.51%) mengaku pernah mengkonsumsi minuman beralkohol dalam satu bulan terakhir. Data ini menunjukkan bahwa responden yang tidak pernah mengkonsumsi alkohol dalam satu bulan terakhir, 6 kali lebih banyak dari responden yang mengkonsumsi alkohol dalam satu bulan terakhir. Dari 10 orang yang mengkonsumsi alkohol dan juga meminum obat ARV 3 orang diantaranya mengkonsumsi alkohol dalam 2 minggu terakhir.

Proporsi responden yang mengkonsumsi alkohol menurut jenis kelamin adalah responden laki-laki dan perempuan masing-masing 50%. Sedangkan menurut pekerjaan menunjukkan responden yang mengkonsumsi minuman alkohol

dan juga meminum obat ARV , masing-masing adalah ibu rumah tangga, pria pekerja tidak tetap, anggota TNI/POLRI dan wanita pekerja seks.

7 orang (70%) dari 10 orang yang meminum alkohol dalam satu bulan terakhir mengaku tidak minum ARV jika sedang mengonsumsi alkohol sedangkan 3 orang (30%) mengaku tetap meminum ARV meskipun mengonsumsi alkohol.

5.2.2.2. Faktor Akses Informasi Kesehatan (*Accesibility of Information*).

Hasil analisa univariat faktor akses informasi kesehatan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan proporsi ditunjukkan sebagaimana tabel 5.6.berikut ini.

Tabel.5.6. Hasil Analisa Univariat Faktor Akses Informasi Kesehatan

NO	Variabel Independen	Frekuensi	
		N=74	%
1	Jaminan Kesehatan :		
	Memiliki Jaminan Kesehatan	42	56.76
	Tidak Memiliki Jaminan Kesehatan	32	43.24
2	Akses Layanan Kesehatan :		
	Mudah	39	52.70
	Sulit	35	47.30
3	Pengalaman Stigma di Layanan Kesehatan :		
	Tidak Pernah	69	93.24
	Pernah	5	6.76
4	Pelayanan Konseling Kepatuhan :		
	Mendapat Layanan Konseling Kepatuhan	23	31.08
	Tidak mendapat Layanan Konseling Kepatuhan	51	68.92

Hasil analisa univariat faktor akses informasi kesehatan dari variabel independen dapat dirinci sebagai berikut :

5.2.2.2.1. Jaminan Kesehatan

Faktor jaminan kesehatan memberikan gambaran bahwa 42 orang responden (56.76%) memiliki jaminan kesehatan sedangkan 32 (43.24%) orang responden tidak memiliki jaminan kesehatan.

Menurut jenis jaminan kesehatan yang dimiliki oleh 42 orang responden menggambarkan bahwa 2 orang responden (4.76%) memiliki Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS), 5 orang responden (11.90%) memiliki Jaminan

Kesehatan Papua (JAMKESPA) dan 36 orang responden (85.71%) memiliki jaminan kesehatan dari Lembaga Pengembangan Masyarakat Amungme Kamoro (LPMAM). Kepemilikan jaminan kesehatan menurut suku memberikan gambaran bahwa 44 orang responden yang berasal dari suku Papua yang memiliki jaminan kesehatan sebanyak 86% dan tidak memiliki jaminan kesehatan 14%. Sedangkan dari 30 responden yang bukan suku Papua yang memiliki jaminan kesehatan hanya mencapai 13% dan tidak memiliki jaminan kesehatan sebesar 87%.

Secara keseluruhan faktor kepemilikan jaminan kesehatan memberi makna bahwa hampir separuh responden tidak memiliki jaminan kesehatan dan responden yang paling banyak tidak memiliki jaminan kesehatan adalah responden bukan suku Papua.

Dari 42 responden yang memiliki jaminan kesehatan sebanyak 11 orang (26.19%) mengaku tetap membayar meskipun memiliki jaminan kesehatan dan merasa keberatan jika terus membayar biaya pengobatan sedangkan 88.57% tidak membayar karena kebijakan rumah sakit. Sedangkan sebagian besar responden yaitu 88% dari 32 orang yang tidak memiliki jaminan kesehatan tetap membayar dan 12% tidak membayar karena kebijakan rumah sakit.

5.2.2.2.2. Akses Layanan Kesehatan.

Akses layanan kesehatan sebagaimana definisi operasional penelitian terbagi menjadi 2 kategori, yaitu akses layanan kesehatan mudah jika jarak dari tempat tinggal responden < 20 kilometer dan jarak tempuh yang sulit jika jarak dari tempat tinggal responden ke layanan kesehatan \geq 20 kilometer.

Berdasarkan kategori yang ada maka data pada tabel 5.6, memberikan gambaran bahwa 39 orang (52.70%) responden memiliki jarak tempuh yang mudah dan 35 orang (47.305) memiliki jarak tempuh yang sulit. Data ini menggambarkan bahwa hampir seimbang antara responden yang mempunyai akses mudah dan akses sulit. Dari 74 responden, sebagian besar responden, yaitu : 61 orang responden menggunakan sarana transportasi umum ke layanan kesehatan dan 13 orang responden menggunakan sarana transportasi pribadi. Dari 61 orang responden yang menggunakan sarana transportasi umum 97% mempunyai akses yang sulit dan 3% mempunyai akses yang mudah. Dari 13

orang yang menggunakan sarana transportasi pribadi ke layanan kesehatan, 92% mempunyai akses yang sulit dan 8% mempunyai akses yang mudah.

5.2.2.2.3. Pengalaman Stigma di Layanan Kesehatan.

Pengalaman stigma atau cap buruk terkait status HIV memberikan gambaran bahwa 69 responden (93.24%) mengaku tidak pernah mendapat stigma dan 5 responden (6.76%) pernah mengalami stigma di layanan kesehatan atau responden yang tidak mengalami stigma 14 kali lebih banyak dibandingkan responden yang mengalami stigma. Meskipun mengalami stigma, responden tetap berkunjung ke layanan kesehatan dan tetap menjaga kepatuhan minum obat ARV.

5.2.2.2.4. Pelayanan Konseling Kepatuhan.

Pelayanan konseling kepatuhan terbagi menjadi 2 kategori yaitu kategori pertama, jika responden selalu mendapat pelayanan konseling kepatuhan pada saat berkunjung untuk mengambil atau mengisi ulang obat ARV dan kategori kedua adalah jika responden yang tidak selalu (kadang-kadang atau jarang atau tidak pernah) mendapat konseling kepatuhan.

Berdasarkan tabel 5.6. memberikan gambaran bahwa 23 responden (31.08%) mengaku selalu mendapat konseling kepatuhan dan 51 orang (68.92%) tidak menerima konseling kepatuhan secara rutin.

Jika dirinci maka dari 74 responden, menunjukkan bahwa 31.08% selalu menerima konseling kepatuhan, 63.51% hanya kadang-kadang dan 5.41% jarang mendapat layanan konseling kepatuhan. Dari data ini maka rata-rata responden hanya kadang-kadang mendapat konseling kepatuhan.

5.2.2.3. Faktor Dukungan Sosial (*Social Support*).

Hasil analisa univariat dari faktor dukungan sosial pada variabel independen dapat ditunjukkan pada tabel 5.7.

Tabel .5.7. Hasil Analisa Univariat Faktor Dukungan Sosial

NO	Variabel Independen	Frekuensi	
		N=74	%
1	Dukungan Keluarga :		
	Mendapat Dukungan Keluarga	43	58.11
	Tidak mendapat Dukungan Keluarga	31	41.89
2	Dukungan Komunitas Sebaya :		
	Mendapat Dukungan	26	35.14
	Tidak Mendapat Dukungan	48	64.86

Distribusi frekuensi faktor dukungan sosial berdasarkan hasil analisa univariat dapat dijelaskan sebagai berikut :

5.2.2.3.1. Dukungan Keluarga.

Proporsi responden yang mendapat dukungan keluarga sebagaimana tabel 5.7. sebanyak 43 orang (58.11%) dan yang tidak mendapat dukungan keluarga sebanyak 31 orang (41.89%). Dari 43 orang responden yang mengaku mendapat dukungan keluarga 34 orang (79%) diantaranya memiliki pengawas minum obat (PMO) yang berasal dari keluarga. Anggota keluarga yang paling banyak terlibat sebagai PMO adalah istri (30.23%), suami (21%), Saudara laki-laki/perempuan (14%), orangtua (12%) dan anak sebanyak (5%) sedangkan 19% responden mengaku keluarga mengetahui status HIV-nya tetapi tidak terlibat sebagai PMO.

Dari 34 responden yang memiliki PMO ternyata 21 orang (62%) responden yang mengaku bahwa PMO selalu mengingatkan responden untuk minum obat sedangkan 13 orang (38%) responden yang mengaku bahwa kadang/jarang PMO mengingatkan untuk minum obat. Jumlah responden yang mendapat dukungan keluarga sebanyak 43 orang, hanya 7 orang (16%) responden yang selalu didampingi oleh keluarga untuk kembali ke layanan kesehatan dan 11 orang responden (26%) yang hanya kadang/jarang didampingi keluarga kembali ke layanan kesehatan.

5.2.2.3.2. Dukungan Komunitas Sebaya.

Tabel 5.8. menunjukkan bahwa 26 orang (35.14%) mendapat dukungan komunitas sebaya dan 48 orang (64.86%) responden tidak mendapat dukungan

dari komunitas. Adapun proporsi peran komunitas sebaya dalam kepatuhan pengobatan dirinci dalam tabel 5.8. berikut ini.

Tabel.5.8. Peran Komunitas Sebaya Dalam Kepatuhan Pengobatan

NO	Mengingat Minum Obat	N=74	%
1	Selalu	7	9.46
2	Kadang-Kadang	8	10.81
3	Jarang	6	8.11
4	Tidak Pernah	5	6.76
5	Tidak mendapat dukungan Komunitas Sebaya	48	64.86

Tabel 5.8. memberikan gambaran responden yang selalu mendapat dukungan untuk minum obat ARV hanya 7 orang (9.46%) sedangkan sebagian besar tidak mendapat dukungan dari komunitas sebaya. Hal ini sama juga dengan peran komunitas sebaya yang berperan untuk mengantarkan responden ke layanan kesehatan. Berdasarkan data dari 74 responden hanya 6 orang (8.11%) responden yang mengaku didampingi komunitas sebaya ke unit layanan kesehatan, 10.81% responden mengaku hanya kadang-kadang, 6.76% responden mengaku jarang dan 9.46% responden mengaku tidak pernah dan 64.86 % mengaku tidak mendapat dukungan dari komunitas sebaya.

5.3. Analisa Bivariat.

Analisa bivariat dalam penelitian ini menggunakan uji *Chi Square* dengan tujuan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan dependen. Kedua varibel ini dinyatakan mempunyai hubungan yang bermakna jika nilai $p < 0.05$. selain itu pula dari hubungan yang bermakna akan dilihat juga kuatnya hubungan secara statistik antara variabel independen dan variabel dependen berdasarkan nilai *Odds Rasio* (OR) sekaligus melakukan seleksi terhadap variabel independen dengan nilai $p \leq 0,25$ untuk diikutsertakan sebagai model pada analisa multivariat regresi logistik.

Berdasarkan hasil analisa bivariat dengan uji *Chi Square* memberikan gambaran antara variabel independen dan dependen adalah sebagai berikut.

5.3.1. Hasil Analisa Variabel Independen

Faktor-faktor yang berhubungan terhadap kepatuhan pengobatan minum ARV yang pertama adalah faktor predisposisi dengan rincian sebagai berikut:

5.3.1.1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*).

Hubungan secara statistik antara faktor predisposisi dan kepatuhan pengobatan minum ARV sebagaimana pada tabel 5.9 berikut ini.

Tabel 5.9. Hasil Analisa Bivariat Faktor Predisposisi

NO	Variabel Independen	Kepatuhan				OR	p	95% CI
		Patuh (Kepatuhan \geq 80%)		Tidak Patuh (Kepatuhan $<$ 80%)				
		N=33	%	N=41	%			
1	Kelompok Usia : Tua Mudah	14 19	42.42 57.58	23 18	56.10 43.90	0.57	0.2423	0.20 - 1.60
2	Jenis Kelamin Perempuan Laki-Laki	22 11	66.67 33.33	25 16	60.98 39.02	1.28	0.6132	0.44 - 3.74
3	Pekerjaan : Tidak Bekerja Bekerja	18 15	54.55 45.45	37 4	90.24 9.76	0.12	0.0005	0.02 - 0.49
4	Tingkat Pendidikan : Pendidikan Tinggi Pendidikan Rendah	22 11	66.67 33.33	6 35	14.63 85.37	11.66	0.0000	3.36 - 43.06
5	Suku : Bukan Papua Papua	21 12	63.64 36.36	9 32	21.95 78.05	6.22	0.0003	2.00-19.79
6	Pengetahuan Pengobatan : Pengetahuan Baik Pengetahuan Kurang	30 3	90.91 9.09	25 16	60.98 39.02	6.4	0.0034	1.53-37.25
7	Riwayat Ganti ARV : Tidak Pernah Pernah	21 12	63.64 36.36	36 5	87.80 12.20	0.24	0.0140	0.05-0.88
8	Riwayat Efek Samping Obat : Pernah Tidak pernah	9 24	27.27 72.73	26 15	63.41 36.59	0.21	0.0020	0.07-0.64
9	Riwayat Konsumsi Alkohol : Tidak Pernah Pernah	27 6	81.82 18.18	37 4	90.24 9.76	0.48	0.2919	0.09-2.30

5.3.1.1.1. Kelompok usia.

Berdasarkan uji statistik memberikan gambaran perbandingan tingkat kepatuhan menurut kelompok usia menunjukkan bahwa proporsi kelompok usia \geq 33 tahun yang patuh adalah 42,42% dan kelompok usia $<$ 33 tahun, adalah 57.58%.

Responden yang tidak patuh menunjukkan kelompok usia tua adalah 56.10% dan usia muda 43.90%. sehingga secara proporsi kelompok usia muda sedikit lebih patuh dibandingkan usia tua .

Hubungan faktor kelompok usia dengan kepatuhan pengobatan minum ARV secara statistik memberikan gambaran bahwa tidak ada hubungan yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.2423$ (95% CI : 0.20 -1.60). sedangkan kuatnya hubungan yang ditunjukkan dengan OR 0.57 memberi makna bahwa kuatnya hubungan sangat kecil karena kepatuhan minum ARV pada kelompok usia tua hanya 0.57 dibandingkan kelompok usia muda.

Untuk seleksi variabel yang akan dimasukkan dalam analisa multivariat maka karena faktor usia memiliki nilai $p \leq 0,25$ maka diikutsertakan dalam model pada analisa multivariat.

5.3.1.1.2. Jenis Kelamin.

Berdasarkan hasil analisa bivariat sesuai tabel 5.9. menunjukkan bahwa proporsi kepatuhan menurut jenis kelamin sangat berbeda karena jumlah responden perempuan yang patuh adalah 22 orang (66.67%) dan responden laki-laki sebesar 11 orang (33.33%). Responden yang tidak patuh menunjukkan jumlah responden perempuan yang tidak patuh sebanyak 25 orang (60.98%) dan responden laki-laki yang tidak patuh berjumlah 16 orang (39.02%).

Perbedaan kepatuhan menurut jenis kelamin memberikan gambaran bahwa responden perempuan 2 kali lebih patuh dari responden laki-laki dan 1,5 kali tidak patuh dibandingkan dengan responden laki-laki.

Hubungan kedua variabel ini, secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan pengobatan minum ARV. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $p = 0,6132$ (95% CI : 0,44 – 3,74). Sedangkan kuatnya hubungan variabel ini dengan kepatuhan yang ditunjukkan dengan OR 1,28, memberi makna bahwa responden perempuan dalam penelitian ini lebih patuh 1,28 kali dibandingkan responden laki-laki.

5.3.1.1.3. Pekerjaan.

Responden yang patuh menurut pekerjaan hampir sama banyak karena jumlah responden yang patuh dan tidak bekerja sebanyak 18 orang (54.55%) dan yang bekerja sebanyak 15 orang (45.45%). Sedangkan proporsi responden yang tidak patuh dan tidak bekerja sebanyak 37 orang (90.24%) dan yang bekerja sebanyak 4 orang (9.76%) atau 9.25 kali lebih banyak dibandingkan dengan responden yang bekerja.

Hubungan antara faktor pekerjaan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV, secara statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan yaitu dengan nilai $p = 0,0005$ (95% CI : 0,02 – 0,49). Sedangkan kuatnya hubungan antara faktor pekerjaan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV ditunjukkan dengan OR 0.12. sehingga dapat dikatakan hubungan antara pekerjaan dengan kepatuhan sangat kecil.

Karena secara statistik sangat bermakna maka faktor pekerjaan diikutsertakan dalam model untuk analisa multivariat.

5.3.1.1.4. Tingkat Pendidikan.

Pada faktor tingkat pendidikan menunjukkan bahwa perbandingan responden yang berpendidikan tinggi 2 kali lebih patuh dari responden yang berpendidikan rendah. Hal ini ditunjukkan dengan responden yang patuh dengan tingkat pendidikan tinggi sebanyak 22 orang (66.67%) dan proporsi responden dengan tingkat pendidikan rendah adalah : 11 orang (33.33%). sedangkan responden yang tidak patuh dengan tingkat pendidikan tinggi sebanyak 6 orang (14.63%) dan pendidikan rendah sebanyak 35 orang (85.37%) atau 6 kali responden berpendidikan rendah yang tidak patuh dibandingkan responden yang tingkat pendidikan rendah yang tidak patuh.

Perbedaan proporsi kepatuhan pada faktor tingkat pendidikan sangat besar antara tingkat pendidikan tinggi dan tingkat pendidikan rendah, sehingga secara statistik menunjukkan hubungan yang bermakna yaitu nilai $p = 0.0000$ (95% CI : 3.36 – 43.06) ; OR=11.66

Dengan adanya hubungan yang bermakna ini maka faktor pendidikan diikutsertakan dalam analisa multivariat.

5.3.1.1.5. Suku.

Proporsi kepatuhan menurut suku menunjukkan bahwa proporsi responden bukan suku Papua yang patuh sebanyak 21 orang (63.64%) sedangkan responden suku Papua yang patuh sebanyak 12 orang (36.36%). Responden yang tidak patuh menurut suku menunjukkan bahwa proporsi responden bukan suku Papua sebanyak 9 orang (21.95%) dan responden suku Papua sebanyak 32 orang (78.05%). Dari proporsi maka menunjukkan bahwa responden bukan suku Papua lebih patuh 1.8 kali dibandingkan responden suku Papua, sedangkan responden suku Papua yang tidak patuh 4 kali dibandingkan responden bukan suku Papua.

Secara statistik menunjukkan bahwa faktor suku mempunyai hubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV, hal ini ditunjukkan dengan nilai $p=0.0003$ (95% CI :2.00 – 19.79) dan OR : 6.22

Karena faktor suku mempunyai hubungan secara statistik dengan kepatuhan pengobatan minum ARV maka faktor ini diikutsertakan dalam analisa multivariat.

5.3.1.1.6. Pengetahuan Pengobatan.

Proporsi responden yang mempunyai pengetahuan baik tentang pengobatan dan patuh dalam minum ARV sebanyak 30 orang (90.91%) dan responden dengan pengetahuan kurang namun patuh terhadap pengobatan minum ARV sebanyak 3 orang (9.09%). proporsi responden yang tidak patuh dan memiliki pengetahuan baik tentang pengobatan sebanyak 25 orang (60.98%) sedangkan yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 16 orang (39.02 %). Dengan data proporsi ini menunjukkan bahwa responden yang patuh dengan pengetahuan pengobatan baik 10 kali lebih patuh dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan rendah, sedangkan responden yang tidak patuh namun memiliki pengetahuan pengobatan baik adalah 1.5 kali dibandingkan responden dengan pengetahuan pengobatan rendah.

Secara statistik menunjukkan bahwa faktor pengetahuan pengobatan memiliki hubungan yang bermakna terhadap kepatuhan pengobatan minum ARV yang ditunjukkan dengan nilai $p=0.0034$ (95% CI : 1.53 -37.25); OR : 6.4

Faktor pengetahuan pengobatan mempunyai hubungan secara statistik sangat bermakna sehingga diikutsertakan dalam analisa multivariat.

5.3.1.1.7. Riwayat Ganti ARV.

Tabel 5.9. menunjukkan bahwa responden yang patuh dan tidak mempunyai riwayat ganti ARV sebanyak 21 orang (63.64%) dibandingkan dengan 12 orang (36.36%) responden yang mempunyai riwayat ganti ARV. Sedangkan proporsi responden yang tidak patuh dan tidak mempunyai riwayat ganti ARV sebanyak 36 orang (87.80%) sedangkan 5 orang (12.20%) responden tidak patuh dan mempunyai riwayat ganti ARV. Data ini menunjukkan bahwa responden yang tidak mempunyai riwayat ganti ARV lebih patuh 1.75 kali dibandingkan responden yang patuh dan memiliki riwayat ganti ARV. Sedangkan responden yang tidak patuh dan tidak memiliki riwayat ganti ARV 7.2 kali dibandingkan dengan yang mempunyai riwayat ganti ARV.

Faktor riwayat ganti ARV memiliki hubungan yang bermakna secara statistik yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0140$ (95% CI : 0.05 -0.88) OR : 0.24 . dengan nilai $p \leq 0.25$ sehingga diikutsertakan dalam analisa multivariat.

5.3.1.1.8. Riwayat Efek Samping Obat.

Tabel 5.9. menunjukkan bahwa proporsi responden yang patuh dan tidak pernah mengalami efek samping obat sebanyak 24 orang (72.73 %) sedangkan yang pernah mengalami efek samping obat sebanyak 9 orang (27.27%) atau 2.6 kali responden yang patuh dan tidak mengalami efek samping obat dibandingkan responden yang mengalami efek samping obat. Sedangkan responden yang tidak patuh dan tidak mengalami efek samping obat, sebanyak 15 orang (36.59%) dan yang pernah mengalami efek samping obat sebanyak 26 orang (63.41%) atau responden yang tidak patuh dan tidak mengalami efek samping obat 0.6 kali dari responden yang mengalami efek samping obat.

Hubungan antara faktor efek samping obat dengan kepatuhan secara statistik sangat bermakna, yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0020$ (95% CI : 0.07-0.64) dengan nilai OR : 0.21.

Dengan nilai $p < 0,25$ maka diikutsertakan dalam analisa multivariat.

5.3.1.1.9. Riwayat Konsumsi Alkohol.

Riwayat konsumsi alkohol dengan kepatuhan pengobatan minum ARV menunjukkan bahwa proporsi responden yang patuh dan tidak pernah mengkonsumsi ARV sebanyak 27 orang (81.82%) dibandingkan responden yang patuh dan pernah mengkonsumsi alkohol sebanyak 6 orang (18.18%) atau 4.5 kali responden yang patuh dan tidak pernah mengkonsumsi alkohol dibandingkan responden yang mengkonsumsi alkohol. Responden yang tidak patuh dan tidak mengkonsumsi ARV sebanyak 37 orang (90.24%) dan yang pernah mengkonsumsi ARV sebanyak 4 orang (9.76%) atau responden yang tidak patuh dan tidak mengkonsumsi alkohol 9 kali dibandingkan responden yang tidak patuh dan mengkonsumsi alkohol.

Secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara faktor konsumsi alkohol dengan kepatuhan pengobatan minum ARV. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $p = 0.2919$ (95% CI : 0.09-2.30) dan OR = 0.34.

Dengan nilai $p > 0.25$ maka variabel ini tidak dimasukkan dalam analisa multivariat.

5.3.2. Faktor Akses Informasi Kesehatan (*Accesability of Information*).

Hasil analisa bivariat untuk mengetahui hubungan faktor layanan kesehatan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV dapat ditunjukkan sebagaimana tabel 5.10. berikut ini.

Tabel 5.10. Hasil Analisa Bivariat Faktor Akses Informasi Kesehatan

NO	Variabel Independen	Kepatuhan				OR	p	95% CI
		Patuh (Kepatuhan \geq 80%)		Tidak Patuh (Kepatuhan $<$ 80%)				
		N=33	%	N=41	%			
1	Jaminan Kesehatan : Memiliki Jaminan Kesehatan Tidak Memiliki Jaminan Kesehatan	14 19	42.42 57.58	28 13	68.29 31.71	0.34	0.0256	0.11-0.98
2	Akses Layanan Kesehatan : Mudah Sulit	21 12	63.64 36.36	18 23	43.90 56.10	2.23	0.0910	0.79-6.39
3	Pengalaman Stigma di Layanan Kesehatan : Tidak Pernah Pernah	29 4	87.88 12.12	40 1	97.56 2.44	0.18	0.0991	0.003-1.99
4	Pelayanan Konseling Kepatuhan : Mendapat Layanan Konseling Kepatuhan Tidak mendapat Layanan Konseling Kepatuhan	15 18	45.45 54.55	8 33	19.51 80.49	3.43	0.0165	1.09-11.14

5.3.2.1. Jaminan Kesehatan.

Tabel 5.10. menunjukkan bahwa proporsi responden yang patuh dan memiliki jaminan kesehatan sebanyak 14 orang (42.42%) dan tidak memiliki jaminan kesehatan sebanyak 19 orang (57.58%). Sedangkan proporsi responden yang tidak patuh dan memiliki jaminan kesehatan sebanyak 28 orang (68.29%) dan yang tidak memiliki jaminan kesehatan sebanyak 13 orang (31.71%).

Secara statistik menunjukkan bahwa faktor jaminan kesehatan mempunyai hubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0256$ (95% CI : 0.11 -0.98) ; OR = 0.34.

Dengan nilai $p \leq 0.25$, maka dimasukkan sebagai model untuk analisa multivariat.

5.3.2.2. Akses Layanan Kesehatan.

Tabel 5.10. menunjukkan bahwa proporsi responden yang patuh dan memiliki akses mudah sebanyak 21 orang (63.64%) dan akses sulit, sebanyak 12 orang (36.36%). Sedangkan proporsi responden yang tidak patuh dan memiliki akses layanan kesehatan mudah 18 orang (43.90%) dan yang memiliki akses layanan kesehatan sulit sebanyak 23 orang (56.10%).

Secara statistik menunjukkan bahwa faktor akses layanan kesehatan tidak mempunyai hubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV karena nilai $p > 0.05$. hal ini ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0910$ (95% CI : 0.79 - 6.39) ; OR = 2.23.

Meskipun tidak mempunyai hubungan yang bermakna secara statistik tetapi tetap dimasukkan sebagai model karena nilai $p \leq 0.25$.

5.3.2.3. Pengalaman Stigma Di Layanan Kesehatan.

Tabel 5.10. menunjukkan bahwa proporsi responden yang patuh dan tidak memiliki pengalaman stigma di layanan kesehatan sebanyak 29 orang (87.88%) dan responden yang memiliki pengalaman stigma di layanan kesehatan, sebanyak 4 orang (12.12%). sedangkan proporsi responden yang tidak patuh dan tidak memiliki pengalaman stigma di layanan kesehatan sebanyak 40 orang (97.56%)

dan responden yang memiliki pengalaman stigma di layanan kesehatan 1 orang (2.44%).

Secara statistik menunjukkan bahwa pengalaman stigma di layanan kesehatan tidak mempunyai hubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV karena nilai $p > 0.05$. hal ini ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0991$ (95% CI : 0.03 - 1.99) ; OR = 0.18.

Meskipun tidak mempunyai hubungan yang bermakna secara statistik tetapi tetap dimasukkan sebagai model karena nilai $p \leq 0.25$.

5.3.2.4. Pelayanan Konseling Kepatuhan.

Tabel 5.10. menunjukkan bahwa proporsi responden yang patuh dan mendapat layanan konseling kepatuhan sebanyak 15 orang (45.45%) dan responden yang tidak mendapat layanan konseling kepatuhan sebanyak 18 orang (54.55%). Proporsi responden yang tidak patuh namun mendapat pelayanan konseling kepatuhan sebanyak 8 orang (19.51%) dan responden yang tidak mendapat konseling kepatuhan sebanyak 33 orang (80.49%).

Secara statistik menunjukkan bahwa faktor pelayanan konseling kepatuhan mempunyai hubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV. hal ini ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0165$ (95% CI : 1.09 - 11.14) ; OR = 3.43 dan dimasukkan sebagai model dalam analisa multivariat.

5.3.3. Faktor Dukungan Sosial (*Social Support*).

Hasil analisa bivariat untuk mengetahui hubungan faktor dukungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV dapat ditunjukkan sebagaimana tabel 5.11. berikut ini.

Tabel 5.11. Hasil Analisa Bivariat Faktor Dukungan Sosial

NO	Variabel Independen	Kepatuhan				OR	p	95%CI
		Patuh (Kepatuhan $\geq 80\%$)		Tidak Patuh (Kepatuhan $< 80\%$)				
		N=33	%	N=41	%			
1	Dukungan Keluarga: Mendapat Dukungan Keluarga Tidak Mendapat Dukungan Keluarga	26 7	78.79 21.21	17 24	41.46 58.54	5.24	0.0012	1.67-17.39
2	Dukungan Komunitas Sebaya: Mendapat Dukungan Tidak Mendapat Dukungan	16 17	48.48 51.52	10 31	24.39 75.61	2.91	0.0009	0.97-8.85

5.3.3.1. Dukungan Keluarga.

Tabel 5.11. menunjukkan bahwa proporsi responden yang patuh dan mendapat dukungan keluarga sebanyak 26 orang (78.79%) dan proporsi responden yang tidak mendapat dukungan keluarga sebanyak 7 orang (21.21%). Proporsi responden yang tidak patuh dan mendapat dukungan keluarga sebanyak 17 orang (41.46%) dan responden yang tidak mendapat konseling kepatuhan sebanyak 24 orang (58.54%).

Secara statistik menunjukkan bahwa faktor dukungan keluarga mempunyai hubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV, hal ini ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0012$ (95% CI : 1.67 - 17.39) ; OR = 5.24 sekaligus dimasukkan sebagai model dalam analisa multivariat.

5.3.3.2. Dukungan Komunitas Sebaya.

Tabel 5.11. menunjukkan bahwa proporsi responden yang patuh dan mendapat dukungan komunitas sebaya sebanyak 16 orang (48.48%) dan proporsi responden yang tidak mendapat dukungan komunitas sebaya sebanyak 17 orang (51.52%). Proporsi responden yang tidak patuh dan mendapat dukungan komunitas sebaya sebanyak 10 orang (24.39%) dan responden yang tidak mendapat dukungan komunitas sebaya, sebanyak 31 orang (75.61%).

Secara statistik menunjukkan bahwa faktor dukungan komunitas sebaya mempunyai hubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV, hal ini ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0309$ (95% CI : 0.97 - 8.85) ; OR = 2.91 sekaligus dimasukkan sebagai model dalam analisa multivariat.

5.4. Hasil Analisa Multivariat.

Tujuan melakukan analisa multivariat adalah menentukan besar dan kuatnya hubungan antara variabel independen dan variabel dependen serta melihat variabel yang paling kuat hubungannya terhadap variabel dependen. Dalam penelitian ini analisa multivariat yang digunakan adalah uji regresi logistik sekaligus menentukan prediksi model. Agar diperoleh model regresi yang dapat memberikan gambaran hubungan antara variabel independen dan dependen maka dilakukan langkah-langkah sebagai berikut : melakukan seleksi terhadap hasil

analisa bivariat antara variabel independen dan variabel dependen. Jika pada analisa bivariat nilai $p \leq 0,25$ maka variabel tersebut dimasukkan sebagai model awal. Cara memilih variabel yang dianggap penting sebagai model, yaitu dengan mempertahankan variabel independen yang mempunyai nilai $p < 0,05$ dan mengeluarkan variabel independen yang nilai $p \geq 0,05$. Mengeluarkan variabel tidak secara serentak, namun dilakukan secara bertahap dimulai dengan variabel yang mempunyai nilai p terbesar. Pengeluaran variabel independen dilakukan sampai semua variabel mempunyai nilai $p < 0,05$.

Adapun faktor-faktor pada variabel independen yang diikutsertakan dalam analisa multivariat sebagai model prediksi adalah sebagai berikut :

Tabel 5.12. Variabel Yang Terpilih Untuk Analisa Multivariat

No	Variabel Independen	OR	p	95% CI
1.	Kelompok Usia	0.57	0.2423	0.20 - 1.60
2.	Pekerjaan	0.12	0.0005	0.02 - 0.49
3.	Tingkat Pendidikan	11.66	0.0000	3.36 - 43.06
4.	Suku	6.22	0.0003	2.00 - 19.79
5	Pengetahuan Pengobatan	6.4	0.0034	1.53 - 37.25
6	Riwayat Ganti ARV	0.24	0.0140	0.05 - 0.88
7	Riwayat Efek Samping Obat	0.21	0.0020	0.07 - 0.64
8	Akses Layanan Kesehatan	2.23	0.0910	0.79 - 6.39
9.	Pengalaman Stigma di Layanan Kesehatan	0.18	0.0991	0.003 - 1.99
10.	Pelayanan Konseling Kepatuhan	3.43	0.0165	1.09 - 11.14
11.	Dukungan Keluarga	5.24	0.0012	1.67 - 17.39
12.	Dukungan Komunitas Sebaya	2.91	0.0309	0.97 - 8.85

Berdasarkan tabel 5.12, menunjukkan bahwa dari 9 (sembilan) faktor predisposisi, faktor yang tidak diikutsertakan dalam model adalah faktor jenis kelamin dan riwayat konsumsi alkohol karena nilai $p \geq 0,25$. Sedangkan faktor

akses informasi kesehatan yang tidak ikutsertakan dalam model adalah faktor jaminan kesehatan karena mempunyai hubungan korelasi terhadap suku sebesar -0.7238 sebagaimana lampiran 1, sedangkan korelasi dari variabel lainnya terdistribusi normal dengan proporsi terbesar adalah 0.3375. dan faktor dukungan sosial seluruhnya diikutsertakan untuk menentukan model awal.

5.4.1. Hasil Model Awal Uji Regresi Logistik.

Berdasarkan hasil uji regresi logistik diperoleh model awal analisa multivariat sebagaimana tabel 5.13.

Tabel 5.13. Model Awal Hasil Uji Regresi Logistik

No	Kepatuhan Pengobatan	B	Z	p	OR	CI 95%
1.	Kelompok Usia	-0.49	-0.58	0.562	0.60	0.11 - 3.26
2.	Pekerjaan	-2.42	-2.24	0.025	0.08	0.01 - 0.73
3.	Tingkat Pendidikan	3.02	2.89	0.004	20.49	2.63 - 159.34
4.	Suku	2.04	1.80	0.071	7.75	0.83 - 71.86
5	Pengetahuan Pengobatan	1.20	1.31	0.191	3.32	0.54 - 20.18
6	Riwayat Ganti ARV	-1.60	-1.50	0.135	0.20	0.02 - 1.64
7	Riwayat Efek Samping Obat	-1.55	-1.62	0.105	0.21	0.03 - 1.38
8	Akses Layanan Kesehatan	0.488	0.52	0.602	1.63	0.25 - 10.24
9.	Pengalaman Stigma di Layanan Kesehatan	-0.51	-0.08	0.933	0.59	3.12- 113.210
10.	Pelayanan Konseling Kepatuhan	1.40	1.26	0.208	4.07	0.45 - 36.25
11.	Dukungan Keluarga	1.43	1.69	0.091	4.19	0.79 - 22.10
12.	Dukungan Komunitas Sebaya	0.16	0.16	0.874	1.17	0.16 - 8.61

Setelah diperoleh model awal, maka secara bertahap dilakukan seleksi terhadap faktor-faktor yang mempunyai nilai $p > 0.05$ paling besar untuk dikeluarkan dari model menggunakan metode *backward elimination* sehingga akan diperoleh model baru, kemudian akan dibandingkan dengan model sebelumnya menggunakan uji Likelihood Ratio (LR test).

Sesuai tabel 5.13 dilakukan seleksi terhadap nilai p paling besar maka faktor pertama yang akan dikeluarkan dari model adalah pengalaman stigma di layanan kesehatan karena memiliki nilai p paling besar, yaitu $p = 0.933$. Setelah dikeluarkan, maka hasil yang diperoleh dijadikan sebagai model A. Tahap berikutnya dilanjutkan dengan seleksi faktor terhadap dengan nilai p terbesar untuk dikeluarkan dari model. Faktor kedua yang memiliki nilai p paling besar adalah faktor dukungan komunitas sebaya yaitu $p=0.874$. setelah faktor dukungan komunitas dikeluarkan dari model maka hasil yang diperoleh dijadikan sebagai model B.

Untuk memastikan bahwa model B bagian dan model A karena mempunyai nilai >0.05 maka dilakukan perbandingan antara model A dan model B menggunakan LR test. Jika hasil perbandingan dari LR tes nilai $p < 0.05$ maka dimasukkan kembali ke dalam model. Perbandingan antara model A dan B menunjukkan nilai $p = 0.8659$, sehingga dapat dipastikan bahwa kedua faktor yang telah dikeluarkan dari model secara bermakna tidak dimasukkan kembali ke dalam model.

Tahapan berikutnya adalah melakukan seleksi untuk mengeluarkan faktor dalam model dengan nilai p paling besar seperti tahapan sebelumnya, kemudian dibandingkan dengan model sebelumnya menggunakan LR tes. Seleksi ini dilakukan secara berulang hingga semua faktor dalam model awal yang tersisa memiliki nilai $p < 0.05$.

Hasil dari *backward elimination* menunjukkan bahwa model terakhir yang diperoleh adalah model H dengan 4 (empat) faktor yang mempunyai nilai $p < 0.05$, yaitu : faktor pekerjaan, tingkat pendidikan, suku dan dukungan keluarga . Berdasarkan hasil ini, maka model H merupakan model terakhir analisa multivariat.

5.4.2. Hasil Akhir Model Uji Regresi Logistik.

Tujuan dari analisa regresi logistik adalah untuk mendapatkan model yang paling baik (fit) dan sederhana yang dapat menggambarkan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Setelah melakukan seleksi secara bertahap pada variabel independen dengan menggunakan metode *backward*

elimination pada faktor-faktor dengan nilai $p > 0.05$ dan mempertahankan variabel independen dengan nilai $p < 0.05$ maka hasil akhir dari model yang diperoleh sebagaimana tabel.5.14.

Tabel 5.14. Hasil Akhir Model Uji Regresi Logistik

No	Kepatuhan Pengobatan	B	Z	P	OR	95% CI
1	Tingkat Pendidikan	2.99	3.58	0.0000	20.08	2.63 - 159.34
2	Pekerjaan	-2.51	-2.92	0.003	0.08	0.01 - 0.73
2	Suku	2.20	2.79	0.005	9.05	0.83 – 71.86
3	Dukungan Keluarga	1.58	2.14	0.033	4.87	0.79 – 22.10
4	- Cons	-1.33	-1.47	0.142	-	-

Berdasarkan tabel 5.14. memberikan gambaran bahwa model akhir yang paling fit pada uji regresi logistik sehingga membuktikan adanya hubungan antara variabel independen dan variabel dependen, adalah faktor tingkat pendidikan dengan nilai $p = 0.0000$ dan nilai $OR = 20.08$ (95% CI : 2.65 – 159.34), faktor pekerjaan ; dengan nilai $p = 0.003$ dan nilai $OR = 0.08$ (95% CI : 0.01 – 0.73), faktor suku dengan nilai $p = 0.004$; dan nilai $OR = 9.05$ (95% CI : 0.83 – 71.86) dan faktor dukungan keluarga dengan nilai $p = 0.013$ dan nilai $OR = 4.87$ (95% CI : 0.79 – 22.10).

Hasil akhir dari analisa multivariat ini, diinterpretasikan sebagai berikut : faktor tingkat pendidikan menunjukkan bahwa responden yang berpendidikan tinggi akan patuh 20 kali lipat dalam pengobatan minum ARV jika dibandingkan dengan responden yang berpendidikan rendah.

Faktor pekerjaan menunjukkan bahwa responden yang tidak bekerja menurunkan risiko tidak patuh minum ARV 0.08 kali lipat jika dibandingkan dengan responden yang bekerja.

Faktor suku menunjukkan bahwa responden yang bukan berasal dari suku Papua akan patuh 9 kali lipat dalam menjalankan pengobatan minum ARV dibandingkan dengan responden yang berasal dari suku Papua.

Yang terakhir adalah faktor dukungan keluarga, menunjukkan bahwa responden yang mendapat dukungan keluarga akan patuh 4-5 kali dalam

pengobatan minum ARV dibandingkan responden yang tidak mendapat dukungan keluarga.

Karena salah satu fungsi uji regresi logistik adalah untuk menentukan prediksi model sehingga dapat mengetahui probabilitas dari faktor risiko maka dilakukan perhitungan probabilitas dari faktor-faktor yang bermakna dari hasil analisa multivariat dengan menggunakan rumus fungsi logistik sebagai berikut :

$$f(x) = \frac{1}{1 + e^{-(a+B1+B2+B3)}}$$

Jika diketahui :

f(x) : Probabilitas kepatuhan

a : linear kontanta

B : Koefisien atau OR

1 : nilai konstan

Maka

$$f(x) = \frac{1}{1 + e^{-(-1.33 + 2.99 + -2.5 + 2.20 + 1.58)}}$$

$$: 0.9497 = 94.97\%$$

Dari hasil perhitungan fungsi logistik menunjukkan bahwa jika responden dengan tingkat pendidikan tinggi, tidak bekerja, bukan suku Papua dan mendapat dukungan keluarga, probabilitas kepatuhan pengobatan minum ARV sebesar responden adalah 0.9497 atau 94.97%.

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian.

6.1.1. Rancangan Penelitian.

Penelitian ini adalah rancangan *cross sectional*, sering juga disebut sebagai studi epidemiologi yang mempelajari prevalensi, distribusi maupun hubungan penyakit dengan paparan (faktor penelitian) dengan cara mengamati status paparan, penyakit, atau karakteristik terkait kesehatan lainnya secara serentak individu-individu dari suatu populasi pada satu saat. Rancangan penelitian ini juga disebut rancangan potong silang atau lintas bagian karena pada pelaksanaannya mencuplik sebuah sampel dari populasi dalam suatu waktu, lantas memeriksa status paparan dan status penyakit pada titik waktu yang sama dari masing-masing individu dalam sampel tersebut. (Abd Nasir et al, 2011).

Keterbatasan desain studi *cross sectional* adalah lebih lemah dalam untuk pengujian hipotesis kausal jika dibandingkan dengan studi kohor dan kasus kontrol. Desain *cross sectional*, sulit untuk menemukan apakah variabel paparan potensial mendahului keluaran atau apakah variabel paparan potensial eksis sebagai sebuah hasil dari keluaran. (Abd Nasir et al, 2011).

Meskipun memiliki keterbatasan, namun rancangan *cross sectional* memiliki beberapa kelebihan, antara lain : dapat mengamati hubungan antara faktor risiko dengan akibat yang terjadi berupa penyakit atau keadaan kesehatan tertentu dalam waktu yang bersamaan. Rancangan *cross sectional* lebih efisien untuk menurunkan hipotesis baru, pengerjaannya lebih mudah dan murah, data yang diperoleh bermanfaat untuk menaksir besarnya kebutuhan di bidang pelayanan kesehatan dan populasi tersebut. (Abd Nasir et al, 2011).

6.1.2. Kesalahan Estimasi.

Kesalahan estimasi terbagi menjadi dua, yaitu kesalahan tidak sistematis (*random*) atau disebut juga sebagai *chance* dan kesalahan sistematis (*non random*) yang disebut dengan *bias*.

Chance sering terjadi karena variasi sampling dan juga berkaitan dengan ukuran sampel. Sedangkan *bias* disebabkan oleh aspek metodologi seperti seleksi subyek, pengumpulan informasi dan faktor risiko lainnya yang berhubungan dengan paparan. Akibat dari kesalahan ini maka mengakibatkan terjadinya kesalahan penaksiran parameter populasi. Akibat kesalahan ini menyebabkan rendahnya perkiraan estimasi maupun tingginya estimasi di populasi.

Sesuai hasil analisa multivariat, secara metodologi kemungkinan terjadi kesalahan tidak sistematis (*chance*) akibat jumlah sampel yang kurang. Hal ini terlihat dari rentan nilai kemaknaan (*confidence interval*) yang lebar terutama pada faktor pendidikan. Jumlah sampel yang kurang dapat diakibatkan karena kekuatan (*power*) penelitian yang kecil, yaitu 80%. Hal lainnya dapat disebabkan karena hasil perhitungan sampel dimana sedikitnya jumlah responden yang patuh dan terpapar faktor risiko (P_1). Bisa juga disebabkan karena cara sampling yang mengakibatkan sedikitnya jumlah responden yang patuh dan memiliki faktor risiko terpilih sebagai sampel.

Sedangkan *bias* dapat terjadi dalam penelitian ini oleh karena pengumpulan informasi terutama pada saat wawancara dengan responden.

6.1.3. Bias Informasi.

Bias informasi hal yang penting untuk dilakukan pengontrolan. Bias informasi merupakan kesalahan yang dapat terjadi karena pengamatan, pelaporan, pengukuran, pencatatan, pengklasifikasikan dan interpretasi. (Murti B, 1997).

Untuk menghindari terjadinya bias seleksi pada penelitian ini terutama pada tingkat kepatuhan pengobatan maka jumlah kombinasi ARV yang dilaporkan oleh responden disesuaikan dengan catatan medis di rumah sakit.

Pada penelitian ini menggunakan data primer melalui wawancara dengan kuisisioner yang telah disediakan. Untuk mengurangi kesalahan pewawancara dalam hal kejujuran ataupun daya ingat maka dilakukan pelatihan bagi pewawancara dalam menggunakan kuisisioner sehingga pewawancara dapat memiliki persepsi yang sama terhadap pengukuran maupun interpretasi.

6.1.4. Recall Bias .

Bias ini merupakan bias yang terjadi karena keterbatasan responden dalam mengingat kembali dan mengungkapkannya dengan benar dan lengkap tentang apa yang pernah dilakukan di waktu yang lalu.

Mengingat karakteristik responden dalam penelitian sangat beragam sehingga mengalami kendala dalam berkomunikasi. Agar dapat mengurangi kesalahan ini maka dalam penelitian ini para pewawancara diarahkan untuk menyampaikan pertanyaan-pertanyaan dalam bahasa yang sederhana yang kemudian disesuaikan dengan substansi dari pertanyaan tersebut.

6.2. Pembahasan Hasil Penelitian

6.2.1. Kepatuhan Pengobatan ARV.

Sesuai rumusan masalah dalam penelitian ini, memberikan gambaran bahwa cakupan pengobatan ARV di Kabupaten Mimika pada tahun 2011, adalah 1.6 kali lebih rendah dari target nasional dibandingkan cakupan pada tahun 2010 yaitu 1.3 kali lebih rendah dari target nasional. Sedangkan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien ARV di dua rumah sakit rujukan ARV di Kabupaten Mimika sejak tahun 2009 menunjukkan terjadinya penurunan kepatuhan minum obat ARV yang signifikan, yaitu : kepatuhan $\geq 95\%$ sebesar : 84.3% pada tahun 2009, menurun pada tahun 2010 menjadi 79.6% dan pada tahun 2011 menjadi 61.7%. sedangkan Proporsi kepatuhan minum obat ARV $< 95\%$ menunjukkan adanya peningkatan, yaitu 15.7% pada tahun 2009 menjadi 20.4% di tahun 2010 dan meningkat lagi 38.3% di tahun 2011

Dengan rumusan masalah ini maka dilakukan penelitian terhadap faktor-faktor yang berhubungan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika. dengan populasi penelitian adalah seluruh pasien HIV yang menerima pengobatan ARV pada dua rumah sakit rujukan nasional yang ada di Kabupaten Mimika, yaitu RS. Mitra Masyarakat dan RSUD Mimika. secara menggunakan pemilihan sampel acak secara sederhana diperoleh 74 responden yang berasal dari kedua rumah sakit ini.

Gambaran kepatuhan pengobatan minum ARV dari 74 responden yang terpilih sebagai sampel rata-rata kepatuhan pengobatan minum ARV adalah pada

kategori rendah (<80%). Jika dirinci jumlah responden menurut tingkat kepatuhan maka proporsi responden dengan tingkat kepatuhan baik ($\geq 95\%$) adalah 31.08%, proporsi responden dengan tingkat kepatuhan sedang (80-95%), adalah : 13.51% dan proporsi responden dengan tingkat kepatuhan rendah (<80%), adalah 55.41%

Berdasarkan nilai tengah kepatuhan responden, diperoleh dua kategori kepatuhan, yaitu kategori patuh dengan tingkat kepatuhan responden $\geq 80\%$ dan kategori tidak patuh dengan tingkat kepatuhan responden $< 80\%$. Dari dua kategori ini menunjukkan bahwa 44.59% responden yang patuh dan 55.41% responden tidak patuh.

Depkes (2007) menyatakan bahwa untuk mencapai supresi virus yang optimal setidaknya tingkat kepatuhan antara 90-95% dari semua dosis tidak boleh terlupakan. namun jika disesuaikan dengan karakteristik pasien HIV, sosiodemografi, dan penyediaan layanan dalam sumber daya terbatas maka untuk mencapai tingkat kepatuhan $\geq 95\%$ akan sangat sulit.

Michael Carter (2012), kepatuhan adalah faktor yang paling penting mempengaruhi keberhasilan virologi dari terapi HIV. Hasil terbaik terlihat pada pasien yang menggunakan semua atau hampir semua dosis ARV dengan benar dan pasien HIV dianjurkan untuk memiliki tingkat kepatuhan yang sempurna atau hampir sempurna. Hal ini diperoleh dari penelitian yang dilakukan sejak tahun 1997 – 2009 untuk memantau kepatuhan pengobatan 1,088 orang sekaligus melihat pola ketidakpatuhan yang bagaimana memberi dampak terhadap *viraload*. Kategori-kategori melewati dosis terdiri lima, yaitu : 0-25%, 26-50%, 51-75% , 76-92% dan 93-100%. Lama penghentian pengobatan atau dosis yang tidak diminum dikelompokkan juga menjadi lima kategori, yaitu : 0-48 jam sebagai referensi, 2-7 hari, 7-14 hari, 14-21 hari dan lebih dari 21 hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata tingkat kepatuhan adalah 56% dibandingkan dengan tingkat kepatuhan 93-100% atau melewati dosis 0-25% maka pada responden dengan tingkat kepatuhan 56% terjadi peningkatan tiga kali lipat untuk memiliki *viraload* terdeteksi (OR=3.22, 95% CI :2.48-4.19). kepatuhan antara 26-50% juga dikaitkan dengan peningkatan yang signifikan dalam risiko *viraload* menjadi terdeteksi (OR=1.68, 95%CI ; 1.28- 2.22). penghentian pengobatan dikaitkan dengan risiko *viraload* yang terdeteksi yang lebih besar. Risiko meningkat dengan

durasi penghentian pengobatan dan tertinggi untuk pasien yang berhenti menggunakan pengobatan selama 21 hari atau lebih (OR = 3.65, 95%CI : 2,77-4.81). penghentian pengobatan 7-14 hari *viraload* terdeteksi dua kali lipat (OR=2.06 95% CI : 1.58 – 2.68). dosis ARV yang tidak digunakan sekali-kali lebih mungkin untuk menyebabkan *viraload* yang terdeteksi diantara orang yang menggunakan rejimen berbasis NNRTI dibandingkan dengan pasien yang diobati dengan *Protease Inhibitor* (PI) yang dikuatkan dengan ritonavir. (<http://spritia.or.id>).

Kepatuhan < 95% dihubungkan dengan keberhasilan virologi yang tinggi. Pasien yang memakai pengobatan ARV berbasis NNRTI atau rejimen PI dengan tingkat kepatuhan 80% tingkat kegagalan adalah < 10%. Pasien HIV dengan kepatuhan < 95% berdasarkan pengisian resep dan tingkat obatnya secara konsisten terdeteksi dalam plasma darah lebih berisiko terhadap mutasi yang resisten dengan 3TC dan NNRTI dibandingkan dengan pasien kepatuhan 95% atau lebih. (Liz Highleymen, 2 September 2008. <http://spritia.or.id>).

Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi responden dengan tingkat kepatuhan $\geq 95\%$ adalah 31.08% dan kepatuhan <95% adalah 68.92 % menunjukkan bahwa proporsi pasien yang tidak patuh 2 kali lipat dari responden yang patuh. Hal ini jika dikaitkan dengan hasil-hasil penelitian diatas maka sangat memungkinkan untuk terjadi kegagalan pengobatan akibat ketidakpatuhan dan sangat memungkinkan untuk menimbulkan resisten ARV yang berdampak pada meningkatnya *viraload* sehingga dapat meningkatkan kasus kesakitan dan kematian akibat AIDS di Kabupaten Mimika.

6.2.2. Hubungan Antara Usia Dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Hipotesa dalam penelitian ini adalah terdapat hubungan antara faktor usia dengan kepatuhan minum ARV. Rata-rata usia responden pada penelitian ini adalah 33 tahun. Berdasarkan hasil analisa bivariat dengan uji *Chi Square* menunjukkan $p > 0.05$ yaitu nilai $p = 0.2423$ (95% : 0.20-1.60) namun dimasukkan dalam uji regresi logistik karena nilai $p < 0.25$. Pada analisa multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik menunjukkan nilai $p = 0.562$ dan nilai OR = 0.60

(95% CI : 0.11-3.26). Pada hasil LR tes faktor usia sebagai model C dibandingkan dengan faktor dukungan komunitas sebaya menghasilkan nilai $p = 0.5846$ atau $p > 0,05$.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara faktor usia dengan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan laporan penelitian kepatuhan pengobatan ARV di Amerika Serikat yang dimuat dalam jurnal AIDS tahun 2008, dimana usia pasien HIV yang lebih tua (diatas 30 tahun) lebih patuh pada pengobatan dikaitkan dengan dengan jumlah *viroload* yang tidak terdeteksi dibandingkan dengan pasien HIV yang berusia muda (18-29 tahun). Para peneliti mencatat bahwa pasien yang lebih tua mengalami peningkatan CD₄ lebih cepat dibandingkan dengan pasien yang usia muda (Michael Carter, aidsmap.com, 10 September 2008. <http://spiritia.or.id>)

Dalam konferensi *British HIV Association* (BHIVA) di Bournemouth disampaikan masalah kepatuhan pada pasien usia muda adalah perubahan suasana hati, kegelisahan, membuka status dan hubungan adalah umum, dengan beberapa anak muda melakukan kegiatan yang membahayakan diri atau membutuhkan pengobatan psikiatri. (aidsmap.com 2011. <http://spiriti.or.id>)

6.2.3. Hubungan Antara Jenis Kelamin Dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Hipotesa penelitian ini adalah terdapat hubungan antara faktor jenis kelamin dengan kepatuhan pengobatan minum ARV. Berdasarkan hasil analisa bivariat dengan uji *Chi Square* menunjukkan nilai $p > 0.05$ yaitu nilai $p = 0.6132$ (95% : 0.44-3.74) dan karena nilai $p > 0.25$ sehingga tidak lakukan analisa multivariat.

Kesimpulannya secara statistik hipotesa penelitian ini ditolak atau tidak mempunyai hubungan tetapi dari hasil yang analisa yang diperoleh memberikan makna bahwa sejalan dengan penelitian sebelumnya seperti penelitian mengenai pengaruh efek samping ARV lini pertama terhadap adherens pada ODHA di layanan terpadu HIV RSCM-Jakarta, menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan

kepatuhan menurut jenis kelamin (Okki Ramadian 2010) . Namun jika dibandingkan dengan laporan dari *Highleyman* (2007), dimana para peneliti menggunakan data yang bersumber dari *Medline* menunjukkan bahwa di Amerika Serikat perempuan cenderung kurang patuh terhadap rejimen ARV dibandingkan dengan laki-laki dan menghentikan ART secara tidak terstruktur (tanpa perencanaan) dibandingkan laki-laki.

6.2.4. Hubungan Antara Pekerjaan dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Hipotesa pada penelitian ini adalah terdapat hubungan antara faktor pekerjaan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV. Berdasarkan hasil analisa bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara faktor pekerjaan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0005$ (95% CI : 0.02-0.49) dan dianalisa secara analisa multivariat. Hasil analisa multivariat menunjukkan secara statistik faktor pekerjaan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kepatuhan pengobatan minum ARV, dimana $p=0.025$ (95% CI :-4.53 - -0.30) OR = 0.08 dan pada model akhir diperoleh nilai $p = 0.003$ dan nilai OR = 0.08 (95% CI :0.01- 0.73).

Hasil ini menunjukkan bahwa faktor pekerjaan merupakan salah satu faktor yang mempunyai hubungan bermakna dengan kepatuhan pengobatan minum ARV, yaitu responden yang tidak bekerja mempunyai risiko tidak patuh terhadap pengobatan adalah 0.08 kali lipat dibandingkan responden yang bekerja.

Hasil penelitian ini sangat sesuai dengan penelitian lainnya yang menunjukkan kepatuhan di negara maju dan berkembang menemukan kesamaan kendala individu pada kepatuhan : lupa memakai obat karena terlalu sibuk, mengganggu aktifitas sehari-hari (Alcorn, 2007.<http://spiritia.or.id>).

Begitu pula dengan penelitian kepatuhan terhadap 70 orang pasien HIV di rumah sakit Kariadi Semarang menunjukkan bahwa hambatan dalam pengobatan ARV adalah sebanyak 37.2% responden kesulitan dalam meninggalkan pekerjaan bila harus mengambil obat ARV. Hambatan lain adalah 30% responden takut

dikeluarkan dari pekerjaan bila sering izin meninggalkan pekerjaan untuk mengambil obat (Sasmita Adi, 2010)

6.2.5. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Hipotesa penelitian ini adalah terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV. Berdasarkan hasil analisa bivariat *Chi Square* menunjukkan hipotesa penelitian diterima karena terhadap hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0000$ (95% CI : 3.36-43.06) dan pada analisa multivariat menunjukkan hubungan yang sangat bermakna dengan nilai $p = 0.0000$ dan nilai OR = 20.49 (95% CI : 2.63 – 159.34).

Data ini memberikan makna bahwa tingkat pendidikan sangat berhubungan dan dominan terhadap kepatuhan pengobatan minum ARV, dimana responden dengan tingkat pendidikan tinggi lebih patuh terhadap pengobatan 20 kali dibandingkan responden yang mempunyai tingkat pendidikan rendah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang disampaikan oleh *Osborn* dari Universitas *Northwesterny, Chicago*- Amerika Serikat bahwa dampak melek huruf adalah prediktor bermakna terhadap ketidakpatuhan sehingga pasien dengan tingkat melek huruf rendah 2,1 kali lebih mungkin untuk tidak patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan yang tidak melek huruf (Joene Hendry 2007. <http://spirita.or.id>).

6.2.6. Hubungan Antara Suku dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Berdasarkan hasil analisa bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara faktor suku dengan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika yang ditunjukkan dengan nilai $p=0.0003$ (95% CI ; 2.00 – 19.79). Pada analisa multivariat menunjukkan nilai $p= 0.005$ dan nilai OR = 7.75 (95% CI : 0.83 – 71.86).

Dengan diperolehnya hasil akhir pada analisa multivariat maka memberi makna secara statistik bahwa faktor suku mempunyai hubungan yang sangat kuat dengan kepatuhan pengobatan minum AR, yaitu : responden yang bukan suku

Papua lebih patuh terhadap pengobatan minum obat ARV 7.75 kali dari pada responden yang berasal dari suku Papua.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian di Amerika Serikat yang disampaikan oleh *Osborn* dari Universitas *Northwesterny, Chicago-* Amerika Serikat dimana warga AS keturunan Afrika adalah 2.4 kali lebih mungkin tidak patuh terhadap rejimen pengobatan dibandingkan dengan warga yang bukan keturunan Afrika. ((Joene Hendry 2007. <http://spirita.or.id>).

Penelitian tim *Thrasher* menemukan bahwa berdasarkan laporan sendiri, pasien minoritas lebih tidak patuh terhadap pengobatan ARV dibandingkan pasien berkulit putih. (aidsmeds.com 2008. <http://spiritia.or.id>)

6.2.7. Hubungan Antara Pengetahuan Pengobatan dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Hipotesa dalam penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan pengobatan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.

Hasil analisa bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan pengobatan dengan kepatuhan minum ARV yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0034$ (95% CI : 1.53 – 37.25) dan hasil analisa multivariat diperoleh nilai $p = 0.191$ dan OR =3.32 (95% CI : 0.54-20.18). sesuai LR test maka faktor ini sebagai model E yang dibandingkan dengan faktor kelompok usia (model E) diperoleh hasil $p=0.1795$ atau $p>0.05$.

Data ini memberi makna bahwa pengetahuan pengobatan mempunyai hubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV tetapi bukan sebagai faktor yang dominan terhadap kepatuhan pengobatan minum ARV.

Berdasarkan analisa bivariat maka hasil analisa ini sesuai dengan penelitian yang disampaikan oleh *Osborn* dari Universitas *Northwesterny, Chicago-* Amerika Serikat dimana melek kesehatan mempunyai hubungan yang sangat erat dengan melek huruf, sehingga melek kesehatan adalah hambatan terhadap kepatuhan yang berisiko untuk tidak patuh. Dari hasil penelitian ini juga bagi pasien yang melek huruf dan melek kesehatan agar dapat memanfaatkan pengobatan ARV maka bahan kesehatan disesuaikan dengan budaya dan etiket

obat ditulis untuk semua tingkat melek huruf. (Joene Hendry 2007. <http://spirita.or.id>).

6.2.8. Hubungan Antara Riwayat Ganti ARV Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Hubungan antara faktor riwayat ganti ARV dengan kepatuhan pengobatan Minum ARV secara statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna sesuai analisa bivariat yang ditunjukkan dengan nilai $p=0.0140$ (0.05-0.88) sehingga dilanjutkan dalam analisa multivariat. Hasil analisa multivariat menunjukkan nilai $p=0.135$ dan nilai $OR = 0.20$ (95% CI : 0.02 – 1.64). pada LR test faktor ini dijadikan sebagai model F yang dibandingkan dengan faktor pengetahuan sebagai model E . berdasarkan LR test maka diperoleh $p = 0.09$ atau $p>0.05$.

Berdasarkan hasil analisa data maka disimpulkan bahwa faktor riwayat. pengetahuan mempunyai hubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV namun tidak mempunyai hubungan yang kuat atau bermakna terhadap kepatuhan.

Berdasarkan analisa bivariat maka hipotesa penelitian ini diterima dan sejalan dengan penelitian-penelitian terdahulu dimana salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan adalah karena kepatuhan yang buruk sehingga pada akhirnya banyak pasien HIV yang tidak patuh pada pengobatan ARV rejimen lini pertama akhirnya menerima pengobatan ARV lini kedua golongan PI . pergantian kombinasi ARV dari lini pertama ke kombinasi ARV lini kedua bukan karena toksisitas namun lebih sering karena ketidakpatuhan.

Pengobatan ARV perlu diganti atau dihentikan karena alasan toksisitas maupun kegagalan terapi. Keputusan mengganti untuk mengganti atau menghentikan ART harus dipertimbangkan secara hati-hati dengan perhatian utama kepada pasien. Sebelum mengganti terapi, penilaian terhadap kondisi klinis, kepatuhan dan riwayat pengobatan pasien sangat menentukan. Karena kepatuhan merupakan faktor terpenting dalam mencapai keberhasilan terapi, kepatuhan perlu dinilai dengan sangat teliti (Depkes, 2007).

6.2.9. Hubungan Antara Konsumsi Alkohol dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Berdasarkan hasil analisa bivariat menunjukkan bahwa terdapat tidak ada hubungan yang bermakna antara faktor konsumsi alkohol dengan kepatuhan pengobatan minum ARV. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $p = 0.2919$ (95% CI : 0.09-2.30), OR : 0.48 dan berdasarkan nilai $p > 0.25$ sehingga faktor ini tidak dianalisa dengan uji regresi logistik.

Dengan hasil penelitian ini maka hipotesa penelitian ini tidak diterima dan juga tidak sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya dimana pasien HIV yang mengkonsumsi alkohol patuh pada pengobatan ARV kurang lebih 50% lebih rendah dibandingkan dengan pasien HIV yang tidak mengkonsumsi alkohol (Michael Carter, 2009 [.http://spiritia.or.id](http://spiritia.or.id)).

6.2.10. Hubungan Antara Jaminan Kesehatan dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Secara statistik pada analisa bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara faktor jaminan kesehatan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0256$ (95% CI : 0.11 -0.98) , OR : 0.34. namun faktor ini tidak dilanjutkan pada analisa multivariat sebab memiliki nilai kolinearitas paling tinggi diantara semua faktor yang diteliti yaitu mencapai - 0.7 (lampiran 2) yaitu kolineritas antara variabel jaminan kesehatan dan variabel suku. Hal ini menandakan bahwa sebagian besar responden yang memiliki jaminan kesehatan terutama responden suku Papua (86%). Jika faktor ini diikutsertakan dalam analisa multivariat maka tingkat ketelitian dari faktor lain semakin berkurang.

Berdasarkan analisa bivariat maka dapat dikatakan bahwa hasil penelitian ini sesuai dengan beberapa penelitian lainnya namun bukan merupakan faktor yang paling dominan terhadap kepatuhan pengobatan minum ARV di Kabupaten Mimika. Salah satu contoh dari penelitian sebelumnya yang mempunyai kaitan dengan hasil analisa bivariat dalam penelitian ini adalah menurut Alcorn (2007), kendala struktural yang terpenting terhadap kepatuhan adalah membebani biaya perawatan atau obat. Penelitian kualitatif secara luas di

tentang kendala terhadap kepatuhan di Botswana, Uganda dan Tanzania menunjukkan bahwa biaya transportasi, biaya pendaftaran layanan kesehatan, dan kehilangan penghasilan adalah kendala keuangan terpenting terhadap kepatuhan yang baik (Keith Alcorn, 26 September 2007. <http://spiritia.or.id>)

Penelitian lain yang mempunyai hubungan dengan jaminan kesehatan yaitu penelitian partisipatif oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional menunjukkan bahwa masih banyak pasien HIV yang sulit mengakses kartu keluarga miskin (GAKIN) dan sulitnya mencari rumah sakit atau klinik yang melayani peserta Jaring Pengaman Sosial (JPS) mengakibatkan banyak ODHA tidak memperoleh layanan.

6.2.11. Hubungan Antara Akses Layanan Kesehatan dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Sesuai hipotesa menyatakan terdapat hubungan antara faktor akses layanan kesehatan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV dan berdasarkan hasil analisa bivariat ternyata hipotesa penelitian ini ditolak. Data ini ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0910$ (95% CI : 0.79-6.39), OR : 2.23, namun karena memiliki nilai $p < 0.25$ sehingga dilanjutkan dalam analisa multivariat. Hasil analisa multivariat diperoleh nilai $p = 0.602$ dan nilai OR = 1.63 (95% CI : 0.25 – 10.24). Berdasarkan LR test, faktor ini dijadikan sebagai model C yang dibandingkan dengan faktor dukungan komunitas sebagai atau model B.

Hasil yang diperoleh berdasarkan LR test $p = 0.5845$ atau $p > 0.05$ sehingga disimpulkan bahwa faktor akses layanan kesehatan tidak mempunyai hubungan kepatuhan minum ARV.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan beberapa penelitian sebelumnya, yaitu salah satu hambatan dalam kepatuhan pengobatan disebabkan karena akses yang jauh dari layanan kesehatan. hambatan ini merupakan hambatan struktural kedua yang dihadapi oleh pasien HIV oleh karena sarana transportasi menuju klinik karena biaya transportasi (Keith Alcorn, 26 September 2007 <http://spiritia.or.id>).

Akses ke layanan kesehatan mempunyai hubungan dengan kepatuhan karena pasien HIV yang tempat tinggalnya jauh dari unit layanan mempunyai

risiko untuk mangkir karena tidak memiliki transportasi ke layanan sehingga pada akhirnya kehabisan obat. Sebagai contoh kendala struktural terkait akses ini dihadapi oleh pasien HIV di Uganda sehingga pada pasien HIV yang tempat tinggalnya jauh dari layanan diberikan bantuan berupa uang transportasi ke klinik atau menyediakan layanan perawatan berbasis rumah (Theo Smart, 2011. <http://spiritia.or.id>).

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

Berdasarkan hasil penelitian operasional guna meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV pada 35 atau 100 % pasien HIV dengan kepatuhan < 95% di RS. Mitra Masyarakat. Dalam penelitian intervensi disediakan sarana transportasi ke layanan kesehatan. Dan akhir intervensi, sebanyak 10 orang tidak mengikuti penelitian ini sampai selesai dan 25 orang yang tetap mengikuti penelitian sampai selesai. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 25 orang pada akhir intervensi, memiliki proporsi kepatuhan $\geq 95\%$ 90 % dan proporsi kepatuhan antara 80 – 95% : 10%. Hubungan antara penyediaan transportasi untuk memudahkan akses ke layanan kesehatan melalui uji multivariat *Backward Stepwise* menunjukkan adanya hubungan yang ditunjukkan, dengan nilai OR : 5,0 , $p= 0.0006$ (95% CI : 1.66-15) (Reynold Ubra, 2012).

6.2.12. Hubungan Antara Stigma dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Sesuai hipotesa menyatakan terdapat hubungan antara faktor stigma layanan kesehatan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV dan berdasarkan hasil analisa bivariat ternyata hipotesa penelitian ini ditolak yang ditunjukkan

dengan nilai $p = 0.0991$ (95% CI : 0.003-1.99), OR : 0.18. namun karena nilai $p < 0.25$ sehingga dilanjutkan pada analisa multivariat. Hasil analisa multivariat diperoleh nilai $p = 0.933$ dan nilai OR = 0.59 (95% CI : 3.12 – 113,210). karena faktor ini mempunyai nilai yang terbesar pada model awal uji regresi logistik sehingga tidak dilakukan LR test, namun dijadikan sebagai model A untuk dibandingkan dengan model selanjutnya.

Berdasarkan hasil analisa bivariat dan multivariat maka faktor ini tidak mempunyai hubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan beberapa penelitian sebelumnya, yaitu salah satu hambatan dalam kepatuhan pengobatan disebabkan karena stigma di layanan kesehatan.

Dalam *Journal of General Internal Medicine* (2009), para peneliti fakultas pengobatan penyakit dalam dan penelitian layanan kesehatan di Fakultas *David Geffen School di UCLA* Amerika Serikat menemukan bahwa sejumlah besar pasien HIV menerima stigma tidak mengakses perawatan dan kurang patuh terhadap pengobatan ARV. Pasien HIV yang mendapat stigma tinggi adalah empat kali lebih mungkin melaporkan kurang mengakses layanan perawatan medis dan tiga kali lebih mungkin melaporkan kurang patuh terhadap pengobatan. (<http://spiritia.or.id>).

Stigma terhadap pasien HIV di layanan kesehatan juga dihadapi oleh penduduk pribumi di wilayah pegunungan tengah Provinsi Papua. Hal ini ditunjukkan oleh penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Pusat Studi Kependudukan Universitas Cendrawasih Papua menunjukkan bahwa orang-orang pribumi Papua sangat membutuhkan tes HIV dan penderitanya yang hidup di wilayah pegunungan karena lebih banyak orang pribumi yang terinfeksi HIV dibandingkan orang pendatang. Namun menurut responden bahwa orang-orang pribumi Papua lebih menyukai layanan kesehatan yang diberikan oleh pekerja kesehatan yang berasal dari pribumi Papua dibanding layanan kesehatan yang diberikan oleh pekerja kesehatan pendatang. Oleh karena pekerja kesehatan pendatang tidak menghormati nilai-nilai orang Papua dan menilai orang Papua menurut aturan-aturan Indonesia. Ketika pengobatan ARV diberikan oleh tenaga kesehatan pribumi Papua maka pasien pribumi Papua akan lebih mudah mendapat

dukungan dan menuruti aturan –aturan yang ditetapkan. Perempuan lebih mungkin untuk pergi mendapatkan layanan pengobatan di LSM-LSM yang dijalankan oleh pribumi Papua dibanding ke rumah sakit atau klinik.(Jack Morin et al, 2010).

Jurnal AIDS edisi 23 Juli 2008, pasien kulit putih dan pasien minoritas dengan jumlah lebih kurang sama yang melaporkan dan stigma di rumah sakit dan tidak dipercaya oleh dokter. Hal ini berarti pengalaman dan perasaan para dokter tidak dapat menjelaskan perbedaan tingkat kepatuhan antara pasien kulit putih dan pasien minoritas (aidsmeds.com *dalam* <http://spiritia.or.id>)

6.2.13. Hubungan Antara Pelayanan Konseling dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Sesuai hipotesa menyatakan terdapat hubungan antara faktor konseling kepatuhan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV dan berdasarkan hasil analisa bivariat ternyata hipotesa penelitian ini diterima yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0165$ (95% CI : 1.09-11.14), OR : 3.43. karena nilai $p < 0.25$ sehingga dilanjutkan dalam analisa multivariat. Pada analisa multivariat diperoleh nilai $p = 0.208$ dan nilai OR = 4.07 (95% CI :0.45 – 36.25) dan berdasarkan LR test, faktor ini dijadikan sebagai model G yang dibandingkan dengan faktor riwayat ganti ARV yang dijadikan model F . Berdasarkan LR test maka diperoleh $p = 0.1236$ atau $p > 0.05$.

Berdasarkan hasil analisa bivariat menunjukkan bahwa faktor pelayanan konseling berhubungan dengan kepatuhan minum ARV namun dan berdasarkan analisa multivariat menunjukkan bahwa faktor tidak mempunyai hubungan yang kuat terhadap kepatuhan minuman ARV.

Dengan adanya hasil analisa bivariat maka sesuai dengan penelitian operasional peningkatan kepatuhan pengobatan ARV di RS. Mitra Masyarakat yang menunjukkan bahwa dari 35 responden pada awal intervensi dan 25 orang yang mengikuti intervensi sampai penelitian ini selesai dengan selalu hadir untuk mendapat konseling kepatuhan maka lebih patuh minum ARV 8.32 kali lipat dibandingkan dengan responden yang tidak hadir dan tidak mendapat konseling

kepatuhan dengan OR =8.32 p=0,0000 (95% CI : 0.66-1.09) . (Reynold Ubra, 2012).

Pengaruh konseling kepatuhan pengobatan terhadap tingkat kepatuhan telah dibuktikan dari beberapa penelitian, misalnya Ira Wilson (2010) berpendapat bahwa penyedia layanan kesehatan perlu menyiapkan informasi yang akurat tentang kepatuhan, memiliki banyak waktu untuk berdialog dengan pasien sehingga dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan (poz.com, 2010 <http://spritia.or.id>).

Konseling kepatuhan perlu untuk membantu pasien mencari jalan keluar dari kesulitan yang mungkin timbul dari pemberian terapi dan akan mempengaruhi kepatuhan dalam menjalankan pengobatan.(Kemkes, 2011).

Family Health Internasional (FHI) melaporkan pembelajaran yang diperolehnya dari program mula-mula di Ghana, Kenya dan Rwanda dalam laporan terperinci tahun 2005 (Rittenthaler), semua program mewajibkan sedikitnya satu dan lebih dari tiga konseling kepatuhan terhadap pengobatan, dilakukan oleh perawat yang umumnya menerima pelatihan tentang kepatuhan selama dua hingga tiga hari. Di Rwanda pasien juga menerima brosur terkait ART dalam bahasa daerah, termasuk kartu bergambar masing-masing jenis obat dan jadwal memakainya.

6.2.14. Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Sesuai hipotesa menyatakan terdapat hubungan antara faktor dukungan keluarga dengan kepatuhan pengobatan minum ARV dan berdasarkan hasil analisa bivariat ternyata hipotesa penelitian ini diterima yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0012$ (95% CI : 1.67-17.39), OR : 5.24 sehingga dilanjutkan dengan analisa multivariat. Hasil analisa multivariat diperoleh diperoleh nilai $p = 0.033$ dan nilai OR = 4.19 (95% CI : 0.79 – 22.10). Berdasarkan LR test faktor ini selalu dimasukkan dalam model karena mempunyai nilai $p < 0.05$ sampai model akhir.

Dengan diperolehnya model akhir maka faktor dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang berhubungan dan bermakna secara statistik dengan kepatuhan pengobatan minum ARV, yaitu responden yang statusnya

diketahui oleh keluarga dan mendapat dukungan maka 4 kali lebih patuh minum ARV dibandingkan responden yang statusnya tidak diketahui dan tidak mendapat dukungan keluarga.

Dengan demikian hasil penelitian ini sesuai dengan pedoman pengobatan ARV menurut Kemkes, yaitu Diharapkan pasangan dan keluarganya akan memberi dukungan dan perawatan. Prinsip dasar pasangan dan keluarga disini adalah orang terdekat dari ODHA (Kemkes, 2011).

Juga dengan beberapa penelitian lainnya seperti program FHI mewajibkan pengungkapan status kepada sanak saudara atau teman yang akan berperan sebagai pendukung pengobatan. pendukung pengobatan yang dimaksud adalah ibu pasien, saudara perempuan, saudara laki-laki dan terakhir ayah pasien. (Keith Alcorn, 2007 <http://spiritia.or.id>).

Penelitian mengenai dukungan keluarga di Indonesia adalah penelitian partisipatif yang menunjukkan bahwa paling banyak memberikan dukungan bagi ODHA perempuan adalah pasangan seksual dan teman dekat dan mengetahui statusnya. Sedangkan laki-laki, lebih banyak memberi dukungan adalah orang tua dan juga mengetahui statusnya (KPAN).

6.2.15. Hubungan Antara Dukungan Komunitas Sebaya dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV.

Sesuai hipotesa menyatakan terdapat hubungan antara faktor dukungan komunitas sebaya dengan kepatuhan pengobatan minum ARV dan berdasarkan hasil analisa bivariat ternyata hipotesa penelitian ini diterima yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.0309$ (95% CI : 0.97-8.85), OR : 2.91 sehingga dilanjutkan dalam analisa multivariat. Pada model awal analisa multivariat diperoleh koefisien $p=0.874$ (95% CI :-1.83 – 2.15) dan berdasarkan LR test faktor ini dijadikan sebagai model B yang dibandingkan dengan faktor riwayat stigma di layanan kesehatan sebagai model A. berdasarkan LR test maka diperoleh $p = 0.8659$ atau $p>0.05$.

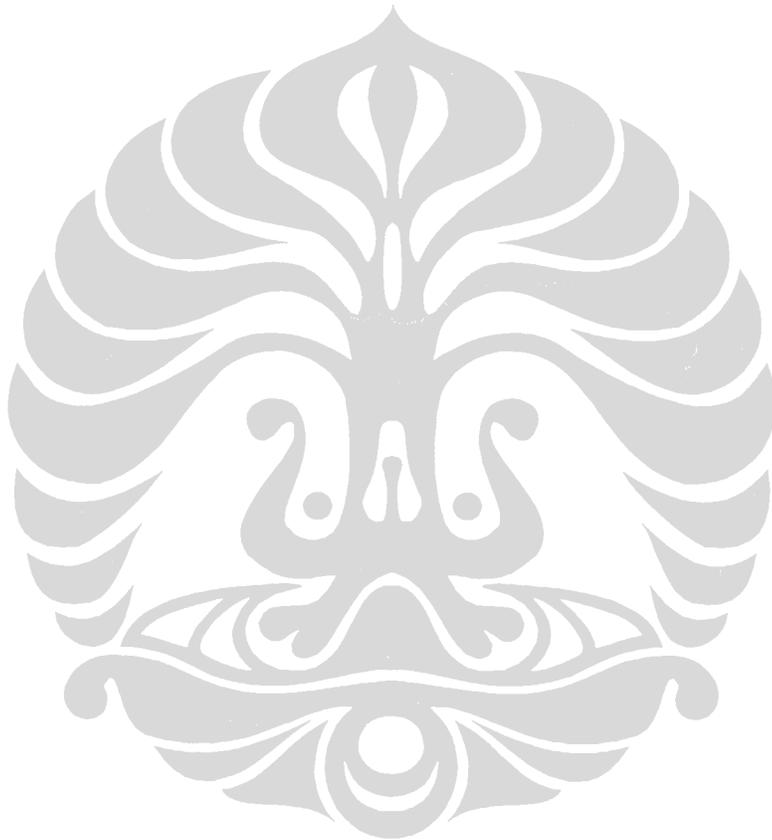
Hasil analisa bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan komunitas sebaya kepatuhan pengobatan minum ARV dan sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa dukungan sebaya dapat

membantu meningkatkan kepatuhan dalam jangka pendek namun tidak dikaitkan dengan perubahan yang bermakna pada *viraload* atau jumlah CD₄. Hal ini dibuktikan dengan oleh para peneliti dari *Seattle* merancang uji coba prospektif secara acak dan terkontrol untuk mengamati apakah dukungan sebaya, pesan sms atau kombinasi keduanya meningkatkan kepatuhan dalam jangka pendek dan jangka panjang pada pasien yang menerima ART. Setelah sembilan bulan penelitian dilakukan maka pasien diwawancarai mengenai kepatuhan. Hasil dari penelitian tersebut ternyata pada awal penelitian 70% pasien melaporkan kepatuhan 100% tetapi angka itu turun menjadi 58% setelah tiga bulan dan 51% pada bulan keenam dan turun menjadi 49 % pada bulan kesembilan.(Michael Carter, 2009 <http://spiritia.or.id>)

Hampir separuh pasien HIV yang menerima pengobatan ARV di RS. Mitra Masyarakat berpendapat tidak memerlukan tenaga pendukung pengobatan berbasis komunitas sebaya. Hal ini dibuktikan dari 25 orang yang mengikuti *post tes* pada penelitian intervensi peningkatan kepatuhan 11 orang (44%) yang terdiri dari dua orang responden laki-laki dan sembilan orang responden perempuan mengaku tidak membutuhkan tenaga pendamping pengobatan ARV berbasis komunitas sebaya. Hal ini terjadi karena kekhawatiran responden akan status HIVnya diketahui oleh orang lain yang tidak tinggal bersama atau berlatar belakang budaya yang berbeda. (Reynold Ubra, 2012).

Kekhawatiran akan pengungkapan status HIV di komunitas atau kepada orang lain juga menjalani masalah bagi pasien HIV di wilayah pegunungan Papua. Hasil studi kualitatif menunjukkan bahwa pengungkapan status HIV secara meluas membawa dampak negatif yang serius bagi laki-laki maupun perempuan. Pengungkapan status ini secara meluas dilakukan oleh orang-orang yang memiliki kekuasaan tampaknya membawa dampak yang merugikan atau merusak ODHA. Stigmatisasi sangat mencekam bilamana seorang pemimpin gereja mengumumkan status mereka ke masyarakat. Responden lainnya menceritakan stigmatisasi ekstrim yang terjadi ketika seorang petugas kesehatan mengungkapkan status mereka ke masyarakat luas. Nilai budaya mempengaruhi respon terhadap stigma hingga ke tingkatan tertentu, diantara masyarakat pegunungan penarikan diri secara sosial merupakan suatu respon budaya yang disetujui terhadap suatu

penyakit menular. Seseorang kadang mengucilkan diri dengan hidup sendiri didalam hutan . sebagai akibatnya, penarikan diri dan isolasi merupakan sesuatu yang sah dan biasanya sebagai respon terhadap diagnosis HIV (Jack Morin et al, 2010).



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan.

Berdasarkan hasil penelitian terhadap pasien HIV yang menjalani pengobatan dipada 2(dua) rumah sakit rujukan ARV di Kabupaten Mimika, maka dapat disimpulkan :

1. Tingkat kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika Provinsi Papua, adalah rendah, dengan nilai rata-rata kepatuhan, yaitu : 80%. Berdasarkan kategori kepatuhan, maka jumlah responden dengan kepatuhan $\geq 80\%$ adalah 33 orang atau 44.59% dan jumlah responden dengan kepatuhan $< 80\%$ adalah 41 orang atau 55.41%.
2. Faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika, adalah : pekerjaan, tingkat pendidikan, suku, pengetahuan pengobatan, riwayat ganti ARV dan riwayat efek samping obat. Sedangkan faktor yang tidak berhubungan dengan kepatuhan minum ARV adalah yaitu kelompok usia, jenis kelamin dan riwayat konsumsi alkohol.
3. Faktor akses informasi kesehatan (*accesebility of information*) yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika adalah : jaminan kesehatan dan pelayanan konseling kepatuhan. Sedangkan faktor yang tidak berhubungan adalah akses layanan kesehatan dan pengalaman stigma di layanan kesehatan.
4. Faktor dukungan sosial (*social support*) yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika, adalah dukungan keluarga dan dukungan komunitas sebaya.
5. Faktor yang mempunyai hubungan paling bermakna dengan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika adalah tingkat pendidikan, yaitu : pasien HIV yang berpendidikan tinggi akan patuh 20.49 kali dibandingkan pasien HIV yang berpendidikan rendah. Faktor kedua yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV adalah pekerjaan, yaitu : pasien HIV yang tidak bekerja mempunyai risiko tidak

patuh minum obat ARV 0.08 kali lebih rendah dibandingkan pasien HIV yang bekerja. Faktor ketiga adalah faktor suku, yaitu pasien HIV yang bukan berasal dari suku Papua, akan lebih patuh minum ARV 7 sampai 8 kali dibandingkan pasien yang berasal dari suku Papua. Faktor keempat adalah faktor dukungan keluarga, yaitu pasien HIV yang mendapat dukungan keluarga 4 kali lebih patuh minum ARV dibandingkan pasien HIV yang tidak mendapat dukungan keluarga. Jika pasien HIV memiliki keempat faktor ini maka probabilitas kepatuhan minum obat ARV adalah : 94.97% atau 95%.

7.2. Saran.

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka disarankan :

1. Perlu meningkatkan kepatuhan pengobatan minum ARV pada pasien HIV agar tidak terjadi kegagalan pengobatan terutama resistensi obat ARV di masa mendatang.
2. Melakukan intervensi peningkatan kepatuhan pengobatan dengan mempertimbangkan tingkat pendidikan dan suku. Berdasarkan pendidikan , maka pada pasien HIV yang berpendidikan rendah perlu mendapat konseling kepatuhan secara rutin sebelum menerima pengobatan. sedangkan pasien HIV yang sudah menerima pengobatan ARV maka perlu menyediakan tenaga pengawas minum obat atau pendukung pengobatan berbasis keluarga atau komunitas. Berdasarkan suku, maka pasien HIV yang berpendidikan rendah dan berasal dari suku Papua, perlu menerima konseling kepatuhan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti, bila perlu menggunakan bahasa daerah atau menggunakan media komunikasi terutama media bergambar atau media audio visual dalam bahasa daerah.
3. Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa faktor pekerjaan berhubungan dengan kepatuhan maka disarankan agar pada pasien HIV yang bekerja perlu disediakan tenaga pengawas minum obat sehingga dapat meningkatkan pasien untuk minum obat terutama pada jam kerja dan

membantu pasien dalam mengambil obat di layanan kesehatan jika yang bersangkutan sibuk dengan pekerjaan.

4. Faktor dukungan keluarga merupakan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum ARV sehingga pada pasien HIV yang status belum diketahui oleh keluarga, perlu dimotivasi untuk membuka diri kepada keluarga. Motivasi ini dapat dilakukan pada saat konseling kepatuhan atau melibatkan peran anggota komunitas sebaya ODHA sebagai pengawas minum obat hingga yang bersangkutan mendapat dukungan dari keluarga.
5. Sangat perlu untuk melibatkan tenaga kesehatan pribumi Papua untuk terlibat dalam edukasi kepada pasien HIV terutama pasien dari suku Papua. Tenaga kesehatan asli Papua dapat terlibat dalam konseling kepatuhan, memberikan dorongan kepada keluarga termasuk membantu pasien HIV jika sewaktu-waktu dibutuhkan.
6. Tenaga kesehatan tidak diperkenankan membuka status pasien kepada orang lain terutama pasien yang berasal dari suku Papua, seperti : tokoh adat, tokoh agama, atau tokoh masyarakat karena hal ini sangat berpengaruh terhadap dukungan psikososial masyarakat terutama masyarakat Papua.
7. Melakukan normalisasi HIV/AIDS dengan pendekatan budaya, dimana nilai budaya negatif atau opini yang salah di masyarakat mengenai suatu penyakit dan dimasukkan sebagai nilai budaya, perlu dihilangkan secara perlahan-lahan.
8. Menyediakan layanan ARV yang dekat dengan ODHA, seperti membentuk layanan ARV di wilayah puskesmas berdasarkan jumlah pasien terbanyak serta mendorong peran serta tenaga puskesmas dan kader kesehatan untuk terlibat sebagai pendukung pengobatan.
9. Mendorong kebijakan daerah untuk melakukan normalisasi HIV/AIDS dengan cara melakukan sosial promosi tentang dukungan ODHA dan perilaku hidup sehat.
10. Masih perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk melengkapi hasil penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

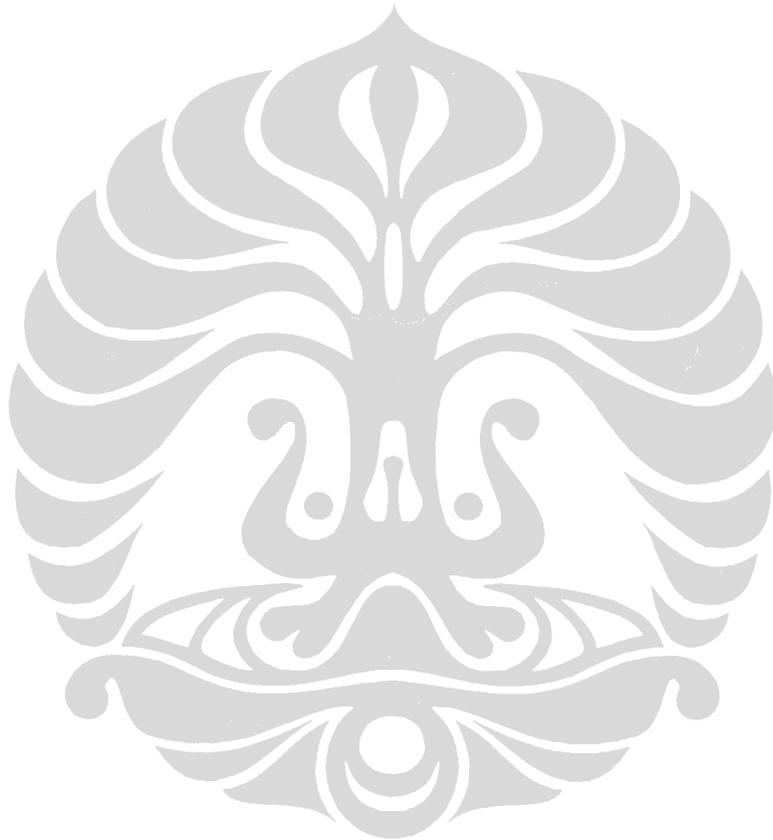
- Adam Legge. *Perempuan menanggapi terapi HIV lebih baik secara bermakna dibandingkan laki-laki*. <http://spritia.or.id> Diunduh pada tanggal 25 Februari 2012.
- Abd Nasir et al. *Buku Ajar : Metodologi Penelitian Kesehatan- Konsep Pembuatan Karya Tulis dan Thesis Untuk Mahasiswa Kesehatan*. Penerbit Mulia Medika. 2011
- Agus Riyanto. *Penerapan Analisa Multivariat Dalam Penelitian Kesehatan*. Niftra.2009.
- Aidsmeds.com (1 Agustus 2008). *Diskriminasi tidak memperburuk kepatuhan pada pengobatan*. <http://spritia.or.id> diunduh tanggal 25 Februari 2011.
- Aidsmap.com (11 April 2011). *Anak muda yang terinfeksi HIV : kompleksitas dari HIV seumur hidup meningkat secara bermakna*. <http://spritia.or.id> diunduh tanggal 25 Februari 2011.
- Arif Sumantri. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Kencana Prenada media Group : Jakarta, 2011.
- Arjatmo Tjokronegoro et al. *Seluk Beluk AIDS Yang Perlu Anda Ketahui*. FKUI 1992.
- Carole Leach (2012). *Pengobatan HIV yang diintegrasikan ke dalam layanan kesehatan umum memberikan hasil yang sama atau lebih baik*. <http://spritia.or.id>. Diunduh pada tanggal 4 Juni 2012.
- Dinas Kesehatan Provinsi Papua. *Laporan Perawatan HIV-ART Tahun 2011*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Papua. *Informasi HIV/AIDS Provinsi Papua Triwulan IV Tahun 2011*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika. *Laporan Perawatan HIV – ART Tahun 2010*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika. *Laporan Perawatan HIV-ART Bulan Tahun 2011*.
- Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan R.I. *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA : Buku Pedoman untuk petugas Kesehatan dan Petugas Lainnya*. Jakarta, 2006.

- Direktorat Pengendalian Penyakit Menular Langsung, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan R.I. *Rencana Aksi Kegiatan Pengendalian HIV-AIDS dan IMS Tahun 2010-2014*. Jakarta, 2004.
- Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan R.I. *Infomasi Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan*. Jakarta, 2004.
- Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan R.I. *Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral*. Jakarta, 2004.
- Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan R.I. *Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral Edisi Kedua*. Jakarta, 2007.
- Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan R.I. *Pedoman Nasional Edisi Kedua (Edisi Revisi)*. Jakarta, 2007.
- Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan R.I. *Pedoman Nasional Edisi Kedua Tahun 2007 : Panduan Tatalaksana Klinis Infeksi HIV pada Orang Dewasa dan Remaja*. Jakarta, 2007.
- Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. *Laporan Situasi Perkembangan HIV & AIDS di Indonesia Pada Triwulan II Tahun 2011*. www.aidsina.or.id. Diunduh pada tanggal 11 Desember 2011.
- Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan R.I (2011). *Modul Peserta Pelatihan Konseling Adherence Anti Retroviral*. Jakarta.
- Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan R.I (2011). *Pedoman Konseling dan Tes HIV*. Jakarta.
- Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan R.I (2012). *Laporan Penemuan Kasus HIV/AIDS Triwulan IV Tahun 2011*.
- Herlambang Sasmita Aji (2010). *Kepatuhan Pasien HIV dan AIDS Terhadap Terapi Antiretroviral di RSUP Dr. Kariadi Semarang*. Jurnal Promosi

- Kesehatan Vol. 5/No.1/ Januari 2010. diunduh pada tanggal 11 Desember 2011.
- Jack Morin et al (2010). *Stigma dan HIV/AIDS Di Wilayah Pengunungan Tengah*. Jayapura Papua. www.papuaweb.org. Diunduh pada tanggal 20 November 2010.
- Joane Hendry, Reuters Health (2007). *Kepatuhan Terhadap ART dikaitkan dengan melek kesehatan*. <http://spiritia.or.id>. Diunduh pada tanggal 20 Februari 2012.
- Keith Alcorn . *Kepatuhan sangat baik di Afrika karena jejaring sosial*. <http://spiritia.or.id>. Diunduh pada tanggal 11 Desember 2011
- Keith Alcorn . : *Bagaimana Memberi Kepatuhan Yang Baik :Pengalaman Dari Seluruh Dunia*. <http://spiritia.or.id>. Diunduh pada tanggal 11 Desember 2011
- Keith Alcorn et al. *Kepatuhan 80-95% tidak cukup baik untuk keberhasilan ART jangka panjang*. <http://spiritia.or.id>. Diunduh pada tanggal 11 Desember 2011
- Kelsey, Jennifer.et al (1996). *Methods in Observational Epidemiologi, Second Edition*.Oxford University Press.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.*Rangkuman Eksekutif Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2006-2011 : Laporan 5 Tahun Pelaksanaan Peraturan Presiden NO. 75/2006*.2011.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. *Penelitian Partisipatif : ODHA & Akses Pelayanan Kesehatan Dasar*. Diunduh pada tanggal 25 Februari 2012.
- Liz Highleyman (2011). *Hasil Terapi Antiretroviral yang baik pada populasi pasien yang menantang*. <http://spiritia.or.id>.diunduh pada tanggal 25 Februari 2012.
- Liz Highleyman (2008). *Keberhasilan dengan tingkat kepatuhan kurang dari 95% dan peran kepatuhan dalam kegagalan pengobatan serta munculnya resistensi*. <http://spiritia.or.id>.diunduh pada tanggal 25 Februari 2012.
- Liz Highleyman (2007). *Perbedaan Hasil Pengobatan HIV pada laki-laki dan perempuan* . <http://spiritia.or.id>.diunduh pada tanggal 25 Februari 2012

- Michael Carter (2009) : *Dukungan sebaya dan pesan SMS hanya menghasilkan peningkatan kepatuhan sementara terhadap kepatuhan ART.*
<http://spiritia.or.id>. Diunduh pada tanggal 11 Desember 2011.
- Michael Carter (2009) . *Konsumsi alkohol berdampak buruk terhadap kepatuhan pada ART.* <http://spiritia.or.id>. Diunduh pada tanggal 11 Desember 2011.
- Michael Carter (2012). *Penghentian Pengobatan Melibatkan Risiko Kegagalan Virologi Yang Lebih Tinggi dibandingkan Dosis Yang dilewatkan Sesekali.*
<http://spiritia.or.id>. Diunduh pada tanggal 3 Juli 2012.
- Okki Ramadian et al (2010). *Efek samping Antiretroviral Lini Pertama Terhadap Adherence pada ODHA di Layanan Terpadu HIV RSCM.* 22 Desember 2011
- Poz.com (20 Januari 2010). *Penyedia Layanan Kesehatan Memerlukan Pelatihan Tambahan untuk meningkatkan Kepatuhan Pengobatan ODHA.*
<http://spiritia.or.id>. Diunduh pada tanggal 10 Desember 2011.
- Science Daily (2010) : *Kepatuhan Terapi Antiretrovital Tinggi Berhubungan Dengan Biaya Kesehatan Yang lebih Rendah.* <http://spiritia.or.id>. Diunduh pada tanggal 25 Februari 2012.
- Kumpulan-materi.blogspot.com. *Kumpulan :Teori-Teori Perilaku dan Perubahan Perilaku Kesehatan.* Diunduh pada tanggal 20 Juni 2012.
- Theo Smart (2011) : *HATIP 176: Kepatuhan dan Penahanan pada Perawatan HIV di Rangkaian Sumber Daya Terbatas.* <http://spiritia.or.id>. diunduh pada tanggal 25 Februari 2012.
- Theo Smart (2007) : *HATIP 83 :Tantangan menahan pasien dan Kebutuhan Terhadap tindak lanjut yang lebih giat .* <http://spiritia.or.id>. diunduh pada tanggal 25 Februari 2012.
- Theo Smart, (2007). *HATIP 90 : Tindak lanjut beralih ke tanggapan berbasis komunitas untuk meningkatkan kelangsungan perawatan.*
<http://spiritia.or.id> . diunduh pada tanggal 22 Desember 2011
- Yayasan Spiritia, *Terapi Antiretroviral (ART) Lembar Informasi 403.*
<http://spiritia.or.id>, diunduh pada tanggal 25 Februari 2011.

Yayasan Spiritia, *Penyedia Layanan Kesehatan Membutuhkan Pelatihan
Tambahan Untuk Meningkatkan Kepatuhan Pengobatan ODHA.*
<http://spiritia.or.id>. Diunduh pada tanggal 11 Desember 2011 .



KUISIONER

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN PENGOBATAN ARV PADA PASIEN HIV DI KABUPATEN MIMIKA-PROVINSI PAPUA

KETERANGAN LOKASI																														
1.	Distrik/Kecamatan	1. Mimika Baru 3. Kuala Kencana 2. Mimika Timur	<input type="checkbox"/>																											
2.	Desa/ Kelurahan	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. Kwamki</td> <td style="width: 33%;">10. Wonosarijaya</td> <td style="width: 33%;">19. Kuala Kencana</td> </tr> <tr> <td>2. Koperapoka</td> <td>11. Wania</td> <td>20. N. Muktipura</td> </tr> <tr> <td>3. Inauga</td> <td>12. Kaugapu</td> <td>21. Mulia Kencana</td> </tr> <tr> <td>4. Nawaripi</td> <td>13. Hiripau</td> <td>22. Utikini Bari</td> </tr> <tr> <td>5. Kamoro Jaya</td> <td>14. Pomako</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Limau Asri</td> <td>15. Mware</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Harapan</td> <td>16. Bhintuka</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Limau Asri</td> <td>17. Iwaka</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. Wangirja</td> <td>18. Karang Senang</td> <td></td> </tr> </table>	1. Kwamki	10. Wonosarijaya	19. Kuala Kencana	2. Koperapoka	11. Wania	20. N. Muktipura	3. Inauga	12. Kaugapu	21. Mulia Kencana	4. Nawaripi	13. Hiripau	22. Utikini Bari	5. Kamoro Jaya	14. Pomako		6. Limau Asri	15. Mware		7. Harapan	16. Bhintuka		8. Limau Asri	17. Iwaka		9. Wangirja	18. Karang Senang		<input type="checkbox"/>
1. Kwamki	10. Wonosarijaya	19. Kuala Kencana																												
2. Koperapoka	11. Wania	20. N. Muktipura																												
3. Inauga	12. Kaugapu	21. Mulia Kencana																												
4. Nawaripi	13. Hiripau	22. Utikini Bari																												
5. Kamoro Jaya	14. Pomako																													
6. Limau Asri	15. Mware																													
7. Harapan	16. Bhintuka																													
8. Limau Asri	17. Iwaka																													
9. Wangirja	18. Karang Senang																													
3.	Alamat Lengkap	Jl..... NO: RT: RW:																												
KETERANGAN PEWAWANCARA																														
4.	Nama Pewawancara																												
5.	Tanggal Wawancara / /2012																												
6.	Waktu Wawancara	Jam s/d																												

INFORMED CONSENT

Selamat pagi/siang/sore (Berjabat Tangan), nama saya sebagai pewawancara. Kami dari Universitas Indonesia sedang melakukan kegiatan survei tentang Kepatuhan Pengobatan Antiretroviral (ARV) di Kabupaten Mimika. Kami akan menanyakan beberapa hal tentang kepatuhan pengobatan, antara lain Faktor Individu (usia, suku, tingkat pendidikan, pengetahuan tentang pengobatan, persepsi pengobatan ARV, pengalaman efek samping ARV, riwayat konsumsi alkohol). Faktor Layanan Kesehatan (biaya pengobatan, kemudahan akses layanan, stigma/cap buruk, konseling kepatuhan). Faktor Lingkungan (Dukungan Keluarga dan Dukungan Komunitas). Informasi yang Saudara berikan BERSIFAT RAHASIA, Kami TIDAK AKAN MENCANTUMKAN NAMA SAUDARA pada kuisisioner ini. Setiap informasi yang Saudara sampaikan sangat membantu PEMDA Mimika dalam Upaya Peningkatan Kualitas HIDUP Orang dengan HIV/AIDS. Wawancara dan observasi akan berlangsung sekitar 1 jam. Partisipasi di dalam survei ini bersifat sukarela dan Bapak/Ibu dapat menolak untuk menjawab pertanyaan atau tidak melanjutkan wawancara. Kami berharap Bapak/Ibu dapat berpartisipasi karena pendapat Bapak/Ibu sangat penting. Saat ini, Apakah Bapak/bu bersedia berpartisipasi dalam survei ini? 1. Ya, 2. Tidak

BILA RESPONDEN SETUJU UNTUK DIWAWANCARAI, WAWANCARA DIMULAI.
BILA RESPONDEN TIDAK SETUJU DIWAWANCARAI, TIDAK PERLU MEMAKSA.

IDENTITAS RESPONDEN			
7.	Umur	
8.	Status Perkawinan	1. Belum Menikah 3. JSaudara 2. Menikah 4. Duda	<input type="checkbox"/>
9.	Jenis Kelamin	1. Laki 2. Perempuan	<input type="checkbox"/>
10.	Pendidikan	1. Tidak Sekolah 5. SLTA 2. Tidak Tamat SD 6. D3/S1 Keatas 3. SD 4. SLTP	<input type="checkbox"/>
11.	Pekerjaan	1. Ibu Rumah Tangga 6. Nelayan 2. PNS 7. Buruh 3. TNI/Polri 8. Tidak Bekerja 4. Wiraswasta/Pedagang 9. Lainnya, Sebutkan 5. Petani	<input type="checkbox"/>
12.	Suku	1. Papua 2. Bukan Papua	<input type="checkbox"/>
A	KEPATUHAN PENGOBATAN ARV (Setiap jawaban cukup diisi dengan ANGKA sesuai KOTAK yang tersedia)		
1.	Kombinasi ARV apa yang sedang Saudara minum ? 1. Lamivudin (3TC) + Zidovudine(AZT) +Evafirens (EFV) 2. Lamivudin (3TC) + Didanosine(ddI) + Evafirens (EFV) 3. Lamivudin (3TC) + Stavudine(d4T) + Evafirens (EFV) 4. Lamivudin (3TC) + Zidovudine(AZT) + Nevirapine (NVP) 5. Lamivudin (3TC) + Didanosine(ddI) + Nevirapine (NVP) 6. Lamivudin (3TC) + Stavudine(d4T) + Nevirapine (NVP) 7. Lamivudin (3TC) + Zidovudine(AZT) + Nelfinavir (NFV) 8. Lamivudin (3TC) + Didanosine(ddI) + Nelfinavir (NFV) 9. Lamivudin (3TC) + Stavudine(d4T) + Nelfinavir (NFV)		<input type="checkbox"/>
2.	Apakah Saudara pernah digantikan salah satu rejimen diatas ? 1. Ya Pernah 2. Tidak Pernah		<input type="checkbox"/>
3	Jika Pernah, Apa alasan sehingga rejimen Saudara digantikan? 1. Efek samping ARV tetapi patuh 2. Tidak patuh minum ARV		<input type="checkbox"/>
4	Berapa dosis ARV yang anda lupa minum dalam satu bulan terakhir? 1. Kurang dari tiga dosis 2. antara 3-12 dosis 3. lebih dari 12 dosis		<input type="checkbox"/>

5	Kapan terakhir kali Saudara berkunjung untuk ke layanan kesehatan untuk mengambil obat ARV? (minta tunjukkan kartu kunjungan pengobatan ARV = kartu biru) 1. satu minggu lalu 2. Satu Bulan lalu 3. Lebih dari satu bulan	<input type="checkbox"/>
6	Apakah Saudara bersedia menunjukkan obat Saudara? 1. Bersedia 2. Tidak bersedia (Jika bersedia, lakukan perhitungan dosis ARV berdasarkan jumlah obat sejak kunjungan terakhir yang disesuaikan dengan kartu biru)	<input type="checkbox"/>
7	Berdasarkan hasil perhitungan obat, diperoleh tingkat kepatuhan (tidak perlu ditanyakan tetapi petugas langsung mengisi) : 1. Kepatuhan $\geq 95\%$ 2. Kepatuhan 80-95% 3. Kepatuhan $< 80\%$.	<input type="checkbox"/>
B.	FAKTOR INDIVIDU (Setiap jawaban cukup diisi dengan ANGKA sesuai KOTAK yang tersedia)	
1.	Apakah Saudara Tahu, Jika Saudara sedang menjalani pengobatan Antiretroviral ? 1. Tahu 2. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
2.	Apakah Saudara Tahu jangka waktu Pengobatan ARV ? 1. Tahu 2. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
3.	Menurut Saudara ARV yang diminum setiap berapa jam per harinya ? 1. Setiap 6 Jam /Hari 2. Setiap 12 Jam / Hari 3. Setiap 24 Jam / Hari	<input type="checkbox"/>
4.	Apa pendapat Saudara, jika tidak meminum ARV secara teratur ? 1. Terjadi resistensi / kebal ARV 2. Tidak terjadi resistensi /kebal ARV	<input type="checkbox"/>
5.	Apakah Saudara Tahu, Jika tidak meminum ARV secara teratur akan mengurangi khasiat obat? 1. Tahu 2. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
6.	Apa pendapat Saudara, risiko terlambat minum ARV ? 1. Memberi kesempatan virus menggandakan diri (replikasi) 2. Tidak Memberi kesempatan virus menggandakan diri	<input type="checkbox"/>
7	Apa pendapat Saudara, berapa kali ARV diminum per hari 1. 1 kali setiap hari 2. 2 kali setiap hari	<input type="checkbox"/>
8.	Apakah Saudara Setuju, jika ARV tidak diminum secara teratur maka akan berlanjut ke stadium AIDS 1. Setuju 2. Tidak Setuju	<input type="checkbox"/>

9.	Apakah Saudara Setuju, bahwa ARV dapat menurunkan risiko kesakitan dan kematian? 1. Setuju 2. Tidak Setuju	<input type="checkbox"/>
10.	Apakah Saudara Setuju ARV dapat memulihkan daya tahan tubuh orang dengan HIV/AIDS? 1. Setuju 2. Tidak Setuju	<input type="checkbox"/>
11.	Apakah Saudara yakin bahwa saat ini ARV dapat meningkatkan kekebalan tubuh Saudara? 1, Ya 2. Tidak (Jika jawaban “ TDAK” lanjutkan ke pertanyaan No.13)	<input type="checkbox"/>
12	Apa pendapat Saudara tentang ARV? 1. Sangat membutuhkan 2. Tidak Membutuhkan	<input type="checkbox"/>
13.	Apakah Saudara pernah mengalami efek samping ARV 1. Pernah 2. Tidak Pernah (Jika tidak pernah, lanjutkan ke pertanyaan No. 18)	<input type="checkbox"/>
14.	Dari mana Saudara tahu, jika Saudara mengalami efek samping ARV ? 1. Diri Sendiri 2. Petugas Kesehatan	<input type="checkbox"/>
15.	Tanda dan gejala apa saja dari efek samping yang pernah Saudara alami? 1. Mual 4. Gatal 7. Diare 10. Mudah lupa 2. Muntah 5. Mimpi buruk 8. Susah Tidur 11. Alergi 3. Sakit kepala 6. Mengantuk 9. Nafsu Makan berkurang	<input type="checkbox"/>
16.	Berapa lama Saudara mengalami tanda dan gejala efek samping ? 1. Kurang dari 2 Minggu setelah mulai pengobatan 2. 2 Minggu setelah pengobatan 3. lebih dari 2 minggu setelah pengobatan	<input type="checkbox"/>
17.	Apa yang Saudara lakukan ketika terjadi tanda dan gejala samping ARV 1. Tidak meminum ARV tetapi berkonsultasi dengan tim medis 2. Tetap meminum ARV dan berkonsultasi dengan tim medis 3. Tetap meminum ARV tetapi tidak berkonsultasi dengan tim medis 4. tidak meminum ARV dan tidak berkonsultasi dengan tim medis	<input type="checkbox"/>
18.	Apakah Saudara pernah mengkonsumsi alkohol ? 1. Pernah 2. Tidak Pernah (Jika Tidak Pernah, lanjutkan ke pertanyaan No. 21)	<input type="checkbox"/>
19.	Kapan terakhir kali Saudara meminum alkohol ? 1. 2 minggu terakhir 2. 1 bulan terakhir 3. lebih dari 1 bulan	<input type="checkbox"/>
20.	Pada saat Saudara meminum alkohol, apakah Saudara tidak meminum ARV? 1. Ya, Tidak meminum ARV 2. Tidak, tetap meminum ARV	<input type="checkbox"/>
21.	Apakah Saudara pernah depresi atau merasa tertekan dalam meminum ARV ? 1. Ya 2. Tidak (Jika Tidak, lanjutkan ke pertanyaan No. 23.)	<input type="checkbox"/>

22.	Ketika Saudara mengalami depresi atau tertekan dalam pengobatan ARV, bagaimana dengan pengobatan Saudara ? 1. Tetap meminum ARV 2. Tidak meminum ARV 3. Minum ARV tetapi tidak tepat waktu	<input type="checkbox"/>
C.	FAKTOR LAYANAN KESEHATAN (Setiap jawaban cukup diisi dengan ANGKA sesuai KOTAK yang tersedia)	
23.	Apakah Saudara punya pengalaman mendapat cap buruk/ stigma terkait status HIV Saudara di tempat layanan kesehatan ? 1. Ya 2. Tidak (Jika Tidak, lanjut ke pertanyaan No.27)	<input type="checkbox"/>
24.	Jika Saudara mengalami hal tersebut, apa yang Saudara lakukan ? 1. Tetap berobat ditempat tersebut 2. Pindah tempat berobat	<input type="checkbox"/>
25.	Pada unit layanan mana Saudara mendapat cap buruk/stigma terkait status HIV Saudara? 1. Loker pendaftaran 4. Lainnya.....(sebutkan) 2. Poli 3. Laboratorium	<input type="checkbox"/>
26.	Apakah Saudara tetap meminum ARV meskipun Saudara mendapat cap buruk/stigma terkait status HIV Saudara? 1. Ya , tetap meminum ARV sesuai dosis yang dianjurkan 2. Ya , tetap meminum ARV tetapi tidak sesuai dosis yang dianjurkan 3. Tidak meminum ARV sam sekali	<input type="checkbox"/>
27.	Apakah Saudara memiliki jaminan kesehatan? 1. Ya, memiliki 2. Tidak memiliki (Jika Tidak, lanjut ke pertanyaan No.30)	<input type="checkbox"/>
28.	Jika YA, jaminan kesehatan apa yang Saudara miliki? 1. JAMKESMAS 2. JAMKESPA 3. JAMKESDA 4. Jaminan Kesehatan lainnya.....(sebutkan)	<input type="checkbox"/>
29.	Jika Saudara tidak memiliki salah satu jaminan kesehatan, Apakah Saudara membayar biaya layanan, seperti retribusi, pemeriksaan laboratorium atau obat-obatan lainnya selain ARV? 1. Ya Membayar 2. Hutang pembayaran 3. Gratis (kebijakan dari layanan)	<input type="checkbox"/>
30.	Apakah Saudara merasa keberatan jika harus membayar? 1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
31.	Bagaimana jika Saudara tidak memiliki biaya untuk pengobatan, apakah Saudara tetap berkunjung ke layanan kesehatan untuk mengambil obat atau konsultasi? 1. Ya Tetap berkunjung 2. Tidak berkunjung 3. Menunggu sampai ada biaya kemudian berkunjung ke layanan kesehatan	<input type="checkbox"/>

32.	<p>Apa yang Saudara lakukan, jika tidak memiliki biaya sedangkan persediaan ARV Saudara telah habis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminta bantuan biaya kepada keluarga/teman untuk menanggung biaya agar dapat mengambil obat. 2. Tidak meminta bantuan meskipun persediaan ARV telah habis. 	<input type="checkbox"/>
33.	<p>Berapa jarak tempat tinggal Saudara dengan layanan pengobatan ARV?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ≥ 40 KM 2. < 40 KM 	<input type="checkbox"/>
34.	<p>Berapa lama waktu yang Saudara tempuh dari tempat tinggal Saudara ke tempat layanan ARV?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ≥ 90 menit 2. < 90 Menit 	<input type="checkbox"/>
35.	<p>Apa sarana transportasi yang selalu Saudara gunakan untuk berkunjung ke layanan ARV?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transportasi umum 2. Berjalan kaki 3. Kendaraan pribadi 	<input type="checkbox"/>
36.	<p>Apakah jarak antara tempat tinggal Saudara dengan layanan ARV menyulitkan Saudara untuk ke unit layanan ARV?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak 	<input type="checkbox"/>
37.	<p>Jika tempat tinggal Saudara sangat jauh dengan unit layanan ARV dan persediaan ARV Saudara telah habis atau tersisa kurang dari 2 dosis, apa yang Saudara lakukan?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berusaha mencari bantuan untuk ke unit layanan pengobatan agar bisa mengambil obat 2. Tidak masalah jika obat ARV habis 	<input type="checkbox"/>
38.	<p>Pada saat Saudara melakukan kunjungan ulang untuk mengambil obat, apakah Saudara selalu mendapat konseling kepatuhan pengobatan?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selalu mendapat konseling 2. Kadang-kadang mendapat konseling 3. Jarang mendapat konseling 4. Tidak pernah mendapat konseling 	<input type="checkbox"/>
39.	<p>Jika Saudara mendapat konseling kepatuhan, hal apa saja yang disampaikan kepada Saudara?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memberikan kesempatan untuk Saudara bertanya dan menyampaikan masalah Saudara tentang pengobatan 2. Tidak memberikan kesempatan untuk Saudara bertanya atau menyampaikan masalah yang Saudara hadapi dalam pengobatan ARV. 	<input type="checkbox"/>
D.	<p>FAKTOR LINGKUNGAN (Setiap jawaban cukup diisi dengan ANGKA sesuai KOTAK yang tersedia)</p>	
40.	<p>Apakah keluarga terdekat Saudara mengetahui status HIV Saudara ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ya , Tahu 2. Tidak Tahu <i>(Jika Tidak lanjut ke pertanyaan No. 43)</i> 	<input type="checkbox"/>

41.	Jika keluarga Saudara mengetahui status HIV Saudara, Apakah mereka mengingatkan Saudara untuk meminum ARV ? 1. Ya mengingatkan 2. Tidak mengingatkan	<input type="checkbox"/>
42.	Siapa yang menjadi pendamping minum obat (PMO) Saudara? 1. Ibu 3. Bapak 5. Saudara Laki-Laki 6. Tidak ada PMO 2. Istri 4. Suami 6. Saudara perempuan (Jika Tidak ada PMO lanjutkan ke Pertanyaan No. 48)	<input type="checkbox"/>
43.	Jika ada PMO seberapa sering mengingatkan Saudara untuk minum ARV ? 1. Selalu mengingatkan 2. Kadang-kadang mengingatkan 3. Jarang mengingatkan	<input type="checkbox"/>
44.	Apakah PMO Saudara juga mengingatkan Saudara untuk kembali mengambil ARV sesuai waktu yang ditentukan ? 1. Ya mengingatkan 2. Tidak mengingatkan	<input type="checkbox"/>
45.	Jika mengingatkan, Seberapa sering PMO Saudara mengingatkan Saudara untuk mengambil ARV sesuai waktu yang ditentukan? 1. Selalu 2. Kadang-kadang 3. Jarang	<input type="checkbox"/>
46.	Apakah PMO Saudara juga turut menemani Saudara untuk mengambil ARV ? 1. Ya menemani 2. Tidak menemani	<input type="checkbox"/>
47.	Seberapa sering PMO menemani Saudara untuk mengambil ARV ? 1. Selalu menemani 2. Kadang-kadang menemani 3. Jarang menemani	<input type="checkbox"/>
48.	Jika Saudara tidak memiliki PMO, seberapa sering Saudara lupa minum ARV ? 1. Selalu lupa minum obat 2. Kadang-kadang lupa 3. Jarang lupa	<input type="checkbox"/>
49.	Jika tidak ada PMO yang mengingatkan Saudara untuk kunjungan ulang ke layanan ARV, apakah Saudara pernah lupa ? 1. Ya pernah 2. Tidak pernah	<input type="checkbox"/>
50.	Jika pernah lupa untuk kunjungan ulang, seberapa sering Saudara lupa? 1. Selalu lupa 2. Kadang-kadang lupa 3. Jarang lupa	<input type="checkbox"/>
51.	Apakah Saudara bergabung dalam kelompok dukungan ODHA? 1. Ya bergabung 2. Tidak bergabung	<input type="checkbox"/>

52.	<p>Jika Saudara bergabung, seberapa sering teman sebaya Saudara mengingatkan Saudara untuk minum obat ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selalu mengingatkan 2. Kadang-kadang mengingatkan 3. Jarang mengingatkan 4. Tidak pernah mengingatkan 	<input type="checkbox"/>
53.	<p>Apakah kelompok sebaya Saudara juga mengingatkan Saudara untuk berkunjung kembali untuk ambil ARV di unit layanan?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. selalu mengingatkan 2. Kadang-kadang mengingatkan 3. jarang mengingatkan 4. Tidak pernah mengingatkan 	<input type="checkbox"/>

Tanda Tangan Responden

Tanda Tangan Pewawancara

(.....)

(.....)

