



**KEPATUHAN ANTI RETROVIRAL (ARV)
PADA ORANG DENGAN HIV DAN AIDS (ODHA)
DIKOTA PALEMBANG**

TESIS

OLEH
NAMA : DION ATIKA FRAMASARI
NIM : 10012681822013

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT(S2)
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
2020**



**KEPATUHAN ANTI RETROVIRAL (ARV)
PADA ORANG DENGAN HIV DAN AIDS (ODHA)
DIKOTA PALEMBANG**

TESIS

**Diajukan Sebagai Syarat Untuk Mendapatkan Gelar (S2)
Magister Kesehatan Masyarakat Pada Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sriwijaya**

OLEH

**NAMA : DION ATIKA FRAMASARI
NIM : 10012681822013**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT(S2)
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
2020**

HALAMAN PENGESAHAN

KEPATUHAN ANTI RETROVIRAL (ARV) PADA ORANG DENGAN HIV DAN AIDS (ODHA) DI KOTA PALEMBANG

TESIS

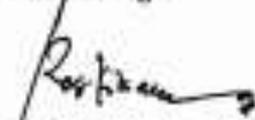
Dijukan Sebagai Syarat untuk Mendapatkan Gelar
Magister Kesehatan Masyarakat (M.K.M.)

OLEH :

NAMA : DION ATIKA FRAMASARI
NIM : 10012681822013

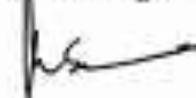
Palembang, Juli 2020

Pembimbing I



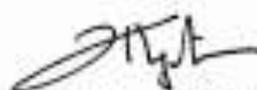
Dr. Rostika Flora, S.Kep. M.Kes
NIP. 197109271994032004

Pembimbing II



Dr. Rico Januar Sitorus, SKM, M.Kes
NIP. 198101212003121002

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sriwijaya



Dr. Minnaniati SKMMKM
NIP. 19760609 200212 2 001

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah berupa Tesis dengan judul : “Kepatuhan Anti Retroviral (ARV) pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kota Palembang” telah dipertahankan di hadapan Panitia Sidang Ujian Tesis Program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya pada tanggal 23 Juli 2020 dan telah diperiksa serta disetujui sesuai dengan masukan Panitia Sidang Ujian Tesis Program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya

Palembang, 30 Juli 2020

Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah berupa Tesis

Ketua:

1. Dr. Rostika Flora, S.Kep, M.Kes
NIP. 19710927 199403 2 004

()

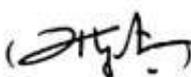
Anggota:

2. Dr.Rico Januar Sitorus, SKM, M.Kes
NIP. 19810121 200312 1 002
3. Prof Dr. dr. HMT. Kamaludin, M.Sc., SpFK
NIP. 19520930198201 1 001
4. Dr. dr. H. M. Zulkarnain M.Med.Sc., PKK
NIP. 19610903 198903 1 002
5. Dr. Misnaniarti SKM.MKM
NIP. 19760609 200212 2 001
6. Dr. Nugi Nurdin, SKM, M.Kes
NIP. 19670929 199103 1 003

()

()

()

()

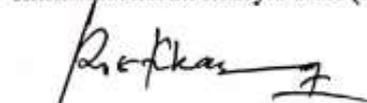
()

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat,



Dr. Misnaniarti SKM.MKM
NIP. 19760609 200212 2 001

Koordinator Program Studi S2
Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM),



Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes
NIP. 19710927 199403 2 004



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS SRIWIJAYA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat, Kampus Unsri Indralaya, Ogan Ilir 30662

Telepon: (0711) 580068 Faximile: (0711) 580089

Website: <http://www.fkm.unsri.ac.id> Email: fkm@fkm.unsri.ac.id

MATRIKS PERBAIKAN UJIAN TESIS

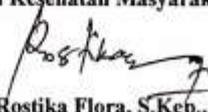
Nama Mahasiswa : Dion Atika Fransari
NIM : 10012681822013
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM)
BKU : Epidemiologi dan Biostatistik
Judul Tesis : Kepatuhan Anti retroviral (ARV) pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kota Palembang

Pembimbing : 1. Pembimbing I: Dr. Rostika Flora, S.Kep. M. Kes. (.....)
2. Pembimbing II: Dr. Rico J Sitorus SKM, M.Kes (.....)

No.	Dosen Pembimbing/Penguji	Saran dan Masukan	Keterangan	Paraf
1.	Prof Dr. dr. HMT. Kamaludin, M.Sc., SpFK	1. Kaitkan variable yang berhubungan dengan alasannya dan itu merupakan kesimpulan 2. Masukan dalam kesimpulan terkait prognosis/ ramalan tentang ODHA yang tidak patuh akibat kedepannya apa 3. Tambahkan saran terkait efek samping hanya bersifat subjektif dan tidak dilakukan pemeriksaan secara objektif sehingga perlu penelitian lanjutan terkait efek samping yang komprehensif dan mendalam 4. Tambahkan penjelasan terkait alasan gender yang tidak patuh terhadap ARV pada kesimpulan		
2.	Dr. dr. Zulkarnain M.Med. Sc., PKK	1. Menghilangkan definisi populasi yang tertuang pada metodologi penelitian, penulisan populasi langsung dengan jelas 2. Penemuan responden dengan lama terapi > 10 tahun untuk bisa dijadikan row model penelitian selanjutnya terkait konsumsi ARV mereka dan cara mereka memanageren penyakitnya 3. Ada penemuan peningkatan kepatuhan dari tahun 2020 dibandingkan tahun 2017 pada penelitian yang dilakukan, coba jelaskan factor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan tersebut dari temuan hasil penelitian		

5.	Dr. Misnaniarti SKM MKM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistematika penulisan tesis disesuaikan dengan EYD 2. Bagian abstrak tolong perhatikan angka dan symbol statistika 3. Pada bagian saran menggunakan kata yang lebih komunikatif dan bukan bahasa konsep dan jelas ditujukan untuk siapa 4. Mencantumkan hasil ukur yang di definisi operasional dari pilihan yang ada dikuesioner 5. Buat kesimpulan secara umum dilanjutkan secara khusus 		
6.	Dr. Nugi Nurdin, SKM, M.Kes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen pengawasan tatalaksana kepatuhan ARV terhadap gender laki-laki untuk tenaga Kesehatan dan dinas Kesehatan masukan dalam saran 2. Cari teori kenapa laki-laki banyak yang tidak patuh terhadap ARV 3. Penyebab status tidak menikah tidak patuh dalam terapi ARV tambahkan pada kesimpulan 4. Pada saran masukan untuk dilakukan penelitian triangulasi/mix methode 5. Bahas variable yang masuk dalam kategori berhubungan dan variabel sbagai compounding pada kesimpulan 6. Lakukan /cari intervensi pasien dengan TB Pru terhadap ARV dan masukan pada saran 		

**Ketua Program Studi Magister (S2)
Ilmu Kesehatan Masyarakat**


Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes.
 NIP. 19710927 199403 2 004

HALAMAN PERNYATAAN INTEGRITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dion Atika Framasari
NIM : 10012681822013
Judul Tesis : Kepatuhan Anti Retroviral (ARV) Pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) Di Kota Palembang

Menyatakan bahwa laporan Tesis saya merupakan hasil karya sendiri didampingi tim pembimbing dan bukan hasil penjiplakan/*Plagiat*. Apabila ditemukan unsur penjiplakan/*Plagiat* dalam Tesis ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dari Universitas Sriwijaya sesuai aturan yang berlaku.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan dari siapapun



Palembang, Juli 2020



Dion Atika Framasari
NIM. 10012681822013

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

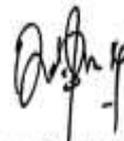
Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dion Atika Framasari
NIM : 10012681822013
Judul Tesis : Kepatuhan Anti Retroviral (ARV) Pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) Di Kota Palembang

Memberikan izin kepada Pembimbing dan Universitas Sriwijaya untuk mempublikasi hasil penelitian saya untuk kepentingan akademik apabila dalam waktu 1 (satu) tahun tidak mempublikasikan karya penelitian saya. Dalam kasus ini saya setuju menempatkan pembimbing sebagai penulis korespodensi.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun,

Palembang, Juli 2020



Dion Atika Framasari
NIM. 10012681822013

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

*Fokus! Fokus! dan Fokus!
hanya pada tujuanmu. Jangan pernah lengah
dihadapan orang lain.
Buatlah dirimu yakin bahwa kamu bisa melakukannya.
Dengan fokus urusan di depanmu bakal mudah kamu jalani.
Percayalah akan hal itu!*

**Tesis ini adalah bukti perjuangan,
Dipersembahkan untuk orang yang tersayang,
Kedua orang tua ku atas semua pengorbanan dan doanya,
Suami ku untuk kasih sayang dan dukungannya,
Dan anak-anaku, kk Eyyu dan adek Razka
Yang menjadi penyemangat untuk umi.**

Palembang, Juli 2020

MAGISTER PROGRAMME OF PUBLIC HEALTH SCIENCE
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
SRIWIJAYA UNIVERSITY
Scientific paper in the form of thesis
,Juli 2020

Dion Atika Framasari

RISK FACTORS FOR ANTI-RETROVIRAL COMPLIANCE (ARV) ON PEOPLE
WITH HIV AND AIDS IN PALEMBANG

Xiii+133pages, 9pictures, 48 tables,7 attachments

ABSTRACT

Background : HIV / AIDS is a life-threatening infectious disease so that it has become a serious concern. Without treatment, HIV can gradually destroy the immune system and cause AIDS. Patient compliance with ARV drugs is very important to consider before starting treatment. Forgetting to take ARV drugs once or twice a week can cause the goals of the drug to fail, especially at the beginning of treatment. The use of ARV drugs requires a high level of adherence to get therapeutic success and prevent resistance. To get the suppression response to the amount of virus by 85% required compliance with the use of drugs 90-95%. The purpose of this study was to determine several factors that influence the Anti Retroviral Disability (ARV) in People with HIV and AIDS (PLWHA) in Palembang,

Method : This research was an observational study which using a quantitative approach with a cross sectional study design on february until maret 2020. Data samples of 235 People with HIV and AIDS (PLWHA) in Palembang were chosen by purposive sampling.

Results:

The results showed that the proportion of adherence ARV of PLHIV in Palembang was 83%. The reseach found three risk factors that affected the HIV and AIDS patients adherence to ARV; gender(p -value =0,047; OR=4,599; 95%CI=1,062-19,909), Marital status (p -value=0,028; OR=2,553; 95%CI=1,153-5,650) and drug side effects (p -value =0,019; OR = 9,17; 95% CI = 0.015-0.823). Other factors like long time ARV therapy (p -value =1,000; OR=1,037; 95%CI=0,494-2,177), access to ARV (p -value =0,693; OR=1,264; 95%CI=0,586-2,730), HIV negative stigma (p -value =0,690; OR=1,446; 95%CI=0,477-4,389),family support (p -value =0,340; OR=1,543; 95%CI=0,727-3,275) and knowledge about ARV (p -value =0,384; OR=1,438; 95%CI=0,727-2,844) did not have significant affects.

Conclusion :

Factors that affected the ARV therapy adherence were gender, marital status and drug side effects.

Keyword : risk factors; adherence; antiretroviral; ARV; HIV;AIDS.

EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika
PROGRAM STUDI MAGISTER (S2) ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
Karya Tulis Ilmiah Berupa Tesis,

,Juli 2020

Dion Atika Framasari

*Kepatuhan Anti Retroviral (ARV) Pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)
Di Kota Palembang*

Xiii + 133Halaman, 9 Gambar, 48 tabel, 7 lampiran

ABSTRACT

Latar belakang: HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno deficiency Syndrome*) telah menjadi masalah darurat global merupakan salah satu penyakit infeksi yang mengancam jiwa sehingga sampai saat ini menjadi perhatian yang cukup serius.. Tanpa pengobatan, HIV dapat secara bertahap menghancurkan sistem kekebalan tubuh dan menyebabkan AIDS. Kepatuhan pasien untuk minum obat ARV adalah hal yang sangat penting untuk dipertimbangkan sebelum memulai pengobatan. Dengan lupa minum obat ARV satu kali atau dua kali seminggu bisa menyebabkan tujuan dari obat menjadi gagal, terutama pada awal pengobatan. Dalam penggunaan obat ARV diperlukan tingkat kepatuhan yang tinggi untuk mendapatkan keberhasilan terapi dan mencegah resistensi.. Untuk mendapatkan respon penekanan jumlah virus sebesar 85% diperlukan kepatuhan penggunaan obat 90-95% Tujuan penelitian ini adalah untuk menentukan beberapa faktor yang mempengaruhi Kepatuhan anti retroviral (ARV) pada penderita HIV dan AIDS (ODHA) di kota Palembang,

Metode: Penelitian ini merupakan studi observasional yang menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain studi cross sectional pada bulan Februari sampai Maret 2020. sampel data sebanyak 235 orang penderita HIV dan AIDS (ODHA) di Palembang dipilih melalui teknik purposive sampling,

Hasil: Penelitian menunjukkan bahwa proporsi dari kepatuhan ARV terhadap PLHIV di Palembang adalah 83%. Penelitian menemukan tiga faktor risiko yang berdampak pada pasien HIV dan AIDS terhadap ARV; gender (p -value = 0,047; OR = 4,599; 95% CI = 1,062-19,909), status perkawinan (p -value = 0,028; OR = 2,553; 95% CI = 1,153-5,650) dan efek samping obat (p -value = 0,019; OR = 9,17; 95% CI = 0.015-0.823). Faktor lain seperti terapi ARV waktu lama (p -value = 1,000; OR = 1,037; 95% CI = 0,494-2,177), akses ke ARV (p -value = 0,693; OR = 1,264; 95% CI = 0,586-2,730), stigma negatif HIV (p -value = 0,690; OR = 1,446; 95% CI = 0,477-4,389), dukungan keluarga (p -value = 0,340; OR = 1,543; 95% CI = 0,727-3,275) dan pengetahuan tentang ARV (p -value = 0,384; OR = 1,438; 95% CI = 0,727-2,844) tidak berpengaruh secara signifikan.

Kesimpulan: Faktor yang mempengaruhi kepatuhan ARV adalah jenis kelamin, status perkawinan/status marital dan efek samping obat.

Kata kunci: faktor risiko; kepatuhan terhadap antiretroviral ARV HIV dan AIDS.

Kepustakaan: 90 (1989-2020)

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas Karunia dan Hidayah-Nya penyusunan tesis dengan judul **“Kepatuhan Anti retroviral (ARV) pada orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kota Palembang”** ini dapat terselesaikan. Tesis ini merupakan salah satu syarat akademik dalam menyelesaikan Program Magister (S2) pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya, Palembang. Tesis ini ditulis berdasarkan hasil penelitian dengan judul yang sama yang mengkaji tentang **Kepatuhan Anti retroviral (ARV) pada orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kota Palembang**

Pelaksanaan penelitian, proses penulisan dan penyelesaian tesis ini dapat berjalan dengan baik karena adanya dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, perkenankan penulis untuk menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Ibu Dr. Misnaniarti, S.KM., M.KM selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.
2. Ibu Dr. Rostika Flora, S.Kep,M.Kes selaku pembimbing I dan koordinator program studi Ilmu kesehatan masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.
3. Dr. Rico januar Sitorus, SKM,M.kes selaku pembimbing II.
4. Bapak Prof Dr. dr. HMT. Kamaludin,M.Sc., SpFK, Bapak Dr. dr. Zulkarnain M.Med. Sc., PKK, Ibu Dr. Misnaniarti, S.KM., M.KM, Bapak Dr. Nugi Nurdin, SKM, M.Kes selaku tim penguji yang telah memberikan kritik beserta saran demi kebaikan tesis ini.
5. Direktur RS, kepala Puskesmas dan Bapak ibu layanan CST dikota Palembang yang telah mengizinkan dan membantu penulis dalam melakukan penelitian .
6. Bapak dan Ibu staf akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.
7. Orang tua, Suami dan anak-anak yang selama ini selalu memberikan dukungan maksimal dan do'a tulus kepada penulis dalam seluruh tahapan penyelesaian tesis ini.
8. Rekan-rekan angkatan 2018/2019 Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih mempunyai kekurangan. Namun demikian, penulis tetap berharap kiranya tesis ini bisa memberi manfaat bagi penulis sendiri maupun bagi pihak lain.

Palembang, juli 2020

Penulis

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Dion Atika Framasari,

Dilahirkan dikota Palembang Provinsi Sumatera selatan, Pada hari Minggu.tanggal 13 Oktober 1985 dan merupakan anak ke dua dari empat bersaudar pasangan bapak H. Effendi Djahri dan Hj. Fadillah.

Pada usia 5 tahun peneliti mulai bersekolah ditaman kanak-kanak (TK) Tunas Perwanida II Palembang, kemudian melanjutkan sekolah dasar di SDN 541 Palembang dan menyelesaikan Pendidikan sekolah dasar pada tahun 1997. Kemudian kembali melanjutkan Pendidikan di SMP negeri 3 Palembang dan menyelesaikan Pendidikan di tahun 2000, peneliti kemudian melanjutkan ke sekolah menengah di SMA negeri 3 Palembang dan menyelesaikan Pendidikan di SMA negeri 3 Palembang pada tahun 2003. Pada tahun yang sama peneliti melanjutkan Pendidikan di program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) fakultas kedokteran Universitas Sriwijaya dan mendapatkan gelar sarjana Kesehatan Masyarakat pada tahun 2017.

Sejak tahun 2018 hingga saat ini peneliti merupakan ASN pada Instansi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. Sejak Agustus 2018 peneliti tercatat sebagai mahasiswi di program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya dan saat ini telah menyelesaikan karya tulis ilmiah berupa tesis dengan judul “ Kepatuhan Anti Retroviral (ARV) Pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) Di Kota Palembang”.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul.....	i
Halaman Judul.....	ii
Halaman Pengesahan.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Matrik Perbaikan Ujian Tesis.....	v
Halaman pernyataan Integritas.....	vii
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi.....	viii
Motto dan persembahan.....	ix
Abstract	x
Abstrak	xi
Kata Pengantar	xii
Daftar Riwayat Hidup.....	xiii
Daftar Isi.....	xiv
Daftar Tabel.....	xx
Daftar Gambar.....	xxiii
Daftar Lampiran.....	xxiv
Daftar Singkatan/Istilah.....	xxvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1 Teoritis.....	7
1.4.2 Praktis.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 HIV AIDS.....	8

2.1.1	Pengertian HIV.....	8
2.1.2	Pengertian AIDS.....	8
2.1.3	Etiologi dan Patogenesis.....	10
2.1.4	Cara Penularan HIV dan AIDS.....	12
2.1.5	Diagnosis HIV/AIDS	15
2.1.6	Bahaya HIV/AIDS dan cara-cara pencegahannya	17
2.2	Kegiatan layanan HIV di Fasilitas Layanan Kesehatan.....	19
2.2.1	Konseling dan Tes HIV.....	20
2.2.2	Pemeriksaan Laboratorium Untuk Tes HIV.....	21
2.3	Terapi Anti Retroviral.....	23
2.3.1	Pengertian ARV/ Terapi ARV.....	24
2.3.2	Jenis Obat ARV.....	26
2.3.3	Persyaratan sebelum memulai terapi ARV	35
2.3.4	Tatalaksana Pemberian ARV.....	36
2.3.5	Efek Samping Obat Antiretroviral.....	37
2.4	Kepatuhan Pengobatan.....	40
2.4.1.	Pengertian Kepatuhan (compliance/adherence).....	40
2.4.2.	Teori Kepatuhan (compliance/adherence)	41
2.4.3	Faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan	42
2.4.4	Pengukuran Kepatuhan.....	51
2.5.	Kerangka Teori.....	53
2.6.	Kerangka Konsep.....	54
2.7.	Hipotesa.....	55
BAB III	METODE PENELITIAN.....	56
3.1	Jenis Penelitian.....	56
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	56
3.2.1	Lokasi Penelitian.....	56
3.2.2	Waktu Penelitian.....	56
3.3	Populasi dan Sampel.....	56
3.3.1	Populasi.....	56
3.3.2	Sampel.....	56

3.4	Perkiraan besar sampel.....	57
3.5	Teknik Pengambilan Sampel.....	58
3.6	Variabel Penelitian.....	58
3.6.1	Variabel Bebas.....	58
3.6.2	Variabel Terikat.....	59
3.7	Kriteria Inklusi Dan Eksklusi.....	59
3.7.1.	Kriteria Inklusi.....	59
3.7.2.	Kriteria Eksklusi.....	59
3.8	Teknik Pengumpulan Data.....	59
3.9	Definisi Operasional.....	60
3.10	Pengolahan Data	64
3.11	Analisis Data.....	65
3.11.1	Analisis Deskriptif.....	65
3.11.2	Analisis Analitik.....	65
3.11.2.1	Analisis Bivariat.....	65
3.11.2.2	Analisis Multivariat.....	66
3.12	Ethical Clearance.....	66
3.13	Persetujuan/Informed Consent.....	66
3.14	Alur Penelitian.....	67
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	68
4.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	68
4.2	Hasil Penelitian.....	69
4.2.1	Analisis Univariat.....	70
4.2.1.1	Gambaran Karakteristik Demografi	70
4.2.1.2	Gambaran Lama Terapi ARV pada ODHA.....	71
4.2.1.3	Gambaran Komorbiditas pada ODHA.....	71
4.2.1.4	Gambaran Efek Samping ARV pada ODHA.....	72
4.2.1.5	Gambaran Akses Mendapatkan ARV pada ODHA.....	73
4.2.1.6	Gambaran Stigma Negatif yang dialami ODHA.....	73

4.2.1.7	Gambaran Dukungan Komunitas Berbagi pada ODHA...	74
4.2.1.8	Gambaran Dukungan Keluarga terhadap ARV Pada ODHA.....	74
4.2.1.9	Gambaran Pengetahuan tentang ARV pada ODHA.....	75
4.2.1.10	Gambaran Fasilitas Layanan Kesehatan pada ODHA....	75
4.2.1.11	Gambaran Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA.....	76
4.2.2	Analisis Bivariat.....	76
4.2.2.1	Hubungan umur dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	77
4.2.2.2	Hubungan Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	77
4.2.2.3	Hubungan Pendidikan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	78
4.2.2.4	Hubungan Pekerjaan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	78
4.2.2.5	Hubungan Status Marital dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	79
4.2.2.6	Hubungan Lama Terapi ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV Pada ODHA di Kota Palembang.....	79
4.2.2.7	Hubungan Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	80
4.2.2.8	Hubungan Efek Samping ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	81
4.2.2.9	Hubungan Akses Mendapatkan ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	81
4.2.2.10	Hubungan Stigma Negatif yang dialami dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	82
4.2.2.11	Hubungan Dukungan Komunitas Sebaya/Berbagi	

	dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	82
4.2.2.12	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	83
4.2.2.13	Hubungan Pengetahuan tentang ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	84
4.2.2.14	Hubungan Fasilitas Layanan Kesehatan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	84
4.2.3	Analisis Multivariat.....	85
4.2.3.1	Hasil Model Awal uji Regresi Logistic.....	86
4.2.3.2	Hasil Model Akhir uji Regresi Logistic.....	95
4.3	Pembahasan.....	96
4.3.1	Kepatuhan ARV pada ODHA.....	96
4.3.2	Hubungan umur dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	97
4.3.3	Hubungan Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	99
4.3.4	Hubungan Pendidikan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	100
4.3.5	Hubungan Pekerjaan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	102
4.3.6	Hubungan Status Marital/ Pernikahan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang...	103
4.3.7	Hubungan Lama Terapi ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	104
4.3.8	Hubungan Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik (IO) dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang...	105
4.3.9	Hubungan Efek Samping ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	107

4.3.10	Hubungan Akses Mendapatkan ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang....	109
4.3.11	Hubungan Stigma Negatif yang dialami dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang..	110
4.3.12	Hubungan Dukungan Komunitas /Berbagi dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang...	112
4.3.13	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	113
4.3.14	Hubungan Pengetahuan tentang ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang...	115
4.3.15	Hubungan Fasilitas Layanan Kesehatan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang.....	117
4.4	Kekuatan dan Keterbatasan penelitian.....	118
4.4.1.	Kekuatan Penelitian.....	119
4.4.2.	Keterbatasan penelitian.....	119
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....		121
DAFTAR PUSTAKA.....		128

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Saat memulai terapi pada ODHA dewasa.....	37
Tabel 2.2	Tingkat Toksisitas Obat ARV.....	39
Tabel 2.3	Definisi Operasional.....	60
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik ODHA di Kota Palembang Tahun 2020	70
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Lama Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	71
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	72
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi Efek Samping ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	72
Tabel 4.5	Distribusi Frekuensi Akses ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	73
Tabel 4.6	Distribusi Frekuensi Stigma Negatif pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	73
Tabel 4.7	Distribusi Frekuensi Dukungan Komunitas Berbagi pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	74
Tabel 4.8	Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	74
Tabel 4.9	Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	75
Tabel 4.10	Distribusi Frekuensi Fasilitas Layanan Kesehatan pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	75
Tabel 4.11	Distribusi Frekuensi Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	76
Tabel 4.12	Hubungan umur dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	77
Tabel 4.13	Hubungan Jenis Kelamin dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	77
Tabel 4.14	Hubungan Pendidikan dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada	

	ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	78
Tabel 4.15	Hubungan Pekerjaan dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	78
Tabel 4.16	Hubungan Status Pernikahan dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	79
Tabel 4.17	Hubungan Lama Terapi ARV dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	80
Tabel 4.18	Hubungan Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	80
Tabel 4.19	Hubungan Efek Samping ARV dengan Tingkat Kepatuhan ARV Pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	81
Tabel 4.20	Hubungan Akses Mendapatkan ARV dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	81
Tabel 4.21	Hubungan Stigma Negatif yang dialami dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	82
Tabel 4.22	Hubungan Dukungan Komunitas Sebaya/Berbagi dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	83
Tabel 4.23	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	83
Tabel 4.24	Hubungan Pengetahuan tentang ARV dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	84
Tabel 4.25	Hubungan Fasilitas Layanan Kesehatan dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020.....	84
Tabel 4.26	Variabel yang terpilih untuk Analisa multivariat.....	85
Tabel 4.27	Model Awal uji Regresi Logistic.....	86

Tabel 4.28 Model 1 Regresi Logistik Dukungan Keluarga dikeluarkan.	87
Tabel 4.29 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel Dukungan_ Keluarga dikeluarkan	87
Tabel 4.30 Model 2 Regresi Logistik variabel pekerjaan.....	88
Tabel 4.31 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel pekerjaan dikeluarkan	88
Tabel 4.32 Model 3 Regresi Logistik variabel umur ODHA dikeluarkan...	89
Tabel 4.33 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel umur dikeluarkan	89
Tabel 4.34 Model 4 Regresi Logistik variabel Komorbiditas /infeksi Oportunistik dikeluarkan.....	90
Tabel 4.35 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel Komorbiditas/infeksi Oportunistik dikeluarkan.....	90
Tabel 4.36 Model 5 Regresi Logistik Jenis Kelamin dikeluarkan.....	91
Tabel 4.37 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel Jenis Kelamin dikeluarkan	91
Tabel 4.38 Model 6 Regresi Logistik variabel Status menikah dikeluarkan.....	92
Tabel 4.39 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel Status Menikah dikeluarkan.....	92
Tabel 4.40 Model 7 Regresi Logistik variabel Pengetahuan dikeluarkan...	93
Tabel 4.41 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel Pengetahuan dikeluarkan.....	93
Tabel 4.42 Model 8 Regresi Logistik variabel Efek Samping dikeluarkan	94
Tabel 4.43 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel Efek Samping dikeluarkan.....	94
Tabel 4.44 Model Akhir Regresi Logistik analisis conpounding.....	95

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Bagan Alur Pemeriksaan Laboratorium Infeksi HIV Dewasa.....	21
Gambar 2.2	Bagan alur layanan HIV.....	26
Gambar 2.3	Komposisi ARV.....	34
Gambar 2.4	Teori IMB model of ART Adherence oleh Fisher 2006....	45
Gambar 2.5	Kerangka teori.....	53
Gambar 2.6	Kerangka konsep.....	54
Gambar 3.1	Teknik Pengambilan Sampel.....	58
Gambar 3.2.	Alur penelitian.....	67
Gambar 4.1	Peta Kota Palembang.....	69

DAFTAR SINGKATAN

3TC	: Lamivudin
4dT	: Stavudin
ABC	: Abacavir
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALT	: Adult T Cell Leukemia
ASI	: Air Susu Ibu
ART	: Antiretroviral Therapy
ARV	: Antiretroviral
CD-4	: Cluster of differentiation 4
CD-8	: Cluster of differentiation 8
CMV	: Cytomegalovirus
CFR	: Case Fatality Rate
CI	: Confidence Interval
Depkes	: Departemen Kesehatan
DHHS	: Departement of Health and Human Service
DNA	: Deoxyribonucleic Acid
DOTS	: Directly Observed Treatment Shotcourse
ELISA	: Enzym-linked Immunosorbent Assay
EFV	: Efavirenz
gp120, gp41	: glikoprotein120, glikoprotein41
HBAC	: Home Based AIDS Care
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HTLV	: Human T-cell lymphotropic virus
ICAP	: The International Center for AIDS Care and Treatment Programs
IDAV	: Immuno Deficiency-Associated Virus
IFA	: Indirect Immunofluorescence Assays
IMB	: Information Motivation Behavioral Skills
IO	: infeksi oportunistik
ISPA	: Infeksi Saluran Pernapasan Atas
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
KDS	: Kelompok Dukungan Sebaya
KTIK	: Konseling Testing Inisiasi Petugas Kesehatan
KTS	: Konseling Testing Sukarela
KPAN	: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
Kemkes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
LAV	: Lymphadenopathy-Associated virus
LW-IMB-AAQ	: The Life Windows Information-Motivation-Behavioral Skills ART Adherence Questionnaire
MDG	: Millennium Development Goal
NA	: Neuraminidase
NNRTIs	: Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors
NVP	: Nevirapine
NRTIs	: Nucleoside Reverse-transcriptase Inhibitors
ODHA	: Orang Dengan HIV AIDS
OR	: Odds Ratio
PCR	: Polymerase Chain Reaction
PITC	: Provider Initiated Testing Counseling

POKJA	: Kelompok Kerja
PP	: Pendukung Pengobatan
PMO	: Pengawas Minum Obat
RIPA	: Radio-Immunoprecipitation Assay
RNA	: Ribonucleic Acid
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SSP	: Sistem Saraf Pusat
TB Paru	: Tuberkulosis Paru
TDF	: Tenofovir
VCT	: Voluntary Counselling and Testing
WHO	: The World Health Organization
ZDV	: Zidovudine

LAMPIRAN

Lampiran 1.	Permohonan Surat Izin Penelitian Dari Prodi.....	134
Lampiran 2.	Surat Izin Penelitian Dari Fakultas.....	135
Lampiran 3.	Sertifikat Kaji Etik Penelitian.....	136
Lampiran 4.	Inform Consent.....	137
Lampiran 5.	Kuesioner Penelitian.....	138
Lampiran 6.	Dokumentasi Penelitian.....	145
Lampiran 7.	Hasil Perhitungan Menggunakan SPSS.....	149

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno deficiency Syndrome*) telah menjadi masalah darurat global merupakan salah satu penyakit infeksi yang mengancam jiwa sehingga sampai saat ini menjadi perhatian yang cukup serius. HIV sendiri adalah nama virus yang menyerang system kekebalan tubuh manusia. AIDS merupakan sekumpulan gejala yang diakibatkan hilangnya kekebalan tubuh. Virus ini menyerang sel-sel CD4 di dalam sistem kekebalan tubuh yang merupakan komponen penting dalam melawan infeksi. Tanpa pengobatan, HIV secara bertahap dapat menghancurkan sistem kekebalan tubuh dan menyebabkan terjadinya AIDS (AIDSinfo.2017).

Virus HIV tidak mudah menular, karena hanya dapat ditularkan melalui hubungan seksual yang tidak aman dan berisiko, berbagi jarum suntik, transfusi darah dan organ tubuh, serta dari ibu hamil yang positif dengan HIV dapat menularkan kepada bayinya. Perlu diketahui bahwa virus HIV tidak menular melalui penggunaan toilet bersama, gigitan nyamuk/ serangga, menggunakan alat makan bersama, bersalaman/ berpelukan, ataupun tinggal serumah dengan ODHA. Karenanya, berperilaku hidup bersih dan sehat dapat mencegah terjadinya penularan HIV dan tidak perlu menjauhi ODHA. Untuk itu, menjadi ODHA Terinfeksi HIV bukanlah penghalang untuk bersosialisasi, bekerja, dan berkeluarga. (kemenkes RI,2011).

Seseorang yang terinfeksi virus HIV berpotensi menularkan meski tidak memiliki ciri yang dapat dilihat secara kasat mata (fisik). Status HIV seseorang hanya dapat diketahui dengan melakukan cek/pemeriksaan darah di laboratorium. Karena itu, Jika merasa pernah melakukan perilaku berisiko atau merasa berisiko tertular segera lakukan tes HIV. (kemenkes RI,2011)

Diseluruh dunia, 35 juta orang hidup dengan HIV dan 19 juta orang tidak mengetahui status HIV positif mereka (UNAIDS, 2014).

Dikawasan Asia, sebagian besar angka Prevalensi HIV pada masyarakat umum masih rendah yaitu <1%, kecuali di Thailand dan India Utara (Kemenkes, 2011). Pada tahun 2012, di Asia Pasifik diperkirakan terdapat 350.000 orang yang baru terinfeksi HIV dan sekitar 64% dari yang terinfeksi adalah laki-laki (UNAIDS, 2013).

Epidemi HIV/AIDS juga menjadi masalah di Indonesia yang merupakan Negara urutan ke 5 paling bersisiko HIV/AIDS di Asia (Kemenkes, 2013). Laporan kasus baru HIV meningkat setiap tahunnya sejak pertama kali dilaporkan. Sejak pertama kali ditemukan tahun 1987 sampai dengan Desember 2018. HIV/AIDS telah dilaporkan oleh 460 (89,5%) dari 514 kabupaten kota di seluruh provinsi di Indonesia. (2) Jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Desember 2018 sebanyak 327.282 (51,1% dari estimasi ODHA tahun 2016 sebanyak 640.443). Jumlah kumulatif AIDS dari tahun 1987 sampai dengan Desember 2018 sebanyak 114.065 orang. (Depkes.go.id).

Di provinsi Sumatera Selatan tercatat sampai dengan juni 2019 jumlah pengidap HIV sebanyak 1.634 penderita HIV dan sebanyak 1790 penderita AIDS. Untuk dikota Palembang sendiri jumlah penderita HIV sampai dengan juni 2019 sebanyak 1.085 penderita. Sementara sebanyak 1.184 penderita AIDS yang tercatat berada dikota Palembang (Dinkes Prop Sumsel, 2019).

Seperti diketahui bahwa infeksi HIV merupakan penyakit kronis yang dapat dikendalikan dengan pemberian obat ARV seumur hidup. Antiretroviral yang sering disebut ARV merupakan satu-satunya obat yang dianggap memberikan manfaat besar dalam menekan perkembangan virus HIV di dalam tubuh (Depkes,2016). Obat ARV mampu menekan jumlah virus HIV di dalam darah sehingga kekebalan tubuhnya (CD4) tetap terjaga. Sama seperti penyakit kronis lainnya seperti hipertensi, kolesterol, atau DM, obat ARV harus diminum secara teratur, tepat waktu dan seumur hidup, untuk meningkatkan kualitas hidup ODHA serta dapat mencegah penularan. Oleh karena itu diperlukan layanan yang mudah dijangkau untuk menjaga ketersinambungan perawatan dan pengobatan pasien ARV dijamin

ketersediaannya oleh pemerintah dan gratis pemanfaatannya. Pelayanan ARV sudah dapat diakses di RS dan Puskesmas di 34 provinsi, 227kab/kota. Total saat ini terdapat 896 layanan ARV, terdiri dari layanan yang dapat menginisiasi terapi ARV dan layanan satelit. Dukungan sosial dari keluarga dan lingkungan terdekat sangat dibutuhkan agar ODHA tetap semangat dan jangan sampai putus obat. (Depkes.go.id).

Pada Hari AIDS Sedunia (HAS) tahun 2017 lalu, telah dicanangkan strategi Fast Track 90-90-90 yang meliputi: untuk mempercepat pencapaian 90% dari orang yang hidup dengan HIV (ODHA) mengetahui status HIV mereka melalui tes atau deteksi dini; 90% dari ODHA yang mengetahui status HIV untuk memulai terapi pengobatan ARV) dan 90% ODHA yang dalam pengobatan ARV telah berhasil menekan jumlah virusnya sehingga mengurangi kemungkinan penularan HIV; serta tidak ada lagi stigma dan diskriminasi ODHA. (Depkes.go.id).

Dalam rangka mencapai target Fast Track 90-90-90, Kementerian Kesehatan juga menggaungkan strategi akselerasi Suluh, Temukan, Obati dan Pertahankan (STOP) untuk mencapai target tahun 2030 tersebut. Tahun ini, diluncurkan pula strategi Test and Treat, yaitu ODHA dapat segera memulai terapi ARV begitu terdiagnosis mengidap HIV. Upaya pencegahan dan pengendalian HIV -AIDS bertujuan untuk mewujudkan target *Three Zero* pada 2030, yaitu: 1) Tidak ada lagi penularan infeksi baru HIV, 2) Tidak ada lagi kematian akibat AIDS, dan 3) Tidak ada lagi stigma dan diskriminasi pada orang dengan HIV AIDS (ODHA). (Depkes.go.id).

Pada waktu yang sama, cakupan *antiretroviral therapy* (ART) di Indonesia hanya sebanyak 11,7 persen, yang berarti Indonesia adalah salah satu negara yang paling sedikit mendapat ART. Hanya ada sedikit negara yang memiliki cakupan ART lebih rendah, seperti Afghanistan, Pakistan, dan Somalia. Kombinasi jumlah infeksi baru yang tinggi dan cakupan ART rendah ini terbukti bersifat mematikan di Indonesia. HIV/AIDS membunuh sebanyak 18.560 penduduk Indonesia pada 2015, meningkat sebanyak hampir enam kali lipat sejak tahun 2005. Walaupun jumlah orang yang hidup dengan HIV di Indonesia meningkat dari 146.560 ke 440.510 sepanjang

periode waktu. “Penyebaran ART di Indonesia masih belum merata dan seharusnya lebih diarahkan kepada daerah-daerah di mana yang telah teridentifikasi sebagai kantong dengan prevalensi HIV/AIDS tinggi, seperti di wilayah Indonesia Timur, Dalam penggunaan obat ARV diperlukan tingkat kepatuhan yang tinggi untuk mendapatkan keberhasilan terapi dan mencegah resistensi. Untuk mendapatkan respon penekanan jumlah virus sebesar 85% diperlukan kepatuhan penggunaan obat 90-95% (Martoni, W. 2012).

Pada penelitian kepatuhan pengobatan ARV yang telah dilakukan pada 74 pasien ODHA di Kabupaten Mimika Papua tahun 2012 terdapat 41 orang (55,41%) yang tidak patuh (Ubra, R. R. 2012). Sedangkan penelitian yang dilakukan di klinik VCT RSUD Sanjiwani Gianyar pada 68 pasien dengan HIV/AIDS, didapatkan proporsi tidak patuh dalam penelitian ini sebesar 39,71% (Susila, 2013). Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mengetahui faktor yang memengaruhi tingkat kepatuhan ODHA LSL dalam menjalani terapi ARV. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan (Martoni, 2012) menyatakan bahwa tingkat pengetahuan pasien merupakan faktor utama yang dapat memengaruhi kepatuhan. Sedangkan penelitian lain menemukan faktor umur juga dapat memengaruhi tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani terapi ARV (Cauldbeck, dkk 2009).

Penelitian kualitatif di Amerika Serikat yang dilakukan pada 31 orang homoseksual muda berkulit hitam, stigma terhadap HIV dan pemikiran negatif mengenai homoseksual menyebabkan rendahnya kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan (Arnold, 2014). Meskipun keberhasilan dalam proses pengobatan ARV dapat memberikan kehidupan yang lebih lama dan memberikan kualitas hidup yang lebih baik, tidak sedikit ODHA LSL yang tidak patuh dengan prosedur-prosedur terapi ARV (Hull, dkk 2010). Masalah ini tentu harus mendapatkan perhatian yang serius dari masyarakat terutama bagi pemerintah, penyedia layanan, pasien, dan keluarga pasien agar tidak bertambah parahnya penyakit, terjadinya resistensi obat hingga kegagalan terapi.

Sebagai gambaran provinsi Sumatera Selatan sampai dengan juni 2019, positif HIV sebanyak 3.474 penderita, yang masuk perawatan ART

sebanyak 3.199 penderita, dan yang memulai ART sebanyak 2.469 penderita sementara yang masih bertahan dengan ART sampai dengan juni 2019 hanya sebanyak 1.334 penderita.(Dinkes, 2019)dan ini menunjukkan hanya 42 % yang masih bertahan dengan ART. Sementara untuk kota Palembang untuk bulan Juni 2019 terdaftar 1180 ODHA dengan ART (hanya 53%). (Dinkes Sumsel, 2019).

Kepatuhan pasien untuk minum obat ARV adalah hal yang sangat penting untuk dipertimbangkan sebelum memulai pengobatan. Adherence atau kepatuhan artinya bahwa meminum ARV sesuai dengan petunjuk dokter, termasuk di dalamnya: minum obat tepat waktu, sesuai dengan saran dokter dengan makanan atau tanpa makanan, menghindari interaksi obat. Dengan kepatuhan minum obat sesuai dengan petunjuk dokter maka akan memastikan kombinasi ARV yang diminum mempunyai kadar yang cukup dalam darah untuk melindungi diri dalam waktu 24 jam. Jika kadar dalam darahnya menjadi terlalu rendah maka akan meningkatkan resistensi obat. Tujuan utamanya adalah meninum obat ARV setiap hari dan tidak pernah lupa sekalipun. Dengan lupa minum obat ARV satu kali atau dua kali seminggu bisa menyebabkan tujuan dari obat menjadi gagal, terutama pada awal pengobatan. (Permenkes ,2018)

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah mengetahui tingkat kepatuhan Anti Retroviral (ARV) pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kota Palembang dan mengetahui factor -faktor penyebab kepatuhan dan ketidak patuhan Anti Retroviral (ARV) pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kota Palembang.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis kepatuhan berobat terhadap antiretroviral (ARV) pada Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di kota Palembang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan,) dengan kepatuhan minum Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Palembang
2. Untuk Menganalisis hubungan lama terapi ARV dengan kepatuhan minum Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Palembang.
3. Untuk Menganalisis hubungan Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik dengan kepatuhan minum Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Palembang
4. Untuk Menganalisis hubungan efek samping obat dengan kepatuhan minum Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Palembang
5. Untuk Menganalisis hubungan akses mendapatkan ARV dengan kepatuhan minum Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Palembang
6. Untuk Menganalisis hubungan stigma ODHA dengan kepatuhan minum Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Palembang
7. Untuk Menganalisis hubungan Dukungan Shelter/komunitas berbagi dengan kepatuhan minum Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Palembang
8. Untuk Menganalisis hubungan Dukungan Keluarga dengan kepatuhan minum Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Palembang
9. Untuk Menganalisis hubungan pengetahuan ARV dengan kepatuhan minum Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Palembang
10. Untuk Menganalisis hubungan fasilitas layanan kesehatan dengan kepatuhan minum Antiretroviral (ARV) pada ODHA di Palembang.
11. Mendapatkan tingkat kepatuhan ARV pada ODHA di kota Palembang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Manfaat penelitian ini dapat menjadi masukan dari segi metode penelitian dengan desain studi *cross-sectional* yang dapat digunakan untuk menganalisa penyebab tingkat kepatuhan ARV pada ODHA dikota Palembang

1.4.2 Praktis

1. Penelitian ini bermanfaat bagi peneliti untuk mengetahui kepatuhan ARV pada ODHA di kota Palembang
2. Bagi Pemerintah, hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan di bidang Pengendalian Penyakit Menular (P2M) dalam meningkatkan angka kepatuhan pada ODHA terhadap terapi ARV
3. Sebagai rujukan data bagi penelitian selanjutnya dalam mengatasi permasalahan yang serupa atau pun penelitian lain di bidang ilmu kesehatan masyarakat

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV AIDS

2.1.1 Pengertian HIV

HIV atau Human Immunodeficiency Virus secara fisiologis adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh penderitanya. Dalam buku “Pers Meliput AIDS”, virus HIV adalah retrovirus yang termasuk dalam family lentivirus, yaitu virus yang dapat berkembang biak dalam darah manusia. Pasien yang sudah terinfeksi HIV dan mengalami stress yang berkepanjangan, akan mempercepat menyebarnya AIDS. HIV menyerang salah satu jenis sel darah putih (limfosit / sel-sel T4) yang bertugas menangkal infeksi. Replikasi virus yang terus menerus mengakibatkan semakin berat kerusakan sistem kekebalan tubuh dan semakin rentan terhadap infeksi oportunistik (IO) sehingga akan berakhir dengan kematian (Bruner & Suddarth, 2002).

Secara struktural morfologinya, virus HIV sangat kecil sama halnya dengan virus-virus lain, bentuk virus HIV terdiri atas sebuah silinder yang dikelilingi pembungkus lemak yang melingkar-melebar. Dan pada pusat lingkaran terdapat untaian RNA atau ribonucleic acid. Bedanya virus HIV dengan virus lain, HIV dapat memproduksi selnya sendiri dalam cairan darah manusia, yaitu pada sel darah putih. Sel-sel darah putih yang biasanya dapat melawan segala virus, lain halnya. dengan virus HIV, virus ini justru dapat memproduksi sel sendiri untuk merusak sel darah putih (Harahap, Syaiful 2008). HIV dapat menyebabkan sistem imun mengalami beberapa kerusakan dan kehancuran, lambat laun sistem kekebalan tubuh manusia menjadi lemah atau tidak memiliki kekuatan pada tubuhnya, maka pada saat inilah berbagai penyakit yang dibawa virus, kuman dan bakteri sangat mudah menyerang seseorang yang sudah terinfeksi HIV. Kemampuan HIV untuk tetap tersembunyi adalah yang menyebabkannya virus ini tetap ada seumur hidup, bahkan dengan pengobatan yang efektif (Gallant, 2010).

2.1.2 Pengertian AIDS

AIDS atau Acquired Immunodeficiency Syndrome disebut sebagai sindrom yang merupakan kumpulan gejala-gejala berbagai penyakit dan infeksi akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh virus (HIV). Bruner (2002), dalam “Buku Ajar Ilmu Keperawatan Medikal Bedah” menjelaskan bahwasanya AIDS adalah tahap akhir dari HIV, dimana perjalanan HIV menuju AIDS membutuhkan waktu sekitar 10 sampai 13 tahun. Sedangkan Herlianto, 1995), dalam bukunya “AIDS dan Perilaku Seksual”, sebagaimana yang dikutip Nikmatun Khasanah menjelaskan bahwa, nama AIDS sendiri pertama kali digunakan oleh Don Amstrong, kepala bagian penyakit infeksi di New York. Dan beberapa gejala klinis pada stadium AIDS dibagi antara lain:

Tanda-tanda utama (gejala mayor)

- a) Demam berkepanjangan lebih dari tiga bulan.
- b) Diare kronis lebih dari satu bulan berulang maupun terus-menerus.
- c) Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam tiga bulan.
- d) TBC

Tanda-tanda tambahan (gejala minor)

- a) Batuk kronis selama lebih dari satu bulan.
- b) Infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan jamur *Candida Albicans*.
- c) Pembekakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh.
- d) Munculnya Herpes zoster berulang dan bercak-bercak gatal di seluruh tubuh (Harahap, 2008).

Penderita AIDS biasanya mengalami krisis kejiwaan pada dirinya, dalam bentuk kepanikan, ketakutan, kecemasan, keputusasaan, dan depresi. Selain itu adanya stigma yaitu reaksi sosial terhadap pasien HIV/AIDS yang jelek juga menjadi permasalahan bagi penderita. Stigma ini muncul karena virus ini berkaitan dengan perilaku seksual yang terlalu di umbar.

2.1.3 Etiologi dan Patogenesis

Virus HIV menyerang sistem kekebalan tubuh dengan merusak sel-sel darah putih (sel T) sebagai penangkal infeksi sehingga lama kelamaan tubuh berkurang serta mudah terkena penyakit. Virus HIV terdapat di cairan tubuh dan yang terbukti menularkan adalah darah, sperma/air mani, cairan vagina dan ASI. Sementara air mata, air ludah, air kencing dan keringat belum ada laporan menularkan penyakit AIDS. Bila seseorang dalam darahnya terdapat virus HIV maka orang tersebut dikatakan positif HIV. Kerusakan pada sistem kekebalan tubuh seseorang akan menyebabkan seseorang rentan dan mudah terjangkit bermacam-macam penyakit. Serangan penyakit yang biasanya tidak berbahaya pun lama kelamaan dapat menyebabkan sakit parah bahkan berujung pada kematian. Sehingga AIDS disebut sebagai Syndrome atau kumpulan dari berbagai gejala penyakit (KPAI, 2010).

Virus HIV pertama kali ditemukan pada bulan Januari 1983 oleh Dr. Luc Montagnier, dan kawan-kawan dari Institute Pasteur Perancis. Virus diisolasi dari kelenjar getah bening yang membengkak pada tubuh penderita HIV/AIDS, sehingga awalnya penyakit ini disebut Lymphadenopathy Associated Virus (LAV). Kemudian bulan Juli 1984 dr. Roberth Gallo dari Lembaga Kanker nasional (NIC) Amerika juga menyatakan menemukan virus baru dari seseorang yang terinfeksi HIV dengan menyebutkan Human T-Lymphocytic Virus Tipe III (HTLV III). Selain itu ilmuwan J. Levy juga menemukan virus penyebab AIDS yang dinamakan AIDS Related Virus (ARV). Akhirnya pada bulan Mei 1986, Komisi Taksonomi Internasional sepakat menyebut nama virus penyebab AIDS dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV). (Despkes RI, 2003).

Seseorang yang terinfeksi virus HIV dan menderita AIDS sering disebut ODHA, yaitu singkatan dari orang yang hidup dengan HIV/AIDS. Penderita yang terinfeksi HIV dinyatakan sebagai penderita AIDS jika menunjukkan gejala atau penyakit tertentu yang merupakan suatu akibat dari penurunan sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh virus HIV

atau hasil tes darah menunjukkan jumlah CD $<$ 200/mm (Depkes,2007). Virus ini hidup dalam empat jenis cairan tubuh manusia yaitu darah, sperma, cairan vagina dan Air Susu Ibu (ASI), tidak hidup dalam cairan tubuh lain seperti air ludah (air liur), air mata ataupun keringat.

Penyakit HIV/AIDS belum diketemukan vaksin pencegahan atau obat untuk menyembuhkannya. Masa inkubasi pada orang dewasa memakan waktu rata-rata 2-3 tahun, bahkan ada yang sampai 5 tahun. Selama waktu tersebut walaupun seseorang sudah terkena virus HIV akan masih tampak sehat. Hal ini orang tersebut dapat menularkan virus HIV kepada orang lain baik secara sadar atau tidak, dalam penyebutan penderita penyakit ini dibedakan penderita HIV dan penderita AIDS.

Penderita HIV adalah seseorang yang telah positif terinfeksi virus HIV tetapi belum menunjukkan adanya tanda-tanda sakit (masih tampak sehat), sedangkan penderita AIDS adalah seseorang yang telah terinfeksi virus HIV dan sudah menderita dengan munculnya berbagai gejala AIDS seperti kondisi badan lemah, terjadinya infeksi pada kulit dan paru-paru ataupun peradangan pada tenggorokan (DepKes RI,2004). HIV termasuk golongan *retrovirus* (kelompok virus yang mampu mengkopi-cetak materi genetik diri di dalam materi genetik yang ditumpanginya) yang biasanya menyerang sistem imun manusia. yaitu menyerang limfosit T helper yang memiliki reseptor CD4+ dipermukaanya, menghancurkan dan mengganggu fungsinya. Limfosit T helper berfungsi menghasilkan zat kimia yang berperan sebagai perangsang pertumbuhan dan pembentukan sel-sel lain dalam system kekebalan tubuh serta sebagai pembentukan anti bodi, sehingga yang terganggu bukan hanya Limfosit T saja tetapi juga limfosit B, monosit, makrofag dan lain sebagainya. Apabila HIV telah membunuh sel T CD4+ hingga jumlahnya menyusut menjadi kurang dari 200 per mikro liter darah (μ L) darah maka kekebalan pada tingkat sel akan hilang sehinggal kondisi pada saat seperti ini di sebut AIDS. (Komisi Penanggulangan AIDS Indonesia,2010)

2.1.4 Cara Penularan HIV dan AIDS

HIV dan AIDS dapat menular melalui beberapa cara yaitu:

1) Lewat cairan darah:

- a) Melalui tranfusi darah/ produk darah yang tercemar HIV
- b) Lewat pemakai jarum suntik yang tercemar HIV, yang dipakai secara bergantian tanpa disterilkan, misalnya pemakaian jarum suntik pada kalangan pengguna narkoba suntikan atau penasun.
- c) Melalui pemakaian jarum suntik yang berulang kali dalam kegiatan lain misalnya penyuntikan imunisasi dan obat.
- d) Pemakaian alat tusuk yang menembus kulit, misalnya alat tindik, tato dan alat facial wajah.

2) Lewat cairan sperma dan cairan vagina

Melalui hubungan seks penetrative (penis masuk kedalam vagina atau anus) tanpa menggunakan kondom, sehingga memungkinkan terjadi adanya luka (untuk hubungan seks lewat vagina), atau tercampunya cairan sperma dengan darah, yang mungkin terjadi dalam hubungan seks lewat anus.

3) Lewat Air Susu Ibu

Penularan ini dimungkinkan dari ibu hamil yang positif HIV dan melahirkan melalui vagina, kemudian menyusui bayinya dengan ASI. Kemungkinan tertularnya dari ibu ke bayinya (*mother to child transmission*) ini berkisar hingga 30% artinya dari setiap sepuluh kehamilan dari ibu HIV positif kemungkinan ada tiga bayi yang lahir dengan HIV positif (**Dekes RI, 2003**).

4. Pekerja Seks Komersial

Orang yang menjual jasa seksual di sebut dengan pelacur atau bisa di sebut dengan Pekerja Seks Komersial pada saat ini, umumnya seorang PSK itu adalah seorang wanita yang tidak memungkinkan seorang laki-laki juga bisa jadi seorang PSK (**Kartono,2003**). Menurut Abednego (1998) mengungkapkan bahwa wanita sangat rentan terhadap penularan HIV/AIDS karena 3 faktor, yaitu: faktor biologis, faktor sosial kultur dan faktor ekonomis. Secara biologis wanita mempunyai

dua kali peluang lebih besar terinfeksi HIV lewat hubungan seksual dibandingkan dengan pria. Hal ini dapat dijelaskan karena luas lapisan mukosa vagina relatif lebih luas dari pada mukosa uretra pada pria yang merupakan pintu masuk virus HIV. Hal ini adalah cairan mani pria mempunyai konsentrasi HIV yang lebih tinggi dibandingkan dengan cairan vagina.

Demikian pula seorang wanita yang menderita PMS akan lebih lama berada dalam tahap tanpa gejala dibandingkan dengan pria penderita PMS. Hal ini menyebabkan wanita akan lebih lama terobati untuk penyakit PMSnya, sedangkan PMS merupakan suatu faktor yang berpengaruh terhadap penularan AIDS. Wanita cenderung masih berkedudukan dibawah pria secara sosial budaya, hal ini merupakan keadaan yang kurang mendukung dalam pemberantasan HIV/AIDS, terutama bila anjuran KIE untuk pencegahan HIV/AIDS adalah dengan melakukan puasa seksual atau penggunaan kondom. Hal ini dikarenakan dua hal tersebut tidak berada dibawah kekuasaan wanita untuk menentukannya.

5. Lokalisasi

Lokalisasi yaitu merupakan suatu tempat dimana para Pekerja Seks Komersial melakukan pelacuran. Umumnya tempat tersebut terdiri atas rumah-rumah kecil atau tenda-tenda yang dikelola oleh mucikari atau germo. Di dalam tempat tersebut tersedia perlengkapan tempat tidur, kursi tamu, pakaian, alat berhias, serta para PSK. PSK tersebut tinggal ditempat tersebut dengan harus membayar uang untuk menempati rumah tersebut, membayar keamanan dan lain sebagainya. (Hawari,1997).

Tempat lokalisasi biasanya tempat terisolir atau terpisah dari kompleks penduduk lainnya. Tujuan dibentuknya lokalisasi adalah untuk menjauhkan dari masyarakat umum terutama anak-anak puber, dan remaja dewasa dari pengaruh-pengaruh yang tidak bermoral dan pengaruh dari pelacuran, menghindarkan gangguan-gangguan kaum pria hidung belang terhadap wanita baik-baik, memudahkan

pengawasan para pekerja seks komersial terutama mengenai kesehatan dan keamanannya, memudahkan tindakan preventif dan kuratif terhadap PMS, mencegah pemerasan terhadap PSK yang pada umumnya selalu menjadi pihak yang paling lemah (Kartono, 2003).

HIV tidak menular dan menularkan dengan melalui:

- a) Hidup serumah dengan penderita HIV/AIDS, asal tidak berhubungan seksual
- b) Menjabat tangan, mengobrol, memeluk, berciuman pipi, bersenggolan badan dengan penderita HIV/AIDS
- c) Penderita HIV/AIDS bersin, batuk, berkeringat, mengeluarkan air mata
- d) Digigit serangga, nyamuk dan binatang peliharaan
- e) Berenang bersama-sama dikolam renang
- f) Menggunakan toilet bersama-sama
- g) Melalui makan dan minum bersama, menggunakan sisir bersama, handuk dan baju (Hutapea, 2010).

2.1.5 Diagnosis HIV/AIDS

Seorang pengidap HIV biasanya mengalami beberapa variasi manifestasi klinis yang dapat berlangsung dalam kurun waktu cukup lama (biasanya 5-10 tahun, tidak sama pada setiap orang). Pasien dapat mengalami hidup sehat tanpa gejala apa-apa (*asymptomatic*) dan menghadapi kematian. Masa inkubasi sangat tergantung pada daya tahantubuh tiap orang, rata-rata 5-10 tahun. Selama masa ini penderita tidak memperlihatkan gejala-gejala, tetapi kekebalan tubuhnya semakin menurun dimana fungsi sistem kekebalan tubuh rusak. Bila kerusakan sistem kekebalan semakin parah, penderita akan mulai menampakkan gejala-gejala AIDS. Secara singkat perjalanan HIV/AIDS dapat dibagi dalam empat stadium :

- a) Stadium Pertama : *awal infeksi HIV*

Infeksi dimulai dengan masuknya HIV kedalam tubuh dan di ikuti terjadinya perubahan serologik ketika antibodi terhadap virus berubah

dari negatif menjadi positif. Rentang , waktu dari masuknya HIV hingga tes antibodi positif di sebut *Window Periode*, lamanya 1-6 bulan. Pada stadium ini dapat menularkan bahkan sangat menular. Gejala-gejala yang ditunjukkan seperti: demam, kelelahan, nyeri sendi, pembesaran kelenjar getah bening, gejala –gejala ini menyerupai *influenza/monokleo-sis*.

b) Stadium Dua : Asimtomatik (tanpa gejala)

Asimptomatik berarti bahwa di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala sakit. Keadaan ini dapat berlangsung rata-rata 5-10 tahun. Fase ini juga menular walau penderita tampak sehat-sehat saja.

c) Stadium Tiga : ARC (*AIDS Related Complex*)

Fase ini ditandai dengan demam $> 38^{\circ}\text{C}$ secara berkala terus menerus, menurunnya berat badan lebih dari 10% dalam waktu tiga bulan, pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata, tidak hanya muncul pada satu tempat dan berlangsung lebih dari satu bulan, diare secara berkala/ terus-menerus dalam waktu yang lama tanpa sebab yang jelas, kelemahan tubuh yang menurunkan aktifitas fisik, berkeringat pada waktu malam hari.

d) Stadium Empat : AIDS

Gejala yang ditunjukkan berupa gejalaklinis utama yaitu terdapatnya kanker kulit yang disebut dengan *Sarcoma Kaposi*, kanker kelenjar getah bening (*limfe*), infeksi penyakit penyerta misalnya : pneumonia yang disebabkan oleh pneumocytis carinii, TBC, peradangan otak/ selaput otak (Depkes RI,1997).

Menurut Soedarto (2009) cara lain untuk mendiagnosa AIDS adalah dengan memperhatikan gejala mayor dan gejala minor, penderita (orang dewasa) patut dicurigai sebagai gejala AIDS bila terdapat dua gejala mayor dan satu gejala minor yang bukan disebabkan immunosuspensi seperti kanker, kurang gizi, atau sebab lain. Untuk gejala mayor dan minor adalah sebagai berikut: Berat badan menurun $> 10\%$

dalam 1 bulan, diare kronis yang berlangsung lebih dari satu bulan, demam lebih dari satu bulan Penurunan kesadaran dan gangguan *neurologis, demensia* dan gejala minor: adalah batuk menetap lebih dari satu bulan, *Pruritus Dermatitis Zoster*, adanya herpes zoster, Limfadenopati generalisata, kandidiasis mulut dan orofaring, Infeksi jamur berulang pada alat kelamin wanita.

Cara mendiagnosa yang paling spesifik adanya infeksi HIV adalah dengan membuktikan secara langsung adanya virus HIV dalam jaringan penderita melalui isolasi HIV, tetapi hal ini masih kurang sensitive dan belum tersedia. Untuk itu perlu tes penjarangan antibodi HIV positif berulang yaitu misalnya dengan *Elisa* yang mana pada hasil tes tambahan misalnya tes Western blot juga positif harus dianggap sebagai terinfeksi atau menginfeksi. Cara Penularan HIV dapat ditemukan pada darah dan cairan seksual (cairan semen pada laki laki dan cairan sekresi vagina pada wanita). Banyak orang mendapatkan HIV dengan melalui hubungan seksual yang tidak terlindungi, dan wanita lebih beresiko mendapatkan HIV. Selain itu juga disebabkan oleh darah yang terinfeksi yang kemudian masuk ke dalam tubuh. Bisa melalui tranfusi darah, dari jarum jahit atau pisau bedah yang telah terinfeksi dan tidak steril, jarum suntik, berbagi atau bergantian menggunakan pisau cukur, HIV juga bisa ditularkan dari ibu dan bayinya (WHO,1992).

Sampai saat ini hanya darah dan air mani/cairan semen dan sekresi serviks/ vagina yang terbukti sebagai sumber penularan serta ASI yang dapat menularkan HIV dari ibu ke bayinya. Oleh karena itu HIV dapat tersebar melalui hubungan seks baik pada *homoseksual* maupun *heteroseksual*, bisa melalui penggunaan jarum yang tercemar pada penyalahgunaan NAPZA, tertusuk jarum atau alat yang tajam saat terjadi kecelakaan kerja pada sarana pelayanan kesehatan, melalui tranfusi darah, donor organ, *in utero*, serta pemberian ASI dari ibu ke anak. Tidak ada bukti bahwa HIV dapat menular melalui kontak sosial, alat makan toilet, kolam renang, udara ruangan, maupun oleh karena gigitan nyamuk atau serangga (Depkes RI, 2006).

Menurut Munijayya (1999), beberapa faktor resiko penularan HIV (situasi dan perilaku) yang berkembang dimasyarakat patut diwaspadai karena kemungkinan akan menjadi pemicu ledakan HIV di Indonesia, diantaranya adalah kasus praktik pelacuran yang semakin berkembang tidak saja di kota-kota besar akan tetapi sudah merambah ke pedesaan, pergaulan bebas yang menjurus ke perilaku seks bebas, masih tingginya penggunaan jarum suntik dan peralatan kedokteran lainnya yang kurang steril di pusat-pusat pelayanan kesehatan. Situasi lain yang ikut menyuburkan terjadinya perilaku beresiko adalah rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat tentang cara penularan AIDS (aspek kemiskinan pengetahuan). Situasi ini dapat dilihat dari masih berkembangnya stigma dan persepsi salah tentang cara penularan HIV yang berakibat pada pengucilan pengidap HIV. Masih berkembangnya sikap masyarakat yang hanya menyalahkan kelompok-kelompok tertentu (*denial attitude*) sebagai sumber penularan HIV dimasyarakat juga merupakan indikator masih rendahnya kesadaran masyarakat akan masalah HIV dan AIDS.

2.1.6 Bahaya HIV dan AIDS dan cara-cara pencegahannya.

Berbagai upaya pencegahan bertujuan untuk:

- 1) Menurunkan hingga meniadakan infeksi HIV baru
- 2) Menurunkan angka kematian yang disebabkan oleh AIDS
- 3) Menurunkan stigma diskriminasi terhadap ODHA
- 4) Meningkatkan kualitas hidup ODHA, dan mengurangi dampak sosial ekonomi dari penyakit HIV dan AIDS pada individu, keluarga, dan masyarakat.

Berkaitan dengan pencapaian tujuan tersebut Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Pemerintah Kesehatan (PERMENKES) No.21 Tahun 2013 tentang penanggulangan HIV/AIDS. Dimana secara rinci tertuang pada bab 1 Ketentuan Umum Pasal 1, No.1 yang menjelaskan bahwasanya **Penanggulangan adalah segala upaya yang meliputi beberapa pelayanan yaitu:**

- a. Promotif (fungsi pemahaman): yaitu fungsi bimbingan dan konseling yang membantu konseli atau klien agar memiliki pemahaman terhadap

dirinya (potensinya), dan lingkungannya (pendidikan, pekerjaan, dan norma agama). Berdasarkan pemahaman ini, klien diharapkan mampu mengembangkan potensi dirinya secara optimal, dan menyesuaikan dirinya dengan lingkungan secara dinamis dan konstruktif.

- b. Preventif (fungsi pencegahan): yaitu membantu individu menjaga atau mencegah timbulnya masalah bagi dirinya.
- c. Kuratif: yaitu membantu individu memecahkan masalah yang sedang dihadapi atau dialami.
- d. Rehabilitatif: layanan ini ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan, angka kematian, mengatasi penularan serta penyebaran penyakit agar wabah tidak meluas ke daerah lain serta mengurangi dampak negative yang ditimbulkannya.

Mengacu pada PERMENKES NO. 21 tahun 2013 mengenai penanggulangan HIV/AIDS diatas, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) saat ini juga tengah berupaya untuk menanggulangi kasus HIV/AIDS di Indonesia. Selain itu untuk upaya mencegah penularan HIV/AIDS, Kementrian Kesehatan juga menerapkan beberapa strategi diantaranya:

- a) Meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan HIV dan AIDS melalui kerjasama nasional, regional, dan global dalam aspek legal, organisasi, pembiayaan, fasilitas pelayanan kesehatan dan sumber daya manusia;
- b) Memprioritaskan komitmen nasional dan internasional;
- c) Meningkatkan advokasi, sosialisasi, dan mengembangkan kapasitas;
- d) Meningkatkan upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang merata, terjangkau, bermutu, dan berkeadilan serta berbasis bukti, dengan mengutamakan pada upaya preventif dan promotif;
- e) Meningkatkan jangkauan pelayanan pada kelompok masyarakat berisiko tinggi, daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan serta bermasalah kesehatan;
- f) Meningkatkan pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS;
- g) Meningkatkan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia yang merata dan bermutu dalam penanggulangan HIV dan AIDS;

- h) Meningkatkan ketersediaan, dan keterjangkauan pengobatan, pemeriksaan penunjang HIV dan AIDS serta menjamin keamanan, kemanfaatan, dan mutu sediaan obat dan bahan/alat yang diperlukan dalam penanggulangan HIV dan AIDS; dan
- i) Meningkatkan manajemen penanggulangan HIV dan AIDS yang akuntabel, transparan, berdaya guna dan berhasil guna.

Dengan demikian upaya pencegahan dan penularan HIV/AIDS adalah usaha yang dilakukan untuk mencegah yang dimulai dari pengendalian populasi kunci, kelompok yang berisiko atau rentan terkena infeksi, lalu melangkah pada orang-orang yang berhubungan seksual dengan banyak pasangan, dan mencegah penularan pada masyarakat umum dan bayi, serta memberdayakan sumber daya manusia yang merata dan bermutu dalam penanggulangan HIV dan AIDS.

2.2 Kegiatan layanan HIV di Fasilitas Layanan Kesehatan

Layanan terkait HIV meliputi upaya dalam menemukan pasien HIV secara dini dengan melakukan tes dan konseling HIV pada pasien yang datang ke fasyankes, perawatan kronis bagi Odha dan dukungan lain dengan sistem rujukan ke berbagai fasilitas layanan lain yang dibutuhkan Odha. Layanan perlu dilakukan secara terintegrasi, paripurna, dan berkesinambungan. Infeksi HIV merupakan infeksi kronis dengan berbagai macam infeksi oportunistik yang memiliki dampak sosial terkait stigma dan diskriminasi serta melibatkan berbagai unsur dengan pendekatan tim (kemenkes RI, 2011). Setiap daerah diharapkan menyediakan semua komponen layanan HIV yang terdiri dari :

- 1) *Informed consent* untuk tes HIV seperti tindakan medis lainnya.
- 2) Mencatat semua kegiatan layanan dalam formulir yang sudah ditentukan
- 3) Anamnesis dan pemeriksaan fisik lengkap oleh dokter.
- 4) Skrining TB dan infeksi oportunistik.

- 5) Konseling bagi Odha perempuan usia subur tentang KB dan kesehatan reproduksi termasuk rencana untuk mempunyai anak.
- 6) Pemberian obat kotrimoksasol sebagai pengobatan pencegahan infeksi oportunistik.
- 7) Pemberian ARV untuk Odha yang telah memenuhi syarat.
- 8) Pemberian ARV profilaksis pada bayi segera setelah dilahirkan oleh ibu hamil dengan HIV.
- 9) Pemberian imunisasi dan pengobatan pencegahan kotrimoksasol pada bayi yang lahir dari ibu dengan HIV positif.
- 10) Anjuran rutin tes HIV, malaria, sifilis dan IMS lainnya pada perawatan antenatal (ANC).
- 11) Konseling untuk memulai terapi.
- 12) Konseling tentang gizi, pencegahan penularan, narkotika dan konseling lainnya sesuai keperluan.
- 13) Menganjurkan tes HIV pada pasien TB, infeksi menular seksual (IMS), dan kelompok risiko tinggi beserta pasangan seksualnya, sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 14) Pendampingan oleh lembaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien

Sesuai dengan unsur tersebut maka perlu terus diupayakan untuk meningkatkan akses pada perangkat pemantau kemajuan terapi, seperti pemeriksaan CD4 dan tes *viral load*. Komponen layanan tersebut harus disesuaikan dengan ketersediaan sumber daya setempat. Semakin dini Odha terjangkau di layanan kesehatan untuk akses ARV, maka semakin kurang risiko untuk mendapatkan penyakit infeksi oportunistik maupun menularkan infeksi HIV. (kemenkes RI, 2011).

2.2.1 Konseling dan Tes HIV

Terdapat dua macam pendekatan untuk tes HIV

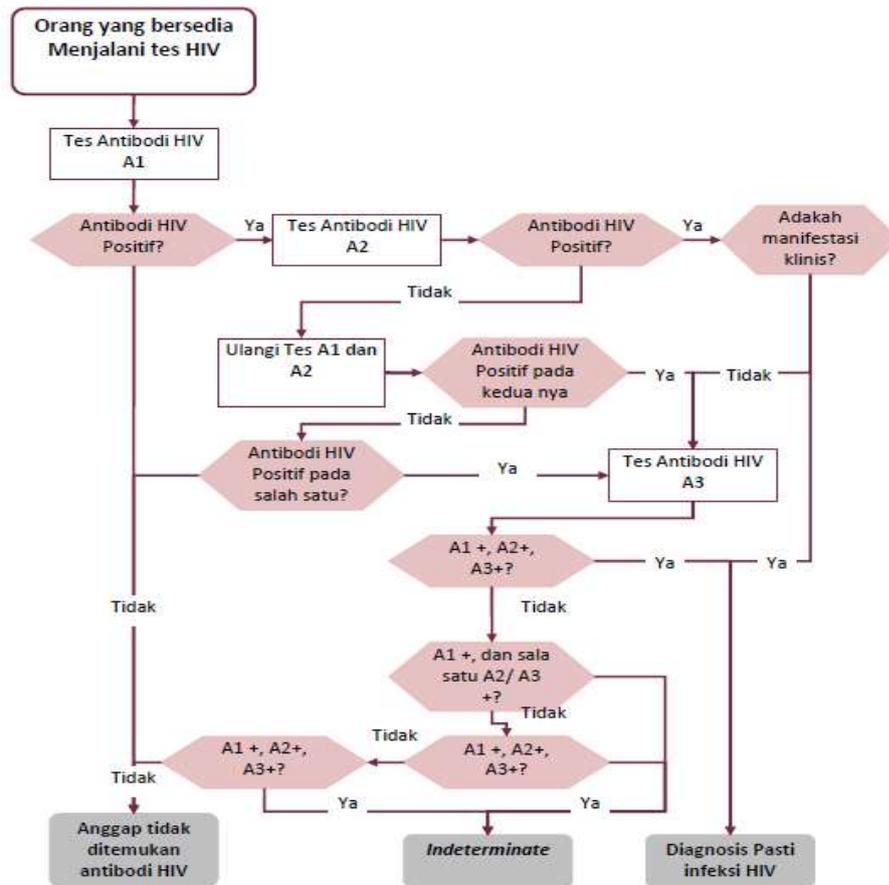
1. **Konseling dan tes HIV sukarela (KTS-VCT = *Voluntary Counseling & Testing*)**

2. Tes HIV dan konseling atas inisiatif petugas kesehatan (KTIP – PITC = *Provider-Initiated Testing and Counseling*)

KTIP merupakan kebijakan pemerintah untuk dilaksanakan di layanan kesehatan yang berarti semua petugas kesehatan harus menganjurkan tes HIV setidaknya pada ibu hamil, pasien TB, pasien yang menunjukkan gejala dan tanda klinis diduga terinfeksi HIV (lihat Tabel 1), pasien dari kelompok berisiko (penasun, PSK-pekerja seks komersial, LSL–lelaki seks dengan lelaki), pasien IMS dan seluruh pasangan seksualnya. Kegiatan memberikan anjuran dan pemeriksaan tes HIV perlu disesuaikan dengan prinsip bahwa pasien sudah mendapatkan informasi yang cukup dan menyetujui untuk tes HIV dan semua pihak menjaga kerahasiaan (prinsip 3C – *counseling, consent, confidentiality*) (kemenkes RI, 2011).

2.2.2 Pemeriksaan Laboratorium Untuk Tes HIV

Prosedur pemeriksaan laboratorium untuk HIV sesuai dengan panduan nasional yang berlaku pada saat ini, yaitu dengan menggunakan strategi 3 dan selalu didahului dengan konseling pra tes atau informasi singkat. Ketiga tes tersebut dapat menggunakan reagen tes cepat atau dengan ELISA. Untuk pemeriksaan pertama (A1) harus digunakan tes dengan sensitifitas yang tinggi (>99%), sedang untuk pemeriksaan selanjutnya (A2 dan A3) menggunakan tes dengan spesifisitas tinggi (>99%). Antibodi biasanya baru dapat terdeteksi dalam waktu 2 minggu hingga 3 bulan setelah terinfeksi HIV yang disebut **masa jendela**. Bila tes HIV yang dilakukan dalam masa jendela menunjukkan hasil "negatif", maka perlu dilakukan tes ulang, terutama bila masih terdapat perilaku yang berisiko (kemenkes RI, 2011).



Gambar 2.1 Bagan Alur Pemeriksaan Laboratorium Infeksi HIV Dewasa (kemenkes RI, 2011).

Pada dasarnya pemantauan laboratorium bukan merupakan persyaratan mutlak untuk menginisiasi terapi ARV. Pemeriksaan CD4 dan viral load juga bukan kebutuhan mutlak dalam pemantauan pasien yang mendapat terapi ARV, namun pemantauan laboratorium atas indikasi gejala yang ada sangat dianjurkan untuk memantau keamanan dan toksisitas pada ODHA yang menerima terapi ARV. Hanya apabila sumberdaya memungkinkan maka dianjurkan melakukan pemeriksaan viral load pada pasien tertentu untuk mengkonfirmasi adanya gagal terapi menurut kriteria klinis dan imunologis.

Di bawah ini adalah pemeriksaan laboratorium yang ideal sebelum memulai ART apabila sumber daya memungkinkan: (kemenkes RI,2011)

1. Darah lengkap*
2. Jumlah CD4*
3. SGOT / SGPT*
4. Kreatinin Serum*
5. Urinalisa*
6. HbsAg*
7. Anti-HCV (untuk ODHA IDU atau dengan riwayat IDU)
8. Profil lipid serum
9. Gula darah
10. VDRL/TPHA/PRP
11. Ronsen dada (utamanya bila curiga ada infeksi paru)
12. Tes Kehamilan (perempuan usia reproduktif dan perluanamnesis mens terakhir)
13. PAP smear / IFA-IMS untuk menyingkirkan adanya Ca Cervix yang pada ODHA bisa bersifat progresif)
14. Jumlah virus / Viral Load RNA HIV** dalam plasma (bila tersedia dan bila pasien mampu)

*adalah pemeriksaan yang minimal perlu dilakukan sebelum terapi ARV karena berkaitan dengan pemilihan obat ARV. Tentu saja hal ini perlu mengingat ketersediaan sarana dan indikasi lainnya.

** pemeriksaan jumlah virus memang bukan merupakan anjuran untuk dilakukan sebagai pemeriksaan awal tetapi akan sangat berguna (bila pasien punya data) utamanya untuk memantau perkembangan dan menentukan suatu keadaan gagal terapi.

2.3 Terapi Antiretroviral (ARV)

2.3.1 Pengertian Anti retroviral (ARV)/ terapi ARV

Antiretroviral (ARV) adalah obat yang dirancang untuk menghambat perkembangan HIV di dalam tubuh penderita. ARV tidak membunuh virus itu, namun dapat memperlambat pertumbuhan virus, waktu pertumbuhan virus diperlambat, begitu juga penyakit HIV. Karena HIV adalah retrovirus, obat-obat ini biasa disebut sebagai Antiretroviral Therapy (ART) (Spiritia, 2006).

Sebelum mendapat ARV, ODHA harus dipersiapkan secara matang dengan konseling kepatuhan, sehingga pasien paham benar akan manfaat, cara penggunaan, efek samping obat, tanda bahaya lain dan sebagainya yang terkait dengan ARV. ODHA yang mendapat ARV harus menjalani pemeriksaan untuk pemantauan secara klinis dengan teratur.

Untuk memulai terapi antiretroviral perlu dilakukan pemeriksaan jumlah CD4 (bila tersedia) dan penentuan stadium klinis infeksi HIV-nya. Hal tersebut adalah untuk menentukan apakah penderita sudah memenuhi syarat terapi antiretroviral atau belum. (Permenkes ,2018)

Berikut ini adalah rekomendasi cara memulai terapi ARV pada ODHA dewasa. (Permenkes ,2018)

- a. Tidak tersedia pemeriksaan CD4 Dalam hal tidak tersedia pemeriksaan CD4, maka penentuan mulai terapi ARV adalah didasarkan pada penilaian klinis
- b. Tersedia pemeriksaan CD4 Rekomendasi :
 - 1) Mulai terapi ARV pada semua pasien dengan jumlah CD4 < 350 sel/mm³tanpa memandang stadium klinisnya.
 - 2) Terapi ARV dianjurkan pada semua pasien dengan TB aktif, ibu hamil dan koinfeksi Hepatitis B tanpa memandang jumlah CD4.

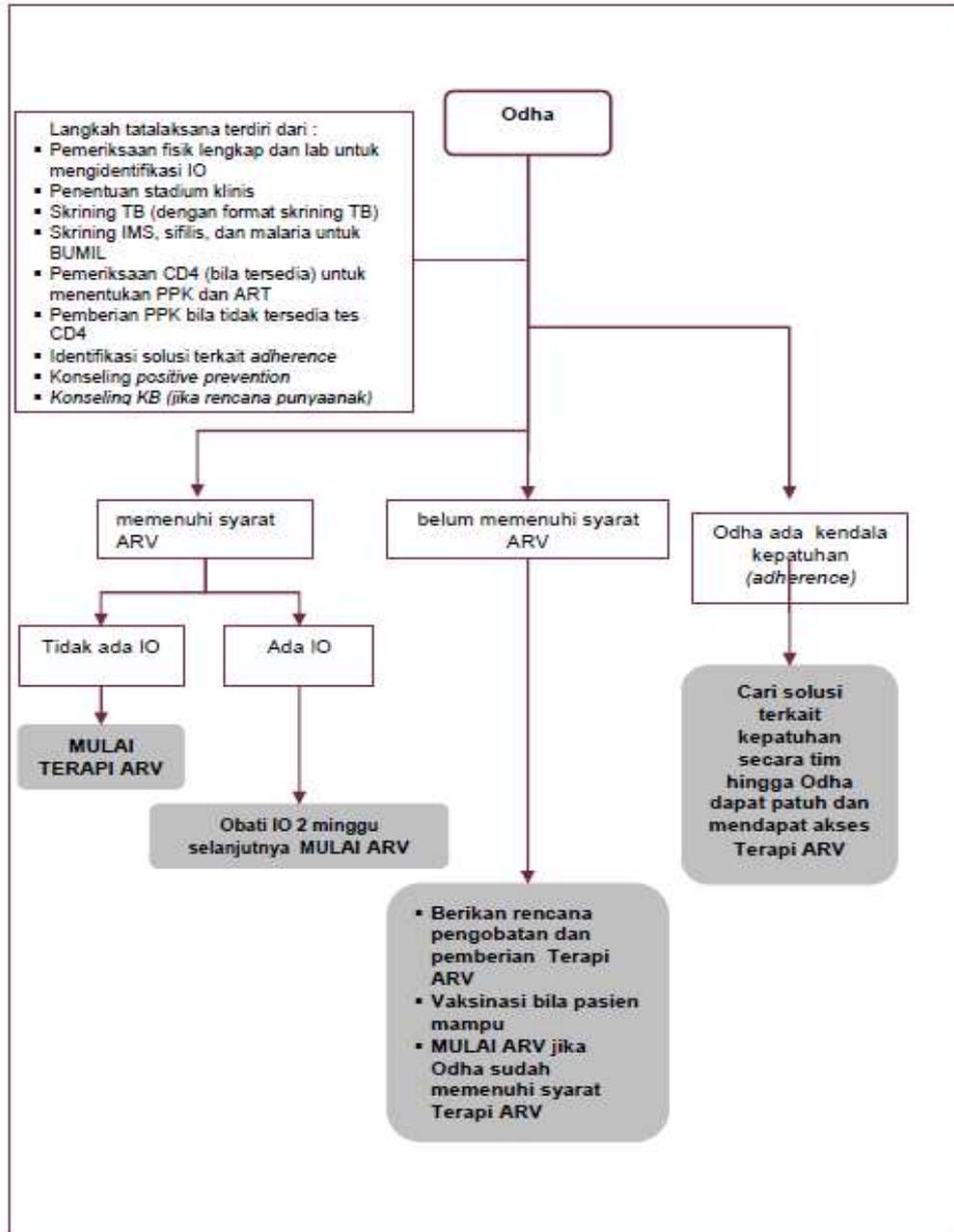
Layanan pra-terapi ARV dan terapi ARV merupakan peluang untuk memberikan layanan IMS secara paripurna, yang meliputi diagnosis yang tepat berdasarkan gejala atau tes laboratorium, pemberian terapi efektif pada saat diagnosis, pemberitahuan dan pengobatan pasangan, pengurangan risiko perilaku dan penularan melalui edukasi, serta dilakukan konseling dan penyediaan kondom. Dianjurkan skrining laboratorium yang meliputi tes serologis untuk sifilis, terutama perempuan hamil dan tes HIV untuk semua pasien IMS. (Permenkes ,2018)

Pengobatan ARV terbukti mempunyai peran yang bermakna dalam pencegahan penularan HIV, karena obat ARV memiliki mekanisme kerja mencegah replikasi virus yang secara bertahap menurunkan jumlah virus dalam darah. Penurunan jumlah virus ini berhubungan dengan penurunan kadar virus dalam duh genital dengan catatan tidak terdapat IMS. Penelitian observasional menunjukkan penurunan penularan HIV pada pasangan *serodiscordant* (berbeda status HIV-nya) yang mendapatkan pengobatan ARV. Sangat penting untuk disadari bahwa penurunan jumlah virus akibat terapi ARV harus disertai dengan perubahan perilaku berisiko.

Dengan demikian terapi ARV harus disertai dengan pencegahan lain seperti, penggunaan kondom, perilaku seks dan NAPZA yang aman, pengobatan IMS dengan paduan yang tepat.

ODHA harus mendapatkan informasi yang lebih mengutamakan manfaat terapi ARV sebelum terapi dimulai. Bila informasi dan rawatan HIV dimulai lebih awal sebelum memerlukan terapi ARV maka pasien mempunyai kesempatan lebih panjang untuk mempersiapkan diri demi keberhasilan terapi ARV jangka panjang, melalui konseling pra-terapi ARV yang meliputi cara dan ketepatan minum obat, efek samping yang mungkin terjadi, interaksi dengan obat lain, pemantauan keadaan klinis dan pemantauan pemeriksaan laboratorium secara berkala termasuk pemeriksaan jumlah CD4. Adapun Tujuan Terapi Antiretroviral (kemenkes RI,2011):

- a) Mengurangi laju penularan HIV di masyarakat
- b) Memulihkan atau memelihara fungsi imunologis (peningkatan sel CD4)
- c) Menurunkan komplikasi akibat HIV
- d) Memperbaiki kualitas hidup ODHA
- e) Menekan replikasi virus secara maksimal dan secara terus menerus
- f) Menurunkan angka kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan HIV.



Gambar 2.2 Bagan alur layanan HIV(kemenkes RI, 2011).

2.3.2 Jenis obat ARV

Rejimen Lini pertama

Rejimen lini pertama umumnya dibentuk dengan dua NRTI dan satu NNRTI (lihat LI 403), dengan tiga dari enam obat: (AZT atau TDF) + (3TC atau FTC) + (nevirapine atau efavirenz). Pilihan yang baku adalah AZT + 3TC + nevirapine. AZT + 3TC sering disediakan dalam satu

pil yang mengandung kedua obat. Juga FTC umumnya dipakai bersamaan dengan TDF, karena kedua obat ini disediakan dalam satu pil. (kemenkes RI,2011)

Rejimen Lini Kedua

Rejimen lini kedua harus mengganti sedikitnya dua dari tiga ARV dalam rejimen lini pertama dengan ARV lain. Saat ini, rejimen lini kedua umumnya terdiri dari TDF atau AZT (tergantung yang mana dipakai pada lini pertama), 3TC atau FTC, dan Kaletra/ Aluvia. (kemenkes RI,2011)

Ada dua alasan untuk mengganti ART: efek samping yang tidak tertahan; dan kegagalan terapi. Kalau kita mengalami efek samping, mungkin kita harus mengganti satu obat dalam rejimen lini pertama dengan obat lain, disebut sebagai substitusi. Dalam keadaan yang luar biasa, kita mungkin harus mengganti obat dari rejimen lini pertama dengan obat yang umumnya dipakai sebagai lini kedua; walau begitu, rejimen tetap dianggap lini pertama.

Bila dokter menentukan bahwa terapi kita gagal, ditunjukkan antara lain oleh viral load di atas 5.000 setelah menjadi tidak terdeteksi, jumlah CD4 menurun, atau kita mengalami infeksi oportunistik, kita akan dialihkan pada rejimen lini kedua, yang disebut sebagai '*switch*'. Berikut jenis obat yang dipakai dalam terapi ARV: (kemenkes RI,2011)

TENOFOVIR

Tenofovir (Viread) adalah obat yang dipakai sebagai bagian dari terapi anti- retroviral (ART). Obat ini dibuat oleh Gilead Sciences. Sekarang juga disetujui versi tenofovir generik dibuat oleh Mylan di India. Tenofovir termasuk golongan analog nukleotida atau nucleotide reverse trans-criptase inhibitor (NtRTI). Obat golongan ini menghambat enzim reverse trans-criptase. Enzim ini mengubah bahan genetik (RNA) HIV menjadikannya bentuk DNA. Ini harus terjadi sebelum kode genetik HIV dapat dimasukkan ke kode genetik sel yang terinfeksi HIV.

Kita harus memberi tahu dokter bila kita mempunyai masalah ginjal. Orang dengan kerusakan pada ginjal mungkin harus memakai dosis tenofovir yang lebih rendah. Jika kita memakai tenofovir dengan ARV lain, kita dapat mengurangi viral load kita pada tingkat yang sangat rendah dan meningkatkan jumlah CD4 kita. Hal ini seharusnya berarti kita lebih sehat untuk waktu lebih lama. Tenofovir juga mungkin dapat membantu mengendalikan hepatitis B. Namun hepatitis B menjadi lebih buruk pada sebagian orang yang memakai tenofovir dan kemudian menghentikannya. Sebaiknya kita dites untuk hepatitis B sebelum kita mulai memakai tenofovir untuk mengobati HIV.

Jika kita mulai memakai ART, kita mungkin mengalami efek samping semen- tara, misalnya sakit kepala, darah tinggi, atau seluruh badan terasa tidak enak. Efek samping ini biasanya lambat laun membaik atau hilang. Efek samping tenofovir yang paling umum adalah mual, muntah, dan hilang nafsu makan. Tenofovir dapat menga- kibatkan kerusakan pada ginjal. Tingkat kreatinin pada pengguna tenofovir harus dipantau. Tenofovir juga dapat merusakkan hati, sehingga sebaiknya kesehatan hati juga sebaiknya dipantau. Tenofovir dapat menyebabkan kehilangan kepadatan tulang. Penggunaan suplemen kalsium dan vitamin D dapat membantu masalah ini. Hal ini terutama untuk orang dengan osteopenia atau osteoporosis ,dan juga untuk remaja, karena kepadatan tulang umumnya meningkat pada masa itu.

Tenofovir dapat berinteraksi dengan obat lain, suplemen atau jamu yang kita pakai. Interaksi ini dapat meng- ubah jumlah masing-masing obat yang masuk ke aliran darah kita dan meng- akibatkan overdosis atau dosis rendah. Interaksi baru terus-menerus diketahui. Pastikan dokter tahu SEMUA obat, suplemen dan jamu yang kita pakai.

DUVIRAL (AZT + 3TC)

Duviral adalah kaplet yang mengandung dua jenis obat yang dipakai sebagai bagian dari terapi antiretroviral (ART). Duviral diproduksi oleh Kimia Farma. Versi asli dibuat oleh ViiV Healthcare dengan nama Combivir, dan gabungan ini juga tersedia dengan nama lain di Indonesia. Kedua jenis obat yang ada di dalam Duviral disebut sebagai analog nukleosida atau nucleoside reverse

transcriptase inhibitor (NRTI). Obat golongan ini menghambat enzim reverse transcriptase. Enzim ini mengubah bahan genetik (RNA) HIV menjadikannya bentuk DNA. Ini harus terjadi sebelum kode genetik HIV dapat dimasukkan ke kode genetik sel yang terinfeksi HIV.

3TC (lamivudine) disetujui untuk mengobati hepatitis B. 3TC adalah satu unsur di dalam Duviral. Kalau kita terinfeksi hepatitis B bersamaan dengan HIV, penyakit hepatitis B dapat memburuk bila kita berhenti penggunaan 3TC. Kita sebaiknya dites untuk hepatitis B sebelum kita mulai memakai 3TC untuk mengobati HIV. Bila kita hepatitis B dan berhenti memakai Duviral, fungsi hati kita (ALT) sebaiknya dipantau secara ketat oleh dokter. Jika kita memakai Duviral dengan ARV lain, kita dapat mengurangi viral load kita pada tingkat yang sangat rendah dan meningkatkan jumlah CD4 kita. Hal ini seharusnya berarti kita lebih sehat untuk waktu lebih lama. Karena AZT (zidovudine), salah satu unsur di dalam Duviral, cenderung menekankan sel darah merah. Bila kita sudah mengalami anemia dengan Hb yang rendah (mis. di bawah 7,0), kemungkinan dokter akan mengusulkan kita tidak memakai Duviral. Dalam keadaan itu, kemungkinan kita akan ditawarkan d4T untuk mengganti AZT.

Orang dengan masalah ginjal sebaiknya tidak memakai Duviral. Duviral mengandung dua obat dalam satu kaplet. Penggunaan satu pil dapat lebih mudah daripada memakai masing-masing obat sendiri. Hal ini memudahkan kepatuhan, dengan mengurangi kemungkinan dosis terlupakan. Efek samping Duviral yang paling umum adalah sama dengan efek samping AZT dan 3TC, termasuk sakit kepala, mual, dan kelelahan. Untuk informasi lebih lanjut mengenai kelelahan, Efek samping yang paling berat akibat AZT adalah anemia, neutropenia dan miopati. Bila efek samping ini terjadi, mungkin kita harus berhenti memakai Duviral, dan ganti AZT dengan d4T.

3TC (LAMIVUDIN)

3TC (Epivir) adalah obat yang dipakai untuk terapi antiretroviral (ART). Obat ini pertama kali dibuat oleh GlaxoSmith- Kline (GSK), tetapi sekarang tersedia dari beberapa produsen, termasuk di Indonesia. Versi Kimia Farma bernama Hiviral. 3TC juga dikenal sebagai lamivudin. 3TC termasuk golongan

analog nukleosida atau nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI). Obat golongan ini menghambat enzim reverse transcriptase. Enzim ini mengubah bahan genetik (RNA) HIV menjadikannya bentuk DNA. Ini harus terjadi sebelum kode genetik HIV dapat dimasukkan ke kode genetik sel yang terinfeksi

3TC disediakan berbentuk tablet dengan isi 150mg dan 300mg. 3TC juga tersedia dalam bentuk sirup. Dosis 3TC yang dianjurkan untuk dewasa adalah 300mg setiap hari: boleh satu tablet 300mg sehari, atau satu tablet 150mg dua kali sehari. Ada usulan agar takaran dikurangi untuk orang dengan berat badan di bawah 50kg, walau penguji-rangan ini jarang dilakukan.

3TC dapat dipakai dengan makanan atau antara makan. Pastikan dokter mengetahui jika kita mengalami masalah ginjal; dosis 3TC mungkin harus dikurangi. 3TC juga tersedia sebagai gabungan 150mg dengan AZT (300mg) dalam satu pil. Nama pil ini tergantung pada produsen. Versi GSK bernama Combivir; dari Kimia Farma namanya Duviral. Beberapa produsen juga menyediakan versi gabungan 150mg 3TC dengan 30mg d4T dan 200mg nevirapine; kombinasi ini tersedia di Indonesia dari GPO Thailand dengan nama GPOVir, untuk diminum dua kali sehari. Kimia Farma dulu berencana membuat versi gabungan 150mg 3TC dengan 300mg AZT dan 200mg nevirapine dengan nama Triviral, tetapi status gabungan ini belum jelas. GSK juga menyediakan versi gabungan 150mg 3TC dengan abacavir (300mg), dengan nama Epzicom, dan gabungan 150mg 3TC dengan AZT (300mg) dan abacavir (300mg), dengan nama Trizivir.

Efek samping 3TC yang paling umum adalah mual, muntah, kelelahan, dan sakit kepala. Beberapa orang mengalami masalah dengan tidur. Kadang-kadang orang mengalami kerontokan rambut, tetapi efek samping ini jarang terjadi.

d4T (STAVUDIN)

d4T (Zerit) adalah obat yang dipakai sebagai bagian dari terapi antiretroviral (ART). Obat ini pertama kali dibuat oleh Bristol-Myers Squibb (BMS), tetapi sekarang tersedia dari beberapa produsen, terutama di India. d4T

dikenal sebagai stavudin atau didehydrodeoxythymidine. d4T adalah obat antiretroviral (ARV) yang paling sering dipakai di seluruh dunia. Namun pada 2009, Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) mengusulkan agar ARV tidak dipakai lagi karena menimbulkan berbagai efek samping yang berat. d4T termasuk golongan analog nukleo- sida atau nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI). Obat golongan ini menghambat enzim reverse transcriptase. Enzim ini mengubah bahan genetik (RNA) HIV menjadikannya bentuk DNA. Ini harus terjadi sebelum kode genetik HIV dapat dimasukkan ke kode genetik sel yang terinfeksi HIV.

d4T dapat mengakibatkan efek samping yang gawat. Sekarang WHO mengusulkan agar d4T tidak lagi dipakai sebagai bagian dari ART lini pertama. Jika kita memakai d4T dengan ARV lain, kita dapat mengurangi viral load kita pada tingkat yang sangat rendah dan meningkatkan jumlah CD4 kita. Hal ini seharusnya berarti kita lebih sehat untuk waktu lebih lama.

Perempuan hamil menghadapi risiko khusus bila memakai d4T. d4T boleh diminum dengan atau tanpa makan. Pastikan dokter mengetahui jika kita pernah mengalami masalah hati. Hati kita harus diawasi dengan teliti jika kita memakai d4T, dan dokter mungkin memutuskan bahwa sebaiknya kita tidak memakai d4T sama sekali. Jika kita mulai memakai terapi antiretroviral, kita mungkin mengalami efek samping sementara, misalnya sakit kepala, darah tinggi, atau seluruh badan terasa tidak enak. Efek samping ini biasanya lambat laun membaik atau hilang. Efek samping yang paling berat akibat d4T adalah neuropati perifer, lipodistrofi dan asidosis laktik:

ABACAVIR

Abacavir (Ziagen) adalah obat yang dipakai sebagai bagian dari terapi anti- retroviral (ART). Obat ini dibuat oleh ViiV Healthcare, tetapi sekarang tersedia dari beberapa produsen, terutama di India. Abacavir termasuk golongan analog nukleosida atau nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NsRTI). Obat golongan ini menghambat enzim reverse transcriptase. Enzim ini mengubah unsur genetik (RNA) HIV menjadi bentuk DNA. Ini harus terjadi sebelum kode genetik HIV dapat dimasukkan ke kode genetik sel yang terinfeksi HIV.

Abacavir dipakai melalui mulut sebagai kapsul. Dosis dewasa yang biasa adalah 300mg dua kali sehari atau 600mg sekali sehari. Kapsulnya masing-masing 300mg, jadi kita harus minum satu kapsul dua kali sehari atau dua kapsul sekali sehari. Ada bentuk sirop untuk anak. Takaran yang dipakai tergantung pada berat badan anak. Abacavir dapat dipakai dengan perut kosong atau waktu makan. Abacavir juga tersedia sebagai gabungan 300mg dengan AZT 300mg dan 3TC 150mg dalam satu pil. Nama pil ini Trizivir, dipakai dua kali sehari. Juga ada gabungan abacavir 600mg dengan 3TC 300mg dalam satu pil. Nama pil ini Epzicom, dipakai sekali sehari.

Kurang lebih 8% orang yang memakai abacavir mengalami reaksi alergi. Efek samping ini biasanya dialami dalam dua minggu setelah mulai memakai abacavir. Namun reaksi ini dapat muncul enam minggu atau lebih setelah mulai. Pasien mengalami gejala berikut:

- Demam (80% pasien yang mengalami reaksi)
- Ruam (60-70%)
- Sakit kepala/merasa tidak enak badan / tidak ada tenaga (60%)
- Mual, muntah, diare, atau sakit perut (50%)
- Batuk, sesak napas, atau sakit teng- gorokan (20%), Bila kita harus

menghentikan penggunaan abacavir untuk alasan apa pun (misalnya karena obatnya habis), bicara dengan dokter sebelum mulai lagi. Kadang kala, orang yang merasa dirinya tidak alergi mengalami reaksi yang berat saat kembali minum abacavir.

ddI (DIDANOSINE)

ddI (Videx) adalah obat yang dipakai sebagai bagian dari terapi antiretroviral (ART). Obat ini asli dibuat oleh Bristol-Myers Squibb (BMS), tetapi sekarang tersedia dari beberapa produsen, terutama di India. ddI dikenal sebagai didanosine atau dideoxyinosine. ddI termasuk golongan analog nukleosida atau nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI). Obat golongan ini menghambat enzim reverse transcriptase. Enzim ini mengubah bahan genetik (RNA) HIV menjadikannya bentuk DNA. Ini harus terjadi

sebelum kode genetik HIV dapat dimasukkan ke kode genetik sel yang terinfeksi HIV.

ddI tersedia berbentuk tablet yang dapat di-kunyah, dan sebagai bubuk untuk dilarutkan dalam air. Tablet itu juga dapat dilarutkan dalam air. Takaran ddI yang dianjurkan untuk dewasa berdasarkan berat badan. Untuk orang dengan berat badan di atas 60kg, dosis adalah 200mg dengan bentuk tablet, atau 250mg bubuk, dua kali sehari. Untuk orang dengan berat badan di bawah 60kg, dosis adalah 125mg dengan bentuk tablet, atau 167mg bubuk, dua kali sehari.

Bila harus dipakai sebagai bagian dari rejimen ART lini kedua, WHO mengusulkan ddI dipakai sekali sehari dengan takaran 400mg bila berat badan di atas 60kg, dan 250mg bila berat badan lebih rendah. Bila dipakai bersama dengan tenofovir, takaran harus dikurangi menjadi 250mg sekali sehari bila berat badan di atas 60kg, dan 200mg untuk berat badan lebih rendah. Namun beberapa pakar mengusulkan agar ddI tidak dipakai bersamaan dengan tenofovir. ddI tidak dapat diserap dalam suasana asam. Tablet dan bubuk ddI mengandung zat yang disebut 'dapar' atau 'buffer' untuk mengurangi efek asam dalam perut. ddI harus dipakai dengan perut kosong, 30 menit sebelum atau dua jam setelah makan. Memakai ddI dengan makan dapat mengurangi tingkat ddI dalam darah sehingga 50%.

Efek samping ddI yang paling umum adalah diare, sakit kepala, muntah dan ruam. Diare, yang disebabkan dapar dalam tablet, dapat menjadi berat. Efek samping lebih jarang terjadi dengan versi EC. ddI dapat mengakibatkan masalah hati yang gawat disebut hipertensi portal. Efek samping lain yang paling berat akibat ddI adalah neuropati perifer, pankreatitis dan asidosis laktik: Neuropati perifer (peripheral neuropathy/ PN) adalah bentuk kerusakan saraf. PN dialami hingga 20% orang yang memakai ddI. Biasanya PN dialami sebagai kesemutan, mati rasa atau seperti terbakar pada kaki dan tangan. Kerusakan saraf biasanya bersifat sementara dan akan hilang jika kita berhenti penggunaan ddI, atau mengurangi dosis. Jika kita terus memakai ddI setelah kerusakan saraf dialami, kerusakan ini dapat menjadi permanen. Pankreatitis adalah radang pankreas, kelenjar besar yang berada di bagian belakang perut. Kurang dari 7% orang yang memakai ddI mengalami pankreatitis, Asidosis laktik adalah penambahan asam

laktik dalam darah. Ini hasil sambilan pembuatan tenaga oleh sel. ddi juga dapat memicu kambuhan beberapa infeksi oportunistik melalui sindrom pemulihan kekebalan . Masalah ini dapat muncul beberapa bulan setelah mulai ART. (kemenkes RI,2011)

Tidak satu pun obat ini dapat membandi HIV, tetapi setiap golongan menghambat penggandaan virus dengan cara tertentu.

1. Reverse transcriptase inhibitor (RTI): Golongan obat anti-HIV pertama. Obat golongan ini menghalangi penciptaan DNA virus dari RNA dengan membuat sel tiruan yang mengganggu proses ini. Sebagian besar adalah analog nukleosida; tenofovir adalah analog nukleotida.

Nama Generik	Nama Merek	Juga Dikenal Sebagai	Produsen	Tahun*
Zidovudin	Retrovir	AZT, ZDV	ViiV Healthcare	1987
Didanosin	Videx	ddI	Bristol-Myers Squibb	1991
Zalcitabin	Hivid	ddC	Tidak dibuat lagi	1992
Stavudin	Zerit	d4T	Bristol-Myers Squibb	1994
Lamivudin	Epivir	3TC	ViiV Healthcare	1995
Zidovudin/Lamivudin	Combivir	Gabungan AZT & 3TC	ViiV Healthcare	1997
Abacavir	Ziagen	ABC	ViiV Healthcare	1998
Zidovudin/Lamivudin/Abacavir	Trizivir	Gabungan AZT, 3TC, Abacavir	ViiV Healthcare	2000
Tenofovir	Viread	TDF	Gilead Sciences	2001
Emtrisitabin	Emtriva	FTC	Gilead Sciences	2003
Abacavir/Lamivudine	Epzicom	Gabungan ABC & 3TC	ViiV Healthcare	2004
Emtrisitabin/Tenofovir	Truvada	Gabungan FTC & TDF	Gilead Sciences	2004

2. Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI): Golongan obat ini juga mengganggu proses penciptaan DNA virus dari RNA, dengan mengikat pada enzim reverse transcriptase dan menghalangi kegiatannya.

Nevirapine	Viramune	NVP	Boehringer Ingelheim	1996
Delavirdine	Rescriptor	DLV	ViiV Healthcare	1997
Efavirenz	Sustiva, Stocrin	EFV	Bristol-Myers Squibb	1998
Etravirine	Intence	ETV	Tibotec	2008
Rilpivirine	Edurant	RPV	Tibotec	2011

2a. Obat kombinasi: Terdiri dari satu NNRTI, satu analog nukleosida, dan satu analog nukleotida.

Efavirenz/emtrisitabin/tenofovir	Atripla	Gabungan EFV, FTC & TDF	BMS & Gilead	2006
----------------------------------	---------	-------------------------	--------------	------

3. Protease inhibitor (PI): Golongan obat ini menghalangi kegiatan protease, sebuah enzim yang memotong rantai protein HIV menjadi protein tertentu yang diperlukan untuk merakit tiruan virus yang baru. **Catatan:** "r" di belakang nama protease inhibitor berarti obat tersebut dikuatkan dengan ritonavir takaran rendah. Misalnya, SQV/r berarti saquinavir dikuatkan ritonavir.

Saquinavir	Invirase	SQV	Roche	1995
Ritonavir	Norvir	RTV	Abbott	1996
Indinavir	Crixivan	IDV	Merck	1996
Nelfinavir	Viracept	NFV	ViiV Healthcare	1997
Saquinavir	Fortovase	SQV	Tidak dibuat lagi	1997
Amprenavir	Agenerase	APV	Tidak dibuat lagi	1999
Lopinavir (dengan ritonavir)	Kaletra, Aluvia	LPV/r	Abbott	2000
Atazanavir	Reyataz	ATV	Bristol-Myers Squibb	2003
Fosamprenavir	Lexiva	FPV	ViiV Healthcare	2003
Tipranavir	Aptivus, Telzir	TPV	Boehringer Ingelheim	2005
Darunavir	Prezista	DRV	Tibotec	2006

4. Integrase inhibitor: Golongan obat ini menghalangi kegiatan integrase, sebuah enzim yang memasukkan DNA virus ke dalam serat DNA sel yang terinfeksi.

Raltegravir	Isentress	RGV	Merck	2007
Elvitegravir		EVG	Gilead	2012†
Dolutegravir	Tivicay	DTG	ViiV Healthcare	2013

† Saat ini hanya disetujui sebagai kandungan dalam pi kombinasi Stribild

5. Entry Inhibitor: Golongan obat ini menegah pengikatan HIV pada sel.

Enfuvirtid	Fuzeon	T-20	Trimeris-Roche	2003
Maraviroc	Selzentry, Celsentri	MVC	ViiV Healthcare	2007

Gambar 2.3 : komposisi ARV, sumber (kemenkes RI,2011)

2.3.3 Persyaratan sebelum memulai terapi ARV

Sebelum mendapat terapi ARV pasien harus dipersiapkan secara matang dengan konseling kepatuhan karena terapi ARV akan berlangsung seumur hidupnya. Untuk ODHA yang akan memulai terapi ARV dalam keadaan jumlah CD4 di bawah 200 sel/mm³ maka dianjurkan untuk memberikan Kotrimoksazol (1x960mg sebagai pencegahan IO) 2 minggu sebelum terapi ARV. Hal ini dimaksudkan untuk:

1. Mengkaji kepatuhan pasien untuk minum obat,dan
2. Menyingkirkan kemungkinan efek samping tumpang tindih antara kotrimoksazol dan obat ARV, mengingat bahwa banyak obat ARV mempunyai efek samping yang sama dengan efek samping kotrimoksazol.

Kesiapan Pasien Sebelum Memulai Terapi ARV, Menelaah kesiapan pasien untuk terapi ARV. Mempersiapkan pasien untuk memulai terapi ARV dapat dilakukan dengan cara (Permenkes ,2018):

1. Mengutamakan manfaat minum obat daripada membuat pasien takut minum obat dengan semua kemungkinan efek samping dan kegagalan pengobatan.
2. Membantu pasien agar mampu memenuhi janji berkunjung ke klinik
3. Mampu minum obat profilaksis IO secara teratur dan tidak terlewatkan
4. Mampu menyelesaikan terapi TB dengan sempurna.
5. Mengingatkan pasien bahwa terapi harus dijalani seumur hidupnya.
6. Jelaskan bahwa waktu makan obat adalah sangat penting, yaitu kalau dikatakan dua kali sehari berarti harus ditelan setiap 12 jam.
7. Membantu pasien mengenai cara minum obat dengan menyesuaikan kondisi pasien baik kultur, ekonomi, kebiasaan hidup (contohnya jika perlu disertai dengan banyak minum wajib menanyakan sumber air, dll).
8. Membantu pasien mengerti efek samping dari setiap obat tanpa membuat pasien takut terhadap pasien, ingatkan bahwa semua obat mempunyai efek samping untuk menetralkan ketakutan terhadap ARV.

9. Tekankan bahwa meskipun sudah menjalani terapi ARV harus tetap menggunakan kondom ketika melakukan aktifitas seksual atau menggunakan alat suntik steril bagi para penasun.
10. Sampaikan bahwa obat tradisional (herbal) dapat berinteraksi dengan obat ARV yang diminumnya. Pasien perlu diingatkan untuk komunikasi dengan dokter untuk diskusi dengan dokter tentang obat-obat yang boleh terus dikonsumsi dan tidak.
11. Menanyakan cara yang terbaik untuk menghubungi pasien agar dapat memenuhi janji/jadwal berkunjung.
12. Membantu pasien dalam menemukan solusi penyebab ketidak patuhan tanpa menyalahkan pasien atau memarahi pasien jika lupa minum obat.
13. Mengevaluasi sistem internal rumah sakit dan etika petugas dan aspek lain diluar pasien sebagai bagian dari prosedur tetap untuk evaluasi ketidak patuhan pasien.

2.3.4 Tatalaksana Pemberian ARV

Untuk memulai terapi antiretroviral perlu dilakukan pemeriksaan jumlah CD4 (bila tersedia) dan penentuan stadium klinis infeksi HIV-nya. Hal tersebut adalah untuk menentukan apakah penderita sudah memenuhi syarat terapi antiretroviral atau belum. Berikut ini adalah rekomendasi cara memulai terapi ARV pada ODHA dewasa. (Permenkes ,2018)

a. Tidak tersedia pemeriksaan CD4

Dalam hal tidak tersedia pemeriksaan CD4, maka penentuan mulai terapi ARV adalah didasarkan pada penilaian klinis.

b. Tersedia pemeriksaan CD4

Rekomendasi :

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

Tabel 2.1 Saat memulai terapi pada ODHA dewasa

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

Sumber: Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Pemerintah menetapkan paduan yang digunakan dalam pengobatan ARV berdasarkan pada 5 aspek yaitu:

1. Efektivitas
2. Efek samping / toksisitas
3. Interaksi obat
4. Kepatuhan
5. Harga obat

Prinsip dalam pemberian ARV adalah

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

2.3.5 Efek Samping Obat Antiretroviral

Efek samping atau toksisitas merupakan salah satu aspek yang perlu diperhatikan dalam pemberian ARV. Selain itu, efek samping atau

toksisitas ini sering menjadi alasan medis untuk mengganti (substitusi) dan/atau menghentikan pengobatan ARV. Pasien, bahkan kadang menghentikan sendiri terapinya karena adanya efek samping. Efek samping dapat timbul baik pada awal pengobatan seperti anemi karena AZT atau dalam jangka panjang seperti asidosis laktat dan neuropati karena d4T dan gangguan lipid karena penggunaan LPV/r dari golongan PI. (Permenkes ,2018)

Banyak faktor yang menyebabkan timbulnya efek samping, antara lain:

1. Jenis kelamin (contoh: NVP lebih sering menyebabkan reaksi hipersensitivitas pada wanita dengan jumlah CD4 >250 sel/mm³).
2. Karakteristik obat (contoh: efek samping NVP bersifat dose-related pada awal pengobatan sehingga diberikan lead in-dose).
3. Digunakannya dua atau lebih obat dengan toksisitas yang sama. Efek samping antara Rifampisin dengan NVP yang keduanya bersifat hepatotoksik berpotensi menimbulkan toksisitas ganda
4. Faktor lain yang dapat menyebabkan timbulnya efek samping adalah karena belum ditemukan dan diobatinya penyakit yang mendasarinya (*underlying disease*), misalnya koinfeksi hepatitis C.
5. Terdapat beberapa keadaan yang mempunyai risiko yang lebih sering mengalami efek samping obat sehingga perlu pemantauan terapi yang lebih ketat

Efek samping obat tidak boleh menjadi penghambat dimulainya terapi ARV. Perlu diingat bahwa tidak semua pasien akan mengalaminya dan bahwa efek samping yang timbul seringnya bisa diatasi dengan baik. Hal ini jauh lebih menguntungkan bila dibandingkan dengan risiko kematian yang pasti akan terjadi bila pasien tidak mendapatkan terapi ARV.

Dalam menangani toksisitas atau efek samping perlu mengikuti langkah sebagai berikut (Permenkes, 2018)

1. Tentukan derajat keseriusan toksisitas (tabel 2)
2. Evaluasi obat lain yang digunakan dan tentukan apakah toksisitas berhubungan dengan obat (-obat) ARV atau obat non-ARV yang digunakan bersamaan
3. Pertimbangkan proses penyakit lain (misal hepatitis viral pada pasien dengan ARV yang menjadi kuning/jaundice) karena tidak semua masalah yang terjadi selama terapi adalah diakibatkan obat-obat ARV
4. Tangani efek samping sesuai tingkat keparahan .
5. Berikan motivasi untuk tetap makan obat terutama untuk toksisitas ringan dan sedang
6. Berikan obat simtomatik sesuai dengan gejala yang timbul jika diperlukan
7. Apabila dinilai perlu penghentian ARV karena toksisitas yang mengancam jiwa maka semua ARV harus dihentikan sampai pasien stabil

Tabel 2.2 Tingkat Toksisitas Obat ARV

Derajat	Keadaan	Tanda dan Gejala	Tatalaksana
1	Reaksi Ringan	suatu perasaan tidak enak yang tidak menetap; tidak ada keterbatasan gerak	tidak perlu perubahan terapi
2	Reaksi Sedang	Sedikit ada keterbatasan bergerak kadang-kadang memerlukan sedikit bantuan dan perawatan	tidak perlu intervensi medis, kalau perlu sangat minimal
3	Reaksi Berat	Pasien tidak lagi bebas bergerak; biasanya perlu bantuan dan perawatan	perlu intervensi medis atau perawatan di rumah sakit Substitusi obat penyebabnya tanpa menghentikan terapi ARV
4	Reaksi berat yang mengancam jiwa	Pasien terbaring tidak dapat bergerak; jelas memerlukan intervensi medis dan perawatan di rumah sakit	Segera hentikan terapi ARV dan tatalaksana kelainan yang ada (dengan terapi simtomatik dan suportif) dan terapi ARV kembali diberikan dengan mengganti paduan pada salah satu obat yang menjadi penyebabnya pada saat pasien sudah mulai tenang kembali

Sumber : Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia

2.4 Kepatuhan Pengobatan

2.4.1. Pengertian Kepatuhan Atau Ketaatan (Compliance/Adherence)

adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain (Smet, 1994). Kepatuhan pasien sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Niven, 2002). Atau juga dapat didefinisikan kepatuhan atau ketaatan terhadap pengobatan medis adalah suatu kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang telah ditentukan. Kepatuhan terhadap pengobatan membutuhkan partisipasi aktif pasien dalam manajemen perawatan diri dan kerja sama antara pasien dan petugas kesehatan . Penderita yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulan sampai dengan 9 bulan (Depkes RI, 2000). Kepatuhan atau *adherence* pada terapi adalah sesuatu keadaan dimana pasien mematuhi pengobatannya atas dasar kesadaran sendiri, bukan hanya karena mematuhi perintah dokter. Hal ini penting karena diharapkan akan lebih meningkatkan tingkat kepatuhan minum obat. Adherence atau kepatuhan harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap kunjungan. Kegagalan terapi ARV sering diakibatkan oleh ketidakpatuhan pasien mengkonsumsi ARV. (Permenkes ,2018)

Untuk mencapai supresi virologis yang baik diperlukan tingkat kepatuhan terapi ARV yang sangat tinggi. Penelitian menunjukkan bahwa untuk mencapai tingkat supresi virus yang optimal, setidaknya 95% dari semua dosis tidak boleh terlupakan. Resiko kegagalan terapi timbul jika pasien sering lupa minum obat. Kerjasama yang baik antara tenaga kesehatan dengan pasien serta komunikasi dan suasana pengobatan yang konstruktif akan membantu pasien untuk patuh minum obat. (kemenkes RI,2011)

Penderita dikatakan lalai jika tidak datang lebih dari 3 hari sampai 2 bulan dari tanggal perjanjian dan dikatakan Droup Out jika lebih dari 2 bulan berturut-turut tidak datang berobat setelah dikunjungi petugas kesehatan (Depkes RI, 2000).

Menurut Cuneo dan Snider, (1989, pengobatan memerlukan jangka waktu yang panjang akan memberikan pengaruh-pengaruh pada penderita seperti:

- a) Merupakan suatu tekanan psikologis bagi seorang penderita tanpa keluhan atau gejala penyakit saat dinyatakan sakit dan harus menjalani pengobatan sekian lama.
- b) Bagi penderita dengan keluhan atau gejala penyakit setelah menjalani pengobatan 1-2 bulan atau lebih lama keluhan akan segera berkurang atau hilang sama sekali penderita akan merasa sembuh dan malas untuk meneruskan pengobatan kembali.
- c) Datang ke tempat pengobatan selain waktu yang tersisa juga menurunkan motivasi yang akan semakin menurun dengan lamanya waktu pengobatan.
- d) Pengobatan yang lama merupakan beban dilihat dari segi biaya yang harus dikeluarkan.
- e) Efek samping obat walaupun ringan tetap akan memberikan rasa tidak enak terhadap penderita
- f) Sukar untuk menyadarkan penderita untuk terus minum obat selama jangka waktu yang ditentukan.

2.4.2. Teori Kepatuhan Atau Ketaatan (Compliance/Adherence)

Karena jangka waktu pengobatan yang ditetapkan lama maka terdapat beberapa kemungkinan pola kepatuhan penderita yaitu penderita berobat teratur dan memakai obat secara teratur, penderita tidak berobat secara teratur (defaulting), penderita sama sekali tidak patuh dalam pengobatan yaitu putus berobat (drop out) (Partasmita, 1996). Oleh karena itu menurut Cramer, 1991 kepatuhan penderita dapat dibedakan menjadi:

- 1) Kepatuhan penuh (Total compliance) Pada keadaan ini penderita tidak hanya berobat secara teratur sesuai batas waktu yang ditetapkan melainkan juga patuh memakai obat secara teratur sesuai petunjuk.

2) Penderita yang sama sekali tidak patuh (Non compliance) yaitu penderita yang putus berobat atau tidak menggunakan obat sama sekali.

Sementara menurut (Slamet, 2007). Kepatuhan minum obat yaitu tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau orang lain

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

2.4.3 Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan

Menurut Smet (1994), faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah:

- a. Faktor komunikasi
Berbagai aspek komunikasi antara pasien dengan dokter mempengaruhi tingkat ketidaktaatan, misalnya informasi dengan 12 pengawasan yang kurang, ketidakpuasan terhadap aspek hubungan emosional dengan dokter, ketidakpuasan terhadap obat yang diberikan.
- b. Pengetahuan
Ketetapan dalam memberikan informasi secara jelas dan eksplisit terutama sekali penting dalam pemberian antibiotik. Karena sering kali pasien menghentikan obat tersebut setelah gejala yang dirasakan hilang bukan saat obat itu habis.
- c. Fasilitas kesehatan
Fasilitas kesehatan merupakan sarana penting dimana dalam memberikan penyuluhan terhadap penderita diharapkan penderita

menerima penjelasan dari tenaga kesehatanyang meliputi: jumlah tenaga kesehatan, gedung serba guna untuk penyuluhan dan lain-lain.

Sementara itu menurut Niven (2002), bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah:

a. Faktor penderita atau individu

1) Sikap atau motivasi individu ingin sembuh

Motivasi atau sikap yang paling kuat adalah dalam diri individu sendiri. Motivasi individu ingin tetap mempertahankan kesehatanya sangat berpengaruh terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penderita dalam kontrol penyakitnya

2) Keyakinan

Keyakinan merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalanikehidupan. Penderita yang berpegang teguh terhadap keyakinanya akan memiliki jiwa yang tabah dan tidak mudah putus asa serta dapat menerima keadaannya, demikian juga cara perilaku akan lebih baik. Kemauan untuk melakukan kontrol penyakitnya dapat dipengaruhi oleh keyakinan penderita, dimana penderita memiliki keyakinan yang kuat akan lebih tabah terhadap anjuran dan larangan kalau tahu akibatnya.

b. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tenteram apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya, karena dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan lebih baik, sertapenderita mau menuruti saran-saran yang diberikan oleh keluarga untuk menunjang pengelolaan penyakitnya. Menurut penelitian yang dilakukan Chyrest, 2017 dkk hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat ARV menunjukkan bahwa responden yang memiliki dukungan positif dari keluarga memiliki kepatuhan baik sebesar 53,7 %, dan responden dengan kepatuhan minum ARV yang kurang berada pada responden yang memiliki dukungan keluarga negative yaitu sebesar 31,3%. Dari hasil uji

statistik kendall tau-c dengan tingkat kepercayaan 95% didapatkan p value = 0,034 ($<0,05$) berarti ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga responden dengan kepatuhan minum obat ARV pada pasien HIV di Unit Pelayanan Terpadu HIV RSUPN DR Cipto Mangunkusumo.

c. Dukungan social

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga lain merupakan faktor-faktor yang penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis. Keluarga dapat mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu dan dapat mengurangi godaan terhadap ketidaktaatan.

d. Dukungan petugas kesehatan

Dukungan petugas kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan. Dukungan mereka terutama berguna saat pasien menghadapi bahwa perilaku sehat yang baru tersebut merupakan hal penting. Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien, dan secara terus menerus memberikan penghargaan yang positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya.

e. Peran PMO

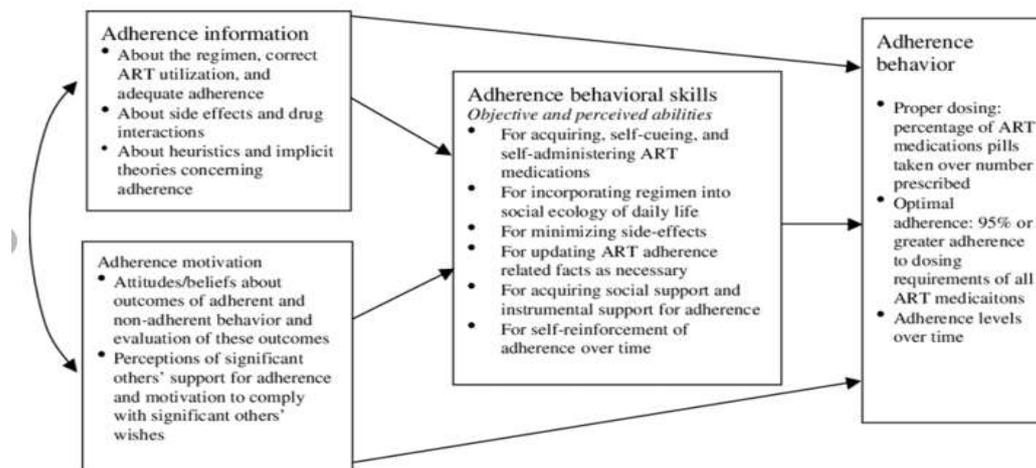
Kolaborasi petugas kesehatan dengan keluarga yang ditunjuk untuk mendampingi ketika penderita minum obat, juga faktor yang perlu dievaluasi untuk menentukan tingkat kepatuhan dan keberhasilannya (Purwanta, 2005). Pengobatan dilakukan setiap hari dan dalam jangka panjang, sehingga kepatuhan minum obat (adherence) juga sering menjadi masalah yang harus dipikirkan sejak awal pengobatan. Minum obat yang tidak rutin terbukti telah menyebabkan resistensi obat yang dapat menyebabkan kegagalan pengobatan. Berdasarkan hal tersebut, tentu perlu adanya pengaturan penggunaan obat sesuai tujuannya terutama obat seperti yang dikehendaki. Aturan minum obat sangat berpengaruh pada kepatuhan penderita (compliance) (Nirmala, 2003).

Menurut kemenkes RI, 2011, Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral Faktor-faktor yang mempengaruhi atau faktor prediksi kepatuhan:

1. Fasilitas layanan kesehatan. Sistem layanan yang berbelit, sistem pembiayaan kesehatan yang mahal, tidak jelas dan birokratik adalah penghambat yang berperan sangat signifikan terhadap kepatuhan, karena hal tersebut menyebabkan pasien tidak dapat mengakses layanan kesehatan dengan mudah. Termasuk diantaranya ruangan yang nyaman, jaminan kerahasiaan dan penjadwalan yang baik, petugas yang ramah dan membantu pasien.
2. Karakteristik Pasien. Meliputi faktor sosiodemografi (umur, jenis kelamin, ras / etnis, penghasilan, pendidikan, buta/melek huruf, asuransi kesehatan, dan asal kelompok dalam masyarakat misal waria atau pekerja seks komersial) dan faktor psikososial (kesehatan jiwa, penggunaan napza, lingkungan dan dukungan sosial, pengetahuan dan perilaku terhadap HIV dan terapinya).
3. Paduan terapi ARV. Meliputi jenis obat yang digunakan dalam paduan, bentuk paduan (FDC atau bukan FDC), jumlah pil yang harus diminum, kompleksnya paduan (frekuensi minum dan pengaruh dengan makanan), karakteristik obat dan efek samping dan mudah tidaknya akses untuk mendapatkan ARV.
4. Karakteristik penyakit penyerta. Meliputi stadium klinis dan lamanya sejak terdiagnosis HIV, jenis infeksi oportunistik penyerta, dan gejala yang berhubungan dengan HIV. Adanya infeksi oportunistik atau penyakit lain menyebabkan penambahan jumlah obat yang harus diminum.
5. Hubungan pasien-tenaga kesehatan. Karakteristik hubungan pasien-tenaga kesehatan yang dapat mempengaruhi kepatuhan meliputi: kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan dan staf klinik, pandangan pasien terhadap kompetensi tenaga kesehatan, komunikasi yang melibatkan pasien dalam proses penentuan keputusan, nada afeksi dari hubungan tersebut (hangat, terbuka, kooperatif, dll) dan kesesuaian kemampuan dan kapasitas tempat layanan dengan kebutuhan pasien. Sebelum memulai terapi, pasien harus memahami program terapi ARV beserta konsekuensinya.

Information motivation and behavioral skills (IMB) model diperkenalkan oleh fisher dan fisher tahun 1992. Model ini dirancang untuk

mengidentifikasi kepatuhan berhubungan dengan Informasi ,motivasi dan keterampilan berperilaku sebagai determinan kritis kepatuhan ART.



IMB model of ART adherence (adapted from Fisher et al., under review).

Sumber : Fisher, J. D., Fisher, W. A., Amico, K. R., & Harman, J. J. (under review). An information, motivation, behavioral,skills model of adherence to antiretroviral therapy.

Gambar 2.4. Teori IMB model of ART Adherence oleh Fisher 2006

Faktor faktor yang mempengaruhi kepatuhan teori IMB model of ART Adherence oleh Fisher 2006:

1) Informasi

Informasi ini meliputi tentang regimen, penggunaan ARV yang benar, kepatuhan yang adekuat, tentang efek samping dan reaksi obat-obatan, tentang metode dan teori lengkap mengenai kepatuhan (Fisher, 2006). Informasi berhubungan dengan pengetahuan dasar mengenai penyakit, kondisi kesehatan, maupun perilaku pencegahan yang dianjurkan (WHO, 2003 dalam Amico 2006).

Informasi terkait kepatuhan meliputi informasi akurat yang dimiliki seseorang tentang regimen ART dalam hal bagaimana dan kapan dosis harus diambil, potensi efek samping, dan keputusan mengenai kepatuhan yang mungkin tidak akurat (misalnya, percaya bahwa obat dapat dilewati jika sudah merasa baik) atau akurat (misalnya, memahami bahwa tingkat ketidakpatuhan yang rendah dapat menghambat penekanan virus) (Fisher, 2006). Pengetahuan ODHA tentang terapi ARV dapat mempengaruhi

kepatuhan dalam mengikuti aturan-aturan yang telah disepakati dalam terapi ARV. Kepatuhan yang tinggi diperlukan untuk keberhasilan program terapi. Aturan minum obat ARV harus ditaati dengan baik, efek samping yang mungkin terjadi, serta mencari pertolongan bila terjadi efek samping pada pasien. Hal ini sangatlah penting untuk menghindari teradanya putus obat ataupun ketidakpatuhan dalam menjalankan terapi ARV (Amico, et al. 2005).

2) Motivasi

Motivasi individu didasarkan pada sikap terhadap perilaku pencegahan, norma subjektif, persepsi mengenai kerentanan terhadap penyakit, keuntungan dan hambatan dari perilaku pencegahan, biaya yang ditimbulkan dari perilaku berisiko. Motivasi sosial didasarkan pada norma sosial, persepsi individu mengenai dukungan sosial, serta adanya saran dari orang lain (WHO, 2003 dalam Amico 2006).

Motivasi meliputi sikap tentang dampak dari perilaku kepatuhan dan ketidakpatuhan dan evaluasi hasil perilaku tersebut serta persepsi dukungan dari orang lain untuk patuh dalam minum obat dan motivasi untuk memenuhi harapan orang lain (Fisher, 2006). Motivasi sangat diperlukan dalam menjalankan kepatuhan terapi ARV, tanpa adanya motivasi terapi ARV tidak dapat dilanjutkan (Nursalam dan Ninuk, 2007). Motivasi individu didasarkan pada sikap terhadap perilaku pencegahan, norma subjektif, persepsi mengenai kerentanan terhadap penyakit, keuntungan dan hambatan dari perilaku pencegahan. Motivasi sosial didasarkan pada norma sosial, persepsi individu mengenai dukungan sosial, serta adanya saran dari orang lain.

3). Keterampilan berperilaku

Keterampilan berperilaku ini meliputi keterampilan untuk memperoleh dan mengelola sendiri terapi ARV, untuk memasukkan ke dalam regimen ekologi sosial kehidupan sehari-hari, untuk meminimalkan efek samping, untuk memperbarui kepatuhan dalam terapi ARV sesuai keperluan, untuk memperoleh dukungan sosial dan

instrumental untuk mendukung kepatuhan dan sebagai penguatan diri untuk patuh dari waktu ke waktu (Fisher, 2006).

Keterampilan berperilaku merupakan kemampuan individu untuk melakukan tindakan pencegahan, memastikan bahwa seseorang mempunyai keterampilan alat dan strategi untuk berperilaku yang didasarkan pada keyakinan (self efficacy) dan perasaan bahwa ia dapat mempengaruhi keadaan/situasi (perceived behavioural control) untuk melakukan perilaku tersebut. Keterampilan berperilaku merupakan prasyarat yang menentukan apakah informasi dan motivasi yang bagus mampu mendorong tindakan pencegahan atau perubahan perilaku yang efektif (Amico, et al, 2005).

Proses pemberian informasi, konseling dan dukungan kepatuhan harus dilakukan oleh petugas (konselor dan/atau pendukung sebaya/ODHA). Tiga langkah yang harus dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan antara lain:

Langkah 1: Memberikan informasi

Klien diberi informasi dasar tentang pengobatan ARV, rencana terapi, kemungkinan timbulnya efek samping dan konsekuensi ketidakpatuhan. Perlu diberikan informasi yang mengutamakan aspek positif dari pengobatan sehingga dapat membangkitkan komitmen kepatuhan berobat.

Langkah 2: Konseling perorangan

Petugas kesehatan perlu membantu klien untuk mengeksplorasi kesiapan pengobatannya. Sebagian klien sudah jenuh dengan beban keluarga atau rumah tangga, pekerjaan dan tidak dapat menjamin kepatuhan berobat. Sebagian klien tidak siap untuk membukanya kepada orang lain. Hal ini sering mengganggu kepatuhan minum ARV, sehingga sering menjadi hambatan dalam menjaga kepatuhan. Ketidaksiapan pasien bukan merupakan dasar untuk tidak memberikan ARV, untuk itu klien perlu didukung agar mampu menghadapi kenyataan dan menentukan siapa yang perlu mengetahui statusnya. Unsur Konseling untuk Kepatuhan Berobat

1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien
2. Memberikan informasi yang benar dan mengutamakan manfaat positif dari ARV
3. Mendorong keterlibatan kelompok dukungan sebaya dan membantu menemukan seseorang sebagai pendukung berobat
4. Mengembangkan rencana terapi secara individual yang sesuai dengan gaya hidup sehari-hari pasien dan temukan cara yang dapat digunakan sebagai pengingat minum obat
5. Paduan obat ARV harus disederhanakan untuk mengurangi jumlah pil yang harus diminum dan frekuensinya (dosis sekali sehari atau dua kali sehari), dan meminimalkan efek samping obat.
6. Penyelesaian masalah kepatuhan yang tidak optimum adalah tergantung dari faktor penyebabnya.

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

Setelah memahami keadaan dan masalah klien, perlu dilanjutkan dengan diskusi untuk mencari penyelesaian masalah tersebut secara bersama dan membuat perencanaan praktis. Hal-hal praktis yang perlu didiskusikan antara lain:

1. Di mana obat ARV akan disimpan?
2. Pada jam berapa akan diminum?
3. Siapa yang akan mengingatkan setiap hari untuk minum obat?
4. Apa yang akan diperbuat bila terjadi penyimpangan kebiasaan sehari-hari?

Harus direncanakan mekanisme untuk mengingatkan klien berkunjung dan mengambil obat secara teratur sesuai dengan kondisi pasien. Perlu dibangun hubungan yang saling percaya antara klien dan petugas kesehatan. Perjanjian berkala dan kunjungan ulang menjadi kunci kesinambungan perawatan dan pengobatan pasien. Sikap petugas yang mendukung dan peduli, tidak mengadili dan menyalahkan pasien, akan mendorong klien untuk bersikap jujur tentang kepatuhan makan obatnya.

Semakin sederhana paduan obat ARV semakin tinggi angka kepatuhan minum obat. Kepatuhan sangat diperlukan untuk keberhasilan pengobatan, akan tetapi kepatuhan tidak boleh menjadi hambatan untuk akses pengobatan ARV sehingga petugas kesehatan mempunyai kewajiban untuk menjalin hubungan yang baik dan membantu pasien untuk mencapai kondisi kepatuhan yang baik. Perlu diingat bahwa pasien yang tidak dapat mengambil obat TIDAK selalu berarti tidak patuh minum obat.

Kepatuhan dapat dinilai dari laporan pasien sendiri, dengan menghitung sisa obat yang ada dan laporan dari keluarga atau pendamping yang membantu pengobatan. Konseling kepatuhan dilakukan pada setiap kunjungan dan dilakukan secara terus menerus dan berulang kali dan perlu dilakukan tanpa membuat pasien merasa bosan.

Sementara Faktor-faktor yang memengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian (dikutipdari Risty Ivanti, 2009) yaitu:

a. Pemahaman tentang Instruksi

Tak seorang pun mematuhi instruksi jika orang tersebut salah paham atau tidak mengerti tentang instruksi/petunjuk yang diberikan padanya. Ley dan Spelman (Ester, 2000) menemukan bahwa lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan pada mereka. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah-istilah medis, dan banyak memberikan instruksi yang harus diingat oleh pasien.

b. Kualitas Interaksi

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang terpenting dalam menentukan derajat kepatuhan. Pasien membutuhkan penjelasan tentang kondisinya saat ini, apa penyebabnya dan apa yang dapat mereka lakukan dengan kondisi seperti ini.

c. Isolasi Sosial dan Keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima.

Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit.

d. **Keyakinan, sikap, Kepribadian**

Menurut Schwartz & Griffin (Bart, 1994), riset tentang ketaatan pasien didasarkan atas pandangan tradisional mengenai pasien sebagai penerima nasihat dokter yang pasif dan patuh. Pasien yang tidak taat dipandang sebagai orang yang lalai dan masalahnya dianggap sebagai masalah kontrol. Riset berusaha untuk mengidentifikasi kelompok-kelompok pasien yang tidak patuh berdasarkan kelas sosio ekonomi, pendidikan, umur dan jenis kelamin. Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif seperti penggunaan buku-buku dan kaset oleh pasien secara mandiri.

2.4.5 Pengukuran Kepatuhan

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

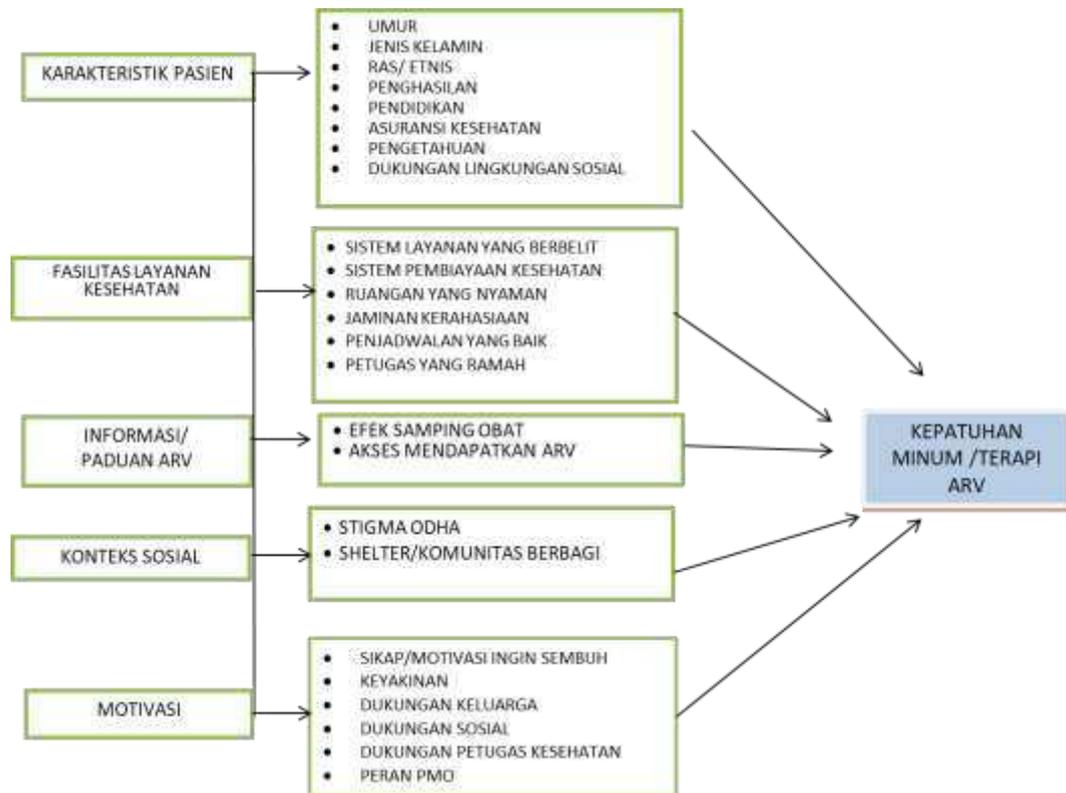
1. Menanyakan pada petugas klinis. Metode ini adalah metode yang hampir selalu menjadi pilihan terakhir untuk digunakan karena keakuratan atas estimasi yang diberikan oleh dokter pada umumnya salah.
2. Menanyakan pada individu yang menjadi pasien. Metode ini lebih valid dibandingkan dengan metode yang sebelumnya. Tetapi, metode ini juga memiliki beberapa kekurangan, yaitu: pasien mungkin saja berbohong untuk menghindari ketidaksukaan dari pihak tenaga kesehatan, dan mungkin pasien tidak mengetahui seberapa besar tingkat kepatuhan mereka sendiri. Jika dibandingkan dengan beberapa pengukuran objektif atas konsumsi obat pasien, penelitian yang dilakukan cenderung menunjukkan bahwa para pasien lebih akurat saat mereka menyatakan bahwa mereka tidak mengkonsumsi obat.
3. Menanyakan pada individu lain yang selalu memonitor keadaan pasien. Metode ini juga memiliki beberapa kekurangan. Pertama,

observasi tidak mungkin dapat selalu dilakukan secara konstan, terutama pada hal-hal tertentu seperti diet makanan dan konsumsi alkohol. Kedua, pengamatan yang terus menerus menciptakan situasi buatan dan seringkali menjadikan tingkat kepatuhan yang lebih besar dari pengukuran kepatuhan yang lainnya. Tingkat kepatuhan yang lebih besar ini memang sesuatu yang diinginkan, tetapi hal ini tidak sesuai dengan tujuan pengukuran kepatuhan itu sendiri dan menyebabkan observasi yang dilakukan menjadi tidak akurat.

4. Menghitung berapa banyak pil atau obat yang seharusnya dikonsumsi pasien sesuai saran medis yang diberikan oleh dokter. Prosedur ini mungkin adalah prosedur yang paling ideal karena hanya sedikit saja kesalahan yang dapat dilakukan dalam hal menghitung jumlah obat yang berkurang dari botolnya. Tetapi, metode ini juga dapat menjadi sebuah metode yang tidak akurat karena setidaknya ada dua masalah dalam hal menghitung jumlah pil yang seharusnya dikonsumsi. Pertama, pasien mungkin saja, dengan berbagai alasan, dengan sengaja tidak mengkonsumsi beberapa jenis obat. Kedua, pasien mungkin mengkonsumsi semua pil, tetapi dengan cara yang tidak sesuai dengan saran medis yang diberikan.
5. Memeriksa bukti-bukti biokimia. Metode ini mungkin dapat mengatasi kelemahan-kelemahan yang ada pada metode-metode sebelumnya. Metode ini berusaha untuk menemukan bukti-bukti biokimia, seperti analisis sampel darah dan urin. Hal ini memang lebih reliabel dibandingkan dengan metode penghitungan pil atau obat diatas, tetapi metode ini lebih mahal dan terkadang tidak terlalu 'berharga' dibandingkan dengan jumlah biaya yang dikeluarkan.

Cara yang digunakan untuk mengukur kepatuhan pada penelitian ini adalah menanyakan kepada individu yang menjadi pasien (self report) dan petugas layanan ARV/konselor mengenai data obat ARV dengan menggunakan metode kuesioner dan data sekunder. Meskipun cara ini memiliki kelemahan, beberapa penelitian yang dilakukan cenderung menunjukkan bahwa para pasien lebih akurat saat mereka menyatakan bahwa mereka tidak mengkonsumsi obat.

2.5. Kerangka Teori

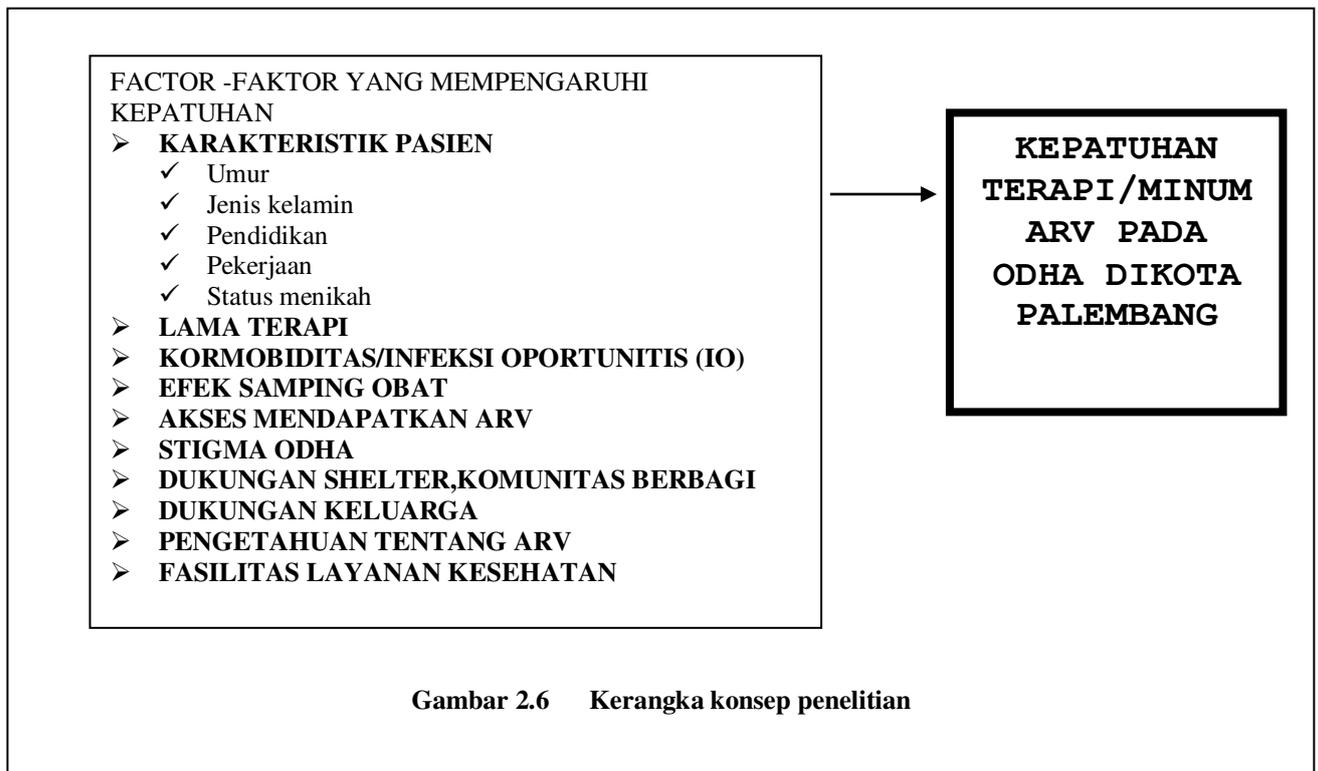


Sumber : Model Kepatuhan *BART SMET, 1994, Niven (2002), KEMENKES RI, 2011, teori IMB model of ART Adherence oleh Fisher (2006).*

Gambar 2.5 Kerangka teori

2.6. Kerangka Konsep

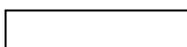
Dalam penelitian ini, akan dilakukan analisis Kepatuhan ARV pada ODHA di Wilayah Kota Palembang dengan menggunakan *teori Model Kepatuhan BART SMET, 1994, Niven (2002), KEMENKES RI, 2011* dan *teori IMB model of ART Adherence oleh Fisher (2006)*. Dengan menganalisis faktor –faktor penyebab kepatuhan dan ketidak patuhan ARV pada ODHA diharapkan menekan berkembangnya penyakit HIV, mengurangi resiko resistensi obat, meningkatkan kesehatan secara keseluruhan, kualitas hidup ODHA, mengurangi angka kematian dan kesakitan karena HIV, memelihara/ memulihkan fungsi kekebalan tubuh serta penurunan resiko transmisi penyakit HIV(mengurangi laju penularan HIV di masyarakat). (Kemenkes RI, 2011).



Keterangan :



: Variabel dependen



: Variabel Independen

2.7 Hipotesa

Berdasarkan tujuan penelitian yang ingin dicapai, maka hipotesis alternatif yang diajukan adalah

1. Terdapat pengaruh karakteristik pasien (umur, jenis kelamin, Pendidikan, pekerjaan, status menikah) pada ODHA di kota Palembang
2. Terdapat pengaruh Lama terapi ARV terhadap kepatuhan ARV pada ODHA di kota Palembang
3. Terdapat pengaruh Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik/infeksi oportunitis (IO) terhadap kepatuhan ARV pada ODHA di kota Palembang
4. Terdapat pengaruh efek samping ARV terhadap kepatuhan ARV pada ODHA di kota Palembang
5. Terdapat pengaruh akses ODHA dalam mendapatkan ARV terhadap kepatuhan ARV pada ODHA di kota Palembang
6. Terdapat pengaruh stigma ODHA terhadap kepatuhan ARV pada ODHA di kota Palembang
7. Terdapat pengaruh ada tidak nya dukungan keluarga terhadap kepatuhan ARV pada ODHA di kota Palembang
8. Terdapat pengaruh ada tidak nya dukungan shelter/komunitas terhadap kepatuhan ARV pada ODHA di kota Palembang
9. Terdapat pengaruh karakteristik tingkat pengetahuan ARV terhadap kepatuhan ARV pada ODHA di kota Palembang
10. Terdapat pengaruh fasilitas layanan kesehatan terhadap kepatuhan ARV pada ODHA dikota Palembang
11. Mendapatkan tingkat kepatuhan ARV pada ODHA di kota Palembang

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional dengan desain penelitian deskriptif analitik Rancang bangun penelitian ini adalah *cross sectional*.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di kota Palembang Provinsi Sumatera Selatan.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan selama bulan Februari dan Maret di Tahun 2020.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ODHA dilayanan CST di Kota Palembang s/d juni 2019 sebanyak 1180 ODHA.

3.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah ODHA dengan terapi ARV yang memenuhi kriteria inklusi dan lolos dari kriteria eksklusi.

3.4 Perkiraan besar sampel

Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus Lemeshow, *et al* (1997) besar sampel desain *cros sectional* uji hipotesis dua proporsi populasi, yaitu :

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

$$n = \frac{\left(1,96 \sqrt{0,442(0,779)} + 1,28 \sqrt{0,313(0,687) + 0,129(0,871)} \right)^2}{0,0338}$$

$$n = 105$$

Keterangan :

- n : Jumlah Sampel
- $Z_{1-\alpha/2}$: Derivat baku alpha 5% = 1,96
- $Z_{1-\beta}$: Derivat baku beta kekuatan uji 90% = 1,282
- \bar{P} : $(P_1 + P_2)/2 = 0,21$
- P_1 : 31.3% (proporsi dukungan keluarga rendah pada tingkat kepatuhan rendah/kurang/tidak patuh) (Chryest, 2019)
- P_2 : 12.9% (proporsi dukungan keluarga baik pada tingkat kepatuhan rendah/kurang/tidak patuh) (Chryest, 2019)

Berdasarkan perhitungan rumus diperoleh jumlah sampel minimal sebanyak $n=n_1+n_2= 210$ responden, Untuk menghindari *drop out* dan *missing* data maka dilakukan penambahan 10%.(Sastroasmoro & Ismail, 2010) maka besar sampel yang diperlukan

$$n^1 = \frac{n}{(1-f)}$$

$$n^1 = \frac{210}{(1-0,1)}$$

$$n = 233,33 \text{ atau pembulatan } 235 \text{ orang}$$

Keterangan:

n^1 = jumlah drop out

n = besar sampel yang dihitung

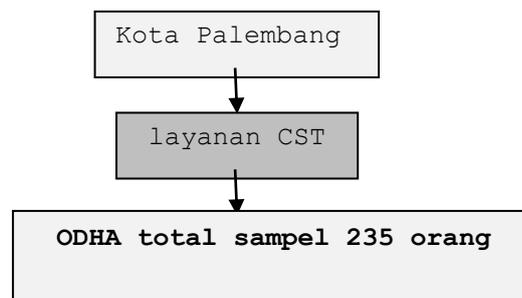
f = perkiraan proporsi drop out 10%

Dengan demikian besar sampel yang diperlukan pada penelitian ini sebanyak **235 orang**.

3.5 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan cara *purposive sampling*. Kota Palembang dipilih untuk dijadikan populasi penelitian yang mana dalam mendapatkan ARV para ODHA bisa memanfaatkan beberapa layanan CST yang ada di kota Palembang. Pengambilan sampel dilakukan di layanan Kesehatan dengan layanan ARV karena untuk menguji ODHA yang sedang menjalani terapi ARV dan menilai apakah mereka patuh atau tidaknya dalam konsumsi ARV dan dilakukan di sarana kesehatan dengan layanan CST untuk memastikan memang mereka dalam terapi ARV atau tidaknya

Dari masing-masing ODHA yg sedang mendapatkan terapi pengobatan ARV lalu dilakukan pengambilan sampel secara *purposive sampling* dari layanan CST.



Gambar 3.1 Teknik Pengambilan Sampel

3.6 Variabel Penelitian

3.6.1 Variabel Bebas

Pada penelitian ini, variabel bebas untuk variabel terikat: .

1. Karakteristik Pasien
2. Lama Terapi ARV
3. Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik/Infeksi Oportunitis (IO)
4. Efek Samping Obat
5. Akses Mendapatkan ARV
6. Stigma ODHA
7. Dukungan Shelter/Komunitas Berbagi
8. Dukungan keluarga
9. Pengetahuan ARV
10. Fasilitas Layanan Kesehatan

3.6.2 Variabel Terikat

Pada penelitian variabel terikat berupa kepatuhan terhadap terapi ARV pada ODHA di kota Palembang

3.7 Kriteria Inklusi Dan Eksklusi

3.7.1. Kriteria Inklusi

1. ODHA dengan domisili kota Palembang
2. ODHA yang datang melakukan pengobatan dan mendapatkan therapy pengobatan arv.
3. Bersedia mengikuti penelitian

3.7.2. Kriteria Eksklusi

1. Penderita tidak dapat berkomunikasi dengan baik.

3.8 Teknik Pengumpulan Data

Data yang diambil dalam penelitian ini adalah data primer yang langsung didapatkan pada saat wawancara dan data sekunder yang ada dilayanan CST. Sebelum dilakukan penelitian, responden diberikan *informed consent* dan mengisi formulir identitas.

3.9 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara ukur	alat ukur	Hasil Ukur	Skala
Tingkat Kepatuhan ARV	Kepatuhan minum obat yaitu tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau orang lain (Slamet, 2007).Kategori patuh adalah tingkat kepatuhan minum ARV $\geq 95\%$ (lupa minum obat <3dosis dalam 30 hari) dan kategori tidak patuh adalah kepatuhan minum ARV < 95%. Untuk mendapatkan respon penekanan jumlah virus sebesar 85% diperlukan kepatuhan penggunaan obat 90-95% (Martoni, W. 2012).	Wawancara	Kuesioner	1= patuh 2= tidak patuh	Ordinal
Umur	Usia responden pada saat diwawancarai Kepatuhan lebih baik pada pasien HIV dewasa tua >30 tahun dibandingkan dewasa muda <30 tahun (Michael Carter, aidsmap.com, 7November 2008. http://spiritia.or.id)	Wawancara	Kuesioner	1 < 30 tahun 2 > 30 tahun	Ordinal
Jenis Kelamin	Perbedaan fisik laki-laki dan perempuan. Data ini didapatkan dari data karakteristik pasien kuisioner.	Wawancara	Kuesioner	1= perempuan 2= laki-laki	Ordinal

Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang telah dicapai oleh pasien. Data ini didapatkan dari data karakteristik pasien kuisisioner.	Wawancara	Kuesioner	1. Pendidikan tinggi (SMU- perguruan tinggi) 2. Pendidikan rendah (Tidak sekolah- SMP)	Ordinal
Status Menikah	Status pernikahan ODHA pada saat diwawancarai	Wawancara	Kuesioner	1. Menikah 2. Belum/Tidak menikah/cerai	Ordinal
Pekerjaan	Jenis pekerjaan responden pada saat diteliti	Wawancara	Kuesioner	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	Ordinal
Lama Terapi ARV	Lamanya pasien HIV/AIDS dalam menjalankan terapi ARV.	Wawancara	Kuesioner	1. < 1 tahun 2. ≥ 1 tahun	Ordinal
Komorbidity/ Infeksi Oportunistik	Penyakit penyerta yang pernah dialami pada saat wawancara dengan responden	Wawancara	Kuesioner	1. Ya 2. Tidak	Ordinal
Efek Samping Obat	Pengalaman reaksi hipersensitivitas tubuh terhadap pengobatan ARV yang ditunjukkan dengan satu atau lebih gejala, seperti mual, mimpis buruk sakit kepala dan lain sebagainya yang dipastikan dari jawaban responden dan disesuaikan dengan catatan medis di rumah sakit.	Wawancara	Kuesioner	1=ya, Pernah 2=tidak Pernah	Ordinal
Akses Mendapatkan Arv/jarak	Persepsi Jarak yang diperkirakan oleh responden sesuai tempat tinggal responden dengan layanan CST .(Lubis, 2007)	Wawancara	Kuesioner	1=Mudah 2=Sulit	Ordinal
Stigma Odha	label sosial dari sekelompok orang dengan cap atau pandangan buruk	Wawancara	Kuesioner	1.Ya 2.Tidak	Ordinal

	Cap buruk yang diterima oleh seseorang dari orang lain terhadap pengidap HIV dan AIDS				
Dukungan Shelter/Komunitas Berbagi	Mendapat dukungan dari kelompok komunitas sebaya ODHA, seperti menjadi PMO atau mendampingi ke layanan kesehatan.	Wawancara	Kuesioner	1= Mendapat Dukungan 2= Tidak Mendapat Dukungan	Ordinal
Dukungan keluarga	Bantuan yang diterima responden dari orang terdekat dalam kehidupannya seperti teman sebaya, keluarga ataupun lingkungan baik bantuan materiil maupun non materiil. Data ini didapatkan dari kuesioner. Jawaban Selalu skor 4, Sering skor 3, Kadang-kadang skor 2, Tidak pernah skor 1	Wawancara	Kuesioner	1. Dukungan tinggi (Skor $\geq 76-100$ persen dari jawaban) 2. Dukungan rendah (Skor ≤ 75 persen dari jawaban) (arikunto,2006)	ordinal
Pengetahuan Tentang ARV	Pengetahuan yang didapatkan oleh ODHA terkait ARV. Skor penilaian benar =1, salah=0	Wawancara	Kuesioner	1. Pengetahuan baik (Skor ≥ 76 persen dari jawaban benar) 2. Pengetahuan kurang (Skor ≤ 75 persen dari jawaban benar) (hasmi,2012)	Ordinal

Fasilitas layanan kesehatan	Pengakuan responden akan layanan yang diberikan petugas kesehatan dalam pengobatan ARV.jawaban Ya skor 1 Tidak skor 0	Wawancara	Kuesioner	1. Tinggi/baik (Skor \geq 76-100 persen dari jawaban ya 2. rendah (Skor \leq 75 persen dari jawaban ya (arikunto,2006)	ordinal
-----------------------------	--	-----------	-----------	--	---------

2.10 Pengolahan Data

a. *Editing*

Pengecekan isian kuesioner semua pertanyaan sudah terisi jawabannya

1. Jelas : jawaban pertanyaan apakah tulisannya cukup jelas
2. Relevan : jawaban yang tertulis apakah relevan dengan pertanyaan
3. Konsisten : apakah antara beberapa pertanyaan yang berkaitan isi jawabannya konsisten.

b. *Coding*

Kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi berbentuk angka/bilangan. Kegunaan dari coding adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry* data

c. *Processing*

Setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar serta sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* data dari kuesioner ke paket program komputer dengan program SPSS versi 19.0.

d. *Cleaning*

kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan pada saat meng-*entry* data ke komputer. Berikut cara-cara meng-*cleaning* data :

1. Mengetahui *missing* data

Cara mendeteksi *missing* data adalah dengan melakukan list (distribusi frekuensi) dari variabel yang ada.

2. Mengetahui variasi data

Dengan mengetahui variasi data akan diketahui apakah data yang di-*entry* benar atau salah. Cara mendeteksi dengan mengeluarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel. Dalam *entry* data biasanya data dimasukkan dalam bentuk kode/*coding*.

3. Mengetahui konsistensi data.

3.11 Analisis Data

3.11.1 Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif dilakukan dengan melakukan distribusi frekuensi untuk data karakteristik subyek yang meliputi semua variabel independen.

3.11.2 Analisis Analitik

3.11.2.1 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara masing-masing variabel *independent* yang diteliti dengan variabel *dependent*. Jenis uji statistik digunakan uji *chi-square test*. Nilai kemaknaan untuk menjawab hipotesis adalah jika tingkat kesalahan pada alpha 5% dan nilai *confidence interval* ditetapkan 95%. Bila *p value* < α dan atau CI \neq 1 berarti ada hubungan bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen atau HO ditolak. Namun jika *p value* > α dan atau CI = 1 maka tidak ada hubungan bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen atau HO diterima. Selanjutnya bila terdapat hubungan bermakna maka dilihat besarnya kekuatan pada nilai POR (desain *cross sectional*) untuk melihat besar risikonya terhadap kejadian dependen.

Secara umum tidak ada asumsi yang harus dipenuhi untuk uji X^2 , karena distribusi X^2 ini termasuk *free-distribution*. Frekuensi harapan (*expected frequency*) tidak boleh kurang dari satu dan frekuensi harapan yang kurang dari lima tidak boleh lebih dari 20%. Jika asumsi ini tidak terpenuhi maka harus dilakukan pengelompokkan ulang sampai hanya menjadi dua kelompok saja (tabel 2 x 2). Pada Tabel 2 x 2 gunakan Fisher Exact test yang merupakan nilai-p sebenarnya, yang secara otomatis sudah ada di output SPSS. Bila tabelnya lebih dari 2x2, misalnya 3x2, 2x3 dsb, dijumpai nilai *expected* < 5 gunakan Likelihood ratio. Bila tabel 3x3 atau 4x4 maka gunakan Linear by Linear Association.

3.11.2.2 Analisis Multivariat

Pengukuran derajat hubungan antara variabel dependen dengan 2 variabel atau lebih variabel independen secara simultan dilakukan dengan teknik analisis multivariat (Lapau, 2015). Dalam penelitian ini analisis multivariat yang digunakan adalah analisis regresi logistik karena variabel dependen merupakan data katagorik. Sehingga dapat diketahui variabel independen yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen.

3.11.2.3 Analisis Confounding

Analisis ini dilakukan dengan cara mengeluarkan variabel secara bertahap dari nilai p yang paling besar ($p > 0,05$) diantara variabel yang lain. Jika didapatkan perubahan nilai $OR > 10\%$ saat variabel tersebut dikeluarkan maka variabel yang dikeluarkan tersebut merupakan *confounding*.

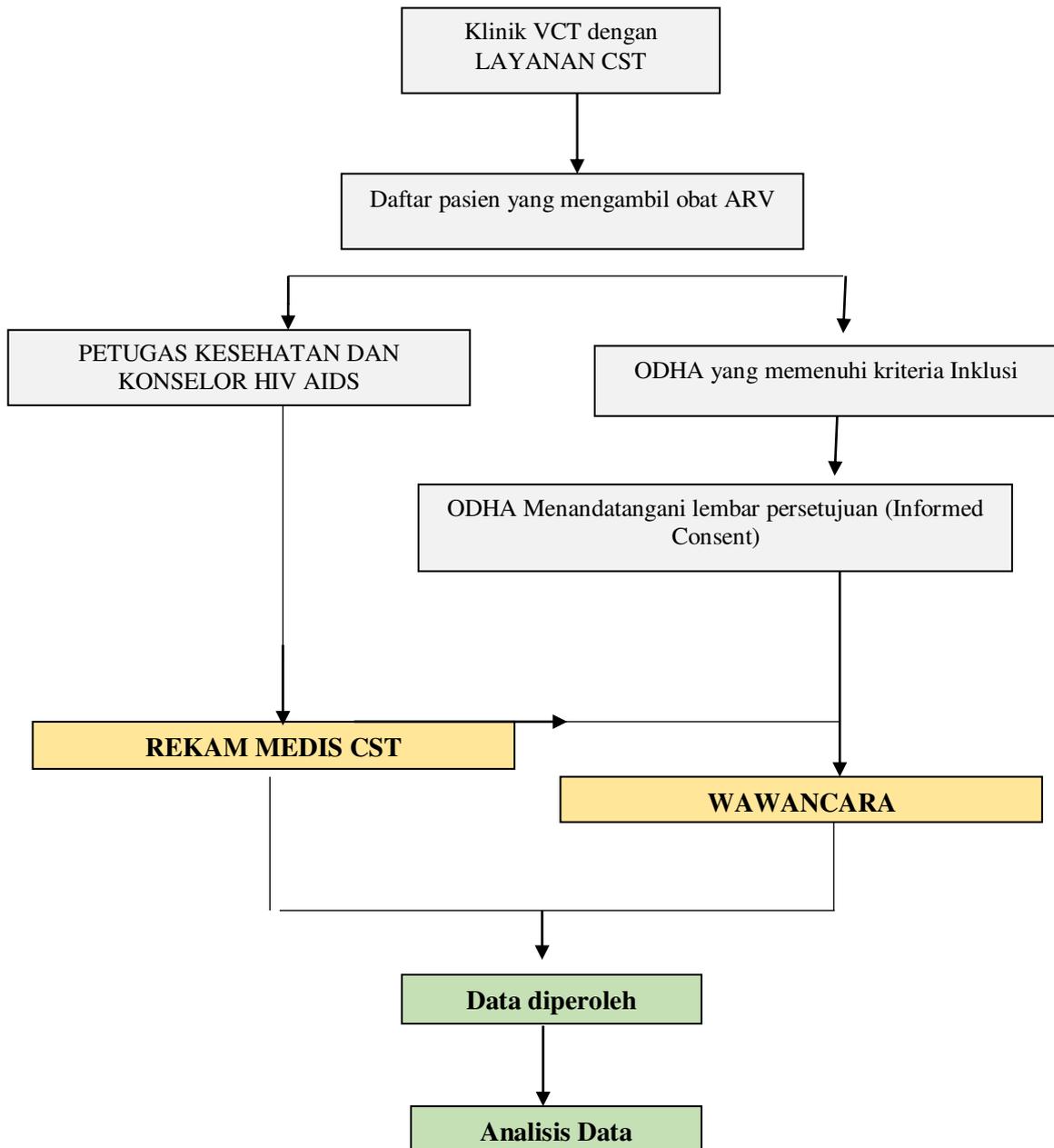
3.12 Ethical Clearance

Penelitian ini akan dilakukan setelah mendapat persetujuan dari Komite Etik Penelitian Kesehatan dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa penelitian yang diusulkan secara etis dapat diterima dan kesejahteraan serta hak-hak peserta penelitian dilindungi.

3.13 Persetujuan/Informed Consent

Semua subyek penelitian akan diminta persetujuan (*informed consent*) sebelum dilakukan penelitian. Selain itu penelitian ini perlu mendapat persetujuan etik dari komisi etik (*Ethical Clearance*) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.

2.14 Alur Penelitian



Gambar 3.2 Alur penelitian pada ODHA

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

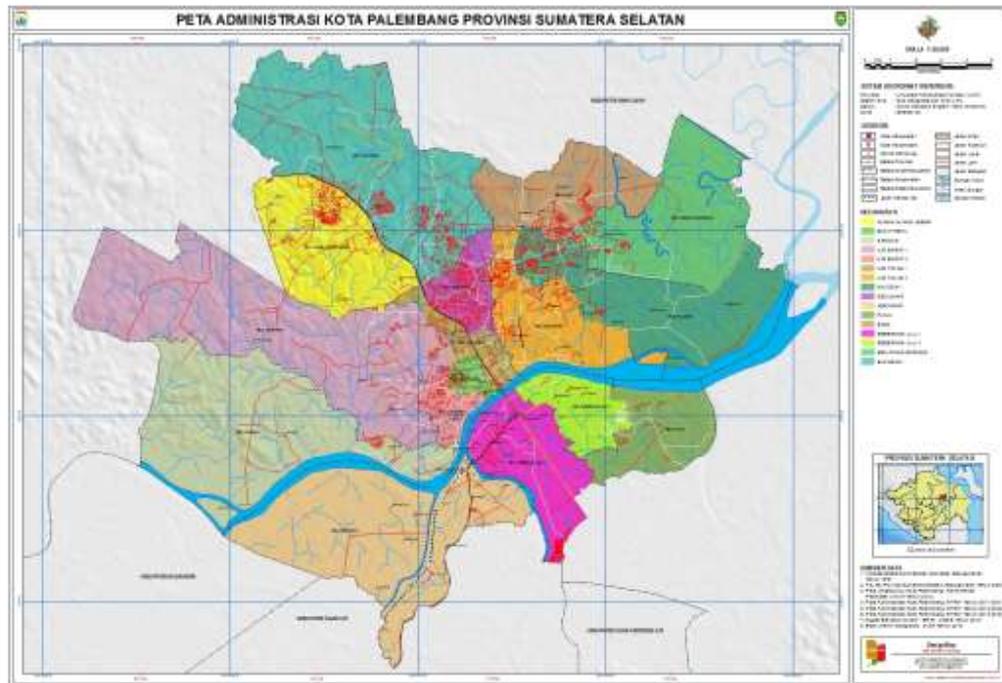
Kota Palembang adalah ibu kota provinsi Sumatra Selatan. Palembang adalah kota terbesar kedua di Sumatra setelah Medan. Kota dengan luas wilayah 400,61 km² ini dihuni oleh lebih dari 1,8 juta penduduk pada 2018. Diprediksikan pada tahun 2030 mendatang kota ini akan dihuni 2,5 Juta orang. Pembangunan LRT (kereta api layang),

Palembang merupakan salah satu kota metropolitan di Indonesia dan secara geografis terletak antara 2^o 52' sampai 3^o 5' Lintang Selatan dan 104^o 37' sampai 104^o 52' Bujur Timur dengan ketinggian rata-rata 8 meter dari permukaan air laut. Luas wilayah Kota Palembang sebesar 400,61 km² yang secara administrasi terbagi atas 16 kecamatan dan 107 kelurahan. Kota Palembang merupakan ibukota Propinsi Sumatera Selatan dengan batas wilayah yaitu di sebelah utara, timur dan barat dengan Kabupaten Banyu Asin; sedangkan sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Muara Enim.

Selain penduduk asli, di Palembang terdapat pula warga pendatang dan warga keturunan, seperti dari Jawa, Minangkabau, Madura, Bugis dan Banjar. Warga keturunan yang banyak tinggal di Palembang adalah Tionghoa, Arab dan India. Kota Palembang memiliki beberapa wilayah yang menjadi ciri khas dari suatu komunitas seperti Kampung Kapitan yang merupakan wilayah Komunitas Tionghoa serta Kampung Al Munawwar, Kampung Assegaf, Kampung Al Habsyi, Kuto Batu, 19 Ilir Kampung Jamalullail dan Kampung Alawiyyin Sungai Bayas 10 Ilir yang merupakan wilayah Komunitas Arab.

Di Sumatera Selatan, Untuk data kasus HIV Aids terbesar ada di kota Palembang. Hal ini dipicu karena jumlah penduduk Palembang paling banyak, dan jumlah layanan HIV dan AIDS juga tersedia lebih banyak, transportasi yang padat yang menjadikan Palembang sebagai ibukota

Provinsi Sumatera Selatan menyebabkan tingkat pergerakan / mobilitas yang tinggi bagi warga kota Palembang sendiri maupun warga pendatang. Kasus HIV Aids dari tahun ke tahun terjadi peningkatan, karena seiring dengan upaya kota Palembang untuk melakukan screening HIV dan AIDS, terutama pada populasi kunci dan beresiko.



Gambar 4.1 Peta Kota Palembang

4.2 Hasil Penelitian

Dalam bab ini peneliti akan menjelaskan hasil penelitian yang telah dilakukan meliputi analisis univariat, bivariat dan multivariat terhadap variabel independen dengan variabel dependen. Jumlah sampel yang diambil yaitu 235 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Berikut adalah hasil analisisnya:

4.2.1 Analisis Univariat

4.2.1.1 Gambaran Karakteristik Demografi

Gambaran karakteristik demografis pada Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kota Palembang meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan, status menikah dan pekerjaan ODHA ditampilkan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik ODHA di Kota Palembang Tahun 2020 (n=235)

Karakteristik Orang	Jumlah	
	n	%
Jenis Kelamin ODHA		
- Laki- Laki	195	83,0
- Perempuan	40	17,0
Usia ODHA		
- 0-11 tahun	4	1.7
- 12-25 tahun	32	13.6
- 26-45 tahun	170	72.3
- 46-65 tahun	29	12.3
Pendidikan ODHA		
- Tidak Sekolah	1	0.4
- Tamat SD	16	6.8
- Tamat SMP	17	7.2
- Tamat SMA	115	48.9
- Tamat PT	86	36.6
Pekerjaan ODHA		
- PNS	12	5.1
- Pegawai Swasta	69	29.4
- Wiraswasta	81	34.5
- Buruh	23	9.8
- Pelajar/mahasiswa	11	4.7
- IRT	25	10.6
- Tidak bekerja	13	5.5
- Dosen	1	0.4
Status Marital/Menikah		
- Menikah	92	39.1
- Belum menikah	127	54.0
- Janda	10	4.3
- Duda	6	2.6

Berdasarkan data tabel 4.1 karakteristik demografi orang diketahui bahwa dari 235 orang sebagian besar ODHA (83%) sebanyak 195 orang berjenis kelamin laki-laki dan mayoritas berusia 26-45 tahun sebanyak 170 orang (72,3%). Untuk Pendidikan ODHA mayoritas tamat SMA sebanyak 115 orang (48,9%) dengan pekerjaan Sebagian besar adalah Wiraswasta sebanyak 81 orang (34,5%) dan mayoritas ODHA belum menikah sebanyak 127 orang (54%).

4.2.1.2 Gambaran Lama Terapi ARV pada ODHA

Gambaran Lama Terapi ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Lama Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Lama Terapi ARV	n	Percent (%)
0-12 bulan	72	30.6
>12 bulan	163	69.4
Total	235	100.0
Mean	Median	Min-Max
38,1	24 bulan	(1bulan - 240 bulan)

Berdasarkan tabel 4.2 diatas didapatkan sebanyak 163 orang ODHA (69,4%) dengan lama terapi lebih dari 12 bulan (lebih dari setahun lamanya) dan sebanyak 72 orang ODHA (30,6%) dengan lama terapi kurang dari 12 bulan (kurang dari setahun lamanya). Rata-rata lama terapi dalam penelitian ini yaitu 38 bulan lamanya. Lama terapi yang dijalani ODHA sama dengan lama nya mereka mengetahui status HIV mereka. Ini menandakan bahwa layanan VCT dan CST yang mereka dapatkan pasca mengetahui penyakit HIV bisa menyakinkan mereka tentang arti pentingnya pengobatan ARV ini bagi mereka ODHA.

4.2.1.3 Gambaran Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik (IO) pada ODHA

Gambaran Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik	n	Percent (%)
Ya	66	28.1
Tidak	169	71.9
Total	235	100.0

Berdasarkan tabel 4.3 diatas sebanyak 169 orang (71.9%) tidak memiliki penyakit penyerta (Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik) selama mereka mengidap HIV. Dan sebanyak 41 dari 66 orang ODHA (68,3 %) dengan penyakit penyerta berupa TB paru.

4.2.1.4 Gambaran Efek Samping ARV pada ODHA

Gambaran Efek Samping ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Efek Samping ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Efek Samping ARV	n	Percent (%)
Ya	197	83,8
Tidak	38	16,2
Total	235	100.0

Berdasarkan tabel 4.4 diatas didapatkan sebanyak 197 orang (83,8%) pernah merasakan efek samping pada saat terapi ARV dan sebanyak 38 orang (16,2%) tidak merasakan efek samping tersebut. Adapun efek samping yang paling banyak dirasakan ODHA pada penelitian ini yaitu berupa pusing (54,5%) lalu diikuti mual dan muntah (28,9 %). Dari hasil penelitian banyaknya responden yang merasakan gejala efek samping lebih dari 3 gejala sebanyak 48%.

4.2.1.5 Gambaran Akses Mendapatkan ARV pada ODHA

Gambaran Akses Mendapatkan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Akses ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Akses ARV	n	Percent (%)
Mudah (<10KM)	179	76.2
Sulit (>10KM)	56	23.8
Total	235	100.0

Berdasarkan tabel 4.5 diatas didapatkan ODHA merasakan kemudahan dalam mengakses /mendapatkan ARV dengan jarak <10 KM sebanyak 179 ORANG (76,2%) dan merasakan kesulitan dalam mengakses/ mendapatkan ARV >10 Km sebanyak 56 orang (23,8%).

4.2.1.6 Gambaran Stigma Negatif yang dialami ODHA

Gambaran Stigma Negatif yang dialami ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Stigma Negatif pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Mengalami Stigma Negatif	n	Percent (%)
Ya	31	13.2
Tidak	204	86.8
Total	235	100.0

Berdasarkan tabel 4.6 diatas didapatkan sebanyak 204 (86,8%) ODHA tidak pernah mengalami Stigma negative terhadap lingkungannya dan sebanyak 31 orang (13,2%) mengalami stigma dilingkungannya. Bentuk stigma yang dialami oleh beberapa ODHA Sebagian besar berupa sikap dikucilkan oleh lingkungan sekitar 52% dan dihina sebesar 23 %.

4.2.1.7 Gambaran Dukungan Komunitas Berbagi pada ODHA

Gambaran Dukungan Komunitas Berbagi pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Dukungan Komunitas Berbagi pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Dukungan Komunitas Berbagi	n	Percent (%)
Ya	86	36.6
Tidak	149	63.4
Total	235	100.0

Berdasarkan tabel 4.7 diatas didapatkan sebagian besar ODHA tidak mempunyai komunitas berbagi dan tidak mendapatkan dukungan langsung dari komunitasnya sebanyak 149 orang (63,4%) dan ODHA yang mempunyai komunitas berbagi serta mendapatkan dukungan dari komunitas tersebut sebanyak 86 orang (36,6%).

4.2.1.8 Gambaran Dukungan Keluarga terhadap terapi ARV Pada ODHA

Gambaran Dukungan Keluarga terhadap terapi ARV Pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Dukungan Keluarga	n	Percent
Dukungan tinggi	113	48.1
Dukungan rendah	122	51.9
Total	235	100.0

Berdasarkan tabel 4.8 diatas didapatkan ODHA dengan dukungan rendah dari keluarga sebanyak 122 orang (51,9%) dan dengan dukungan tinggi sebanyak 113 orang (48,9%).

4.2.1.9 Gambaran Pengetahuan tentang ARV pada ODHA

Gambaran Pengetahuan tentang ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Pengetahuan tentang ARV	n	Percent (%)
Pengetahuan Baik	206	87.7
Pengetahuan Kurang	29	12.3
Total	235	100.0

Berdasarkan tabel 4.9 diatas didapatkan ODHA mempunyai pengetahuan yang baik terhadap ARV sebanyak 206 orang (87.7%) dan ODHA yang mempunyai pengetahuan kurang sebesar 12.3% sebanyak 29 orang. ODHA menyakini bahwa ARV adalah obat yang dapat menghancurkan dan menghambat perkembangan virus HIV sebanyak 59%. Dan sebanyak 21% mempercayai bahwa obat ARV untuk memperpanjang umur mereka.

4.2.1.10 Gambaran Fasilitas Layanan Kesehatan pada ODHA

Gambaran Fasilitas Layanan Kesehatan pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Fasilitas Layanan Kesehatan pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Fasilitas Layanan Kesehatan	n	Percent (%)
tinggi/baik	232	98.7
kurang	3	1.3
Total	235	100.0

Berdasarkan tabel 4.10 diatas didapatkan bahwa sebanyak 232 orang (98,7%) ODHA merasakan fasilitas layanan Kesehatan untuk terapi ARV mereka baik dan memberikan layanan yang baik , ada sebanyak 3 orang (1,3%) yang merasakan fasilitas layanan Kesehatan yang mereka dapatkan kurang baik layanan. Ada sebanyak 99% yang merasakan kenyamanan dalam mendapatkan konseling dari petugas Kesehatan dan petugas kesehatan bersikap ramah terhadap mereka.

4.2.1.11 Gambaran Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA

Gambaran Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Kepatuhan Terapi ARV	N	Percent (%)
Patuh >95%	195	83,0
Tidak Patuh	40	17,0
Total	235	100.0

Berdasarkan tabel 4.11 diatas didapatkan bahwa sebanyak 195 orang 83% ODHA yang sedang dalam terapi ARV dikota Palembang berada dalam kategori patuh. orang hanya melupakan dosis minum ARV < dari 3 dosis (>95%) dalam waktu 1 bulan terakhir dan sebanyak 17% ODHA dalam kategori tidak patuh dalam terapi ARV. 36% ODHA dalam keadaan sibuk dan lupa sehingga menyebabkan mereka lupa minum obat .

4.2.2 Analisis Bivariat

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen maka dilakukan analisis bivariat. Pada penelitian ini analisis bivariat menggunakan uji chi square karena baik variabel dependen maupun independen merupakan data kategorik.

4.2.2.1 Hubungan umur dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan umur dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.12 Hubungan umur dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Umur ODHA	Kepatuhan ARV						P-value	OR (95% CI)
	Patuh >95%		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	n	%		
<30 TAHUN	68	77.3	20	22.7	88	100	0.105	0.535
> 30 TAHUN	127	86.4	20	13.6	147	100		(0.270-1.063)
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.12 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA yang berumur lebih dari 30 tahun 86,4 % patuh terhadap terapi ARV >95%. Dan sebesar 13.6% ODHA yang berumur lebih dari 30 tahun tidak patuh terhadap ARV. Hasil uji *chi square* didapatkan $p=0,105$ ($p>0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan Kepatuhan ARV pada ODHA.

4.2.2.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan Jenis Kelamin dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.13 Hubungan Jenis Kelamin dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Jenis Kelamin	Kepatuhan ARV						P-value	OR (95% CI)
	Patuh >95%		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Perempuan	38	95	2	5	40	100	0.047	4.599
Laki-laki	157	80.5	38	19.5	195	100		(1.062-19.909)
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.13 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA Yang patuh 95% berjenis kelamin perempuan, Hasil uji *chi square* didapatkan $p=0,047$ ($p<0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Jenis Kelamin dan tingkat kepatuhan ARV. Nilai OR didapatkan 4,599 (1.062-19.909) ini menunjukkan bahwa ODHA dengan jenis kelamin perempuan memiliki kecenderungan untuk patuh minum ARV 4,6 kali lebih besar daripada ODHA dengan jenis kelamin laki-laki.

4.2.2.3 Hubungan Pendidikan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan Pendidikan dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.14 Hubungan Pendidikan dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Pendidikan	Kepatuhan ARV						P-value	OR (95% CI)
	Patuh >95%		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	N	%		
Rendah	28	82.4	6	17.6	34	100	1.000	0.950
Tinggi	167	83.1	34	16.9	201	100		(0.365-2.471)
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.14 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA Yang patuh 83.1% memiliki Pendidikan yang tinggi, Hasil uji *chi square* didapatkan $p=1.000$ ($p>0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Pendidikan yang tinggi dan tingkat kepatuhan ARV .

4.2.2.4 Hubungan Pekerjaan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan Pekerjaan dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.15 Hubungan Pekerjaan dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Pekerjaan	Kepatuhan ARV						P-value	OR (95% CI)
	Patuh >95%		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Bekerja	159	80.7	38	19.3	197	100	0.061	0.232
Tidak bekerja	36	94.7	2	5.3	38	100		(0.054-1.008)
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.15 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA Yang patuh 94.7% tidak bekerja, Hasil uji *chi square* didapatkan $p=0.061$ ($p>0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Pekerjaan dan tingkat kepatuhan ARV .

4.2.2.5 Hubungan Status Pernikahan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan Status Pernikahan dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.16 Hubungan Status Pernikahan dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Status Pernikahan	Kepatuhan ARV						P-value	OR (95% CI)
	Patuh >95%		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Menikah	83	90.2	9	9.8	92	100	0.028	2.553
Tidak menikah	112	78.3	31	21.7	143	100		(1.153-5.650)
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.16 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA 90.2% yang menikah patuh terapi ARV . Hasil uji *chi square* didapatkan $p=0,028$ ($p<0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Status pernikahan dengan tingkat kepatuhan ARV. Nilai OR didapatkan 2.553 (1.153-5.650) ini menunjukkan bahwa ODHA dengan status menikah memiliki kecenderungan untuk untuk patuh minum ARV 2,6 kali lebih besar daripada ODHA yang tidak sedang menikah.

4.2.2.6 Hubungan Lama Terapi ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan Lama Terapi ARV dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.17 Hubungan Lama Terapi ARV dengan Tingkat Kepatuha ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Lama Terapi ARV	Kepatuhan ARV						P-value	OR (95% CI)
	Patuh >95%		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	n	%		
0-12 bulan	60	83.3	12	16.7	72	100	1.000	1.037
>12 bulan	135	82.8	28	17.2	163	100		(0.494-2.177)
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.17 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA Yang patuh 83.3% memiliki lama terapi ARV kurang dari satu tahun, Hasil uji *chi square* didapatkan $p=1.000$ ($p>0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lama terapi ARV dan tingkat kepatuhan ARV

4.2.2.7 Hubungan Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.18 Hubungan Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik	Tingkat Kepatuhan Orang						P-value	OR (95% CI)
	Patuh		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Ya	52	78.8	14	21.2	66	100	0.381	0.675
Tidak	143	84.6	26	15.4	169	100		(0.328-1.392)
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.18 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA Yang patuh 84.6% tidak mempunyai penyakit penyerta (Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik), Hasil uji *chi square* didapatkan $p=0.381$ ($p>0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara penyakit penyerta (Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik) dan tingkat kepatuhan ARV .

4.2.2.8 Hubungan Efek Samping ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan Efek Samping ARV dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.19 Hubungan Efek Samping ARV dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Efek samping ARV	Kepatuhan ARV						P-value	OR (95% CI)
	Patuh >95%		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Tidak	37	97.4%	1	2.6%	38	100	0.019	9.17 (0.015-0.823)
Ya	158	80.2%	39	19.8%	197	100		
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.19 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA 97.1% yang tidak mengalami efek samping patuh terhadap terapi ARV. Hasil uji *chi square* didapatkan $p=0,019$ ($p<0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Efek samping ARV dengan tingkat kepatuhan ARV. Nilai OR didapatkan 9,1 (0.015-0.823) ini menunjukkan bahwa ODHA yang tidak memiliki efek samping cenderung untuk patuh 9.1 kali lebih besar dibandingkan dengan Odha yang memiliki efek samping terhadap ARV.

4.2.2.9 Hubungan Akses Mendapatkan ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan Akses Mendapatkan ARV dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.20 Hubungan Akses Mendapatkan ARV dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Akses mendapatkan obat ARV	Kepatuhan ARV						P-value	OR (95% CI)
	Patuh >95%		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Mudah (<10 KM)	150	83.8	29	16.2	179	100	0.693	1.264 (0.586-2.730)
Sulit (>10 KM)	45	80.4	11	19.6	56	100		
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.20 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA Yang patuh 83.8% mengaku mudah dalam mengakses obat ARV, Hasil uji *chi square* didapatkan $p=0.693$ ($p>0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Akses obat ARV dan tingkat kepatuhan ARV .

4.2.2.10 Hubungan Stigma Negatif yang dialami dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan Stigma Negatif dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.21 Hubungan Stigma Negatif yang dialami dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Stigma Negative HIV	Kepatuhan ARV						P-value	OR (95% CI)
	Patuh >95%		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Ya	27	87.1	4	12.9	31	100	0.690	1.446
Tidak	168	82.4	36	17.6	204	100		(0.477-4.389)
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.21 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA Yang patuh 87.1% mengalami stigma negative terhadap penyakitnya (HIV), Hasil uji *chi square* didapatkan $p=0.690$ ($p>0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara stigma negative dan tingkat kepatuhan ARV .

4.2.2.11 Hubungan Dukungan Komunitas Sebaya/Berbagi dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan Dukungan Komunitas Sebaya/Berbagi dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini

Tabel 4.22 Hubungan Dukungan Komunitas Sebaya dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Dukungan Komunitas Sebaya	Kepatuhan ARV						P-value	OR (95% CI)
	Patuh >95%		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Ya	71	82.6	15	17.4	86	100	1.000	0.954
Tidak	124	83.2	25	16.8	149	100		(0.472-1.928)
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.22 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA Yang patuh 83.2% tidak mempunyai Dukungan Komunitas Sebaya, Hasil uji *chi square* didapatkan $p=1.000$ ($p>0.05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Dukungan Komunitas Sebaya dan tingkat kepatuhan ARV .

4.2.2.12 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan Dukungan Keluarga dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.23 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Dukungan Keluarga	Kepatuhan ARV						P-value	OR (95% CI)
	Patuh >95%		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Dukungan Tinggi	72	86.7	11	13.3	83	100	0.340	1.543
Dukungan Rendah	123	80.9	29	19.1	152	100		(0.727-3.275)
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.23 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA Yang patuh 86.7% mendapatkan dukungan yang tinggi dari keluarga, Hasil uji *chi square* didapatkan $p=0.340$ ($p>0.05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Dukungan Keluarga dan tingkat kepatuhan ARV .

4.2.2.13 Hubungan Pengetahuan tentang ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan Pengetahuan tentang ARV dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.24 Hubungan Pengetahuan tentang ARV dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Pengetahuan ttg ARV	Kepatuhan ARV						P-value	OR (95% CI)
	Patuh >95%		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Baik	115	85.2	20	14.8	135	100	0.384	1.438
Kurang	80	80	20	20	100	100		(0.727-2.844)
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.24 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA Yang patuh 85.2% mempunyai Pengetahuan yang baik tentang ARV, Hasil uji *chi square* didapatkan $p=0.384$ ($p>0.05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Pengetahuan dan tingkat kepatuhan ARV .

4.2.1.14 Hubungan Fasilitas Layanan Kesehatan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Gambaran Hubungan Fasilitas Layanan Kesehatan dengan kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.25 Hubungan Fasilitas Layanan Kesehatan dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang Tahun 2020

Fasilitas Layanan Kesehatan	Kepatuhan ARV						P-value	OR (95% CI)
	Patuh >95%		Tidak Patuh		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Tinggi /baik	184	82.9	38	17.1	222	100	1.000	0.880
Kurang /Buruk	11	84.6	2	15.4	13	100		(0.187-4.134)
TOTAL	195	83	40	17	235	100		

Pada Tabel 4.25 diatas dapat dilihat bahwa Sebagian besar ODHA Yang patuh 84.6% mengakui jika mereka mendapatkan fasilitas layanan

Kesehatan yang kurang dari tempat layanan ARV, Hasil uji *chi square* didapatkan $p=1.000$ ($p>0.05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara fasilitas layanan Kesehatan dan tingkat kepatuhan ARV .

4.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara banyak variabel bebas dengan variabel terikat secara bersama-sama. Pada penelitian ini kedua variabel merupakan variabel kategorik, maka analisis multivariat yang digunakan adalah analisis regresi logistik. Dari analisis bivariat didapat variabel yang masuk kedalam permodelan awal multivariat yaitu variabel yang memiliki nilai $p<0,25$, sehingga didapatkan tabel seleksi untuk analisis multivariat . Adapun langkah-langkah analisis regresi logistik adalah sebagai berikut:

1. Menyeleksi variabel yang akan dimasukkan dalam analisis regresi logistik yaitu semua variabel pada hasil analisis bivariat yang mempunyai *p-value* $<0,25$
2. Melakukan analisis multivariat (regresi logistik) dengan metode enter. Metode enter dilakukan secara bertahap dan manual, variabel yang memiliki *p-value* tertinggi akan dikeluarkan satu per satu dari analisis. Proses ini akan berhenti apabila tidak ada lagi variabel yang dikeluarkan dalam analisis (Dahlan, 2013).

Adapun factor-faktor pada variable independent yang diikutsetakan dalam Analisa multivariat sebagai model prediksi adalah sebagai berikut:

Tabel 4.26 variabel yang terpilih untuk Analisa multivariat

No	Variabel	<i>P-value</i>
1	Pekerjaan ODHA	0.061
2	Jenis kelamin	0.047
3	Efek Samping ARV	0.019
4	Komorbidity/Infeksi oportunistik	0.381
5	Pengetahuan ttg ARV	0.384
6	Dukungan Keluarga	0.340
7	Umur ODHA	0.105
8	Status nikah	0.028

Pada tabel 4.26 menunjukkan bahwa hanya ada 5 variabel yang akan diikutkan dalam analisis selanjutnya yaitu Jenis kelamin, Pekerjaan, Umur Efek Samping ARV dan Status nikah karena Pvalue nya <0.25 . Namun variabel Pengetahuan ttg ARV, Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik, dan Dukungan Keluarga tetap dimasukkan dalam seleksi Multivariat dengan pertimbangan substansi (Fisher, 2006). Selanjutnya hasil analisis regresi logistik dengan metode enter disajikan pada tabel selanjutnya.

4.2.3.1 Hasil Model Awal uji Regresi Logistic

Tabel 4.27 Model Awal uji Regresi Logistic

No	Variabel	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I.For EXP(B)	
						Lower	Upper
1	Pekerjaan_Odha	-0.500	0.875	0.568	0.606	0.109	3.372
2	Jenis_Kelamin	-0.913	0.867	0.292	0.401	0.073	2.194
3	Efek_Samping_Arv	2.060	1.042	0.048	7.844	1.017	60.474
4	Kormobiditas	0.374	0.394	0.344	1.453	0.671	3.148
5	Pengetahuan	0.521	0.370	0.159	1.683	0.815	3.474
6	Dukungan_Keluarga	0.079	0.441	0.857	1.083	0.457	2.567
7	Umur_Odha	-0.271	0.429	0.527	0.763	0.329	1.767
8	Statusmenikah	0.639	0.519	0.218	1.894	0.686	5.234
	Constant	-4.481	2.104	0.033	0.011		

Setelah diperoleh model awal ,maka secara bertahap dilakukan seleksi terhadap factor-faktor yang mempunyai nilai $p >0,05$ paling besar untuk dikeluarkan dari model menggunakan backward elimination sehingga akan diperoleh model baru.

Dari tabel 4,27 tersebut terlihat bahwa variabel-variabel yang tidak signifikan dengan $p\text{-value} > 0,05$. Variabel dengan dengan $p\text{-value}$ paling besar pada tahap permodelan pertama yaitu dukungan keluarga dengan $p\text{-value}$ 0,857. Analisis selanjutnya adalah mengeluarkan variabel yang tidak signifikan dari model secara satu persatu dimulai dari variabel dengan $p\text{-value}$ yang paling besar.

a. Analisis Confounding pada Dukungan Keluarga

Tabel 4.28 Model 1 Regresi Logistik Dukungan Keluarga dikeluarkan

No	Variabel	Nilai OR		Perubahan OR	
		Crude	Adjusted		
1	Pekerjaan_Odha	0,606	0,611	-0,780	%
2	Jenis_Kelamin	0,401	0,396	1,440	%
3	Efek_Sampling_Arv	7,844	7,865	-0,265	%
4	Kormobiditas	1,453	1,432	1,438	%
5	Pengetahuan	1,683	1,696	-0,747	%
6	Dukungan_Keluarga	1,083		#DIV/0!	
8	Umur_Odha	0,763	0,770	-0,942	%
9	Statusmenikah	1,894	1,955	-3,118	%

Tabel 4.29 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel Dukungan_Keluarga dikeluarkan

No	Variabel	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
						Lower	Upper
1	Pekerjaan_Odha	-0.492	0.875	0.573	0.611	0.110	3.393
2	Jenis_Kelamin	-0.927	0.864	0.283	0.396	0.073	2.151
3	Efek_Sampling_Arv	2.062	1.042	0.048	7.865	1.020	60.653
4	Kormobiditas	0.359	0.386	0.352	1.432	0.672	3.054
5	Pengetahuan	0.528	0.367	0.151	1.696	0.825	3.484
6	Umur_Odha	-0.261	0.425	0.539	0.770	0.334	1.773
7	Status Menikah	0.670	0.489	0.170	1.955	0.750	5.095
8	Constant	-4.431	2.088	0.034	0.012		

Berdasarkan tabel 4.29 diatas setelah dilakukan uji *confounding*, ditemukan tidak ada perubahan $OR > 10\%$ dengan demikian variabel Dukungan_Keluarga bukan sebagai variabel *confounding* sehingga harus dikeluarkan dari model.

b. Analisis Confounding pada variabel pekerjaan

Tabel 4.30 Model 2 Regresi Logistik variabel pekerjaan

No	Variabel	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
						Lower	Upper
1	Jenis_Kelamin	-1.164	0.770	0.131	0.312	0.069	1.412
2	Efek_Sampling_Arv	2.133	1.038	0.040	8.441	1.104	64.522
3	Kormobiditas	0.368	0.386	0.341	1.445	0.678	3.079
4	Pengetahuan	0.529	0.367	0.150	1.697	0.826	3.486
5	Umur_Odha	-0.247	0.424	0.560	0.781	0.340	1.794
6	Statusmenikah	0.697	0.487	0.153	2.008	0.772	5.220
7	Constant	-5.083	1.768	0.004	0.006		

Tabel 4.31 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel pekerjaan dikeluarkan

No	Variabel	Nilai OR		Perubahan OR	
		Crude	Adjusted		
1	Pekerjaan_Odha	0,611		#DIV/0!	%
2	Jenis_Kelamin	0,396	0,312	26,764	-
3	Efek_Sampling_Arv	7,865	8,441	-6,833	%
4	Kormobiditas	1,432	1,445	-0,856	%
5	Pengetahuan	1,696	1,697	-0,078	%
6	Umur_Odha	0,770	0,781	-1,410	%
7	Statusmenikah	1,955	2,008	-2,623	%

Berdasarkan tabel 4.31 diatas setelah dilakukan uji *confounding*, ditemukan ada perubahan $OR > 10\%$ dengan demikian variabel pekerjaan merupakan *confounding*. maka variable pekerjaan dimasukan lagi dalam model.

c. Analisis Confounding pada variable umur

Tabel 4.32 Model 3 Regresi Logistik variabel umur ODHA dikeluarkan

No	Variabel	95% C.I.for EXP(B)					
		B	S.E.	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
1	Pekerjaan_Odha	-0.463	0.872	0.596	0.630	0.114	3.477
2	Jenis_Kelamin	-0.928	0.862	0.282	0.395	0.073	2.144
3	Efek_Sampling_Arv	2.077	1.042	0.046	7.979	1.036	61.448
4	Kormobiditas	0.371	0.386	0.336	1.449	0.681	3.085
5	Pengetahuan	0.505	0.365	0.166	1.656	0.810	3.386
6	Statusmenikah	0.821	0.420	0.051	2.272	0.998	5.174
7	Constant	-5.110	1.773	0.004	0.006		

Tabel 4.33 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel umur dikeluarkan

No	Variabel	Nilai OR		Perubahan OR	
		Crude	Adjusted		
1	Pekerjaan_Odha	0,611	0,630	-2,928	%
2	Jenis_Kelamin	0,396	0,395	0,085	%
3	Efek_Sampling_Arv	7,865	7,979	-1,432	%
4	Kormobiditas	1,432	1,449	-1,140	%
5	Pengetahuan	1,696	1,656	2,371	%
6	Umur_Odha	0,770		#DIV/0!	
7	Statusmenikah	1,955	2,272	-13,956	%

Berdasarkan tabel 4.33 diatas setelah dilakukan uji *confounding*, ditemukan ada perubahan $OR > 10\%$ pada Pekerjaan ODHA dengan demikian variabel umur merupakan *confounding*. maka variable umur dimasukan lagi dalam model.

d. Analisis Confounding pada variable Komorbiditas / infeksi Oportunistik

Tabel 4.34 Model 4 Regresi Logistik variabel Komorbiditas/infeksi Oportunistik dikeluarkan

No	Variabel	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
						Lower	Upper
1	Pekerjaan_Odha	-0.524	0.881	0.552	0.592	0.105	3.329
2	Jenis_Kelamin	-0.917	0.869	0.291	0.400	0.073	2.196
3	Efek_Sampling_Arv	2.067	1.040	0.047	7.900	1.028	60.709
4	Pengetahuan	0.500	0.365	0.170	1.649	0.807	3.373
5	Umur_Odha	-0.280	0.424	0.510	0.756	0.329	1.737
6	Statusmenikah	0.648	0.487	0.183	1.912	0.736	4.969
7	Constant	-4.181	2.060	0.042	0.015		

Tabel 4.35 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel Komorbiditas/infeksi Oportunistik dikeluarkan

No	Variabel	Nilai OR		Perubahan OR
		Crude	Adjusted	
1	Pekerjaan_Odha	0,611	0,592	3,257 %
2	Jenis_Kelamin	0,396	0,400	-0,983 %
3	Efek_Sampling_Arv	7,865	7,900	-0,443 %
4	Kormobiditas	1,432		%
5	Pengetahuan	1,696	1,649	-13,155 %
6	Umur_Odha	0,770	0,756	124,334
7	Statusmenikah	1,955	1,912	-59,736 %

Berdasarkan tabel 4.35 diatas setelah dilakukan uji *confounding*, ditemukan ada perubahan $OR > 10\%$ dengan demikian variabel Komorbiditas/infeksi Oportunistik sebagai variabel *confounding* sehingga harus dimasukkan dari model.

e. Analisis Confounding pada variable Jenis Kelamin

Tabel 4.36 Model 5 Regresi Logistik variable Jenis Kelamin dikeluarkan

No	Variabel	95% C.I.For EXP(B)					
		B	S.E.	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
1	Pekerjaan_Odha	-0.982	0.776	0.206	0.374	0.082	1.714
2	Efek_Sampling_Arv	2.066	1.039	0.047	7.889	1.030	60.419
3	Kormobiditas	0.349	0.386	0.365	1.418	0.666	3.022
4	Pengetahuan	0.514	0.365	0.160	1.672	0.817	3.422
5	Umur_Odha	-0.262	0.421	0.534	0.770	0.337	1.757
6	Statusmenikah	0.695	0.486	0.153	2.003	0.773	5.190
7	Constant	-4.003	2.045	0.050	0.018		

Tabel 4.37 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel Jenis Kelamin dikeluarkan

No	Variabel	Nilai OR		Perubahan OR	
		Crude	Adjusted		
1	Pekerjaan_Odha	0,611	0,374	63,214	%
2	Jenis_Kelamin	0,396			
3	Efek_Sampling_Arv	7,865	7,889	-0,314	%
4	Kormobiditas	1,432	1,418	0,992	%
5	Pengetahuan	1,696	1,672	1,443	%
6	Umur_Odha	0,770	0,770	0,027	%
7	Status menikah	1,955	2,003	-2,395	%

Berdasarkan tabel 4.37 diatas setelah dilakukan uji *confounding*, ditemukan ada perubahan $OR > 10\%$ dengan demikian variabel Jenis Kelamin merupakan *confounding*. maka variable Jenis Kelamin dimasukan lagi dalam model.

f. Analisis Confounding pada variable Status Menikah

Tabel 4.38 Model 6 Regresi Logistik variabel Status menikah dikeluarkan

No	Variabel	95% C.I.for EXP(B)					
		B	S.E.	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
1	Pekerjaan_Odha	-0.604	0.886	0.495	0.546	0.096	3.101
2	Jenis_Kelamin	-0.998	0.877	0.255	0.369	0.066	2.057
3	Efek_Samping_Arv	2.034	1.040	0.051	7.648	0.995	58.770
4	Kormobiditas	0.332	0.384	0.387	1.394	0.657	2.959
5	Pengetahuan	0.536	0.366	0.143	1.709	0.834	3.501
6	Umur_Odha	-0.592	0.364	0.104	0.553	0.271	1.130
7	Constant	-2.629	1.619	0.104	0.072		

Tabel 4.39 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel Status Menikah dikeluarkan

No	Variabel	Nilai OR		Perubahan OR	
		Crude	Adjusted		
1	Pekerjaan_Odha	0,611	0,546	11,851	%
2	Jenis_Kelamin	0,396	0,369	7,386	%
3	Efek_Samping_Arv	7,865	7,648	2,830	%
4	Kormobiditas	1,432	1,394	2,761	%
5	Pengetahuan	1,696	1,709	-0,775	%
6	Umur_Odha	0,770	0,553	39,153	%
7	Statusmenikah	1,955			

Berdasarkan tabel 4.39 diatas setelah dilakukan uji *confounding*, ditemukan ada perubahan $OR > 10\%$ dengan demikian variabel Status Menikah merupakan *confounding*. maka variable Status Menikah dimasukan lagi dalam model.

g. Analisis Confounding pada variable Pengetahuan

Tabel 4.40 Model 7 Regresi Logistik variabel Pengetahuan dikeluarkan

No	Variabel	95% C.I.for EXP(B)					
		B	S.E.	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
1	Pekerjaan_Odha	-0.500	0.878	0.569	0.606	0.108	3.393
2	Jenis_Kelamin	-0.893	0.865	0.302	0.409	0.075	2.229
3	Efek_Sampling_Arv	2.045	1.039	0.049	7.732	1.010	59.191
4	Kormobiditas	0.313	0.383	0.413	1.368	0.646	2.897
5	Umur_Odha	-0.199	0.419	0.635	0.820	0.360	1.864
6	Statusmenikah	0.679	0.485	0.162	1.971	0.762	5.099
7	Constant	-3.742	1.999	0.061	0.024		

Tabel 4.41 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel Pengetahuan dikeluarkan

No	Variabel	Nilai OR		Perubahan OR	
		Crude	Adjusted		
1	Pekerjaan_Odha	0,611	0,606	0,779	%
2	Jenis_Kelamin	0,396	0,409	-3,306	%
3	Efek_Sampling_Arv	7,865	7,732	1,721	%
4	Kormobiditas	1,432	1,368	4,695	%
5	Pengetahuan	1,696			
6	Umur_Odha	0,770	0,820	-6,072	%
7	Status menikah	1,955	1,971	-0,815	%

Berdasarkan tabel 4.41 diatas setelah dilakukan uji *confounding*, ditemukan tidak ada perubahan $OR > 10\%$ dengan demikian variabel Pengetahuan bukan sebagai conponding sehingga harus dikeluarkan dari model.

h. Analisis Confounding pada variable Efek Samping

Tabel 4.42 Model 8 Regresi Logistik variabel Efek Samping dikeluarkan

No	Variabel	<u>95% C.I.for EXP(B)</u>					
		B	S.E.	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
1	Pekerjaan_Odha	-0.765	0.836	0.360	0.465	0.090	2.394
2	Jenis_Kelamin	-0.934	0.830	0.261	0.393	0.077	2.001
3	Kormobiditas	0.338	0.377	0.370	1.402	0.670	2.937
4	Umur_Odha	-0.265	0.413	0.521	0.767	0.342	1.723
5	Status menikah	0.615	0.478	0.198	1.850	0.725	4.720
6	Constant	-1.367	1.600	0.393	0.255		

Tabel 4.43 Perubahan Nilai OR Sebelum dan Setelah Variabel Efek Samping dikeluarkan

No	Variabel	Nilai OR		Perubahan OR	
		Crude	Adjusted		
1	Pekerjaan_Odha	0,606	0,465	30,311	%
2	Jenis_Kelamin	0,409	0,393	4,125	%
3	Efek_Samping_Arv	7,732			
4	Kormobiditas	1,368	1,402	-2,445	%
5	Umur_Odha	0,820	0,767	6,822	%
6	Status Menikah	1,971	1,850	6,543	%

Berdasarkan tabel 4.43 diatas setelah dilakukan uji *confounding*, ditemukan ada perubahan $OR > 10\%$ dengan demikian variabel efek samping merupakan *confounding*. maka variable efek samping dimasukan lagi dalam model.

4.2.3.2 Hasil Model Akhir uji Regresi Logistic

Tabel 4.44 Model Akhir Regresi Logistik analisis compounding

No	Variabel	95% C.I.for EXP(B)					
		B	S.E.	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
1	Pekerjaan_Odha	-0.500	0.878	0.569	0.606	0.108	3.393
2	Jenis_Kelamin	-0.893	0.865	0.302	0.409	0.075	2.229
3	Efek_Samping_Arv	2.045	1.039	0.049	7.732	1.010	59.191
4	Kormobiditas	0.313	0.383	0.413	1.368	0.646	2.897
5	Umur_Odha	-0.199	0.419	0.635	0.820	0.360	1.864
6	Statusmenikah	0.679	0.485	0.162	1.971	0.762	5.099
7	Constant	-3.742	1.999	0.061	0.024		

Berdasarkan tabel 4.44 diatas setelah dilakukan uji *confounding*, ditemukan ada beberapa variable yang menjadi compounding dalam kepatuhan ARV pada ODHA dikota Palembang . Variabel tersebut antara lain: pekerjaan ODHA, jenis kelamin, Kormobiditas, status menikah dan umur ODHA.

Dari permodelan akhir didapat variabel yang signifikan berhubungan dengan kejadian Kepatuhan ARV pada ODHA dikota Palembang adalah Efek Samping

Interprestasi :

ODHA yang mengalami efek samping memiliki kemungkinan 7,7 kali lebih besar untuk tidak patuh berobat ARV dibandingkan dengan yang memiliki efek samping.

4.3 Pembahasan

4.3.1 Kepatuhan ARV pada ODHA

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari total 235 responden didapat proporsi ODHA yang patuh minum ARV >95% di kota Palembang sebanyak 83%. Dari responden yang ada 47,2 % responden mengaku karena mereka lupa sehingga menyebabkan mereka melewatkan dosis obat ARV. Hampir Sebagian besar ODHA pada penelitian ini 97,4 % mempunyai persepsi/mempercayai bahwa dengan meminum obat ARV, hidup mereka akan bertahan lebih lama. ini merupakan salah satu factor pendorong mereka untuk tetap Patuh minum ARV.

Hasil penelitian ini sangat sesuai dengan penelitian lainnya yang menunjukkan kepatuhan di negara maju dan berkembang menemukan kesamaan kendala individu pada kepatuhan yaitu lupa memakai obat karena terlalu sibuk mengganggu aktifitas sehari-hari (alcorn, 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Carter (2012) menyimpulkan bahwa kepatuhan adalah faktor yang paling penting memengaruhi keberhasilan virologi terapi HIV. Hasil terbaik terlihat pada pasien yang menggunakan semua/hampir semua dosis obat mereka dengan benar dan memiliki tingkat kepatuhan yang sempurna .

Antiretroviral (ARV) adalah obat yang dirancang untuk menghambat perkembangan HIV di dalam tubuh penderita. ARV tidak membunuh virus itu, namun dapat memperlambat pertumbuhan virus, waktu pertumbuhan virus diperlambat, begitu juga penyakit HIV. Karena HIV adalah retrovirus, obat-obat ini biasa disebut sebagai Antiretroviral Therapy (ART) (Spiritia, 2006).

Kepatuhan adalah minum obat sesuai dosis tidak pernah lupa, tepat waktu, dan tidak pernah putus. Kepatuhan dalam meminum ARV merupakan factor terpenting dalam menekan jumlah virus HIV dalam tubuh manusia. Penekanan jumlah virus yang lama dan stabil bertujuan agar system tubuh imun tetap terjaga tinggi. Dengan demikian, orang yang terinfeksi virus HIV akan mendapatkan kualitas hidup yang baik dan juga mencegah terjadinya kesakitan dan kematian. Salah satu hal yang perlu dipahami dalam meningkatkan tingkat kepatuhan adalah pasien memerlukan dukungan bukan disalahkan. (WHO, 2003).

Kepatuhan pasien untuk minum obat ARV adalah hal yang sangat penting untuk dipertimbangkan sebelum memulai pengobatan. Adherence atau kepatuhan artinya bahwa meminum ARV sesuai dengan petunjuk dokter, termasuk di dalamnya: minum obat tepat waktu, sesuai dengan saran dokter dengan makanan atau tanpa makanan, menghindari interaksi obat. Dengan kepatuhan minum obat sesuai dengan petunjuk dokter maka akan memastikan kombinasi ARV yang diminum mempunyai kadar yang cukup dalam darah untuk melindungi diri dalam waktu 24 jam. Jika kadar dalam darahnya menjadi terlalu rendah maka akan meningkatkan resistensi obat. Tujuan utamanya adalah minum obat ARV setiap hari dan tidak pernah lupa sekalipun. Dengan lupa minum obat ARV satu kali atau dua kali seminggu bisa menyebabkan tujuan dari obat menjadi gagal, terutama pada awal pengobatan (permenkes RI, 2014).

Pengobatan menggunakan terapi ARV dilakukan seumur hidup, oleh karena itu dibutuhkan tingkat kepatuhan yang tinggi dalam hal mengonsumsi obat (>95%). Kepatuhan dalam pengobatan diperlukan untuk menurunkan replikasi virus dan memperbaiki kondisi klinis dan imunologis, menurunkan timbulnya resistansi ARV, dan menurunkan resiko transmisi HIV (Kemenkes RI, 2014).

4.3.2 Hubungan umur dengan Tingkat Kepatuhan ARV pada ODHA di Kota Palembang

Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=0,105$ ($p>0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan Kepatuhan ARV pada ODHA. Sesuai dengan hasil tabel yang ada ODHA dengan usia umur < 30 tahun 77,3 % patuh terhadap terapi ARV dan ODHA dengan umur > 30 tahun juga Sebagian besar 86,4% patuh terhadap ARV.

Hasil analisis multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara umur dengan perkembangan kepatuhan ARV dengan *p value* 0,105. Setelah dilakukan uji confounding, ditemukan ada perubahan $OR>10\%$ pada variable lain dengan demikian variabel umur merupakan confounding yang mempengaruhi Kepatuhan ARV pada ODHA.

Hasil penelitian ini semakin memperkuat penelitian-penelitian sebelumnya dan sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ubra, 2012, usia tidak

berhubungan dengan kepatuhan minum obat ARV pada pasien HIV dengan nilai p 0,24. Beberapa penelitian yang sama dengan penelitian ini (Chitangala, 2007) juga menyimpulkan bahwa usia tidak berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV pada ODHA .

Beberapa penelitian yang tidak sejalan dengan penelitian ini (Salami A , 2010) menyatakan bahwa secara umum pasien dengan usia yang lebih muda memiliki risiko lebih besar tidak patuh dalam menjalani terapi ARV. Usia yang semakin muda meningkatkan risiko untuk tidak patuh menjalani terapi ARV.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor umur bukan merupakan faktor penentu ketidakpatuhan penderita dalam pengobatan karena mereka yang berusia muda maupun usia lanjut memiliki motivasi untuk hidup sehat dan selalu memperhatikan kesehatannya. Menurut data Widoyono (2008), bahwa HIV/AIDS paling banyak terjadi pada usia produktif yang berkisar antara 20-29 tahun dengan persentase sebanyak 49,57 % dan ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan 72% responden adalah dengan kelompok umur 20-29 tahun. Hal ini dikarenakan faktor resiko seperti berhubungan seksual yang tidak aman (tanpa menggunakan kondom) dari penderita yang banyak terjadi pada usia produktif, untuk kejadian HIV besarnya rasa ingin tahu/ mencoba sesuatu yang baru pada usia ini kebanyakan mereka masih ingin menemukan jati diri. Adanya persentase responden yang tidak patuh pada usia muda hal ini bisa disebabkan karena pada usia muda mereka mempunyai mobilisasi yang tinggi seperti kuliah, travelling, bekerja atau merantau ke daerah lain, sehingga waktu pengambilan obatnya menjadi tidak teratur bahkan bisa menyebabkan loss to follow up terapi.

Potter dan perry (2005) menjelaskan bahwa umur memberi pengaruh terhadap praktek kesehatan yang dilakukan individu sehari-hari melalui perubahan pola pikir dan perilaku seiring dengan peningkatan usia, respon yang diberikan individu terhadap keadaan yang mengancam kesehatan, semakin tinggi usia maka semakin baik pemahaman terhadap konsep sehat dan perlunya menjaga kesehatan sehingga upaya-upaya untuk mencegah timbulnya penyakit akan semakin baik.

Pada penelitian ini Dalam hal kepatuhan berobat besarnya persentase usia > 30 tahun 86,4% untuk patuh minum obat hal ini bisa disebabkan karena semakin meningkatnya usia maka makin meningkat keinginan mereka untuk tetap

sehat, agar tetap bisa menikmati hidup bersama keluarga dan tidak terlalu disibukkan oleh pekerjaan serta adanya pasangan yang mengingatkan mereka untuk minum obat tepat waktunya, maka dijadikan pendorong mereka untuk tetap patuh minum obat. Usia merupakan suatu tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan teratur dalam melaksanakan pengobatan. Namun, bisa saja mereka yang usia muda lebih patuh dari usia tua atau sebaliknya usia tua lebih patuh dari usia muda. Hal ini bisa disebabkan oleh tingkat pendidikan dan pengetahuan responden yang berbeda-beda dan disertai juga respon yang diberikan penderita terhadap masalah kesehatannya yang berbeda-beda.

4.3.3 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan minum obat ARV dari table menunjukkan bahwa responden berjenis kelamin perempuan lebih patuh minum obat ARV dibanding dengan responden berjenis kelamin laki-laki dengan nilai sebesar 95%. Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=0,047$ ($p<0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Jenis Kelamin dan tingkat kepatuhan ARV. Nilai OR didapatkan 4,599 (1.062-19.909) ini menunjukkan bahwa ODHA dengan jenis kelamin perempuan memiliki kecenderungan untuk patuh minum ARV 4,6 kali lebih besar daripada ODHA dengan jenis kelamin laki-laki.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Martoni (2012) yang menyatakan wanita lebih sering mematuhi pengobatan ARV bila dibandingkan dengan laki-laki. Berdasarkan hasil penelitian tersebut perempuan lebih patuh terhadap pengobatan ARV. penelitian ini juga diperkuat oleh penelitian dari chyrest (2019) yang mengatakan bahwa perempuan mempunyai respon terhadap pengobatan HIV yang lebih baik dibandingkan laki-laki.

Banyaknya persentase jenis kelamin laki-laki menunjukkan adanya kesesuaian dengan data yang dilaporkan oleh Ditjen PP & PL Kemenkes RI tentang Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia yang melaporkan bahwa laki-laki lebih banyak terkena HIV daripada anak perempuan. (kemenkes RI 2014). selain

itu kebiasaan merokok dan mengkonsumsi alcohol pada laki-laki dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga lebih mudah terkena penyakit.

Laki-laki memiliki aktifitas yang lebih tinggi, dibandingkan perempuan, sehingga kemungkinan terpapar lebih besar terhadap berbagai penyakit dibandingkan perempuan dan menyebabkan mereka sering kurang patuh atau lupa untuk minum obat (Alfian U,2005). Laki-laki lebih berisiko untuk tidak patuh dan loss to follow up dalam menjalani terapi ARV, dikarenakan perempuan cenderung lebih memperhatikan masalah kesehatan dibandingkan laki-laki.

Dalam penelitian ini wanita diyakini untuk lebih patuh minum ARV 4,6 kali lebih besar dibandingkan laki-laki ini menunjukkan kesesuaian dengan teori dari (crofton J, 1999) yang menyatakan bahwa wanita lebih banyak melaporkan gejala penyakitnya dan berkonsultasi dengan dokter karena wanita cenderung memiliki perilaku yang lebih tekun daripada laki-laki.

4.3.4 Hubungan Pendidikan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=1.000$ ($p>0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Pendidikan yang tinggi dan tingkat kepatuhan ARV. Ada sebanyak 115 (48,9%) responden dengan tingkat Pendidikan Tamat SMA dan ada sebanyak 86 (36,6%) dengan tingkat Pendidikan tamat perguruan tinggi.

Hasil analisis multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara pendidikan dengan kepatuhan ARV dengan p value 1.000. Setelah dilakukan uji confounding, tidak ditemukan adanya perubahan $OR>10\%$ pada variable lain dengan demikian variabel pendidikan bukan confounding yang mempengaruhi Kepatuhan ARV pada ODHA.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (wasti SP,dkk.2012) bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan tingkat kepatuhan minum obat ARV pada ODHA. Data ini juga memberikan makna bahwa tingkat pendidikan tidak berpengaruh terhadap kepatuhan pasien dalam menjalani terapi ARV, karena rata-rata responden sudah mempunyai pendidikan

yang tinggi dimana pendidikan berperan dalam membentuk pengalaman dan pengetahuan seseorang (Hastuti, 2017). Pendidikan sangat penting dalam meningkatkan kepatuhan seseorang. Penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Rosanti (2013) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan minum obat ($p\text{-value}=0,325$).

Pengetahuan adalah faktor yang paling kuat dalam mempengaruhi kepatuhan. Dalam penelitian ini Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan rendah sampai perguruan tinggi memiliki kepatuhan yang sama . Tingkat pendidikan tidak berpengaruh terhadap kepatuhan dapat sebabkan adanya intervensi dari petugas kesehatan tentang manfaat patuh mengkonsumsi obat, sehingga baik tingkat pendidikan tinggi maupun pendidikan rendah berkeinginan sama tetap sehat dengan kepatuhan tinggi (Martoni ,2013).

Seseorang dengan tingkat pendidikan menengah akan mempunyai umur harapan hidup lebih tinggi dibandingkan dengan yang hanya lulus sekolah dasar. Demikian pula pada individu yang berhasil menyelesaikan pendidikan tinggi akan hidup lebih lama dibandingkan dengan pendidikan menengah (Reinberg ,2008). Hal ini terkait salah satunya dengan upaya-upaya yang dilakukan individu tersebut dalam menjaga kesehatannya dimana individu dengan tingkat pendidikan lebih baik akan melakukan upaya menjaga kesehatan secara lebih tepat dibandingkan dengan pendidikan yang lebih rendah. Pendidikan juga berdampak pada tingkat penghasilan, sehingga individu dengan pendidikan sedang akan mampu hidup dan tinggal dilingkungan yang lebih sehat dibandingkan individu dengan pendidikan dasar.

Pendidikan seseorang dapat meningkatkan kematangan intelektualnya sehingga dapat dan mampu membuat keputusan terbaik dalam menjaga status kesehatannya. Pendidikan yang tinggi akan memungkinkan individu memiliki kemampuan memahami potensi dari suatu keadaan untuk menimbulkan penyakit sehingga lebih memperhatikan usaha-usaha menjaga kesehatan (Notoatmodjo ,2003).

4.3.5 Hubungan Pekerjaan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=0.061$ ($p>0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Pekerjaan dan tingkat kepatuhan ARV . Hasil analisis multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara pekerjaan dengan kepatuhan ARV dengan *p value* 0,061. Setelah dilakukan uji confounding, ditemukan tidak ada perubahan $OR>10\%$ pada variable lain dengan demikian variabel pekerjaan bukan confounding yang mempengaruhi Kepatuhan ARV pada ODHA.

Penelitian yang sejalan dengan penelitian dari Ubra R (2012) dan Hansana V(2013) yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan kepatuhan terapi ARV.

Penelitian di Hongkong (lee, 2013), India (Kavita,2017) dan Etiopia (Bonger Z, 2018) memperlihatkan bahwa pasien tidak bekerja lebih patuh minum obat dibandingkan yang bekerja. Sedangkan penelitian di Amerika Serikat tahun 2014 pada pasien epilepsi menunjukkan pasien yang tidak bekerja memiliki kepatuhan yang lebih rendah dibandingkan pasien yang bekerja (Paschal AM, 2014).

Hubungan pekerjaan dengan kepatuhan pada pasien penyakit kronis dilihat dari dua sudut pandang. Pertama yakni ketersediaan dukungan keuangan pribadi yang mendukung dalam akses ke layanan medis dan pengobatan. Kedua yakni ketersediaan rutinitas pekerjaan sehari-hari untuk meningkatkan status kognitif dan fungsional pasien, hal ini berpengaruh dalam rutinitas kepatuhan berobat. Pekerjaan berhubungan terhadap kepatuhan disebabkan gaya hidup yang sibuk sehingga mempengaruhi aktivitas minum obat (Al Solami F, 2016).

Berbicara mengenai pekerjaan yaitu berbicara tentang tingkat kesibukan dan status ekonomi responden, dalam penelitian ini pekerjaan tidak merupakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan, hal ini disebabkan karena pengobatan yang diberikan pada pasien HIV-AIDS bersifat gratis dan tempat pelayanan kesehatan masih bisa dijangkau dengan menggunakan kendaraan bahkan jalan kakipun bisa.

Sehingga pasien yang miskin dan kaya sama-sama bisa mendapatkan pelayanan dan pengobatan yang sama tanpa dibedakan.

4.3.6 Hubungan Status Marital/ Pernikahan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=0,028$ ($p<0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Status pernikahan dengan tingkat kepatuhan ARV. Ada sebanyak 92 (39,1%) responden dengan status menikah dan ada sebanyak 143(60,9%) responden dengan status tidak menikah/janda/duda.

Nilai OR didapatkan 2,553 (1,153-5650) . hal ini menunjukkan ODHA yang menikah memiliki kecenderungan untuk patuh minum ARV 2,5 kali lebih besar dibandingkan dengan ODHA yang tidak menikah.. Selanjutnya juga diperoleh selang kepercayaan tidak mengandung nilai Odds Ratio 1 sehingga menunjukkan adanya hubungan antara status pernikahan dengan kepatuhan ARV pada taraf signifikansi 5%.

Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian dari (Yone WW ,dkk,2013) yang menyatakan bahwa ODHA yang berstatus single atau tidak menikah meningkatkan risiko 1,7 kali tidak patuh dalam menjalani terapi ARV jika dibandingkan dengan ODHA yang berstatus menikah atau mempunyai pasangan hidup.

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berintraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya, (Depkes RI,1988). Menurut pendapat Smet (1994) status perkawinan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi individu dalam mencari pengobatan, dimana orang yang belum atau diceraikan lebih banyak mencari pengobatan dari pada yang berstatus menikah. Dukungan suami/istri merupakan salah satu sumber dukungan sosial. Suami sebagai orang terdekat istri yang dapat memberikan kontribusi yang baik bagi kesehatan istri. Kehadiran orang terdekat dapat mempengaruhi emosional atau dapat memberikan efek perilaku bagi penerimanya (Larsen et al, 2004).

Dukungan suami/istri bermanfaat dalam meningkatkan kemampuan individu untuk mengakses informasi dan untuk mengidentifikasi serta menyelesaikan masalah kesehatan dan dukungan sosial juga berpengaruh positif terhadap kesehatan fisik, mental, dan sosial. Pendekatan yang lebih komprehensif dalam menentukan sumber dukungan yang efektif yaitu berasal dari orang-orang yang secara sosial sama dengan penerima dukungan (Heaney & Israel, 2008).

4.3.7 Hubungan Lama Terapi ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=1.000$ ($p>0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lama terapi ARV dan tingkat kepatuhan ARV. Ditemukan waktu terpanjang responden dalam terapi ARV dalam penelitian ini yaitu 240 bulan kira-kira sekitar 20 tahun lamanya.

Setelah dilakukan uji confounding, ditemukan tidak ada perubahan $OR>10\%$ pada variabel lain dengan demikian variabel lama terapi bukan confounding yang mempengaruhi Kepatuhan ARV pada ODHA.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Haryatiningsih,dkk (2017). Hasil dari penelitiannya adalah tidak adanya hubungan antara lamanya terapi ARV dengan kepatuhan minum obat pada anak HIV di Klinik Teratai, didapat bahwa nilai $p=0,94$ dan $r=-0,292$.

Menurut penelitian tentang Gambaran Kepatuhan Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dalam minum obat ARV di kota Bandung, yang menyatakan bahwa adanya faktor-faktor yang dapat menghambat tingkat kepatuhan penderita HIV yang salah satunya adalah kejenuhan. Biasanya kejenuhan mulai terjadi bila penderita HIV sudah 6 bulan minum obat ARV karena penderita HIV harus setiap hari minum obat dan sudah merasa bosan atau sudah merasa sehat(Sugiharti, dkk,2014)

Faktor kejenuhan penderita yang menjalani pengobatan atau meminum obat dan tingkat kesembuhan yang dicapai tidak sesuai dengan yang diharapkan juga dapat menjadi faktor dalam ketidakpatuhan. Lamanya terapi tidak mengakibatkan ketidakpatuhan responden untuk minum ARV pada Penelitian ini.

Hal ini terbukti dengan adanya pasien yang sudah hampir 20 tahun lamanya menjalankan terapi ARV namun tetap patuh dalam minum obat. lamanya responden dalam terapi ARV malah merupakan menjadi semangat bagi beberapa pasien karena mereka tetap merasa sehat dan bisa hidup lebih lama dari dugaan mereka sebelumnya.

Kebosanan itu wajar ketika kita menjalankan hal yang rutin dalam waktu yang lama. Karena minum obat terapi dengan teratur dan terus menerus itu penting, jadi kita perlu mengembangkan strategi agar kita dapat mengelola rasa bosan serta tantangan lain dalam mengkonsumsi obat tersebut. Ini dapat dilakukan oleh kita sendiri, maupun dengan bantuan orang-orang lain.

Pengobatan jangka panjang pada penderita HIV dan AIDS menyebabkan penderita bosan minum obat dan kontrol tepat waktu sehingga memutuskan waktu untuk pengobatan. Diharapkan kepada petugas kesehatan untuk mengajarkan manajemen stres pada penderita HIV dan AIDS. Supaya penderita yang menjalankan pengobatan tidak mengalami stress dan menyebabkan malas tuk minum obat.

Motivasi diri keinginan untuk dapat bertahan hidup dan tidak ingin sakit. Motivasi dari dalam diri ODHA untuk sembuh atau bertahan hidup merupakan faktor pendukung kepatuhan sehingga lamanya terapi diharapkan tidak mempengaruhi tingkat kepatuhan minum ARV pada ODHA.

4.3.8 Hubungan Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik/infeksi oportunistik (IO) Kesehatan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=0.381$ ($p>0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara penyakit penyerta (Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik/infeksi oportunistik (IO)) dan tingkat kepatuhan ARV .

Penelitian ini berbeda dengan yang dilakukan oleh Risha Fillah, dkk. (2010) dengan nilai signifikansi 0,049 ($<0,05$) yang berarti faktor infeksi oportunistik yang menyebabkan responden merasa kondisinya semakin parah berpengaruh secara signifikan terhadap tingkat kepatuhan pengobatan ARV.

Infeksi oportunistik (IO) adalah infeksi yang mengambil kesempatan dari kelemahan dalam pertahanan kekebalan tubuh manusia. Adanya infeksi oportunistik atau penyakit lain menyebabkan penambahan jumlah obat yang harus diminum. Ada sebesar 62% ODHA yang mempunyai penyakit penyerta nya berupa TB paru dari keseluruhan yang memiliki IO. Dan ini sesuai dengan pernyataan dari NSW Health Factsheet – Indonesian dalam The connection between TB and HIV , Dari 40 juta orang yang diperkirakan sedang hidup dengan HIV atau AIDS, kurang lebih 13 juta juga menderita TBC.

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu infeksi paling sering pada penderita HIV/AIDS. Akibat kerusakan cellular immunity oleh infeksi HIV menyebabkan berbagai infeksi oportunistik, seperti TB. Angka kematian akibat infeksi TB pada penderita HIV lebih tinggi, TB merupakan penyebab kematian tersering (30-50%) pada penderita HIV/AIDS. HIV tidak hanya membuat diagnosis TB menjadi sulit, tetapi juga meningkatkan insidens TB. Angka kejadian TB lebih besar pada orang dengan HIV dibandingkan pada orang tanpa HIV(Narain P dkk, 2004). Dibandingkan dengan orang tanpa HIV, ODHA mempunyai risiko 20 kali untuk menderita TB dan risiko ini akan terus meningkat seiring dengan kadar CD4 yang menurun secara drastic Penurunan CD4 yang terjadi dalam perjalanan penyakit infeksi HIV akan mengakibatkan reaktivasi kuman TB yang dorman (Padmapriyadarsini C dkk, 2017).

Tuberkulosis merupakan infeksi oportunistik tersering (40%) pada infeksi HIV dan menjadi penyebab kematian paling tinggi pada ODHA (WHO, 2011). Infeksi TB dan HIV saling berhubungan, HIV menyebabkan progresivitas infeksi TB menjadi TB aktif, sebaliknya infeksi TB membantu replikasi dan penyebaran HIV serta berperan dalam aktivasi infeksi HIV yang laten(Sandhu,dkk,2013). Sebagian besar orang yang terinfeksi kuman TB tidak menjadi sakit TB karena mempunyai sistem imun yang baik, dan dikenal sebagai infeksi TB laten. Infeksi TB laten tersebut tidak infeksius dan asimtomatis, namun dengan mudah dapat berkembang menjadi TB aktif pada orang dengan sistem imun yang menurun, seperti pada ODHA (kemenkes RI, 2012).

Berdasarkan perkiraan WHO, jumlah pasien ko-infeksi TB-HIV di dunia adalah sebanyak 14 juta orang, dengan 3 juta pasien terdapat di Asia Tenggara.

Epidemi HIV sangatlah berpengaruh pada meningkatnya kasus TB sehingga pengendalian TB tidak akan berhasil dengan baik tanpa upaya pengendalian HIV (kemenkes RI, 2012).

Hasil analisis multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik (IO) dengan kepatuhan ARV dengan *p value* 0,381. Setelah dilakukan uji confounding, ditemukan ada perubahan $OR > 10\%$ pada variable lain dengan demikian variabel Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik/infeksi oportunistik (IO) merupakan confounding yang mempengaruhi Kepatuhan ARV pada ODHA.

4.3.9 Hubungan Efek Samping ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=0,030$ ($p < 0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Efek samping ARV dengan tingkat kepatuhan ARV. Nilai OR didapatkan 9,1 (0.015-0.823) ini menunjukkan bahwa ODHA yang tidak memiliki efek samping cenderung untuk patuh 9,1 kali lebih besar dibandingkan dengan ODHA yang memiliki efek samping terhadap ARV. Adapun efek samping yang paling banyak dirasakan ODHA pada penelitian ini yaitu berupa pusing (54,5%) lalu diikuti mual dan muntah (28,9 %). Dari hasil penelitian banyaknya responden yang merasakan gejala efek samping lebih dari 3 gejala sebanyak 48%.

Penelitian yang sejalan dengan penelitian dari Fachri Latif, dkk (2014) riwayat tidak merasakan efek samping obat secara signifikan berhubungan dengan kepatuhan pengobatan antiretroviral. ODHA yang tidak pernah merasakan efek samping obat antiretroviral dalam sebulan memiliki kemungkinan 13 - 14 kali untuk patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan yang merasakan efek samping obat. Hasil tersebut konsisten dengan penelitian Ayalu dan Biadgilign (2012) yang mengungkapkan bahwa pasien yang tidak mengalami efek samping obat akan 13 kali lebih patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan yang sering merasakan efek samping obat antiretroviral. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian Okki R.2010 yang menyelidiki tentang pengaruh efek samping obat dengan kepatuhan minum obat ODHA terapi antiretroviral lini pertama di Rumah

Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta dan berhasil mengungkapkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara efek samping obat dengan kepatuhan pengobatan antiretroviral pasien HIV.

Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan dan ketidakpatuhan seseorang dalam mengonsumsi obat antiretroviral adalah karena merasakan reaksi efek samping obat yang mengganggu dan berlangsung cukup lama (amberbir,dkk. 2008). Reaksi hipersensitivitas atau efek samping yang berlebihan karena obat lebih sering terjadi pada pasien HIV dibandingkan dengan populasi umum. Alasan mengapa penderita HIV mengalami reaksi hipersensitivitas efek samping lebih sering bersifat banyak faktor, seperti faktor hiperaktivasi imunitas, perubahan dalam metabolisme obat, obat yang bersangkutan dipakai dengan keadaan perut kosong, stres oksidatif, dan predisposisi genetik. Jika tubuh kita lebih kecil daripada rata-rata, kita mungkin mengalami lebih banyak efek samping, semakin tinggi takaran obat yang dipakai, semakin berat efek sampingnya.. Juga, jika tubuh kita menguraikan obat lebih lambat dari yang sewajarnya, tingkat obat dalam darah kita dapat lebih tinggi, dan hal ini lebih mungkin mengakibatkan efek samping. (Nursalam,2001).

Efek samping obat umumnya terjadi dalam tiga bulan pertama, namun tidak semua ODHA akan mengalami efek samping setelah minum obat antiretroviral. Efek samping yang dirasakan oleh responden dari hasil wawancara yaitu mengalami mual, muntah, dan pusing. Sebagian besar responden menyatakan tetap meminum ARV ketika mengalami efek samping karena sudah merasa terbiasa. Seperti obat lain pada umumnya, ARV juga memiliki beberapa efek samping, namun tetap bisa ditangani. Karena menimbulkan efek samping, beberapa orang mungkin akan enggan untuk terus meminum ARV. Namun penting untuk diingat, hingga saat ini, konsumsi ARV merupakan satu-satunya cara untuk membantu Anda tetap dapat beraktivitas dan memiliki hidup yang berkualitas.

Adanya efek samping ini merupakan salah satu penyebab terjadinya ketidakpatuhan dalam terapi ARV. Namun hal ini bisa berkurang dengan adanya penyuluhan terhadap penderita sebelumnya, sehingga penderita akan mengetahui

lebih dahulu tentang efek samping obat dan tidak cemas apabila pada saat pengobatan terjadi efek samping obat (Suryatenggara W, 1990)

Hasil analisis multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna secara statistik antara efek samping dengan kepatuhan ARV dengan *p value* 0,030. Setelah dilakukan uji confounding, ditemukan ada perubahan $OR > 10\%$ pada variable lain, Dari permodelan akhir didapat variabel yang signifikan berhubungan dengan kejadian Kepatuhan ARV pada ODHA dikota Palembang adalah Efek Samping.

4.3.10 Hubungan Akses Mendapatkan ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=0.693$ ($p > 0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Akses obat ARV dan tingkat kepatuhan ARV.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Yaya L,dkk (2013) yang menyimpulkan bahwa jarak ke fasilitas kesehatan tidak berhubungan signifikan dengan kepatuhan terapi ARV. Beberapa hasil penelitian yang tidak sejalan dengan penelitian ini dikarenakan penentuan jarak yang berbeda dengan penelitian ini bisa dikarenakan karakteristik wilayah yang berbeda, dimana hasil penelitian tersebut menyimpulkan bahwa jarak rumah ke layanan kesehatan mempunyai hubungan yang sangat signifikan dengan kepatuhan terapi ARV pada ODHA. Di Afrika Selatan, ODHA di Kwazulu Natal rumah yang berjarak 1 – 20 km dari fasilitas pelayanan kesehatan, pemanfaatan meningkat sekitar 2%, sedangkan untuk yang berjarak 50 km yang mengakses hanya sekitar 50%.

Sebagian besar masyarakat Indonesia mencari pelayanan yang mudah dan terjangkau dari wilayah sekitarnya, adanya akses kendaraan yang mudah dan dengan tarif yang mahal membuat suatu pilihan tersendiri untuk pelayanan kesehatan. Penderita penyakit yang memerlukan waktu kunjungan yang banyak artinya harus bolak balik ke Rumah sakit akan mempengaruhi dari kondisi keuangan. Ada alasan bahwa pasien tidak dapat control ke Rumah Sakit karena tidak adanya ongkos sehingga akan mempengaruhi kepatuhan pasiennya untuk berobat.

Akomodasi/akses merupakan suatu hal penting dalam mengakses suatu fasilitas pelayanan kesehatan memungkinkan seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hal ini dapat dijelaskan dari persepsi sehat dan sakit, dimana pada seseorang merasa sakit dia akan mencari pengobatan sampai ketempat yang dianggap dapat memberikan kesembuhan atas sakitnya. Tersedianya sarana transportasi dengan jarak yang mudah untuk ditempuh akan memberi kemudahan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jarak rumah untuk menjangkau fasilitas kesehatan atau puskesmas bukan merupakan faktor penentu ketidakpatuhan penderita dalam pengobatan, hal ini disebabkan lokasi Puskesmas yang ada di kota Palembang dapat terjangkau dengan mudah karena sarana angkutan dan transportasinya lancar.

Hasil analisis multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara akses jarak ARV dengan kepatuhan ARV dengan *p value* 0,693. Setelah dilakukan uji confounding, ditemukan tidak ada perubahan $OR > 10\%$ pada variable lain dengan demikian variabel akses layanan ARV bukan merupakan confounding yang mempengaruhi Kepatuhan ARV pada ODHA.

4.3.11 Hubungan Stigma Negatif yang dialami dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=0.690$ ($p > 0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara stigma negative dan tingkat kepatuhan ARV .

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ubra, 2012 dengan nilai P-value 0,09, bahwa tidak ada hubungan antara stigma terhadap Kepatuhan ARV pada pasien HIV di Mimika, Papua. Penelitian ini tidak sejalan dengan Hasil penelitian yang dilakukan Romi, Idayat (2020) Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara stigma diri ($p.value=0,000$) dengan kepatuhan ODHA menjalani terapi ARV .

Stigma terhadap ODHA adalah suatu sifat yang menghubungkan seseorang yang terinfeksi HIV dengan nilai-nilai negatif yang diberikan oleh

mereka (masyarakat). Stigma membuat ODHA diperlakukan secara berbeda dengan orang lain. Diskriminasi terkait HIV adalah suatu tindakan yang tidak adil pada seseorang yang secara nyata atau diduga mengidap HIV (Herek, 2002). Sedangkan diskriminasi adalah perilaku atau tindakan yang dilakukan.

Dalam penelitian ini bentuk stigma yang dialami oleh beberapa ODHA Sebagian besar berupa sikap dikucilkan oleh lingkungan sekitar 52% dan dihina sebesar 23 %. Stigma dan diskriminasi terlahir dari pandangan negatif terhadap orang atau kelompok tertentu yang dianggap mempunyai sesuatu yang tidak baik. Stigma tersebut membuat ODHA mudah merasa bersalah dan menerima penolakan lingkungan sekitarnya. Hingga akhirnya, diskriminasi dapat terjadi pada di masyarakat sekitar tempat tinggal, maupun di tempat kerja (Said s, 2014). Mengingat adanya pengaruh stigma yang akan berdampak pada kualitas hidup ODHA, maka perlu adanya upaya pengembangan program promosi kesehatan untuk menurunkan stigma baik dari level keluarga, masyarakat, maupun institusional. Beberapa intervensi yang dapat dilakukan untuk mengurangi stigma yang ada di masyarakat diantaranya mengubah sikap individu terhadap ODHA dan mereka yang terkena dampak epidemi melalui kampanye media yang mempromosikan toleransi dan kasih sayang.

Pada beberapa penelitian menemukan bahwa sejumlah besar pasien HIV yang mendapatkan 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. (Yayasan Spiritia.)

Hasil analisis multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara stigma negative dengan perkembangan kepatuhan ARV dengan *p value* 0,690. Setelah dilakukan uji confounding, tidak ditemukan ada perubahan $OR > 10\%$ pada variable lain dengan demikian variabel stigma negative bukan merupakan confounding yang mempengaruhi Kepatuhan ARV pada ODHA.

4.3.12 Hubungan Dukungan Komunitas Sebaya (KDS) /Berbagi dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=1.000$ ($p>0.05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Dukungan Komunitas Sebaya dan tingkat kepatuhan ARV .

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ritonga dkk (2016) yang mendapatkan hubungan yang negatif antara dukungan sosial/sebaya dengan kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV. Peran KDS adalah memberikan dukungan motivasi, mengurangi stigma dan tindakan diskriminasi serta meningkatkan mutu hidup ODHA dan kepatuhan dalam mengkonsumsi ARV, melakukan kunjungan rumah.

Pasien yang memiliki dukungan sosial kurang disebabkan karena responden ingin menyembunyikan statusnya sebagai ODHA baik ke pihak keluarga, teman dan lingkungannya karena khawatir akan dikucilkan. Selain itu, dengan adanya faktor risiko penularan berupa LSL (Lelaki Suka Lelaki) maka pasien enggan membuka status ODHA nya, sebab takut belum tentu diterima oleh lingkungannya. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Joseph Kwong-Leung Yu dkk di Malawi namun terdapat perbedaan aspek pada bentuk dukungan sosial yakni saran dari keluarga pasien untuk menghentikan terapi ARV sebesar 11%. Menurut asumsi peneliti dukungan keluarga tidak didapatkan pada ODHA karena selain kurangnya informasi terkait ARV, ODHA juga menyembunyikan status HIV nya .

Dengan semakin banyak ODHA maka tempat layanan dan dukungan untuk ODHA perlu dikembangkan. 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 RI, 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.

Hasil analisis multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara Dukungan social teman sebaya dengan kepatuhan ARV dengan *p value* 1,000. Setelah dilakukan uji confounding, ditemukan tidak ada perubahan $OR > 10\%$ pada variable lain dengan demikian variabel Dukungan social teman sebaya bukan merupakan confounding yang mempengaruhi Kepatuhan ARV pada ODHA.

4.3.13 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=0.340$ ($p > 0.05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Dukungan Keluarga dan tingkat kepatuhan ARV. Persentase keluarga yang tidak pernah mendampingi responden dalam perawatan yakni sebesar 50,6%. Hal ini menunjukkan dukungan keluarga yang masih rendah dalam pengobatan ARV. Hasil analisis multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara dukungan keluarga dengan kepatuhan ARV dengan *p value* 0,340. Setelah dilakukan uji confounding, tidak ditemukan ada perubahan $OR > 10\%$ pada variable lain dengan demikian variabel umurdukungan keluarga bukan merupakan confounding yang mempengaruhi Kepatuhan ARV pada ODHA.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya Beberapa studi terdahulu mencatat bahwa dukungan sosial merupakan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan (Kgatlwane, et al., 2006; Vyavaharkar, et al., 2007).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Sugiharti bahwa salah satu faktor penghambat kepatuhan dalam minum ARV disebabkan karena ketakutan. Bagi ODHA yang sudah diketahui statusnya oleh keluarga dan keluarganya dapat menerima kondisi mereka, maka faktor keluarga

biasanya menjadi pendukung utama. Biasanya orang tua, suami/istri, anak menjadi orang-orang terdekat yang mengingatkan untuk minum obat. Keluarga dalam hal ini bisa berfungsi menjadi pengawas minum obat (PMO) bagi ODHA. Akan tetapi, ada kondisi keluarga yang justru menghambat kepatuhan misalnya takut diketahui pasangannya sebagai ODHA sehingga menjadi berhenti minum obat.

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang menentukan kepatuhan minum obat. Pada umumnya sebagian besar penderita HIV/AIDS selalu mengalami depresi Psikologis sehingga sangat membutuhkan motivasi yang tinggi dari orang di sekitarnya, dan keluarga merupakan orang terdekat yang sangat besar kontribusinya untuk memberikan motivasi. Keluarga mengambil peran untuk memberikan dukungan seperti : mengingatkan untuk rutin minum obat ARV secara teratur, memberikan atau mencarikan informasi terkait dengan HIV/AIDS dll. Kedekatan berupa dukungan keluarga ini akan dapat menghilangkan depresi dan perasaan terkucilkan serta keberadaan statusnya yang menyebabkan ketidakpatuhan minum ARV.

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 1998),

Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit bagi anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, dukungan ini dapat diberikan secara langsung yang meliputi dari dukungan informasional, penilaian, instrumental, dan emosional. Dukungan ini bersifat memfasilitasi yang diperlukan anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, memberi bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi oleh anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, dan mendengarkan segala keluhan yang di rasakan oleh anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan (Setiadi, 2008).

Dukungan suami/istri/keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan suami/istri/keluarga merupakan segala bentuk keterlibatan berupa dukungan instrumental, dukungan emosional, dukungan penghargaan dan dukungan informative. Dukungan suami/istri/keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tenteram apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya, karena dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan lebih baik, serta penderita mau menuruti saran-saran yang diberikan oleh keluarga untuk menunjang pengelolaan penyakitnya.

Namun demikian, data pada penelitian ini tidak menunjukkan hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan. Hal ini dimungkinkan karena faktor keterbukaan status HIV positif, dimana pada penelitian ini ditemukan bahwa sebagian responden masih menutupi status HIV-nya ke keluarga dan lingkungan sekitar, tidak siap untuk membuka statusnya kepada orang lain karena masih tingginya persepsi stigma.

Jika status HIV masih ditutupi, maka dukungan yang diberikan oleh keluarga dan masyarakat akan terbatas dan menyebabkan pasien terbatas dalam mengakses sumber-sumber baik yang ada di keluarga maupun di lingkungan sosialnya, sehingga sering menjadi hambatan dalam menjaga kepatuhan. Ketidaksiapan pasien bukan merupakan dasar untuk tidak memberikan ARV, untuk itu klien perlu didukung agar mampu menghadapi kenyataan dan menentukan siapa yang perlu mengetahui statusnya.

4.3.14 Hubungan Pengetahuan tentang ARV dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=0.384$ ($p>0.05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Pengetahuan dan tingkat kepatuhan ARV. Penelitian ini sejalan dengan hasil

penelitian Wijaya (2011) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara pengetahuan pasien HIV terhadap kepatuhan minum obat ($p\text{-value}=0,05$).

Penelitian ini hasil yang tidak sejalan pada penelitian Mahardining pada tahun 2010. Pada penelitian tersebut sampel penelitian adalah 22 orang dimana terdapat hubungan yang bermakna antara variabel pengetahuan dengan variabel kepatuhan dengan hasil uji statistiknya adalah $p = 0,026$, nilai p dibawah nilai $\alpha = 0,05$ yang berarti memiliki hubungan.

Namun demikian, data pada penelitian ini tidak menunjukkan hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan. Hal ini dimungkinkan karena faktor kepercayaan mereka Sebagian besar ODHA 97,4 % mempercayai bahwa dengan meminum obat ARV, hidup mereka akan bertahan lebih lama.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang akan kepatuhan berobat. Berdasarkan pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pengetahuan penderita, maka semakin tinggi pula tingkat kepatuhan berobat penderita itu sendiri. Pengetahuan adalah sesuatu yang penting dan perlu akan tetapi bukan merupakan faktor yang cukup untuk merubah sikap yang baik. Perubahan perilaku dapat terjadi karena pengalaman seseorang, dimana pengalaman yang didapat dari lingkungan sekitar tersebut diketahui, diyakini, sehingga menimbulkan motivasi dan niat untuk bertindak, dan akhirnya terjadilah perwujudan niat tersebut yang berupa perilaku (Kasjono, 2016). Sama halnya dengan kepatuhan, ODHA akan patuh minum obat bila didukung oleh pengetahuan yang di dapat dari pengalaman dan lingkungan sekitar.

Selain dari tingkat pendidikan responden, pengetahuan juga dipengaruhi oleh motivasi terhadap rasa ingin tahu pada sesuatu tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang akan kepatuhan berobat. Semakin tinggi tingkat pengetahuan penderita, maka semakin tinggi pula tingkat kepatuhan berobat penderita itu sendiri.

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. 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 etiket berobat ditulis untuk semua tingkat melek huruf (Joene Hendry, 2007).

Hasil analisis multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara Pengetahuan dengan kepatuhan ARV dengan *p value* 0,384. Setelah dilakukan uji confounding, tidak ditemukan ada perubahan $OR > 10\%$ pada variable lain dengan demikian variabel pengetahuan bukan merupakan confounding yang mempengaruhi Kepatuhan ARV pada ODHA.

4.3.15 Hubungan Fasilitas Layanan Kesehatan dengan Kepatuhan Terapi ARV pada ODHA di Kota Palembang

Berdasarkan hasil penelitian uji *chi square* didapatkan $p=1.000$ ($p > 0.05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara fasilitas layanan Kesehatan dan tingkat kepatuhan ARV . ada sebanyak 97,9% responden yang merasakan jika petugas CST tanggap dan cekatan . dan ada sebanyak 99,1% merasakan bahwa petugas bersikap ramah kepada mereka pada saat melakukan kunjungan.

Sebagian besar responden menyatakan bahwa pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan sudah baik dan tidak ada kekurangan. Adanya pelayanan kesehatan yang baik hendaknya tidak menjadi hambatan bagi individu untuk dapat menikmati pelayanan kesehatan. Kegiatan perawatan, dukungan, dan pengobatan (PDP) bagi ODHA dapat diperoleh di rumah sakit, puskesmas dan tempat yang telah ditunjuk oleh pemerintah.

Kota Palembang mempunyai 8 fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan menyediakan PDP. Pelaksanaan PDP dapat dengan mudah diakses apabila telah melalui Voluntary counselling test (VCT), karena VCT merupakan pintu masuk yang penting untuk pencegahan sekaligus jembatan untuk mengakses layanan manajemen kasus bagi ODHA dengan tujuan agar tidak menularkan kepada orang lain. Pemanfaatan pelayanan pada penderita HIV/AIDS merupakan

salah satu bentuk perilaku mencari pelayanan kesehatan. Menurut Wahyunita (2014), petugas kesehatan memiliki pengaruh bagi masyarakat dalam memanfaatkan suatu pelayanan kesehatan. Pengaruh tersebut dapat berupa dukungan petugas kesehatan yang menjadi faktor pendorong dalam pemanfaatan klinik VCT. Dukungan tenaga kesehatan khususnya dalam bentuk dukungan informasi baik berupa informasi tentang cara penularan HIV dan pencegahannya, serta memberikan motivasi kepada masyarakat guna melakukan pemeriksaan HIV secara sukarela.

Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Suatu penjelasan penyebab penyakit dan bagaimana pengobatan dapat meningkatkan kepatuhan, semakin baik pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, semakin teratur pula klien melakukan kunjungan ulang (follow up). Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa interaksi tenaga kesehatan dengan penderita sangat erat hubungannya dengan kepatuhan berobat karena dengan komunikasi yang baik akan meningkatkan keakraban antara dokter atau perawat dengan penderita yang membuat penderita mendapatkan kepuasan tersendiri saat berobat dan cenderung untuk berobat secara teratur.

Menurut Iash (2006) Kualitas pelayanan medis berpengaruh terhadap kepatuhan. Penelitian Dinicola dan Dimatteo dalam Niven (2002) tentang faktor-faktor interpersonal yang mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan menunjukkan sensitivitas dokter dan perawat terhadap komunikasi verbal dan non verbal pasien akan menghasilkan suatu kepatuhan sehingga akan menghasilkan kepuasan. Menurut peneliti, meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Suatu penjelasan penyebab penyakit dan bagaimana pengobatan dapat meningkatkan kepatuhan, semakin baik pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, semakin teratur pula klien melakukan kunjungan ulang (follow up).

Hasil analisis multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara fasilitas layanan kesehatan dengan kepatuhan ARV dengan *p value* 1.000. Setelah dilakukan uji confounding,

tidak ditemukan ada perubahan $OR > 10\%$ pada variable lain dengan demikian variabel fasilitas layanan kesehatan merupakan confounding yang mempengaruhi Kepatuhan ARV pada ODHA.

4.4 Kekuatan dan Keterbatasan penelitian

4.4.1. Kekuatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain cross sectional yang memiliki keuntungan besar dibandingkan desain kasus lainnya yang didasarkan pada sampel populasi umum, tidak hanya sebatas orang yang dalam perawatan medis. Desain ini juga memiliki keunggulan antara lain mudah dilaksanakan, sederhana, ekonomis, dalam hal waktu, hasilnya dapat diperoleh dengan cepat dan dapat mengamati hubungan berbagai variabel yang ada. Disamping itu dalam waktu yang bersamaan dapat mengumpulkan banyak variabel, baik variabel resiko maupun variabel efek (Bustan, 2006).

Penelitian dilakukan tersebar di beberapa titik layanan CST yang ada dikota Palembang dan diambil dengan Teknik proporsi sampel per layanan dimana mereka bisa mendapatkn layanan ARV. Jumlah sampel sebanyak 235 orang diharapkan bisa memberikan gambaran untuk mewakili seluruh ODHA yang mendapatkan terapi ARV di kota Palembang.

4.4.2. Keterbatasan penelitian

Dalam pelaksanaan penelitan dilapangan terdapat beberapa keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti. Adapun keterbatasan tersebut diantaranya yaitu keadaan responden tidak tenang dan terburu-buru ketika dilakukan wawancara ditempat layanan ARV karena takut status HIV/AIDS mereka diketahui teman-teman disekitar sehingga responden menjadi kurang terbuka. Metode penelitian tidak menggunakan mix methode antara kualitatit dan kuantitatif. Pada penelitian yang di lakukan, terdapat hambatan yang cukup mempengaruhi kelancaran penelitian.

Hambatan tersebut antara lain :

Peneliti cukup kesulitan untuk melakukan pendekatan kepada informan utama dan kemudian melakukan wawancara tentang penelitian yang ingin dilakukan. Karena ada beberapa responden yang menolak untuk diwawancarai karena merasa ketakutan status HIV mereka diketahui.

Solusi yang digunakan untuk mengatasi hambatan tersebut antara lain :

1. Peneliti bekerja sama dengan LSM sekaligus penjangkau lapangan para informan utama sebagai fasilitator untuk melakukan pendekatan kepada informan utama dan melakukan wawancara di penelitian.
2. Peneliti berupaya untuk mengikuti prosedur administrasi yang ada di beberapa layanan ARV
3. Peneliti melakukan komunikasi dengan fasilitator/ Koordinator lapangan untuk menentukan kapan melakukan pertemuan dengan informan utama.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Berdasarkan data karakteristik demografi orang diketahui sebagian besar ODHA 83% berjenis kelamin laki-laki dan mayoritas berusia 26-45 tahun sebesar 72,3%. Untuk Pendidikan ODHA mayoritas tamat SMA sebesar 48,9% dengan pekerjaan Sebagian besar adalah Wiraswasta sebanyak 34,5% dan mayoritas 54% ODHA belum menikah/ tidak menikah.
2. Sebanyak 83% ODHA yang sedang dalam terapi ARV dikota Palembang berada dalam kategori patuh yang hanya melupakan dosis minum ARV < dari 3 dosis (>95%) dalam waktu 1 bulan terakhir dan sebanyak 17% ODHA dalam kategori tidak patuh dalam terapi ARV. 36% ODHA dalam keadaan sibuk dan lupa sehingga menyebabkan mereka menunda dan lupa minum obat.
3. Ditemukan adanya peningkatan kepatuhan dari hasil penelitian ini, sebesar 30% dari tahun 2017. Diduga terkait diperolehnya persentase pengetahuan yang tinggi tentang ARV sebesar 87,7% , kemudahan akses ARV 76,2% dan fasilitas layanan Kesehatan 98,7%.
4. ODHA dengan kategori tidak patuh mengakibatkan menurunnya daya tahan tubuh, timbulnya infeksi oportunistik yang bisa menyebabkan mereka rentan memasuki stadium lanjut menuju AIDS bahkan kematian sekalipun.
5. Factor yang mempunyai hubungan yang paling bermakna terhadap kepatuhan ARV pada ODHA dikota Palembang adalah efek samping. ODHA yang tidak memiliki efek samping cenderung untuk patuh 9,1 kali lebih besar dibandingkan dengan ODHA yang memiliki efek samping terhadap ARV.
6. Efek samping pada ODHA meliputi pusing 54,5% lalu diikuti mual dan muntah 28,9 % dan 48% responden merasakan lebih dari 3 gejala efek samping. Alasan mengapa penderita HIV mengalami reaksi hipersensitivitas efek samping lebih sering bersifat banyak faktor, seperti faktor hiperaktivasi

imunitas, perubahan dalam metabolisme obat, obat yang bersangkutan dipakai dengan keadaan perut kosong, stres oksidatif, dan predisposisi genetika, Jika tubuh kita lebih kecil daripada rata-rata, kita mungkin mengalami lebih banyak efek samping, semakin tinggi takaran obat yang dipakai, semakin berat efek sampingnya.. Juga, jika tubuh kita menguraikan obat lebih lambat dari yang sewajarnya, tingkat obat dalam darah kita dapat lebih tinggi, dan hal ini lebih mungkin mengakibatkan efek samping.

7. Ada hubungan antara Jenis kelamin terhadap kepatuhan ARV. ODHA dengan jenis kelamin perempuan memiliki kecenderungan untuk patuh minum ARV 4,6 kali lebih besar daripada ODHA dengan jenis kelamin laki-laki.
8. ODHA dengan jenis kelamin laki-laki Menunjukkan tingkat kepatuhan yang rendah karena kebiasaan merokok dan mengkonsumsi alcohol yang dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga lebih mudah terkena penyakit. Laki-laki memiliki aktifitas yang lebih tinggi , dibandingkan perempuan, sehingga kemungkinan terpapar lebih besar terhadap berbagai penyakit dibandingkan perempuan dan menyebabkan mereka sering kurang patuh atau lupa untuk minum obat Laki-laki lebih berisiko untuk tidak patuh dan loss to follow up dalam menjalani terapi ARV, dikarenakan perempuan cenderung lebih memperhatikan masalah kesehatan dibandingkan laki-laki. Wanita lebih banyak melaporkan gejala penyakitnya dan berkonsultasi dengan dokter karena wanita cenderung memiliki perilaku yang lebih tekun daripada laki-laki.
9. Ada hubungan antara Status marital terhadap kepatuhan ARV .ODHA yang menikah memiliki kecenderungan untuk patuh minum ARV 2,6 kali lebih besar daripada ODHA yang tidak sedang menikah.
10. ODHA dengan status menikah Menunjukkan tingkat kepatuhan yang tinggi dan sebaliknya Kehadiran orang terdekat dapat mempengaruhi emosional atau dapat memberikan efek perilaku bagi penerimanya. Dukungan suami/istri bermanfaat dalam meningkatkan kemampuan individu untuk mengakses informasi dan untuk mengidentifikasi serta menyelesaikan masalah kesehatan.

11. Dari hasil uji *confounding*, didapatkan bahwa variabel Umur ODHA, Pekerjaan ODHA, Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik, merupakan variabel *confounding* yang mempengaruhi kejadian Kepatuhan ARV pada ODHA di kota Palembang.
12. Variabel Umur ODHA bisa menjadi factor compounding yang mempengaruhi kepatuhan ARV Hal ini dikarenakan kematangan berpikir analitik yang meningkat, semakin kritis seiring dengan peningkatan umur dan pengalaman hidup. Namun hal sebaliknya bisa terjadi, bisa saja mereka yang usia muda lebih patuh dari usia tua atau sebaliknya usia tua lebih patuh dari usia muda. Adanya persentase responden yang tidak patuh pada usia muda hal ini bisa disebabkan karena pada usia muda mereka mempunyai mobilisasi yang tinggi seperti kuliah, travelling, bekerja atau merantau ke daerah lain, sehingga waktu pengambilan obatnya menjadi tidak teratur bahkan bisa menyebabkan loss to follow up terapi.
13. Variabel Pekerjaan ODHA bisa menjadi factor compounding yang mempengaruhi kepatuhan ARV, Pekerjaan berhubungan terhadap kepatuhan disebabkan gaya hidup yang sibuk sehingga mempengaruhi aktivitas minum obat, orang dengan pekerjaan yang sibuk bisa melalaikan waktu makan nya bahkan waktunya minum obat.
14. Variabel Komorbiditas/ Infeksi Oportunistik, bisa menjadi factor compounding yang mempengaruhi kepatuhan ARV, Adanya infeksi oportunistik atau penyakit lain menyebabkan penambahan jumlah obat yang harus diminum, penambahan obat yang diminum bisa jadi mengakibatkan efek samping yang banyak pula adanya, kombinasi obat yang banyak bisa menyebabkan perubahan pada kepatuhan berobat.

5.2 Saran

5.2.1 Saran Konsepsional

- a. Hendaknya memasang suatu alarm atau pengingat tersendiri dalam meminum ARV nya sehingga tidak menyebabkan ketidakpatuhan ARV yang disebabkan oleh lupa Bagi ODHA dengan status HIV yang bersifat masih rahasia terhadap keluarga, berstatus belum menikah/ tidak menikah dan tidak ada seseorang yang mengingatkan untuk meminum obat .
- b. Bagi ODHA yang masih merahasiakan status kepada keluarga nya hendaknya untuk menjaga diri dan keluarga terkait pencegahan dan penularan HIV terhadap keluarga
- c. Seperti obat lain pada umumnya, ARV juga memiliki beberapa efek samping, namun tetap bisa ditangani. Karena menimbulkan efek samping, beberapa orang mungkin akan enggan untuk terus meminum ARV. Namun penting untuk diingat, hingga saat ini, konsumsi ARV merupakan satu-satunya cara untuk membantu Anda tetap dapat beraktivitas dan memiliki hidup yang berkualitas.
- d. Cara mengatasi efek samping ARV dengan konsumsi ARV dalam keadaan perut kosong dan saat jam mau tidur, mengonsumsi porsi makanan yang lebih kecil beberapa kali dalam sehari daripada 3 porsi besar, memperbanyak minum air putih dan buah-buahan serta konsumsi makanan hambar seperti nasi putih dan crackers. Selain itu, hindari makanan yang berlemak dan pedas.
- e. Untuk ODHA dengan infeksi oportunitis (IO) terutama TB paru yang sudah menjalani pengobatan ARV dan kemudian terdiagnosis menderita TBC harus melanjutkan pengobatan ARV dan memulai terapi OAT sesegera mungkin karena berkaitan dengan meningkatnya morbiditas dan mortalitas.
- f. ODHA diharapkan tetap melakukan terapi ARV dengan baik dan tidak melupakan dosis obat yang ada sehingga tidak terjadi resistensi obat ARV.
- g. Keluarga Responden dalam menjalani pengobatan diharapkan agar aktif mengikuti penyuluhan dan seminar tentang kesehatan yang berkaitan dengan penyakit HIV, sehingga keluarga dapat mengaplikasikan ilmu dan bisa memberikan perhatian penuh, agar ODHA tidak merasa di

diskriminasi. Sehingga mereka tetap nyaman dan terus patuh menjalani pengobatan.

- h. Menjalin komunikasi yang baik dengan petugas kesehatan maupun Lembaga Swadaya Masyarakat agar segala informasi dapat sampai pada tujuannya dengan baik dan diharapkan agar lebih percaya diri dan semangat dalam menjalani pengobatan sehingga diharapkan untuk tetap patuh serta memanfaatkan akses layanan yang telah tersedia dan melakukan banyak kegiatan yang positif untuk membantu sesama.

5.2.2 Saran Praktisi

5.2.2.1 Kepada Pihak Layanan Kesehatan

- a. Diharapkan agar melakukan intervensi kepatuhan dengan selalu berkomunikasi dan memberikan penjelasan mengenai apa saja Efek samping yang akan diperoleh selama terapi ARV dan bagaimana cara mengatasi efek samping pada ODHA yang menjalani terapi,
- b. Hendaknya melakukan Manajemen pengawasan tatalaksana ARV terhadap ODHA dengan Jenis kelamin terhadap kepatuhan minum obat pada setiap kunjungan agar lebih diprioritaskan ,mengingat angka kepatuhan pada laki-laki yang rendah terhadap ARV
- c. Memotivasi pasien ODHA yang masih merahasiakan statusnya kepada keluarga untuk membuka diri terhadap keluarga pada saat konseling kepatuhan sehingga yang bersangkutan mendapatkan dukungan dari keluarga
- d. Memberikan penjelasan lebih banyak terkait TB-HIV bagi ODHA dengan penyakit penyerta terbanyak pada penelitian ini Selain respon pengobatan, efek samping obat juga perlu diawasi. Efek samping OAT lebih mungkin terjadi pada penderita HIV dan harus disampaikan setiap kunjungan, minimal setiap bulan.
- e. Memberikan kemudahan dan keringan prosedur dan biaya bagi ODHA dan keluarganya yang tidak mampu (biaya test, layanan kesehatan, pengurusan jaminan kesehatan) terutama dalam pemeriksaan CD4 dan Viral Load.

- f. Meningkatkan kerjasama dengan LSM dan KDS dalam melakukan pemantauan ARV terhadap ODHA. Perlunya penilaian tingkat kepatuhan konsumsi obat ARV di rumah sakit dan disarankan agar setiap pasien yang melakukan kunjungan ulang untuk membawa obat sisa.

5.2.2.2 Bagi Dinas kesehatan

- a. Mengupayakan peningkatan pengetahuan dan kesadaran ODHA mengenai bahaya HIV/AIDS dan perlunya pengobatan ARV seumur hidup dalam setiap kegiatan penjangkauan.
- b. Penyuluhan atau komunikasi langsung dengan ODHA dan penjelasan mengenai apa saja Efek samping yang akan diperoleh selama terapi ARV dan bagaimana cara mengatasi efek samping tersebut pada ODHA yang menjalani terapi,
- c. Edukasi dan sosialisasi terkait HIV dan AIDS kepada kelompok resiko yang ditemukan tinggi pada karakteristik responden pada penelitian ini, seperti kelompok kerja wiraswasta dan pegawai swasta, kelompok umur 26-45 tahun dan sekolah menengah.
- d. Sosialisasi terhadap masyarakat dikota Palembang terkait HIV dan AIDS sehingga masyarakat lebih bisa memahami bagaimana penularannya dan tidak mengucilkan ODHA akibat masih adanya stigma negative dilingkungan.
- e. Mengintegrasikan program penanganan HIV dan program penanganan TB. menemukan kasus dan mengobatinya sesegera mungkin. Investasi untuk memperbaiki fasilitas diagnostik, dan memastikan stok obat—termasuk obat untuk multidrug-resistant TB sangat penting dilakukan.
- f. Memanagemen semua orang dengan TB dan HIV yang harus mempunyai akses kepada tes HIV dan obat ARV, pengobatan TB, dan pencegahan HIV.

5.2.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

- a. Peneliti selanjutnya di harapkan untuk melakukan penelitian mengenai kepatuhan terapi ARV dengan menggunakan teori lainnya dalam melihat berbagai faktor yang menyebabkan terjadinya ketidakpatuhan terapi ARV.

- b. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait efek samping secara objektif, komprehensif dan mendalam dan melakukan perkembangan kuesioner pada beberapa variable.
- c. Dengan menggunakan sampel yang lebih banyak lagi dan metode triangulasi (Mix Methode) pada penelitian yang lainnya terkait kepatuhan ARV.
- d. Diharapkan kepada peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian dengan melihat kepatuhan pengobatan ARV pasien secara berkala agar dapat dievaluasi secara berkesinambungan
- e. Ditemukannya responden dengan lama terapi ARV lebih dari 10 tahun pada penelitian ini, sehingga bisa dijadikan model penelitian selanjutnya terkait ketahanan hidup pasien ARV.

DAFTAR PUSTAKA

- AIDSinfo. 2017. *HIV/AIDS: The Basics*. Retrieved September 25,2017, from <https://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/factsheets/19/45/hiv-aids--the-basics>
- Al Solami F. 2016 *Factors Affecting Antihypertensive Medications Adherence Among Hypertensive Patients Attending A General Hospital in Jeddah City, Saudi Arabia [Doctoral dissertation]*. Queensland University of Technology,.
- Alfian, (2005); *Tuberculosis*, Penerbit Bina Rupa Aksara, Jakarta
- Amberbir A, Woldemichael K, Getachew S, Girma B, Deribe K. 2008. *Predictors of adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected persons: a prospective study in Southwest Ethiopia*. BMC Public Health.; 8 (1): 265. 14
- Ari haryatiningsih dkk, 2017. *Hubungan Lamanya Terapi ARV dengan Kepatuhan Minum Obat pada Anak HIV di Klinik Teratai*. Bandung : JSK, Volume 3 Nomor 2 Desember Tahun.
- Arnold, E. A., Rebchook, G. M., Kegeles, S. M. 2014. ‘Triply Cursed’: *Racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young black gay men*. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care* 16 (6), 710-722.
- Ayalu AR, Biadgilign S. 2012 *Determinants of adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected patients in Africa*. *AIDS research and treatment*.; 2012: 574656
- Bart, Smet. 1994. *Psikologi Kesehatan*. PT. Gramedia Widiasarna Indonesia : Jakarta.
- Bonger Z, Shiferaw S, Tariku EZ. 2018. *Adherence to Diabetic Self-Care Practices and its Associated Factors Among Patients With Type 2 Diabetes in Addis Ababa, Ethiopia*. *Patient Preference and Adherence*.;12:963–70.
- Brannon, K dan Feist, J.1997. *Health PsychologyI: An Introduction to Behavior and Health*. California: Brooks/Cole Publishing
Brannon, K dan Feist, J.1997. *Health PsychologyI: An Introduction to Behavior and Health*. California: Brooks/Cole Publishing
- Brunner & Suddarth, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, alih bahasa: Waluyo Agung., Yasmin Asih., Juli., Kuncara., I.made karya, EGC, Jakarta.
- Carter, M.2012.*Penghentian pengobatanmelibatkan risiko kegagalan virologi yang lebih tinggi dibandingkan dosis yang dilewatkan sesekali* <http://spritia.or.id/news/bacanews.php?nwno=2944>.

- Cauldbeck, M. B., O'Connor, C., O'Connor, M. B., Saunders, J. A., Rao, B., Mallesh, V. G., dkk. 2009. *Adherence to anti-retroviral therapy among HIV patients in Bangalore, India*. *AIDS Research and Therapy*, 6:7.
- Chitangala F. 2007. *A Case Control Study to Identify Factors That May Influence Antiretroviral Treatment Adherence*. University of Zambia,.
- Chryest, 2019. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan*
- Crofton J, Miller F, Horne N, 1999. *Clinical tuberculosis*, Macmillan Education LTD, London,.
- Cuneo dan Snider, 1989, *Enhancing Patient Compliance with Tuberculosis Therapy Clinic in Chest Medicine*, ¶ 1, <http://www.pudmed.gov> Departemen Kesehatan www.health.nsw.gov.au/PublicHealth/Infectious/TB/index.asp
- Departemen Kesehatan RI .1997. *Buku Pegangan Pendidikan Kelompok Sebaya dalam penanggulangan HIV/AIDS dan PMS lainnya di kalangan resiko tinggi*. Jakarta : Depkes RI
- _____. 2000. *Farmakope Indonesia*. Edisi IV. Jakarta : Depkes RI.
- _____. 2003. *Pedoman Nasional Dukungan dan Pengobatan Bagi Odha Buku Pedoman untuk Petugas Kesehatan dan Petugas Lainnya*. Jakarta : Direktorat Jenderal P2M&PI
- _____. 2004. *Renstra HIV/AIDS Kota Semarang Tahun 2004-2008*. Semarang
- _____. 2006. *Pedoman pelayanan kefarmasian untuk orang dengan HIV/AIDS (ODHA)*. Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik.
- _____. 2007. *Situasi HIV AIDS di Indonesia Tahun 1987-2006*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi laksanaan Infeksi Menular Seksual. Jakarta : Dirjen. PPM & PI
- _____. 2010. *Pedoman Penatalaksanaan Infeksi Menular Seksual*. Jakarta : Dirjen. PPM & PI.
- _____. 2018. *Laporan Triwulan IV 2018* Available on line at http://siha.depkes.go.id/portal/files_upload/Laporan_Triwulan_IV_2018.pdf htm. Diakses pada 4 November 2019
- depkes.go.id . 2018 . *Laporan Triwulan IV 2018* Available on line at http://siha.depkes.go.id/portal/files_upload/Laporan_Triwulan_IV_2018.pdf htm. Diakses pada 4 November 2019
- Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman nasional terapi antiretroviral*. Peduan tatalakasan klinis infeksi HIV pada orang dewasa dan remaja.
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. 2014. *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia*.
- Fachri Latif, Ida Leida Maria, Muhammad Syafar. 2014. *Efek Samping Obat terhadap Kepatuhan Pengobatan Antiretroviral Orang dengan HIV/AIDS*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 9, No. 2, November 2014

- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Amico, K. R., & Harman, J. J. (under review). *An information, motivation, behavioral, skills model of adherence to antiretroviral therapy.*
- Fisher, W. A., & Fisher, J. D. 1993. *A general social psychological model for changing AIDS risk behavior.* In J. B.
- Fisher, W. A., Fisher, J. D., & Harman, J. J. 2003. The information, motivation, behavioral, skills model as a general model of health behavior change: Theoretical approaches to individual-level change. In J. Suls, & K.
- Friedman, M, 1998. *Keperawatan keluarga; Teoridan Praktik.* Jakarta : Penerbit EGC
- Hansana V, Sanchaisuriya P, Durham J, Sychareun V, Chaleunvong K, Boonyaleepun S, et al. 2013. *Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) among People Living With HIV (PLHIV):* a cross-sectional survey to measure in Lao PDR.;1–12.
- Harahap, Syaiful. 2008. *Pers Meliput AIDS.* Jakarta: Salemba Medik
- Hasmi, 2012, *Metode Penelitian Epidemiologi,* Jakarta : Trans Info Media
- Hastono, S. P. 2006. *Basic Data Analysis for Health Research.* Universitas Indonesia (UI): Fakultas Kesehatan Masyarakat
- Hastuti, T. 2017. *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Antiretro Viral (ARV) pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV AIDS di Rumah Sakit Umum Kabupaten Merauke (Skripsi).* Yogyakarta: Universitas Aisyiyah
- Hawari, S, 1997. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan tentang Penyakit AIDS dan Sikap Terhadap Penderita AIDS (Studi Terhadap Mahasiswa Akper Kimia .Jakarta, 197).*(skripsi). Depok : FKM.UI.
- Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF. 2002. *HIV related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999.* American Journal of Public Health.; 92 (3): 371-7.
- Herlianto. 1995, *AIDS dan Perilaku Seksual,* Yayasan Kalam Hidup: Bandung
- Hidayat, AA. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknis Penulisan Ilmiah.* Jakarta: Salemba Medika
- Hull, M. W., Harris, M., Montaner, J. S. G. 2010. *HIV Therapy.* In: Cohen,J., Powderly, W. G. & Opal, S. M., editors. *Infectious diseases.* 3rd.Ed.China: Elsevier. p.1030.
- Jackson, K., et al. 2007. *Social support, coping, and medication adherence among HIV-positive women with depression living in rural areas of the Southeastern United States.* AIDS Patient Care, 21(9), 667-679.
- Kartono, K 2003. *Patologi Sosial 1.* Jakarta : Rajawali Press
- Kasjono, H.S.2016. *Pengembangan Modal Sosial Dalam Promosi Kesehatan.* Yogyakarta : Parama Publishing.

- Kavitha S, Nalini GK, Suresh RM, Sahana GN, Deepak P, Nagaral JV. 2017. *Treatment Adherence and Factors Contributing to Non Adherence Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in A Tertiary Care Hospital: A Cross Sectional Study*. International J of Basic & Clinical Pharmacology. Feb 24;6(3):689.
- Keith alcorn: *bagaimana memberi kepatuhan yang baik. Pengalaman dari seluruh dunia*. [Http://spiritia.or.id](http://spiritia.or.id)
- Kemendes RI, 2011. *Pedoman Nasional tatalaksana klinis infeksi HIV dan terapi antiretroviral pada orang dewasa*. bakti husada
- _____. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan No. 87 tahun 2014 *tentang Pedoman Pengobatan Retroviral*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Kgatlwane, J., Ogenyi, R., Ekezie, C., Madaki, H. N., Moyo, S., & Moroka, T. M. 2006. Factors that facilitate or constrain adherence to antiretroviral therapy among adults at four public health facilities in Botswana: a preintervention study. Gaborone Botswana Essential Drugs Action Programme/ Vyavaharkar, M., Moneyham, L., Tavakoli, A., Phillips, K. D., Murdaugh, C
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2010. Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS Tahun 2010-2014 (13 Mei 2011). www.aidindonesia.or.id
- laporan semester program HIV dan AIDS Dinas Kesehatan Prov sumsel 2019
- Lash TL, Fox MP, Westrup JL, Fink AK, Silliman RA. 2006 Adherence to tamoxifen over the five - year course. *Breast Cancer Research and Treatment*;99:215-20.
- Lee GKY, Wang HHX, Liu KQL, Cheung Y, Morisky DE, Wong MCS. 2013. *Determinants of Medication Adherence to Antihypertensive Medications Among a Chinese Population Using Morisky Medication Adherence Scale*. PLoS ONE.;8(4):1-7.
- Mahardining AB. 2010. *Hubungan Antara Pengetahuan, Motivasi dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Terapi ARV ODHA*. Jurnal Kesehatan Masyarakat;
- Martoni, W. 2012. *Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien HIV/AIDS di poliklinik khusus rawat jalan bagian penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Desember 2011-Maret 2012*
- Martoni, W., Arifin, H., & Raveinal, R. 2013. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien HIV/AIDS di Poliklinik Khusus Rawat Jalan Bagian Penyakit Dalam RSUP dr. M. Djamil Padang Periode Desember 2011-Maret 2012*. Jurnal Farmasi Andalas, .
- Muninjaya, AA. 1999. *AIDS di Indonesia Masalah dan Kebijakan Penanggulangan* Jakarta : EGC
- Narain P, Lo YR. Epidemiology of HIV-TB in Asia. *Indian J Med Res*. 2004; 120, pp 277-289. March 8, 2016. <https://search.proquest.com/openview/d8550ddc0443b9a1ff74f278eedf991c/1?pqorigsite=gscholar&cbl=375334>.

- Nirmala, 2003, Konsultasi kesehatan kepatuhan minum obat, ¶ 6, <http://www.kompas.com>
- Niven, Neil . 2000. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta. EGC.
- _____. 2002, *Psikologi Kesehatan, Edisi 2*, 192-198, Penerbit EGC, Jakarta. Diterjemahkan oleh Agung Waluyo.
- _____. (2002). *Psikologi Kesehatan pengantar untu kp erawatdan professional kesehatan lain*. Jakarta :EGC.
- Notoatmodjo.(2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jaka rta :RinekaCipta
- Nursalam MN. 2001 .*Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika;
- Okki R. 2010. *Pengaruh efek samping antiretroviral lini pertama HIV dan AIDS Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) Indonesia: AIDS-INA*;
- Padmapriyadarsini C, Narendran G, Swaminathan S. Diagnosis & treatment of tuberculosis in HIV co-infected patients. *Indian Journal of Medical Research*. 2011;134(12),pp.850865. January 22, 2017 <http://www.embase.com/searchresults?subaction=viewrecord&from=export&id=L364191264%0Ahttp://icmr.nic.in/ijmr/2011/december/1209.pdf>.
- Paschal AM, Rush SE, Sadler T. 2014. Factors Associated with Medication Adherence in Patients with Epilepsy and Recommendations For Improvement. *Epilepsy & Behavior*. 31:346–50.
- Pefura-yone EW, Soh E, Pascal A, Dodo A, Kuaban C. 2013. Non-adherence to antiretroviral therapy in Yaounde : Prevalence , determinants and the concordance of two screening criteria. *J Infect Public Health [Internet]*. King Saud Bin Abdulaziz University for Health Sciences;;6(4):307
- Permenkes RI no 87 tahun 2014. *Pedoman Pengobatan Anti retroviral*. (ARV).
- Potter, P & Perry, A.(2005), *BukuAjar Fundamental Keperawatan*. Edisi 4, Volume 1. Jakarta : EGC
- Pryor (Ed.), *The social psychology of HIV infection*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Purwanta, 2005, Ciri-ciri Pengawas Minum Obat, <http://www.tbcindonesia.or.id>
- Risha Fillah Fithria¹, Ahmad Purnomo², Zullies Ikawati³. 2011. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan Pengobatan Arv (Anti Retro Viral) Pada Odha (Orang Dengan Hiv/Aids) Di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Dan Rumah Sakit Umum Panti Wilasa Citarum Semarang*. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi*. Vol. 1 No. 2 / Juni 2011
- Romi, Idayat. 2020. *Hubungan Stigma Diri Dengan Kepatuhan Odha Menjalani Terapi Arv Di Puskesmas Seberang Padang Tahun 2019*.
- Rosanti. D. P. 2013. *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien dengan HIV/AIDS di RSUD Salatiga*. Salatiga. Universitas Kristen Satya Wacana

- Roura M, Busza J, Wringe A, Mbata D, Urassa M, Zaba B. Barriers to sustaining antiretroviral treatment in Kisesa, Tanzania: a follow-up study to understand attrition from the antiretroviral program. *AIDS Patient Care STDS*. Mary Ann Liebert, Inc. 140 Huguenot Street, 3rd Floor
- Said S. 2014. *Stigma HIV/AIDS dan Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS di Yogyakarta*. Universitas Gadjah Mada;
- Salami A., FWAC, Fadeyi A, FMCPATH, James A., MBBS, Desalu O, et al. 2010. Factors influencing adherence to antiretroviral medication in Ilorin, Nigeria. *J Int Assoc Physicians AIDS Care*. 2010;9(3):191–5.
- Sugiharti, Yuniar Y, Lestary H. 2017. Gambaran Kepatuhan Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) Dalam Minum Obat ARV Kota Bandung Provinsi Jawa Barat 2012-2017. Available from: <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/kespro/article/view/3888/3733>.
- Suryatenggara W, 1990. *Pengobatan TB paru*, Cermin Dunia Kedokteran.
- Susila, I. G. N. P. 2013. *Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum ARV pada pasien ODHA di klinik VCT RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2013*.
- Ubra R. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika, Provinsi Papua*. Universitas Indonesia; 2012. *Berita Kedokteran Masyarakat*, Volume 33 No. 6 Tahun 2016
- Unaid. 2013. *Unaid report 2013: HIV in Asia and Pacific*.
- _____. 2014, *the Gap report*.
- Wahyunita S., Ridwan A., Wahiduddin. 2014. *Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Klinik Voluntary Counseling And Tasting di Puskesmas Kota Makasa: Makasar*
- Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health* (pp. 127/153). London: Blackwell.
- Wasti SP, Simkhada P, Randall J, Freeman J V, Teijlingen E Van. 2012. Factors Influencing Adherence to Antiretroviral Treatment in Nepal: A Mixed-Methods Study. ;7(5):1–11.
- Wijaya .2011. *Pengaruh Edukasi Oleh Apoteker Terhadap Kepatuhan Pasien HIV Rawat Jalan yang Menerima Pengobatan ARV di Klinik VCT RSUD DR. Moewardi Surakarta (Skripsi)*. Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada.
- WorldHealthOrganization, 2003, *Adherence to Long-Term Therapies*, Switzerland.
- Yaya I, Landoh D., Saka B, Patchali P., Waswa P, Aboubakari A., et al. 2013. Predictor of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV and AIDS at the regional hospital of Sokode, Togo. *Lab Sante Pulique (EA 3729)*, Aix-Marseille Univ Fr.

LAMPIRAN 1



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat, Kampus Unsri Indralaya
Jalan Palembang-Prabumulih KM. 32 Indralaya, Ogan Ilir 30662, Sumatera Selatan
Telepon. (0711) 580068 Faximile. (0711) 580089
website : <http://www.fkm.unsri.ac.id> email : fkm@fkm.unsri.ac.id

Nomor : 018/UN9.1.10.2/LT/2020
Lampiran : 1 (Satu) Berkas
Perihal : Permohonan Surat Izin Penelitian

Yth. Dekan
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sriwijaya
di
Indralaya

Dengan Hormat,

Meneruskan surat permohonan dari mahasiswa (terlampir) Program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya, dengan ini disampaikan bahwa mahasiswa berikut :

Nama : Dion Atika Framasari
NIM : 10012681822013
BKU : Epidemiologi dan Biostatistik
Judul Tesis : Kepatuhan Anti Retroviral (ARV) pada Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kota Palembang
Pembimbing : 1. Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes
2. Dr. Rico J. Sitorus, SKM., M.Kes (Epid)
Tempat Penelitian : RSMH, RS Myria, RS Charitas, RS Siloam, RS Siti Khadijah, RS Erba, Puskesmas Dempo dan Puskesmas Sukarame

Berkaitan dengan hal tersebut, mahasiswa bermaksud melakukan penelitian. Mohon kiranya Bapak berkenan membuat surat izin penelitian yang ditujukan kepada Kepala Kesbangpol Kota Palembang. Sebagai bahan pertimbangan dilampirkan juga proposal penelitian tesis mahasiswa.

Demikianlah, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Palembang, 4 Februari 2020
Koorprodi S2 IKM,

Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes
NIP. 19710927 199403 2 004

Tembusan :

1. Wakil Dekan Bidang Akademik
2. Kabag TU Akademik
3. Kajur IKM
4. TU Akademik
FKM Unsri

LAMPIRAN 2


KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat, Kampus Unsri Indralaya
 Jalan Palembang-Prabumulih KM. 32 Indralaya, Ogan Ilir 30662, Sumatera Selatan
 Telepon. (0711) 580068 Faximile. (0711) 580089
 website : <http://www.fkm.unsri.ac.id> email : fkm@fkm.unsri.ac.id

Nomor : 0072/UN9.FKM/TU.SB5.S2/2020 Indralaya, 12 Februari 2020
 Lampiran : 1 Berkas Proposal Penelitian
 Perihal : Izin Penelitian

Yth. Bapak/Ibu
 (Daftar Terlampir)
 di
 Tempat

Dengan hormat, sehubungan dengan penyusunan tesis mahasiswa Program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya, dengan ini disampaikan bahwa mahasiswa berikut ini :

Nama : Dion Atika Framasari
 NIM : 10012681822013
 BKU : Epidemiologi dan Biostatistik
 Judul Tesis : Kepatuhan Anti Retroviral (ARV) pada Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kota Palembang
 Pembimbing : 1. Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes
 2. Dr. Rico J. Sitorus, SKM., M.Kes (Epid)
 Tempat Penelitian : RSMH, RS Myria, RS Charitas, RS Siloam, RS Siti Khadijah, RS Erba, Puskesmas Dempo dan Puskesmas Sukarame

Berkenaan dengan hal tersebut, mohon kiranya Bapak/Ibu tidak berkeberatan untuk memberikan izin kepada mahasiswa tersebut untuk melakukan penelitian di instansi Bapak/Ibu.

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata untuk perkembangan ilmu pengetahuan.

Demikianlah, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.


 Budi, S.K.M., M.Kes
 NIP: 197712062003121003

Tembusan :

1. Wakil Dekan Bidang Akademik FKM
2. Kajur IKM FKM
3. Kabag. Tata Usaha FKM
4. Dosen Pembimbing Universitas Sriwijaya

LAMPIRAN 3



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS SRIWIJAYA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH SRIWIJAYA UNIVERSITY

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"

No : 018/UN9.1.10/KKE/2020

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti Utama : Dion Atika Framasari
Principal in Investigator

Nama Institusi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya
Name of the Institution

Dengan Judul :
Title

**"KEPATUHAN ANTI RETROVIRAL (ARV) PADA ORANG DENGAN HIV DAN AIDS (ODHA)
 DI KOTA PALEMBANG"**

**"ANTI RETROVIRAL (ARV) COMPLIANCE IN PEOPLE LIVING WITH HIV AND AIDS (PLWHA)
 IN PALEMBANG"**

Dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 23 Januari 2020 sampai dengan tanggal 23 Januari 2021.

This declaration of ethics applies during the period January 23, 2020 until January 23, 2021.

Indralaya, January 23, 2020
 Head of the Committee,

 Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes
 NIP. 197109271994032004

LAMPIRAN 4

INFORMED CONSENT

Assalamu'alaikum wr.wb./selamat pagi/siang. Nama saya..Dion Atika mahasiswa pasca sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya. Saat ini, saya sedang melakukan penelitian tentang kepatuhan minum obat ARV adapun tujuan tentang penelitian ini untuk mengetahui karakteristik pasien, pengetahuan pasien tentang HIV dan AIDS, terkait pengobatan ARV dan lingkungan sosial pasien. Informasi yang saudara berikan bersifat RAHASIA, dan saya AKAN MERAHASIAKAN IDENTITAS SAUDARA pada penelitian ini.

Oleh karena itu, saya akan mengajukan pertanyaan terkait penelitian diatas, saya mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu menjawab pertanyaan ini dengan sebenar-benarnya. Informasi yang Bapak/Ibu sampaikan hanya untuk penelitian dan tidak untuk disebarluaskan. Apakah Bapak/Ibu bersedia untuk di wawancara ?

- Iya
 Tidak

Demikian informasi yang kami jelaskan, saya ucapkan terimakasih.

Mengetahui
Ketua Pelaksana Penelitian

Palembang,2020
Yang memberikan persetujuan

(.....)

(.....)

LAMPIRAN 5

KUESIONER PENELITIAN "KEPATUHAN ARV PADA ODHA DI KOTA PALEMBANG"

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Assalamualaikum Wr.Wb/Selamat pagi/siang (Berjabat Tangan), nama saya Dion sebagai pewawancara. Saya akan menanyakan beberapa hal yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat ARV, antara lain karakteristik pasien, pengetahuan pasien tentang HIV dan AIDS, terkait pengobatan ARV dan Lingkungan sosial pasien. Informasi yang Saudara berikan BERSIFAT RAHASIA, dan saya AKAN MERAHASIAKAN IDENTITAS SAUDARA pada penelitian ini.

Saya ingin anda menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini untuk memahami bagaimana anda menjalani terapi sesuai jumlah obat yang dikonsumsi, bukan untuk mengevaluasi pengobatan yang sedang anda lakukan. Tidak perlu khawatir apabila anda lupa atau melewati obat yang seharusnya dikonsumsi. Saya hanya ingin tahu seberapa jauh terapi ARV ini berhasil bagi anda dan untuk orang lain.

Petunjuk Pengisian Kuesioner :

1. Pertanyaan pada kuesioner ditujukan langsung kepada responden.
2. Jawaban diisi langsung oleh responden dengan bimbingan pewawancara.
3. Pilih lternative jawaban yang sudah tersedia sesuai dengan kata hati anda kemudian berilah tanda contreng (v) pada kolom yang sudah disediakan.

KARAKTERISTIK RESPONDEN

1	Nama / Inisial		
2	Nomor urut wawancara		
3	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="checkbox"/> laki-laki
4	Apakah anda sedang hamil (bagi responden wanita)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
5	Umurtahun	
6	Pendidikan	<input type="checkbox"/> Tidak Sekolah	<input type="checkbox"/> Tamat D3
		<input type="checkbox"/> Tamat SD	<input type="checkbox"/> Tamat S1
		<input type="checkbox"/> Tamat SMP	<input type="checkbox"/> Tamat S2
		<input type="checkbox"/> Tamat SMA	
7	Status Pernikahan	<input type="checkbox"/> Menikah	<input type="checkbox"/> Janda
		<input type="checkbox"/> Belum Menikah	<input type="checkbox"/> Duda
8	Apakah pasangan anda juga melakukan tes HIV	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
9	Pekerjaan	<input type="checkbox"/> PNS	<input type="checkbox"/> Pelajar/Mahasiswa
		<input type="checkbox"/> Pegawai Swasta	<input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga
		<input type="checkbox"/> Wiraswasta	<input type="checkbox"/> Tidak Bekerja
		<input type="checkbox"/> Buruh	
RIWAYAT HIV			
10	Kapan mengetahui status HIV hari/ minggu / bulan/tahun	

11	apakah mendapat informasi hasil CD4	<input type="checkbox"/> Ya , berapa.....	<input type="checkbox"/> Tidak
LAMA TERAPI			
12	Sudah berapa lama anda mengkonsumsi obat antiretroviral?tahun/bulan	
13.	Kapan memulai pengobatan ARV hari/ minggu / bulan/tahun	
14	Siapa yang menyarankan anda untuk melakukan pengobatan ARV	1. Suami/istri 2. Orang tua	3. Teman 4. Saudara 5.
STIGMA ODHA			
15	Apakah anda pernah mengalami stigma negative dari sekitar terkait HIV dan AIDS	<input type="checkbox"/> Ya Contohnya.....	<input type="checkbox"/> Tidak
AKSES LAYANAN KESEHATAN			
16	Apakah mudah akses anda dalam mendapatkan ARV(jarak rumah)	<input type="checkbox"/> Mudah (.....Km)	<input type="checkbox"/> Sulit (.....Km)
EFEK SAMPING			
17	apakah anda mendapatkan efek samping setelah pengobatan ARV?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
18	<i>Pilihla gejala efek samping yang pernah anda rasakan setelah konsumsi ARV</i>		
	a) Kelelahan atau kehilangan tenaga?	<input type="checkbox"/>	
	b) Demam, menggigil atau berkeringat lebih setelah minum obat ARV?	<input type="checkbox"/>	
	c) Pusing	<input type="checkbox"/>	
	d) Nyeri, kesemutan atau kebas pada tungkai/ kaki anda?	<input type="checkbox"/>	
	e) Kesulitan mengingat?	<input type="checkbox"/>	
	f) Mual dan muntah?	<input type="checkbox"/>	
	g) Diare atau gangguan pencernaan?	<input type="checkbox"/>	
	h) Sulit tidur?	<input type="checkbox"/>	
	i) Keluhan pada kulit. Ex: kemerahan, gatal ?	<input type="checkbox"/>	
	j) Kesulitan bernapas atau sesak ?	<input type="checkbox"/>	
	k) Kehilangan nafsu makan ?	<input type="checkbox"/>	
	l) Kembung dan sering buang gas?	<input type="checkbox"/>	
	m) Terdapat nyeri sendi dan otot?	<input type="checkbox"/>	
	n) Adanya peningkatan berat badan ?	<input type="checkbox"/>	
	o) Adanya penurunan berat badan ?	<input type="checkbox"/>	
	p) Adanya kerontokan rambut	<input type="checkbox"/>	
	q)	<input type="checkbox"/>	

DUKUNGAN SHELTER/KOMUNITAS

FASILITAS LAYANAN KESEHATAN

19	apakah anda mempunyai komunitas sebaya ODHA	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
20	Apakah mereka (komunitas) selalu mendukung /memberikan semangat kepada anda terhadap ARV	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
21	Apakah anda mempunyai Penyakit lain/penyerta selama menjadi ODHA	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
22	<i>Pilihlah Penyakit penyerta/ lainnya yang anda alami</i>		
	a) Tuberkulosis		<input type="checkbox"/>
	b) Meningitis kriptokokus		<input type="checkbox"/>
	c) Diare		<input type="checkbox"/>
	d) Sitomegalo		<input type="checkbox"/>
	e) Kanker yang terkait dengan HIV		<input type="checkbox"/>
	f) Infeksi CMV		<input type="checkbox"/>
	g) Korioretinitis Toksoplasmosis		<input type="checkbox"/>
	h)		<input type="checkbox"/>

Kuisiner Respon Penilaian Pasien Terhadap Dukungan Keluarga (Sosial) (Nursalam, 2013)

KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

Petunjuk Pengisian

- Perhatikan dan bacalah pernyataan-pernyataan dibawah ini dengan seksama dan cermat.
- Isilah pernyataan yang tersedia dengan memberikan tanda cek list (v) pada kolom sangat setuju (SS), setuju (S), ragu-ragu ®, tidak setuju (TS), atau sangat tidak setuju (STS).
- Isilah pernyataan yang tersedia dengan teliti dan sesuai dengan kondisi atau keadaan yang sebenarnya.

No	Pernyataan	Jawaban			
		selalu	sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	Keluarga mendampingi saya dalam perawatan				
2	Keluarga memberi pujian dan perhatian kepada saya				
3	Keluarga dan tetangga memaklumi bahwa sakit yang saya alami sebagai suatu musibah				
4	Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas jika saya memerlukan untuk keperluan pengobatan				
5	Keluarga berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakit saya				
6	Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan dan pengobatan				
7	Keluarga memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat kepada saya				
8	Keluarga mengingatkan saya tentang perilaku-perilaku yang memperburuk penyakit saya				
9	Keluarga menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit saya				

PENGETAHUAN ARV

Petunjuk Pengisian

1. Perhatikan dan bacalah pernyataan-pernyataan dibawah ini dengan seksama dan cermat.
2. Isilah pernyataan yang tersedia dengan memberikan tanda cek list (v) pada kolom ya dan tidak
3. Isilah pernyataan yang tersedia dengan teliti dan sesuai dengan kondisi atau keadaan yang sebenarnya.

No	Pernyataan	ya	Tidak	Alas an
1	Apakah anda mudah untuk mengakses layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST)			
2	Apakah anda sulit mendapatkan pemeriksaan laboratorium setelah timbul keluhan.			
3	Apakah anda mudah mendapatkan pemeriksaan dari dokter setiap kunjungan di layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST).			
4	Apakah Alat-alat kesehatan yang tersedia untuk pemeriksaan fisik oleh dokter menurut anda sudah sesuai standar			
5	Apakah Petugas di layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST) tanggap atau cekatan menangani anda dengan keluhan yang saya rasakan			
6	Apakah Setiap bulan anda mengakses pengambilan obat secara mudah.			
7	Apakah anda mendapatkan informasi terkait penyakit yang derita dengan jelas.			
8	Apakah Biaya pengobatan di layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST) cukup terjangkau			
9	Apakah Jarak rumah anda untuk mengakses layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST) sulit dijangkau			
10	Apakah Biaya transportasi ke layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST) atau memerlukan biaya yang mahal			
11	Apakah anda merasa nyaman konseling dengan petugas kesehatan disana			
12	Apakah anda merasa mudah mendapatkan layanan kesehatan tambahan (penunjang) jika anda membutuhkan			
13	Apakah anda diberikan motivasi secara terus menerus oleh petugas kesehatan.			
14	Apakah Petugas kesehatan bersikap sangat ramah ketika berinteraksi dengan anda			
15	Apakah anda pernah dikunjungi kerumah oleh petugas kesehatan.			

PENGETAHUAN ARV	
Petunjuk Pengisian	
1) Perhatikan dan bacalah pernyataan-pernyataan dibawah ini dengan seksama dan cermat.	
2) Isilah pernyataan yang tersedia dengan memberikan tanda cek list (v) pada kolom ya dan tidak	
3) Isilah pernyataan yang tersedia dengan teliti dan sesuai dengan kondisi atau keadaan yang sebenarnya	
No	Petanyaan
1	Apakah anda tahu bagaimana seharusnya cara minum obat – obat ARV a. Ya b. tidak
2	Apakah anda tahu yang akan anda lakukan jika lupa minum satu dosis obat HIV a. Ya b. tidak
3	Apakah anda tahu kemungkinan efek samping dari tiap obat-obat HIV a. Ya b. tidak
4	Apakah anda percaya jika minum obat sesuai dengan yang diresepkan, anda akan bertahan hidup lebih lama. a. Ya c. tidak
5	Apakah obat antiretroviral itu? a. Obat yang dapat menyembuhkan penyakit HIV b. Obat yang dapat membunuh virus HIV sehingga meningkatkan system kekebalan tubuh c. Obat yang dapat menghancurkan dan menghambat pertumbuhan virus HIV
6	Apakah fungsi obat antiretroviral itu? a. .memperpanjang umur b. menambah daya tahan tubuh c. menghambat perkembangan virus HIV dalam tubuh
7	Bagaimana mekanisme kerja obat ARV ? a. Menghambat berkembangnya (repikasi) virus HIV di dalam sel tubuh b. Menghambat kerja enzim protease virus HIV c. Jawaban A dan B salah, karena Obat ARV dapat langsung menghancurkan virus HIV
8	Apakah semua orang dapat mengkonsumsi obat ARV ? a. Ya b. Tidak c. Tidak Tahu
9	Manakah diantara pilihan berikut yang berisikan terapi ARV lini pertama? a. Zidovudine (Reviral) + Lamivudine (Hiviral) + Nevirapine (Neviral) b. Lamivudine + Zidovudine + Lopinavir (Ritonavir) c. Stavudin (Staviral) + Didanosine + Lopinavir
10	Manakah diantara pilihan berikut yang termasuk terapi ARV lini kedua ? a. Stavudin + Zidovudine + Kotrimoksazol b. Lamivudine + Zidovudine + Lopinavir / Ritonavir c. Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine
11	Menurut anda, apakah Obat ARV hanya boleh diminum setelah makan saja? a. Ya b. Tidak c. Tidak Tahu
12	Menurut anda, apakah obat ARV harus diminum selama seumur hidup? a. Ya b. Tidak

KEPATUHAN PENGOBATAN ANTIRETROVIRAL		
Petunjuk Pengisian		
1. Perhatikan dan bacalah pernyataan-pernyataan dibawah ini dengan seksama dan cermat.		
2. Isilah pernyataan yang tersedia dengan memberikan tanda silang(x) pada jawaban yang anda pilih		
3. Isilah pernyataan yang tersedia dengan teliti dan sesuai dengan kondisi atau keadaan yang sebenarnya.		
No	Pertanyaan	Jawaban
2	Apakah Saudara pernah digantikan salah satu rejimen diatas ?	1. Ya Pernah 2. Tidak Pernah
3	Jika Pernah, Apa alasan sehingga rejimen Saudara digantikan?	1. Efek samping ARV tetapi patuh 2. Tidak patuh minum ARV
4	Apakah anda pernah lupa minum obat antiretroviral?	a. Ya b. Tidak c. Tidak Tahu
5	Dalam minggu ini, sudah berapa kali anda lupa minum obat?	a. > 3 kali b. < 3 kali c. Tidak pernah
6	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
7	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
8	Apakah Saudara bersedia menunjukan obat Saudara?	1. Bersedia 2. Tidak bersedia (Jika bersedia, lakukan perhitungan dosis ARV berdasarkan jumlah obat sejak kunjungan terakhir yang disesuaikan dengan kartu biru)
9	Bagaimanakah cara anda agar tidak lupa minum obat?	a. Menggunakan alarm / buku agenda / b. Mengandalkan orang lain (teman, keluarga) untuk mengingatkan c. Tidak melakukan apapun
10	Apakah terdapat perubahan saat tidak minum obat ARV?	a. Ya b. Tidak c. Tidak Tahu
11	Apakah yang anda lakukan saat anda tidak minum obat ARV?	a. Segera minum obat saat ingat atau menggandakan dosis di waktu minum obat selanjutnya b. Konsultasi ke dokter c. Tidak melakukan apa- apa
12	Alasan anda melewati dosis obat :	
	Apakah anda sedang dalam keadaan sibuk belakangan ini?	<input type="checkbox"/>
	Apakah anda hanya sekedar lupa?	<input type="checkbox"/>
	Apakah karena jumlah pil yang terlalu banyak untuk diminum?	<input type="checkbox"/>
	Apakah karena adanya efek samping akibat obat?	<input type="checkbox"/>

	Apakah karena anda tidak ingin orang lain tahu?	<input type="checkbox"/>
	Apakah karena adanya jadwal rutinitas yang berubah- ubah?	<input type="checkbox"/>
	Apakah karena anda merasa bahwa obat ARV mengandung racun atau berbahaya?	<input type="checkbox"/>
	Apakah karena anda tertidur diwaktu anda harus minum obat?	<input type="checkbox"/>
	Apakah karena anda sedang sakit atau tidak enak badan?	<input type="checkbox"/>
	Adanya masalah dengan cara minum obat (ex: harus sebelum makan, sesudah makan , harus minum yang banyak atau harus sebelum tidur)	<input type="checkbox"/>
	Pihak pemberi obat (RS, klinik, Puskesmas) tidak membagikan obat pada anda.	<input type="checkbox"/>
	Anda merasa sehat tanpa konsumsi obat ARV	<input type="checkbox"/>
	Sedang mengkonsumsi obat lain	<input type="checkbox"/>
	Merasa depresi atau merasa terlalu gembira	<input type="checkbox"/>
	Sedang mengkonsumsi alcohol	<input type="checkbox"/>
	Setelah minum obat ARV merasa mual, lalu tidak mengganti obat ARV yang membuat anda mual tersebut.	<input type="checkbox"/>
	Kehabisan dosis obat dan tidak dapat pergi ke tempat anda biasa mendapatkan obat	<input type="checkbox"/>
	Tidak percaya terhadap efek obat ARV	<input type="checkbox"/>
	Jarak tempat anda mengambil obat terlalu jauh	<input type="checkbox"/>
	Berbagi atau menjual kembali obat ARV yang sudah anda dapat	<input type="checkbox"/>
	Dokter anda menganjurkan anda untuk berhenti?	<input type="checkbox"/>

TERIMA KASIH ATAS PARTISIPASINYA

“Wawancara telah selesai sampai disini” “

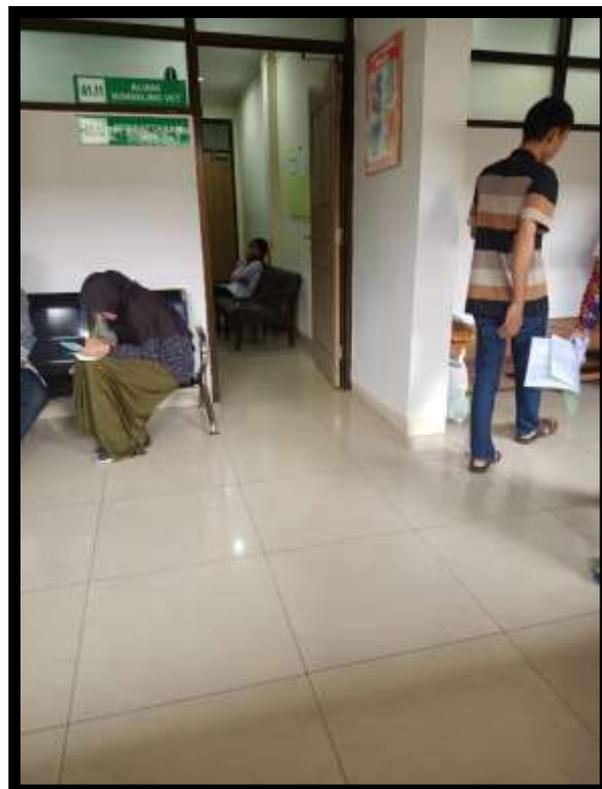
Kami mengucapkan banyak terima kasih atas partisipasi Anda dalam penelitian ini”

LAMPIRAN 6









LAMPIRAN 7

UJI STATISTIKA SPSS

Uji bivariat variable umur ODHA

UMUR_ODHA * patuh1 Crosstabulation

			patuh1		Total
			patuh	tidak patuh	
UMUR_ODHA <30 TAHUN	Count	68	20	88	
	% within UMUR_ODHA	77.3%	22.7%	100.0%	
> 30 TAHUN	Count	127	20	147	
	% within UMUR_ODHA	86.4%	13.6%	100.0%	
Total	Count	195	40	235	
	% within UMUR_ODHA	83.0%	17.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.243 ^a	1	.072	.076	.054
Continuity Correction ^b	2.629	1	.105		
Likelihood Ratio	3.162	1	.075		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3.229	1	.072		
N of Valid Cases	235				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,98.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for UMUR_ODHA (<30 TAHUN / > 30 TAHUN)	.535	.270	1.063
For cohort patuh1 = patuh	.894	.785	1.019
For cohort patuh1 = tidak patuh	1.670	.954	2.926
N of Valid Cases	235		

Uji bivariat variable Jenis kelamin

Jenis Kelamin * patuh1 Crosstabulation

			patuh1		Total
			patuh	tidak patuh	
Jenis Kelamin	Perempuan	Count	38	2	40
		% within Jenis Kelamin	95.0%	5.0%	100.0%
	Laki-laki	Count	157	38	195
		% within Jenis Kelamin	80.5%	19.5%	100.0%
Total		Count	195	40	235
		% within Jenis Kelamin	83.0%	17.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.932 ^a	1	.026		
Continuity Correction ^b	3.960	1	.047		
Likelihood Ratio	6.192	1	.013		
Fisher's Exact Test				.035	.016
N of Valid Cases	235				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,81.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis Kelamin (Perempuan / Laki-laki)	4.599	1.062	19.909
For cohort patuh1 = patuh	1.180	1.069	1.303
For cohort patuh1 = tidak patuh	.257	.065	1.020
N of Valid Cases	235		

Uji bivariat variable Pendidikan

TKT_PENDIDIKAN * patuh1 Crosstabulation

			patuh1		Total
			patuh	tidak patuh	
TKT_PENDIDIKAN	pendidikan rendah	Count	28	6	34
		% within TKT_PENDIDIKAN	82.4%	17.6%	100.0%
	pendidikan tinggi	Count	167	34	201
		% within TKT_PENDIDIKAN	83.1%	16.9%	100.0%
Total		Count	195	40	235
		% within TKT_PENDIDIKAN	83.0%	17.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.011 ^a	1	.916		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.011	1	.917		
Fisher's Exact Test				1.000	.541
Linear-by-Linear Association	.011	1	.917		
N of Valid Cases	235				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,79.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TKT_PENDIDIKAN (pendidikan rendah / pendidikan tinggi)	.950	.365	2.471
For cohort patuh1 = patuh	.991	.838	1.172
For cohort patuh1 = tidak patuh	1.043	.474	2.294
N of Valid Cases	235		

Uji bivariat variable pekerjaan

PEKERJAAN_ODHA * patuh1 Crosstabulation

			patuh1		Total
			patuh	tidak patuh	
PEKERJAAN_ODHA	bekerja	Count	159	38	197
		% within PEKERJAAN_ODHA	80.7%	19.3%	100.0%
	tidak bekerja	Count	36	2	38
		% within PEKERJAAN_ODHA	94.7%	5.3%	100.0%
Total		Count	195	40	235
		% within PEKERJAAN_ODHA	83.0%	17.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.437 ^a	1	.035		
Continuity Correction ^b	3.500	1	.061		
Likelihood Ratio	5.540	1	.019		
Fisher's Exact Test				.035	.023
Linear-by-Linear Association	4.418	1	.036		
N of Valid Cases	235				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,47.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PEKERJAAN_ODHA (bekerja / tidak bekerja)	.232	.054	1.008
For cohort patuh1 = patuh	.852	.770	.943
For cohort patuh1 = tidak patuh	3.665	.923	14.551
N of Valid Cases	235		

Uji bivariat variable Status menikah

statusmenikah * patuh1 Crosstabulation

			patuh1		Total
			patuh	tidak patuh	
statusmenikah	menikah	Count	83	9	92
		% within statusmenikah	90.2%	9.8%	100.0%
	tidak menikah	Count	112	31	143
		% within statusmenikah	78.3%	21.7%	100.0%
Total		Count	195	40	235
		% within statusmenikah	83.0%	17.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.609 ^a	1	.018		
Continuity Correction ^b	4.798	1	.028		
Likelihood Ratio	5.971	1	.015		
Fisher's Exact Test				.021	.013
Linear-by-Linear Association	5.585	1	.018		
N of Valid Cases	235				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,66.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for statusmenikah (menikah / tidak menikah)	2.553	1.153	5.650
For cohort patuh1 = patuh	1.152	1.033	1.285
For cohort patuh1 = tidak patuh	.451	.225	.904
N of Valid Cases	235		

Uji bivariat variable lama terapi ARV

LAMA_TERAPI_ARV * patuh1 Crosstabulation

			patuh1		Total
			patuh	tidak patuh	
LAMA_TERAPI_ARV	0-12 bulan	Count	60	12	72
		% within LAMA_TERAPI_ARV	83.3%	16.7%	100.0%
	>12 bulan	Count	135	28	163
		% within LAMA_TERAPI_ARV	82.8%	17.2%	100.0%
Total		Count	195	40	235
		% within LAMA_TERAPI_ARV	83.0%	17.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.009 ^a	1	.923		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.009	1	.923		
Fisher's Exact Test				1.000	.543
Linear-by-Linear Association	.009	1	.924		
N of Valid Cases	235				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,26.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for LAMA_TERAPI_ARV (0-12 bulan / >12 bulan)	1.037	.494	2.177
For cohort patuh1 = patuh	1.006	.888	1.140
For cohort patuh1 = tidak patuh	.970	.524	1.798
N of Valid Cases	235		

Uji bivariat variable Komorbiditas/Infeksi Oportunistik

Apakah anda memiliki penyakit penyerta selama menjadi ODHA * patuh1 Crosstabulation

		patuh1		Total
		patuh	tidak patuh	
Apakah anda memiliki penyakit penyerta selama menjadi ODHA	Ya Count	52	14	66
	% within Apakah anda memiliki penyakit penyerta selama menjadi ODHA	78.8%	21.2%	100.0%
Tidak Count	143	26	169	
	% within Apakah anda memiliki penyakit penyerta selama menjadi ODHA	84.6%	15.4%	100.0%
Total	Count	195	40	235
	% within Apakah anda memiliki penyakit penyerta selama menjadi ODHA	83.0%	17.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.141 ^a	1	.285		
Continuity Correction ^b	.766	1	.381		
Likelihood Ratio	1.102	1	.294		
Fisher's Exact Test				.334	.190
N of Valid Cases	235				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,23.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Apakah anda memiliki penyakit penyerta selama menjadi ODHA (Ya / Tidak)	.675	.328	1.392
For cohort patuh1 = patuh	.931	.809	1.072
For cohort patuh1 = tidak patuh	1.379	.769	2.473
N of Valid Cases	235		

Uji bivariat variable Efek samping ARV

Apakah anda mendapatkan efek samping setelah pengobatan ARV * patuh1 Crosstabulation

			patuh1		Total
			patuh	tidak patuh	
Apakah anda mendapatkan efek samping setelah pengobatan ARV	Ya	Count	158	39	197
		efek samping setelah pengobatan ARV	80.2%	19.8%	100.0%
	Tidak	Count	37	1	38
		efek samping setelah pengobatan ARV	97.4%	2.6%	100.0%
Total		Count	195	40	235
		efek samping setelah pengobatan ARV	83.0%	17.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.646 ^a	1	.010		
Continuity Correction ^b	5.486	1	.019		
Likelihood Ratio	9.132	1	.003		
Fisher's Exact Test				.008	.004
N of Valid Cases	235				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,47.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Apakah anda mendapatkan efek samping setelah pengobatan ARV (Ya / Tidak)	.109	.015	.823
For cohort patuh1 = patuh	.824	.755	.898
For cohort patuh1 = tidak patuh	7.523	1.066	53.105
N of Valid Cases	235		

Uji bivariat variable Aksen/jarak mendapatkan ARV

Crosstab

			patuh1		Total
			patuh	tidak patuh	
Apakah mudah akses anda dalam mendapatkan ARV (jarak rumah)	Mudah (<10KM)	Count	150	29	179
		% within	83.8%	16.2%	100.0%
	Sulit (>10KM)	Count	45	11	56
		% within	80.4%	19.6%	100.0%
Total		Count	195	40	235
		% within	83.0%	17.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.358 ^a	1	.550		
Continuity Correction ^b	.156	1	.693		
Likelihood Ratio	.349	1	.555		
Fisher's Exact Test				.546	.340
N of Valid Cases	235				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,53.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Apakah mudah akses anda dalam mendapatkan ARV (jarak rumah) (Mudah (<10KM) / Sulit (>10KM))	1.264	.586	2.730
For cohort patuh1 = patuh	1.043	.902	1.205
For cohort patuh1 = tidak patuh	.825	.441	1.542
N of Valid Cases	235		

Uji bivariat variable stigma negative

Crosstab

			patuh1		Total
			patuh	tidak patuh	
Apakah anda pernah mengalami stigma negative dari sekitar terkait HIV	Ya	Count	27	4	31
		% within	87.1%	12.9%	100.0%
	Tidak	Count	168	36	204
		% within	82.4%	17.6%	100.0%
Total	Count	195	40	235	
	% within	83.0%	17.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.429 ^a	1	.513		
Continuity Correction ^b	.159	1	.690		
Likelihood Ratio	.456	1	.500		
Fisher's Exact Test				.616	.359
N of Valid Cases	235				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,28.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Apakah anda pernah mengalami stigma negative dari sekitar terkait HIV (Ya / Tidak)	1.446	.477	4.389
For cohort patuh1 = patuh	1.058	.911	1.228
For cohort patuh1 = tidak patuh	.731	.280	1.912
N of Valid Cases	235		

Uji bivariat variable Dukungan Keluarga

Crosstab

			patuh1		Total
			patuh	tidak patuh	
DUKUNGAN_KELUARGA	dukungan tinggi	Count	72	11	83
		% within DUKUNGAN_KELUARGA	86.7%	13.3%	100.0%
	dukungan rendah	Count	123	29	152
		% within DUKUNGAN_KELUARGA	80.9%	19.1%	100.0%
Total		Count	195	40	235
		% within DUKUNGAN_KELUARGA	83.0%	17.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.290 ^a	1	.256		
Continuity Correction ^b	.911	1	.340		
Likelihood Ratio	1.332	1	.248		
Fisher's Exact Test				.281	.170
Linear-by-Linear Association	1.285	1	.257		
N of Valid Cases	235				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,13.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for DUKUNGAN_KELUARGA (dukungan tinggi / dukungan rendah)	1.543	.727	3.275
For cohort patuh1 = patuh	1.072	.956	1.202
For cohort patuh1 = tidak patuh	.695	.366	1.318
N of Valid Cases	235		

Uji bivariat variable Dukungan Komunitas Sebaya

Crosstab

			patuh1		Total
			patuh	tidak patuh	
Apakah anda mempunyai komunitas sebaya ODHA	Ya	Count	71	15	86
		% within	82.6%	17.4%	100.0%
	Tidak	Count	124	25	149
		% within	83.2%	16.8%	100.0%
Total	Count	195	40	235	
	% within	83.0%	17.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.017 ^a	1	.896		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.017	1	.896		
Fisher's Exact Test				1.000	.516
N of Valid Cases	235				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,64.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Apakah anda mempunyai komunitas sebaya ODHA (Ya / Tidak)	.954	.472	1.928
For cohort patuh1 = patuh	.992	.879	1.120
For cohort patuh1 = tidak patuh	1.040	.581	1.861
N of Valid Cases	235		

Uji Bivariat Variable Fasilitas_LAY_KES

Crosstab

			patuh1		Total
			patuh	tidak patuh	
fASILITAS_LAY_KES	fas baik/tinggi	Count	184	38	222
		% within fASILITAS_LAY_KES	82.9%	17.1%	100.0%
	fas kurang/rendah	Count	11	2	13
		% within fASILITAS_LAY_KES	84.6%	15.4%	100.0%
Total		Count	195	40	235
		% within fASILITAS_LAY_KES	83.0%	17.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.026 ^a	1	.872		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.027	1	.870		
Fisher's Exact Test				1.000	.614
Linear-by-Linear Association	.026	1	.872		
N of Valid Cases	235				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,21.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for fASILITAS_LAY_KES (fas baik/tinggi / fas kurang/rendah)	.880	.187	4.134
For cohort patuh1 = patuh	.980	.771	1.244
For cohort patuh1 = tidak patuh	1.113	.301	4.112
N of Valid Cases	235		

Logistic Regression model awal

Variables not in the Equation

		Score	df	Sig.
Step 0	Variables			
	PEKERJAAN_ODHA	4.437	1	.035
	JENIS_KELAMIN(1)	4.932	1	.026
	EFEK_SAMPING_ARV(1)	6.646	1	.010
	KORMOBIDITAS(1)	1.141	1	.285
	PENGETAHUAN	1.094	1	.296
	DUKUNGAN_KELUARGA	1.290	1	.256
	UMUR_ODHA	3.243	1	.072
	statusmenikah	5.609	1	.018
	Overall Statistics	17.112	8	.029

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
PEKERJAAN_ODHA	-.500	.875	.327	1	.568	.606	.109	3.372
JENIS_KELAMIN(1)	-.913	.867	1.109	1	.292	.401	.073	2.194
EFEK_SAMPING_ARV(1)	2.060	1.042	3.907	1	.048	7.844	1.017	60.474
KORMOBIDITAS(1)	.374	.394	.897	1	.344	1.453	.671	3.148
PENGETAHUAN	.521	.370	1.982	1	.159	1.683	.815	3.474
DUKUNGAN_KELUARGA	.079	.441	.033	1	.857	1.083	.457	2.567
UMUR_ODHA	-.271	.429	.399	1	.527	.763	.329	1.767
statusmenikah	.639	.519	1.517	1	.218	1.894	.686	5.234
Constant	-4.481	2.104	4.538	1	.033	.011		

a. Variable(s) entered on step 1: PEKERJAAN_ODHA, JENIS_KELAMIN, EFEK_SAMPING_ARV, KORMOBIDITAS, PENGETAHUAN, DUKUNGAN_KELUARGA, UMUR_ODHA, statusmenikah.

Logistic Regression variable dukungan keluarga dikeluarkan

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.584	.174	83.292	1	.000	.205

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables PEKERJAAN_ODHA	4.437	1	.035
JENIS_KELAMIN(1)	4.932	1	.026
EFEK_SAMPING_ARV(1)	6.646	1	.010
KORMOBIDITAS(1)	1.141	1	.285
PENGETAHUAN	1.094	1	.296
UMUR_ODHA	3.243	1	.072
statusmenikah	5.609	1	.018
Overall Statistics	17.100	7	.017

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a PEKERJAAN_ODHA	-.492	.875	.317	1	.573	.611	.110	3.393
JENIS_KELAMIN(1)	-.927	.864	1.151	1	.283	.396	.073	2.151
EFEK_SAMPING_ARV(1)	2.062	1.042	3.915	1	.048	7.865	1.020	60.653
KORMOBIDITAS(1)	.359	.386	.865	1	.352	1.432	.672	3.054
PENGETAHUAN	.528	.367	2.067	1	.151	1.696	.825	3.484
UMUR_ODHA	-.261	.425	.377	1	.539	.770	.334	1.773
statusmenikah	.670	.489	1.882	1	.170	1.955	.750	5.095
Constant	-4.431	2.088	4.505	1	.034	.012		

a. Variable(s) entered on step 1: PEKERJAAN_ODHA, JENIS_KELAMIN, EFEK_SAMPING_ARV, KORMOBIDITAS, PENGETAHUAN, UMUR_ODHA, statusmenikah.

Logistic Regression Variabel Pekerjaan dikeluarkan

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.584	.174	83.292	1	.000	.205

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables			
JENIS_KELAMIN(1)	4.932	1	.026
EFEK_SAMPING_ARV(1)	6.646	1	.010
KORMOBIDITAS(1)	1.141	1	.285
PENGETAHUAN	1.094	1	.296
UMUR_ODHA	3.243	1	.072
statusmenikah	5.609	1	.018
Overall Statistics	16.898	6	.010

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a JENIS_KELAMIN(1)	-1.164	.770	2.286	1	.131	.312	.069	1.412
EFEK_SAMPING_ARV(1)	2.133	1.038	4.226	1	.040	8.441	1.104	64.522
KORMOBIDITAS(1)	.368	.386	.908	1	.341	1.445	.678	3.079
PENGETAHUAN	.529	.367	2.073	1	.150	1.697	.826	3.486
UMUR_ODHA	-.247	.424	.339	1	.560	.781	.340	1.794
statusmenikah	.697	.487	2.045	1	.153	2.008	.772	5.220
Constant	-5.083	1.768	8.262	1	.004	.006		

a. Variable(s) entered on step 1: JENIS_KELAMIN, EFEK_SAMPING_ARV, KORMOBIDITAS, PENGETAHUAN, UMUR_ODHA, statusmenikah.

Logistic Regression variable umur dikeluarkan

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.584	.174	83.292	1	.000	.205

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables PEKERJAAN_ODHA	4.437	1	.035
JENIS_KELAMIN(1)	4.932	1	.026
EFEK_SAMPING_ARV(1)	6.646	1	.010
KORMOBIDITAS(1)	1.141	1	.285
PENGETAHUAN	1.094	1	.296
statusmenikah	5.609	1	.018
Overall Statistics	16.694	6	.010

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a PEKERJAAN_ODHA	-.463	.872	.282	1	.596	.630	.114	3.477
JENIS_KELAMIN(1)	-.928	.862	1.157	1	.282	.395	.073	2.144
EFEK_SAMPING_ARV(1)	2.077	1.042	3.976	1	.046	7.979	1.036	61.448
KORMOBIDITAS(1)	.371	.386	.925	1	.336	1.449	.681	3.085
PENGETAHUAN	.505	.365	1.915	1	.166	1.656	.810	3.386
statusmenikah	.821	.420	3.823	1	.051	2.272	.998	5.174
Constant	-5.110	1.773	8.308	1	.004	.006		

a. Variable(s) entered on step 1: PEKERJAAN_ODHA, JENIS_KELAMIN, EFEK_SAMPING_ARV, KORMOBIDITAS, PENGETAHUAN, statusmenikah.

Logistic Regression variable komorbiditas dikeluarkan

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.584	.174	83.292	1	.000	.205

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables PEKERJAAN_ODHA	4.437	1	.035
JENIS_KELAMIN(1)	4.932	1	.026
EFEK_SAMPING_ARV(1)	6.646	1	.010
PENGETAHUAN	1.094	1	.296
UMUR_ODHA	3.243	1	.072
statusmenikah	5.609	1	.018
Overall Statistics	16.356	6	.012

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a PEKERJAAN_ODHA	-.524	.881	.354	1	.552	.592	.105	3.329
JENIS_KELAMIN(1)	-.917	.869	1.113	1	.291	.400	.073	2.196
EFEK_SAMPING_ARV(1)	2.067	1.040	3.946	1	.047	7.900	1.028	60.709
PENGETAHUAN	.500	.365	1.880	1	.170	1.649	.807	3.373
UMUR_ODHA	-.280	.424	.435	1	.510	.756	.329	1.737
statusmenikah	.648	.487	1.771	1	.183	1.912	.736	4.969
Constant	-4.181	2.060	4.121	1	.042	.015		

a. Variable(s) entered on step 1: PEKERJAAN_ODHA, JENIS_KELAMIN, EFEK_SAMPING_ARV, PENGETAHUAN, UMUR_ODHA, statusmenikah.

Logistic Regression variable jenis kelamin dikeluarkan

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.584	.174	83.292	1	.000	.205

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variable PEKERJAAN_ODHA	4.437	1	.035
s			
EFEK_SAMPING_ARV(1)	6.646	1	.010
KORMOBIDITAS(1)	1.141	1	.285
PENGETAHUAN	1.094	1	.296
UMUR_ODHA	3.243	1	.072
statusmenikah	5.609	1	.018
Overall Statistics	16.520	6	.011

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a PEKERJAAN_ODHA	-.982	.776	1.602	1	.206	.374	.082	1.714
EFEK_SAMPING_ARV(1)	2.066	1.039	3.955	1	.047	7.889	1.030	60.419
KORMOBIDITAS(1)	.349	.386	.820	1	.365	1.418	.666	3.022
PENGETAHUAN	.514	.365	1.977	1	.160	1.672	.817	3.422
UMUR_ODHA	-.262	.421	.386	1	.534	.770	.337	1.757
statusmenikah	.695	.486	2.046	1	.153	2.003	.773	5.190
Constant	-4.003	2.045	3.832	1	.050	.018		

a. Variable(s) entered on step 1: PEKERJAAN_ODHA, EFEK_SAMPING_ARV, KORMOBIDITAS, PENGETAHUAN, UMUR_ODHA, statusmenikah.

Logistic Regression variable pengetahuan dikeluarkan

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.584	.174	83.292	1	.000	.205

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables PEKERJAAN_ODHA	4.437	1	.035
JENIS_KELAMIN(1)	4.932	1	.026
EFEK_SAMPING_ARV(1)	6.646	1	.010
KORMOBIDITAS(1)	1.141	1	.285
UMUR_ODHA	3.243	1	.072
statusmenikah	5.609	1	.018
Overall Statistics	14.992	6	.020

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	195.170 ^a	.079	.131

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a PEKERJAAN_ODHA	-.500	.878	.324	1	.569	.606	.108	3.393
JENIS_KELAMIN(1)	-.893	.865	1.067	1	.302	.409	.075	2.229
EFEK_SAMPING_ARV(1)	2.045	1.039	3.879	1	.049	7.732	1.010	59.191
KORMOBIDITAS(1)	.313	.383	.671	1	.413	1.368	.646	2.897
UMUR_ODHA	-.199	.419	.225	1	.635	.820	.360	1.864
statusmenikah	.679	.485	1.959	1	.162	1.971	.762	5.099
Constant	-3.742	1.999	3.504	1	.061	.024		

a. Variable(s) entered on step 1: PEKERJAAN_ODHA, JENIS_KELAMIN, EFEK_SAMPING_ARV, KORMOBIDITAS, UMUR_ODHA, statusmenikah.

Logistic Regression variable status menikah dikeluarkan

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.584	.174	83.292	1	.000	.205

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables PEKERJAAN_ODHA	4.437	1	.035
JENIS_KELAMIN(1)	4.932	1	.026
EFEK_SAMPING_ARV(1)	6.646	1	.010
KORMOBIDITAS(1)	1.141	1	.285
PENGETAHUAN	1.094	1	.296
UMUR_ODHA	3.243	1	.072
Overall Statistics	15.387	6	.017

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a PEKERJAAN_ODHA	-.604	.886	.466	1	.495	.546	.096	3.101
JENIS_KELAMIN(1)	-.998	.877	1.294	1	.255	.369	.066	2.057
EFEK_SAMPING_ARV(1)	2.034	1.040	3.824	1	.051	7.648	.995	58.770
KORMOBIDITAS(1)	.332	.384	.748	1	.387	1.394	.657	2.959
PENGETAHUAN	.536	.366	2.146	1	.143	1.709	.834	3.501
UMUR_ODHA	-.592	.364	2.639	1	.104	.553	.271	1.130
Constant	-2.629	1.619	2.637	1	.104	.072		

a. Variable(s) entered on step 1: PEKERJAAN_ODHA, JENIS_KELAMIN, EFEK_SAMPING_ARV, KORMOBIDITAS, PENGETAHUAN, UMUR_ODHA.

Logistic Regression variable Efek samping dikeluarkan

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.584	.174	83.292	1	.000	.205

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables PEKERJAAN_ODHA	4.437	1	.035
JENIS_KELAMIN(1)	4.932	1	.026
KORMOBIDITAS(1)	1.141	1	.285
UMUR_ODHA	3.243	1	.072
statusmenikah	5.609	1	.018
Overall Statistics	10.236	5	.069

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	202.179 ^a	.051	.085

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a PEKERJAAN_ODHA	-.765	.836	.838	1	.360	.465	.090	2.394
JENIS_KELAMIN(1)	-.934	.830	1.264	1	.261	.393	.077	2.001
KORMOBIDITAS(1)	.338	.377	.804	1	.370	1.402	.670	2.937
UMUR_ODHA	-.265	.413	.412	1	.521	.767	.342	1.723
statusmenikah	.615	.478	1.658	1	.198	1.850	.725	4.720
Constant	-1.367	1.600	.730	1	.393	.255		

a. Variable(s) entered on step 1: PEKERJAAN_ODHA, JENIS_KELAMIN, KORMOBIDITAS, UMUR_ODHA, statusmenikah.

Logistic Regression model akhir

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.584	.174	83.292	1	.000	.205

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables PEKERJAAN_ODHA	4.437	1	.035
JENIS_KELAMIN(1)	4.932	1	.026
EFEK_SAMPING_ARV(1)	6.646	1	.010
KORMOBIDITAS(1)	1.141	1	.285
UMUR_ODHA	3.243	1	.072
statusmenikah	5.609	1	.018
Overall Statistics	14.992	6	.020

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	195.170 ^a	.079	.131

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a PEKERJAAN_ODHA	-.500	.878	.324	1	.569	.606	.108	3.393
JENIS_KELAMIN(1)	-.893	.865	1.067	1	.302	.409	.075	2.229
EFEK_SAMPING_ARV(1)	2.045	1.039	3.879	1	.049	7.732	1.010	59.191
KORMOBIDITAS(1)	.313	.383	.671	1	.413	1.368	.646	2.897
UMUR_ODHA	-.199	.419	.225	1	.635	.820	.360	1.864
statusmenikah	.679	.485	1.959	1	.162	1.971	.762	5.099
Constant	-3.742	1.999	3.504	1	.061	.024		

a. Variable(s) entered on step 1: PEKERJAAN_ODHA, JENIS_KELAMIN, EFEK_SAMPING_ARV, KORMOBIDITAS, UMUR_ODHA, statusmenikah.