

Determinan ketidakpatuhan terapi antiretroviral pada ODHA dewasa

Determinants of non-adherence to antiretroviral therapy in adults with HIV/AIDS

Zulpahmi Harahap¹, Eggi Arguni², Theodola Baning Rahayujati³

Abstract

Purpose: This study aimed to determine the factors of non-adherence ARV therapy in adult PLWHA. **Methods:** A case-control study was conducted using secondary data of the Cilacap VCT clinic with consecutive sampling technique. The total sample was 204, consisting of 102 cases and 102 controls (1:1). The cases were adult PLWHA who did not adhere to ARV therapy and the controls were adult PLWHA who adhere to ARV therapy. The bivariate analysis used Chi-square and Fisher's exact tests and multivariate analysis used logistic regression tests. **Results:** The variables that were shown to jointly affect non-adherence to ARV therapy in adult PLWHA were the level of education, CD4 count, PMO and opportunistic infections. **Conclusions:** The risk factors of non-adherence to ARV therapy in adult PLWHA were the level of education, PMO, CD4 count and opportunistic infections. There needs to be a special assistance and counseling program on a regular basis to PLWHA adults with low education, obligating all PLWHA adults that start ARV therapy to have a PMO, continue HIV screening programs to entire population at risk and advocate the local governments to facilitate PLWHA who can not afford to obtain CD4 test .

Keywords: non-adherence therapy; ARV; PLWHA; VCT

Dikirim: 29 Februari 2016
Diterbitkan: 1 Juni 2016

¹Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau (Email: fachmi.hrp@gmail.com)

²RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta

³Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo

PENDAHULUAN

Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Pertama kali ditemukan pada tahun 1981 dan telah berkembang menjadi masalah kesehatan dunia (1). Secara global jumlah kasus HIV/AIDS pada tahun 2012 sebanyak 35,3 juta, dengan infeksi baru pada tahun 2013 diperkirakan sebanyak 2,3 juta dan jumlah kematiannya sebanyak 1,6 juta. Berdasarkan laporan UNAIDS Indonesia merupakan salah satu negara di kawasan Asia dengan peningkatan infeksi baru HIV, dimana antara tahun 2001-2012 infeksi baru HIV/AIDS di Indonesia meningkat 2,6 kali dan diperkirakan jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia akan menempati urutan ketiga setelah India dan China. Jumlah kasus baru HIV dan kasus AIDS serta kasus kematiannya di Kabupaten Cilacap pada tahun 2014 meningkat dibanding tahun sebelumnya, dimana tahun 2014 jumlah kasus baru HIV berjumlah 87 kasus dibanding 70 kasus tahun 2013, AIDS menurun jumlahnya dari 24 kasus menjadi 13 kasus tahun 2014 dan meninggal sebanyak 4 orang, meningkat dari 1 orang di tahun 2013 (2).

Penggunaan terapi ARV sebagai pengobatan infeksi HIV telah berkembang secara signifikan pada tahun 1986. Terapi ini tidak dapat menyembuhkan HIV/AIDS, tetapi dapat memaksimalkan supresi replikasi HIV sehingga dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas pasien HIV/AIDS serta mereduksi transmisi perinatal (3). Kepatuhan minum ARV pada ODHA yang menjalani terapi ARV diharapkan mencapai 100% atau *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), artinya semua kombinasi ARV harus diminum tepat dosis tanpa ada yang terlewat sesuai waktu dengan cara yang benar. Pasien yang tidak patuh terhadap pengobatan atau berhenti memakai ARV akan dapat meningkatkan resistensi terhadap ARV, meningkatkan risiko untuk menularkan HIV pada orang lain, serta meningkatkan risiko kematian pada ODHA (1). Penelitian di berbagai negara untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan dan ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA menunjukkan hasil yang belum konsisten. Untuk mengurangi jumlah ODHA yang tidak patuh terhadap pengobatan ARV dan berdasarkan hasil penelitian yang belum konsisten tersebut perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan pengobatan ARV pada ODHA dewasa yang mendapatkan terapi ARV, khususnya di Kabupaten Cilacap. Adapun tujuan

penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berisiko terhadap ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA di klinik VCT Kabupaten Cilacap.

METODE

Penelitian observasional ini menggunakan desain *case-control* memanfaatkan data sekunder klinik VCT Kabupaten Cilacap. Penelitian ini berlokasi di klinik VCT Kabupaten Cilacap dan dilaksanakan pada bulan November-Desember 2015. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ODHA dewasa yang menjalani terapi ARV di klinik VCT Kabupaten Cilacap yang tercatat dalam kurun waktu bulan Januari 2014-Juni 2015. Total sampel dalam penelitian ini berjumlah 204 yang terdiri dari 102 kasus dan 102 kontrol (rasio perbandingan kasus dan kontrol 1:1). Kasus dalam penelitian ini adalah ODHA dewasa yang tidak patuh menjalani terapi ARV di klinik VCT Kabupaten Cilacap yang tercatat pada register perawatan dan terapi ARV ODHA dalam kurun waktu bulan Januari 2014-Juni 2015 dan kontrol dalam penelitian ini adalah ODHA dewasa yang patuh menjalani terapi ARV di klinik VCT Kabupaten Cilacap yang tercatat pada register perawatan dan terapi ARV ODHA dalam kurun waktu bulan Januari 2014-Juni 2015, dimana penilaian kepatuhannya diperoleh dari catatan ikhtisar perawatan dan terapi ARV pada ODHA dan catatan pengambilan obat setiap bulannya. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *consecutive sampling* dengan cara mengambil semua ODHA dewasa yang menjalani terapi ARV yang tercatat di register klinik VCT Kabupaten Cilacap pada bulan Januari 2014-Juni 2015 dan memenuhi kriteria inklusi dalam penelitian ini. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah ODHA dewasa (usia ≥ 18 tahun) yang mendapatkan terapi ARV minimal 6 bulan dalam kurun waktu bulan Januari 2014-Juni 2015 yang tercatat di rekam medis dan catatan ikhtisar perawatan dan terapi ARV pada ODHA di klinik VCT Kabupaten Cilacap, sedangkan kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah ODHA dewasa yang sudah meninggal sebelum menjalani 6 bulan terapi ARV dan ODHA dewasa yang pindah pengobatan ke layanan kesehatan di luar Kabupaten Cilacap. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, faktor risiko penularan infeksi HIV, Pengawas Minum Obat (PMO), riwayat efek samping obat ARV, stadium klinis HIV WHO, infeksi oportunistik, jumlah CD4, dan jarak rumah ke layanan kesehatan dan variabel terikat

dalam penelitian ini adalah ketidakpatuhan terapi ARV.

HASIL

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa proporsi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa lebih besar pada usia ≥ 30 tahun dibandingkan pada usia < 30 tahun. Proporsi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa lebih besar pada laki-laki (68,63%) dibandingkan pada perempuan (31,37%). Proporsi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa lebih besar pada ODHA dewasa yang berpendidikan rendah (77,45%) dibandingkan pada ODHA dewasa yang berpendidikan tinggi (22,55%). Proporsi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa lebih besar pada ODHA dewasa yang tidak bekerja (57,84%) dibandingkan pada ODHA dewasa yang bekerja (42,16%). Proporsi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa lebih besar pada ODHA dewasa yang berstatus menikah (78,43%) dibandingkan dengan ODHA dewasa yang tidak menikah (21,57%). Berdasarkan faktor risiko penularan infeksi HIV, semua ODHA dewasa yang menjalani terapi ARV memiliki faktor risiko penularan infeksi HIV melalui transmisi seksual yaitu sebanyak 204 orang (100%). Proporsi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa lebih besar pada ODHA dewasa yang ada PMO (85,29%) dibandingkan pada ODHA dewasa yang tidak ada PMO (14,71%). Proporsi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa lebih besar pada ODHA dewasa yang tidak memiliki riwayat efek samping obat ARV (92,16%) dibandingkan pada ODHA dewasa yang memiliki riwayat efek samping obat ARV (7,84%). Proporsi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa lebih besar pada ODHA dewasa yang memiliki stadium klinis berat (72,55%) dibandingkan pada ODHA dewasa yang memiliki stadium klinis ringan (27,45%). Proporsi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa lebih besar pada ODHA dewasa yang ada infeksi oportunistik (60,78%) dibandingkan pada ODHA dewasa yang tidak ada infeksi oportunistik (39,22%). Proporsi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa lebih besar pada ODHA dewasa yang memiliki jumlah CD4 < 350 sel/mm³ (96,08%) dibandingkan pada ODHA dewasa yang memiliki jumlah CD4 ≥ 350 sel/mm³ (3,92%) dan proporsi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa lebih besar pada ODHA dewasa yang jarak rumahnya dekat dengan layanan kesehatan (53,92%) dibandingkan pada ODHA dewasa yang jarak rumahnya jauh ke layanan kesehatan (46,08%). Hasil

analisis bivariat dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Hasil analisis bivariat hubungan variabel bebas dengan ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa

Variabel	Kasus	Kontrol	p-value	95% CI
Umur				
<30 tahun	28	34	0,361	0,76
≥ 30 tahun	74	68		(0,39-1,44)
Jenis kelamin				
Laki-laki	70	62	0,241	1,41
Perempuan	32	40		(0,76-2,62)
Tingkat pendidikan				
Rendah	79	38	0,000	5,78
Tinggi	23	64		(3-11,23)
Status pekerjaan				
Bekerja	43	46	0,671	0,89
Tidak bekerja	59	56		(0,49-1,6)
Status pernikahan				
Menikah	80	77	0,618	0,85
Tidak menikah	22	25		(0,42-1,71)
Faktor risiko infeksi penularan HIV				
Transmisi seksual	102	102	NA	NA
Transmisi non seksual	0	0		
PMO				
Ada	87	97	0,019	3,34
Tidak ada	15	5		(1,09-12,19)
Riwayat efek samping obat ARV				
Ada	8	2	0,050	4,26
Tidak ada	94	100		(0,82-41,87)
Stadium klinis WHO				
Ringan (I dan II)	28	60	0,000	3,78
Berat (III dan IV)	74	42		(2,02-7,1)
Infeksi oportunistik				
Ada	62	28	0,000	4,1
Tidak ada	40	74		(2,18-7,72)
Jumlah CD4				
< 350 sel/mm ³	98	87	0,008	4,22
≥ 350 sel/mm ³	4	15		(1,27-18,03)
Jarak rumah ke pelayanan kesehatan				
Dekat (< 10 km)	55	67	0,09	1,64
Jauh (≥ 10 km)	47	35		(0,9-3)

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa variabel bebas yang mempunyai hubungan bermakna terhadap ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA adalah tingkat pendidikan, PMO, riwayat efek samping obat ARV, stadium klinis HIV WHO, IO dan jumlah CD4. Nilai Odds Ratio (OR) yang paling besar terdapat pada variabel tingkat pendidikan, sedangkan nilai OR yang paling kecil terdapat pada variabel PMO. ODHA yang tidak ada PMO mempunyai risiko 3,3 kali lebih besar tidak patuh menjalani terapi ARV dibandingkan dengan ODHA yang ada PMO. Hasil analisis multivariat dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Perbandingan model regresi logistik variabel bebas terhadap ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa di klinik VCT Kabupaten Cilacap

Variabel	Model 1		Model 2		Model 3*	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Jenis kelamin	1,87 (0,9-3,87)	0,09				
Tingkat pendidikan	5,84 (2,86-11,91)	0,00	5,45 (2,76-10,74)	0,00	5,67 (2,89-11,12)	0,00
PMO	3,81 (1,14-12,78)	0,03	4,48 (1,30-15,41)	0,01	4,25 (1,22-14,8)	0,02
Riwayat efek samping obat ARV	6,5 (0,91-46,61)	0,06				
Stadium klinis HIV WHO	2,27 (1,01-5,08)	0,04	2,01 (0,92-4,41)	0,08		
IO	2,82 (1,26-6,32)	0,01	2,92 (1,33-6,41)	0,01	4,22 (2,16-8,26)	0,00
Jumlah CD4	5,22 (1,4-19,5)	0,01	4,95 (1,36-17,98)	0,02	5,58 (1,54-20,2)	0,01
Jarak rumah ke layanan kesehatan	1,27 (0,61-2,65)	0,52				
BIC	254,38		245,36		243,11*	

*Model akhir yang terbaik dari uji *goodness of fit* berdasarkan nilai BIC (Bayesian Information Criterion) terkecil

Hasil uji regresi logistik menunjukkan bahwa model 3 merupakan model terbaik karena memiliki nilai BIC yang paling kecil (Tabel 2). Berdasarkan hasil fit model analisis multivariat menunjukkan ada 4 variabel bebas yang layak dipertahankan secara statistik, yaitu tingkat pendidikan, PMO, IO dan jumlah CD4 sehingga dapat dibuat persamaan regresi logistik berdasarkan nilai koefisien yaitu ketidakpatuhan. Peluang besarnya risiko tidak patuh terapi ARV pada ODHA dewasa dengan tingkat pendidikan rendah, tidak ada PMO, ada IO dan jumlah CD4 <350 sel/mm³ berisiko sebesar 19,99 kali untuk tidak patuh terhadap terapi ARV (OR=19,99; 95%CI=5,13-77,86; p=0,00).

Langkah selanjutnya uji regresi logistik (uji kolinearitas antar variabel bebas). Hasil uji kolinearitas pada penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Hasil analisis kolinearitas

Variabel	VIF	Tolerance	R-squared
Tingkat pendidikan	1,04	0,9611	0,0389
PMO	1,01	0,9937	0,0063
IO	1,04	0,9635	0,0365
Jumlah CD4	1,00	0,9967	0,0033

Hasil uji kolinearitas tersebut menunjukkan tidak ditemukan kecurigaan kolinearitas antar variabel bebas yang terlihat dari nilai *tolerance* yang tidak kurang dari 0,1 dan *variance inflation factor* (VIF) yang tidak melebihi dari 10 (4).

BAHASAN

Usia yang semakin muda meningkatkan risiko untuk tidak patuh menjalani terapi ARV. Hal ini disebabkan karena usia muda 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 (5). Dalam penelitian ini diketahui bahwa proporsi usia ≥30 tahun pada kelompok kasus lebih besar dibanding usia <30 tahun yaitu 72,55% dibanding 27,45%. Hasil analisis statistik dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa. Beberapa penelitian yang sama dengan penelitian ini juga menyimpulkan bahwa usia tidak berhubungan dengan kepatuhan terapi ARV pada ODHA (6-8). Beberapa penelitian yang tidak sejalan dengan penelitian ini menyatakan bahwa secara umum pasien dengan usia yang lebih muda memiliki risiko lebih besar tidak patuh dalam menjalani terapi ARV (3,9).

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. Hasil analisis statistik dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa. Hal tersebut bisa disebabkan karena proporsi ODHA dewasa laki-laki pada kasus dan kontrol seimbang. Beberapa penelitian yang sejalan dengan penelitian ini menyimpulkan bahwa tidak ada

hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat kepatuhan minum obat ARV pada ODHA (6,10). Beberapa penelitian yang berbeda hasilnya dengan penelitian ini menyatakan bahwa laki-laki lebih berisiko 1,3 kali tidak patuh menjalani terapi ARV dibandingkan perempuan (11), sedangkan perempuan mempunyai risiko 6,9 kali lebih besar tidak patuh menjalani terapi ARV dibandingkan laki-laki (9).

Tingkat pendidikan memiliki keterkaitan dengan pengetahuan, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan berpengaruh terhadap kesadaran akan kesehatan. Tingkat kesadaran seseorang yang tinggi akan menstimulasi berperilaku sesuai dengan kondisi kesehatan. Perubahan perilaku inilah yang dapat memengaruhi perilaku pasien terhadap pengobatan (12). Dalam penelitian ini diketahui bahwa proporsi ODHA yang memiliki tingkat pendidikan rendah pada kasus lebih besar dibandingkan pada ODHA yang memiliki tingkat pendidikan tinggi. Hasil analisis statistik dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan mempunyai hubungan yang bermakna dengan ketidakpatuhan terapi ARV, ODHA yang memiliki tingkat pendidikan rendah mempunyai risiko 5,7 kali lebih besar tidak mematuhi terapi ARV dibandingkan dengan ODHA dewasa yang memiliki tingkat pendidikan tinggi. Beberapa penelitian yang sejalan dengan penelitian ini menyimpulkan bahwa ODHA dengan tingkat pendidikan tinggi 20 kali lebih patuh terhadap terapi ARV dibandingkan dengan ODHA yang memiliki tingkat pendidikan rendah (6) dan ODHA yang memiliki tingkat pendidikan rendah mempunyai risiko 3,7 kali lebih besar tidak mematuhi terapi ARV dibandingkan dengan ODHA yang memiliki tingkat pendidikan tinggi (13). Sementara penelitian yang tidak sejalan dengan penelitian ini menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan tingkat kepatuhan minum obat ARV pada ODHA (10).

Status pekerjaan juga memiliki keterkaitan dengan pola perilaku selama menjalani terapi ARV, dimana ODHA yang bekerja akan sibuk dengan rutinitas pekerjaannya sehingga akan berpengaruh terhadap kepatuhan konsumsi obat ARV. Dalam penelitian ini proporsi ODHA dewasa yang tidak bekerja pada kasus lebih besar dibandingkan dengan proporsi ODHA yang bekerja. Akan tetapi perbedaan proporsinya tidak terlalu besar yaitu sebesar 15,68%. Perbedaan risiko yang kecil ini mendukung hasil analisis statistik pada penelitian ini bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa. Hasil penelitian yang sejalan dengan penelitian ini juga

menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan kepatuhan terapi ARV (7)(14). sedangkan penelitian yang tidak sejalan dengan penelitian ini menyimpulkan bahwa ODHA yang tidak bekerja mempunyai risiko 3,5 kali lebih besar tidak patuh terapi ARV dibandingkan dengan ODHA yang bekerja (9).

pasangan (suami/istri) dan keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan dan perawatan kepada ODHA. Dalam penelitian ini proporsi ODHA dewasa yang statusnya menikah lebih besar daripada yang tidak menikah, baik pada kelompok kasus maupun kelompok kontrol. Artinya, proporsi antara kasus dan kontrol hampir seimbang, sehingga hasil analisis tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa. Hasil penelitian yang sejalan dengan penelitian juga menyimpulkan bahwa status pernikahan pada ODHA baik yang menikah ataupun tidak menikah tidak berhubungan terhadap kepatuhan menjalani terapi ARV (15,16). Hasil penelitian yang berbeda dengan penelitian ini 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 (17).

Penelitian ini menunjukkan bahwa faktor risiko penularan infeksi HIV pada ODHA dewasa yang menjalani terapi ARV di klinik VCT Kabupaten Cilacap semuanya baik pada kelompok kasus maupun kontrol adalah penularan melalui transmisi seksual, sehingga variabel ini tidak dapat dianalisis secara statistik.

Pengawas minum obat (PMO) adalah seseorang yang dipercaya untuk mengawasi dan memantau penderita dalam mengkonsumsi obat sesuai dengan ketentuan yang telah diberikan (18). Keberadaan PMO mungkin lebih dikenal pada pasien TBC. Konsep ini dapat juga digunakan pada ODHA yang akan menjalani terapi ARV. PMO diduga dapat berpengaruh terhadap terapi ARV pada ODHA, karena dengan adanya PMO diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan pasien untuk minum obat secara teratur sesuai dengan anjuran yang diberikan (19). Penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara PMO dengan ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa, dimana ODHA dewasa yang tidak didampingi oleh PMO meningkatkan risiko 4,3 kali tidak patuh terapi ARV dibandingkan dengan ODHA dewasa yang didampingi oleh PMO. Hasil penelitian yang sejalan dengan penelitian ini menunjukkan bahwa ODHA yang tidak memiliki PMO memiliki risiko 1,8 kali lebih besar

loss to follow up terapi ARV dibandingkan dengan ODHA yang ada PMO (20).

Pasien yang sedang mendapatkan HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) umumnya menderita efek samping. Sekitar 25% penderita menghentikan terapi pada tahun pertama karena efek samping obat dan 25% penderita tidak meminum dosis yang dianjurkan karena takut akan efek samping yang ditimbulkan oleh ARV (19). Dalam penelitian ini proporsi ODHA dewasa yang tidak memiliki riwayat efek samping obat ARV pada kasus dan kontrol lebih besar dibandingkan yang memiliki riwayat efek samping obat ARV. Hal tersebut mendukung hasil analisis statistik dalam penelitian ini bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara riwayat efek samping obat ARV dengan ketidakepatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa. Sebagian besar efek samping yang ditimbulkan adalah timbul ruam atau kemerahan, gatal-gatal, pusing dan mual. Hasil penelitian yang sejalan dengan penelitian ini menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara efek samping obat ARV dengan kepatuhan terapi ARV (16), sedangkan penelitian yang berbeda, menyimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara efek samping obat ARV dengan kepatuhan terapi ARV pada ODHA, dimana efek samping obat ARV meningkatkan risiko 6,04 kali tidak patuh terhadap terapi ARV pada ODHA (9).

Klasifikasi klinis HIV menurut WHO dikategorikan menjadi stadium klinis I, II, III dan IV. Stadium I dan II menunjukkan gejala klinis tidak terlalu berat, sedangkan stadium III dan IV menunjukkan lebih berat (21). Dalam penelitian ini diketahui sebagian besar ODHA dewasa yang menjalani terapi ARV di klinik VCT Kabupaten Cilacap baik pada kelompok kasus maupun kelompok kontrol memiliki stadium klinis HIV WHO berat, namun setelah dilakukan analisis statistik dalam penelitian ini diketahui bahwa stadium klinis HIV WHO tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan ketidakepatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa. Hal ini dapat terjadi karena pada saat dilakukan analisis secara bersamaan dengan variabel bebas lainnya pada analisis multivariat, ada variabel bebas lain yang bisa mengganggu variabel stadium klinis sehingga menunjukkan hasil yang tidak bermakna. Penelitian yang sejalan dengan penelitian ini juga menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara stadium klinis HIV WHO dengan kepatuhan terapi ARV (15,22).

Infeksi oportunistik (IO) adalah infeksi yang mengambil kesempatan dari kelemahan dalam pertahanan kekebalan tubuh manusia. Berdasarkan

pengamatan dilapangan, sebagian besar IO pada ODHA dewasa yang menjalani terapi ARV di klinik VCT Kabupaten Cilacap adalah TBC dan hepatitis. Sebagian besar ODHA dewasa yang menjalani terapi ARV di klinik VCT Kabupaten Cilacap baik pada kelompok kasus dan kontrol memiliki IO. Dari hasil analisis statistik dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara IO dengan kepatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa, dimana ODHA dewasa dengan IO memiliki risiko 4,2 kali lebih besar tidak mematuhi terapi ARV dibandingkan dengan ODHA yang tidak ada IO. Ada beberapa penelitian menunjukkan hasil yang sama dengan penelitian ini, yang juga menyimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara penyakit penyerta pada ODHA dengan kepatuhan terapi ARV (7,23).

Sel CD (*Cluster of Differentiation*) adalah sel darah putih atau limfosit yang termasuk dalam bagian terpenting dari sistem kekebalan tubuh manusia. Sel CD yang paling banyak adalah CD4 dan CD8, dimana sel CD4 merupakan target utama dari virus HIV (24). Pada orang sehat jumlah CD4 normal adalah 800 sampai 1000 sel/mm³. Semakin menurunnya jumlah CD4 berarti sistem kekebalan tubuh kita semakin rusak dan akan mudah terserang penyakit lainnya atau mengalami IO. Pemeriksaan jumlah CD4 dan penentuan stadium klinis infeksi HIV bertujuan untuk menentukan apakah penderita sudah memenuhi syarat terapi ARV atau belum (25). Sebagian besar ODHA dewasa yang menjalani terapi ARV di klinik VCT Kabupaten Cilacap baik pada kelompok kasus maupun kontrol memiliki jumlah CD4 awal <350 sel/mm³. Dari hasil analisis statistik dalam penelitian ini dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara jumlah CD4 dengan ketidakepatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa, dimana ODHA dewasa yang memiliki jumlah CD4 awal <350 sel/mm³ akan meningkatkan risiko 5,6 kali lebih besar tidak patuh terapi ARV dibandingkan dengan ODHA yang memiliki jumlah CD4 awal ≥350 sel/mm³. Hasil penelitian yang sejalan dengan penelitian ini menyatakan bahwa jumlah CD4 >200 sel/mm³ saat memulai terapi ARV meningkatkan risiko 1,3 kali untuk patuh terhadap terapi ARV dibandingkan dengan jumlah CD4 <200 sel/mm³ saat memulai terapi ARV (26), sedangkan penelitian yang berbeda dengan penelitian ini menyatakan bahwa jumlah CD4 awal saat memulai terapi ARV pada ODHA tidak berhubungan signifikan dengan kepatuhan terapi ARV dikarenakan proporsi ODHA yang memulai terapi ARV lebih besar yang memiliki CD4 ≥350 sel/mm³ dibanding CD4 <350 sel/mm³ (16).

Salah satu alasan ODHA tidak patuh menjalani terapi ARV adalah karena jarak rumah yang jauh ke layanan kesehatan. Jarak dimungkinkan dapat memengaruhi biaya yang harus dikeluarkan ODHA dikarenakan harus menggunakan sarana transportasi untuk menuju ke layanan kesehatan (27). Sebagian besar ODHA dewasa yang menjalani terapi ARV di klinik VCT Kabupaten Cilacap baik pada kelompok kasus maupun kelompok kontrol memiliki jarak rumah yang dekat ke layanan kesehatan. Dalam penelitian ini didapatkan hasil tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara jarak rumah ke layanan kesehatan. Hasil penelitian yang sejalan dengan penelitian ini juga menyimpulkan bahwa jarak ke fasilitas kesehatan tidak berhubungan signifikan dengan kepatuhan terapi ARV (16). 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 (26,27).

SIMPULAN

Faktor-faktor yang berisiko terhadap ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa di klinik VCT Kabupaten Cilacap adalah tingkat pendidikan, PMO, IO dan jumlah CD4, sedangkan faktor usia, jenis kelamin, status pekerjaan, status pernikahan, riwayat efek samping obat ARV, stadium klinis HIV WHO dan jarak rumah ke layanan kesehatan bukan merupakan faktor risiko terhadap ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa. Berdasarkan kesimpulan diatas, maka disarankan pada klinik VCT Kabupaten Cilacap agar melakukan peningkatan kepatuhan terapi ARV dengan mempertimbangkan tingkat pendidikan pada ODHA dewasa, dimana ODHA dewasa yang memiliki tingkat pendidikan rendah perlu mendapatkan pendampingan khusus dan konseling kepatuhan terapi ARV secara rutin dari konselor VCT dibandingkan ODHA dewasa yang berpendidikan tinggi dan mewajibkan kepada semua ODHA dewasa yang akan menjalani terapi ARV untuk memiliki PMO. Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap diharapkan untuk melakukan skrining HIV dengan menjangkau semua populasi yang berisiko untuk mendeteksi dini HIV agar dapat dilakukan tindakan yang cepat dan tepat untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas penderita HIV serta melakukan advokasi kepada pemerintah daerah

agar pemeriksaan CD4 pada ODHA yang tidak mampu bisa dibiayai melalui jaminan kesehatan daerah.

Abstrak

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa. **Metode:** Desain penelitian *case-control* dengan menggunakan data sekunder klinik VCT Kabupaten Cilacap menggunakan teknik *consecutive sampling*. Total sampel penelitian adalah 204, terdiri dari 102 kasus dan 102 kontrol (1:1). Kasus adalah ODHA dewasa yang tidak patuh menjalani terapi ARV dan kontrol adalah ODHA dewasa yang patuh menjalani terapi ARV. Analisis bivariat menggunakan uji *Chi-square* dan *Fisher's Exact* serta analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik. **Hasil:** Variabel yang terbukti secara bersama-sama memengaruhi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa adalah tingkat pendidikan, jumlah CD4, PMO dan infeksi oportunistik. **Simpulan:** Klinik VCT Kabupaten Cilacap perlu melakukan pendampingan khusus dan konseling secara rutin kepada ODHA dewasa yang berpendidikan rendah, mewajibkan semua ODHA dewasa yang akan mulai terapi ARV memiliki PMO,

Kata kunci: Ketidakpatuhan terapi; ARV; ODHA; VCT; Kabupaten Cilacap

PUSTAKA

1. Depkes RI. Situasi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987-2006. Jakarta; 2006.
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap. Situasi HIV/AIDS di Kabupaten Cilacap Tahun 2014. Cilacap; 2015.
3. Loue S. Mental Health Practitioner's Guide to HIV/AIDS. New York: Springer; 2013.
4. O'Brien R. A Caution Regarding Rules of Thumbs for Variance Inflation Factors, Quality & Quantity. 2007. 673-690 p.
5. 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
6. New Rochelle, NY 10801 USA; 2009 Mar;23(3):203-10.
7. Ubra R. Faktor-faktor yang berhubungan dengan

- pengobatan minum ARV pada pasien HIV di Kabupaten Mimika, Provinsi Papua. Universitas Indonesia; 2012.
8. Chitangala F. A Case Control Study to Identify Factors That May Influence Antiretroviral Treatment Adherence. University of Zambia; 2007.
 9. Salami A., FWAC, Fadeyi A, FMCPATH, James A., MBBS, Desalu O, et al. Factors influencing adherence to antiretroviral medication in Ilorin, Nigeria. *J Int Assoc Physicians AIDS Care*. 2010;9(3):191-5.
 10. Wasti SP, Simkhada P, Randall J, Freeman J V, Teijlingen E Van. Factors Influencing Adherence to Antiretroviral Treatment in Nepal: A Mixed-Methods Study. 2012;7(5):1-11.
 11. Fithria. Faktor-faktor yang memengaruhi tingkat kepatuhan pengobatan ARV pada ODHA di RSUD Tugurejo dan RSU Panti Wilasa Citarum, Semarang. Universitas Diponegoro; 2010.
 12. Mosoko J., Akam P., Weidle J., Brooks A., Aweh T., Kinge S, et al. Retention in an Antiretroviral Therapy Programme During an Era of Decreasing Drug Cost in Limbe, Cameroon. *J Int AIDS Soc*. 2011;14:32.
 13. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2011.
 14. Hansana V, Sanchaisuriya P, Durham J, Sychareun V, Chaleunvong K, Boonyaleepun S, et al. Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) among People Living With HIV (PLHIV): a cross-sectional survey to measure in Lao PDR. 2013;1-12.
 15. Agu K., Okojie O, Oqua D, Omonaiye O, Onuoha C, Isah M., et al. Medication Adherence and Risk Factors for Non-adherence Among Patients Taking Highly Active Antiretroviral Therapy. *West African J Pharm*. 2011;22(1):19-26.
 16. Yaya I, Landoh D., Saka B, Patchali P., Waswa P, Aboubakari A., et al. 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*. 2013;
 17. Yone WW., Soh E, Kengne A., Balkissou A., Kuaban C. Non-adherence to antiretroviral therapy in Yaounde: Prevalence, determinants and the concordance of two screening criteria. *J Infect Public Health*. 2013;6:307-15.
 18. Weidle PJ, Wamai N, Solberg P, Liechty C, Sendagala S, Were W, et al. Adherence to antiretroviral therapy in a home-based AIDS care programme in rural Uganda. 2003;1587-94.
 19. Cahaya P. Pengaruh pelatihan dengan diskusi kelompok kecil terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan pengawas minum obat pada penderita TB Paru di Kabupaten Sleman. Universitas Gadjah Mada; 2004.
 20. Nursalam, Nurs N., Kurniawati N. Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS. Jakarta: Salemba Medika; 2007.
 21. Widyantini. Faktor-faktor yang berhubungan dengan loss to follow up pada ODHA yang menerima terapi ARV di klinik Amertha Yayasan Kerti Praja Bali Tahun 2002-2012. Universitas Udayana Bali; 2014.
 22. Depkes RI. Pedoman Nasional Perawatan Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA. Jakarta: Direktorat Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan; 2003.
 23. Negash T, Ehlers V. Personal factors influencing patients adherence to ART in Addis Ababa, Ethiopia. *J Assoc Nurse AIDS Care*. 2013;24:530-8.
 24. Naidoo P, Peltzer K, Louw J, Matseke G, Mchunu G, Tutshana B. Predictors of tuberculosis (TB) and antiretroviral (ARV) medication non-adherence in public primary care patients in South Africa: a cross sectional study. 2013;
 25. Abuzaitoun O., Hanson I. Organ Specific Manifestation of HIV Disease in Children. *Pediatr Clin North Am*. 2013;47:24-109.
 26. Kemenkes RI. Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral Pada Orang Dewasa. Jakarta; 2011.
 27. Boyer S, Clerc I, Bonono C-R, Marcellin F, Bilé P-C, Ventelou B. Non-adherence to antiretroviral treatment and unplanned treatment interruption among people living with HIV/AIDS in Cameroon: Individual and healthcare supply-related factors. *Soc Sci Med [Internet]*. Elsevier Ltd; 2011;72(8):1383-92. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953611001171>
 28. Markos E, Worku A, Davei G. Adherence to ART in PLWHA at Yirgalem Hospital, South Ethiopia. *Ethiop J Heal Dev*. 2006;22(2):175-9.