

**LAPORAN AKHIR  
KEGIATAN PENELITIAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI  
PROGRAM HIBAH DESENTRALISASI  
TAHUN ANGGARAN 2013**



**JUDUL:**

**PREDIKTOR KEPATUHAN MINUM OBAT  
ANTIRETROVIRAL (ARV) PADA ORANG HIDUP DENGAN HIV/AIDS (ODHA)  
(Tahun ke satu dari rencana dua tahun)**

**TIM PENELITI**

**Ketua Peneliti : Kusman Ibrahim, PhD  
N I P : 197109171999031002  
NIDN : 0017097105  
Anggota Peneliti 1 : Etika Emaliyawati, M.Kep  
NIP : 197707142007012002  
NIDN : 0014077707  
Anggota Peneliti 2 : Urip Rahayu, M.Kep  
NIP : 197501282008121002  
NIDN : 0028017505  
Anggota Peneliti 3 : Aan Nuraeni, M.Kep  
NIP : 198012162006042001  
NIDN : 0016128004**

**DIBIYAI OLEH:**

**DANA DIPA UNPADNo. 023.04.2/189726/2013 Tanggal 5 DESEMBER 2012**

**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
UNIVERSITAS PADJADJARAN  
2013**

## HALAMAN PENGESAHAN

Judul : Prediktor kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV)  
pada orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA)

### Peneliti / Pelaksana

Nama Lengkap : Kusman Ibrahim, PhD  
NIDN : 0017097105  
Jabatan Fungsional : Lektor  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Nomor HP : 081321281117  
Alamat surel (e-mail) : kusman\_ibrahim@yahoo.com

### Anggota (1)

Nama Lengkap : Etika Emaliyawati, M.Kep  
NIDN : 0014077707  
Perguruan Tinggi : Universitas Padjadjaran

### Anggota (2)

Nama Lengkap : Urip Rahayu, M.Kep  
NIDN : 0028017505  
Perguruan Tinggi : Universitas Padjadjaran

### Anggota (3)

Nama Lengkap : Aan Nuraeni, M.Kep  
NIDN : 0016128004  
Perguruan Tinggi : Universitas Padjadjaran  
Tahun Pelaksanaan : Tahun ke satu dari rencana dua tahun  
Biaya Tahun Berjalan : Rp. 62.000.000,-  
Biaya Keseluruhan : Rp. 140.000.000

Sumedang, 22 Nopember 2013

Mengetahui,

Ketua LPPM Universitas Padjadjaran

Ketua,

Prof.Dr. Wawan Hermawan, MS  
19620527 198810 1 001

Kusman Ibrahim, PhD  
197109171999031002

## RINGKASAN

HIV/AIDS masih merupakan masalah pembangunan kesehatan masyarakat bagi banyak negara, termasuk Indonesia. Berbagai strategi penanggulangan HIV/AIDS dilakukan oleh pemerintah, diantaranya peningkatan kualitas layanan pengobatan, perawatan, dan dukungan kepada orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA). Meskipun penyakit HIV masih termasuk penyakit yang tidak bisa disembuhkan, dengan ditemukannya obat antiretroviral (ARV), laju perkembangan virus HIV bisa dikendalikan dan penderita HIV bisa bertahan hidup lebih lama. Pengobatan ARV memerlukan kedisiplinan dan kepatuhan yang baik karena obat tersebut harus diminum seumur hidup. Sehingga kepatuhan menjadi kunci bagi sukses atau tidaknya pengobatan HIV. Penelitian ini bertujuan menggambarkan tingkat kepatuhan ODHA terhadap pengobatan ARV dan menggali faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan ODHA minum obat, serta menguji faktor mana yang paling dominan.

Penelitian ini menggunakan rancangan mix-methods (kualitatif dan kuantitatif). Sebanyak 122 sampel terlibat dalam penelitian ini, direkrut dari tiga klinik di Jawa Barat yaitu Kota Bandung, Kota Bekasi, dan Kota Cirebon. Pengumpulan data dilakukan setelah mendapat persetujuan kaji etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, dan mendapatkan ijin dari pimpinan instansi tempat penelitian dilakukan. Data dikumpulkan melalui Focused Group Discussion dan pengisian questioner. Data yang terkumpul dianalisis secara deskriptif dan analitik dengan multivariate analisis menggunakan perangkat lunak SPSS versi 17.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan ODHA dalam minum obat bervariasi dari rendah, sedang, dan tinggi. Terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kepatuhan responden dalam minum obat berdasarkan lokasi tempat penelitian. Klinik ARV Kota Bandung memiliki proporsi kepatuhan tinggi yang lebih banyak dibanding Klinik Bekasi dan Cirebon. Tidak ditemukan perbedaan yang bermakna kepatuhan minum obat ARV berdasarkan karakteristik jenis kelamin dan status marital, walaupun secara proporsi responden laki-laki dan yang menikah memiliki tingkat kepatuhan tinggi yang terbanyak dibanding yang lainnya. Penelitian ini juga mengungkap adanya hubungan yang bermakna antara kepatuhan dengan depresi dan persepsi stigma. Hubungan yang bermakna antara koping dengan dukungan sosial, depresi dengan stigma, dan dukungan sosial dengan stigma juga ditemukan dalam penelitian ini. Kepatuhan berhubungan dengan koping dan dukungan sosial namun tidak bermakna secara statistik. Variabel depresi merupakan variabel yang paling dominan pengaruhnya dalam menentukan kepatuhan minum obat pada ODHA yang menjalani terapi ARV.

Implikasi dari penelitian ini adalah perawat dan petugas kesehatan perlu menilai kepatuhan ODHA secara berkala dan mempertimbangkan berbagai faktor yang bisa mempengaruhi kepatuhan minum obat ARV pada ODHA. Deteksi dini atau pengkajian terhadap tanda-tanda dan gejala depresi dan persepsi stigma diikuti dengan langkah-langkah penanganan depresi dan persepsi stigma perlu lebih ditekankan ketika memberikan asuhan keperawatan pada ODHA yang menjalani terapi ARV. Penelitian lebih lanjut disarankan untuk mengungkap faktor-faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan minum obat dan strategi-strategi efektif dalam meningkatkan kepatuhan minum obat ARV pada ODHA.

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, atas limpahan rahmat dan karunia-Nya penulis bisa menyelesaikan laporan penelitian ini. Penelitian ini berjudul “Prediktor kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) pada orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA)”, dengan mengambil tempat pengumpulan data di tiga kota di Jawa Barat, yaitu Kota Bandung, Kota Bekasi, dan Kota Cirebon. Penelitian ini tidak akan berhasil dengan baik tanpa bantuan dan partisipasi dari banyak pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada pihak-pihak yang telah membantu penyelesaian penelitian ini, yaitu:

1. Rektor dan Wakil Rektor Universitas Padjadjaran dan Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Padjadjaran, atas hibah pendanaan penelitian ini.
2. Dekan Fakultas Keperawatan beserta jajaran pimpinan dan sivitas akademika Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran, atas ijin dan dukungan untuk melaksanakan penelitian ini.
3. Direktur RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, Direktur RSUD Kota Bandung, Direktur RSUD Kota Bekasi, dan Direktur RSUD Kota Cirebon, atas ijin yang diberikan untuk melaksanakan penelitian di instansi yang Bapak/Ibu pimpin.
4. Para pasien yang telah suka rela meluangkan waktu untuk berbagi informasi dan pengalaman dalam memberikan data pada penelitian ini
5. Perawat klinik HIV, asisten peneliti, manajer kasus, LSM, kelompok dukungan, dan pihak-pihak lain yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah membantu proses pengumpulan data dan penyelesaian penelitian ini.

Segala bantuan, dukungan, dan kebaikan yang sudah diberikan oleh Bapak/Ibu/Saudara semua sangat berarti dalam proses penelitian ini, dan semoga mendapatkan balasan yang berlipat ganda dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa penulisan laporan penelitian ini masih terdapat banyak kekurangan, oleh karenanya masukan, kritik, dan saran demi perbaikan laporan ini kedepannya sangat diperlukan. Semoga hasil penelitian ini bisa bermanfaat khususnya bagi para praktisi kesehatan yang memberi pelayanan kesehatan pada Orang dengan HIV/AIDS, umumnya bagi perkembangan pengetahuan dan keilmuan keperawatan terutama tentang kepatuhan pasien dalam menjalankan terapi atau program-program kesehatan lainnya.

Sumedang, November 2013

Tim Peneliti

## DAFTAR ISI

|   | Halaman |
|---|---------|
| HALAMAN PENGESAHAN .....                    | i       |
| RINGKASAN .....                             | ii      |
| KATA PENGANTAR .....                        | iv      |
| DAFTAR ISI .....                            | vi      |
| BAB I PENDAHULUAN .....                     | 1       |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....               | 4       |
| BAB III TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN ..... | 7       |
| BAB IV METODE PENELITIAN .....              | 9       |
| BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....            | 11      |
| BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....              | 34      |
| DAFTAR PUSTAKA .....                        | 36      |
| LAMPIRAN .....                              | 39      |

## DAFTAR TABEL

|            | Halaman  |
|------------|--|
| Table 5.1  | Karakteristik demografi responden ..... 14   |
| Tabel 5.2  | Tingkat kepatuhan ..... 16   |
| Tabel 5.3  | Tingkat Depresi ..... 17   |
| Tabel 5.4  | Perbedaan tingkat kepatuhan menurut laporan diri<br>berdasarkan lokasi pengambilan data ..... 17       |
| Tabel 5.5  | Perbedaan tingkat kepatuhan menurut VAS<br>berdasarkan lokasi pengambilan data ..... 18                |
| Tabel 5.6  | Perbedaan tingkat kepatuhan menurut VAS<br>berdasarkan karakteristik responden ..... 18                |
| Tabel 5.7  | Perbedaan tingkat kepatuhan berdasarkan konseling ..... 19   |
| Tabel 5.8  | Perbedaan tingkat kepatuhan berdasarkan kelompok<br>dukungan ..... 20                                  |
| Tabel 5.9  | Skor Rerata Variabel Prediktor dan Kepatuhan Minum<br>Obat ..... 20                                    |
| Tabel 5.10 | Hubungan antara persepsi stigma, dukungan sosial,<br>depresi, koping dan kepatuhan minum obat ..... 21 |
| Tabel 5.11 | Pemodelan Multivariat ..... 22   |
| Tabel 5.12 | Analisis multivariate dengan regresi linear ganda ..... 22   |



## DAFTAR LAMPIRAN

|   | Halaman |
|---|---------|
| Lampiran 1 Surat Persetujuan Komite Etik .....  | L-1     |
| Lampiran 2 Surat Keterangan Penelitian dari Badan Kesatuan<br>Bangsa dan Politik Pemerintah Provinsi Jawa Barat ..... | L-2     |
| Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian dari RSUD Kota Bandung .....   | L-3     |
| Lampiran 4 Surat Ijin Penelitian dari RSUD Kota Bekasi .....  | L-4     |
| Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian dari RSUD Kota Cirebon .....   | L-5     |
| Lampiran 6 Panduan FGD .....  | L-6     |
| Lampiran 7 Instrumen Penelitian .....   | L-7     |
| Lampiran 8 Log book penelitian .....  | L-8     |
| Lampiran 9 Riwayat Hidup Peneliti .....   | L-9     |

# BAB I

## PENDAHULUAN

Salah satu tujuan pembangunan millennium (*Millenium Development Goal*) adalah memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya, yang merupakan tujuan ke 6 dari 8 tujuan pembangunan millennium yang disepakati para pemimpin bangsa-bangsa di dunia pada tahun 2000. Kedelapan tujuan tersebut diharapkan tercapai pada tahun 2015 (WHO, 2013). Walaupun berbagai strategi sudah dilaksanakan oleh beberapa negara dalam menanggulangi HIV/AIDS, namun jumlah penderita terinfeksi HIV cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Data dari WHO, UNAIDS, dan UNICEF melaporkan perkiraan jumlah orang hidup dengan HIV meningkat dari 34 juta pada tahun 2010 menjadi 35,3 juta pada tahun 2012 (WHO & UNAIDS, 2013; WHO, UNAIDS, & UNICEF, 2011). Ini berarti setiap hari terdapat 6800 orang terinfeksi HIV pada tahun 2012 tersebut. Hal ini masih merupakan tantangan besar bagi WHO dan negara-negara anggotanya yang sudah mencanangkan target ambisius untuk mencapai *zero new infections, zero discrimination, and zero AIDS-related death* pada tahun 2015 (KPAN, 2011).

Indonesia sebagai salah satu negara anggota WHO dan ikut menandatangani kesepakatan tersebut, telah melakukan berbagai upaya untuk menekan laju epidemik HIV/AIDS. Salah satu strategi yang dirumuskan dalam Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS adalah peningkatan kemudahan untuk akses terhadap layanan perawatan, pengobatan, dan dukungan. Program yang dijalankan, diantaranya menjamin ketersediaan layanan kesehatan yang

berkualitas dan terjangkau, terutama pengobatan dan perawatan bagi penderita HIV/AIDS.

Penyakit HIV/AIDS masih merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan sampai saat ini. Namun, dengan ditemukannya obat ARV telah terbukti mampu memperpanjang masa hidup penderita dan memperbaiki kualitas hidup penderita. Hanya sangat disayangkan, dari beberapa literature dan cerita langsung pengalaman Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang menjalani pengobatan ARV terungkap bahwa tidaklah mudah untuk bisa patuh dengan pengobatan ARV. Hal ini dikarenakan efek samping dari minum ARV sangat tidak menyenangkan bagi penderita dan pengobatannya dilakukan seumur hidup, yang bisa memicu kebosanan dan akhirnya berhenti dari pengobatan. Padahal, jika pengobatan berhenti, virus akan meningkat berlipat-lipat dan kemungkinan resisten terhadap obat tersebut bisa lebih tinggi (Osterberg & Blaschke, 2005). Oleh karena itu 'kepatuhan' menjalani pengobatan merupakan kunci utama dalam menentukan keberhasilan dari pengobatan.

Pengobatan ARV untuk pasien AIDS di Indonesia telah dimulai sejak tahun 2005, di 25 rumah sakit rujukan dan menjangkau 2.381 pasien. Pada bulan Juni 2011, sebanyak 21.347 orang secara teratur minum ARV (Kemenkes, 2011). Sebanyak 70% dari ARV yang diberikan secara gratis kepada pasien dibiayai dari dana APBN. Walaupun ini menunjukkan kemajuan yang pesat, namun masih banyak yang terlambat mendapat pengobatan ataupun putus obat sehingga membahayakan hidupnya. Menurut laporan Kemkes tersebut, 21.347 orang yang menerima ARV tersebut diatas, hanyalah 55,7% dari semua orang yang telah memulai pengobatan ARV yang terus mengikuti pengobatannya. Melihat masih tingginya angka putus obat atau ketidakpatuhan menjalani pengobatan ARV,

maka sangatlah penting mengetahui faktor-faktor apa yang mempengaruhi kepatuhan dan ketidakpatuhan menjalani pengobatan ARV sehingga bisa merumuskan intervensi yang tepat dan berbasis fakta untuk mengatasi ketidakpatuhan atau gagal berobat. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan tingkat kepatuhan ODHA dalam menjalani pengobatan ARV, sekaligus mengungkap faktor-faktor yang mempengaruhinya dan menguji faktor mana yang paling dominan dalam mempengaruhi kepatuhan ODHA.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan penyakit menular dengan angka kematian yang tinggi dan dapat menjangkiti seluruh lapisan masyarakat dari mulai bayi sampai dewasa baik laki-laki maupun perempuan. Di Indonesia, sejak tahun 1987 perkembangan jumlah kasus AIDS maupun HIV (+) cenderung meningkat pada setiap tahunnya. Menurut laporan Kementerian Kesehatan RI, jumlah orang hidup dengan HIV/AIDS di Indonesia (ODHA) sampai Desember 2011 tercatat 96.758 kasus (Kemkes, 2011). Estimasi jumlah ODHA juga meningkat dari 11.000 tahun 2001 menjadi 310.000 pada tahun 2009, dan berdasarkan pemodelan epidemik diperkirakan menjadi 501.400 kasus pada tahun 2014. Secara epidemiologi dikenal fenomena gunung es, artinya bila ada satu kasus yang tercatat maka diasumsikan terdapat 200 kasus yang sama yang tidak tercatat. Hal ini merupakan ancaman yang serius bagi upaya pembangunan kesehatan dalam mencapai visi Indonesia sehat tahun 2014 dan mewujudkan cita-cita Millenium Development Goals (MDGs) untuk terbebas dari penyakit infeksi menular seperti HIV/AIDS. Di Jawa Barat, berdasarkan data dari Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Jawa Barat, dari tahun 1989 sampai April 2013 dilaporkan bahwa terdapat 48.818 kasus HIV/AIDS dan diprediksi pada tahun 2020 mendatang akan mencapai 74.527 kasus HIV/AIDS (Riadi, 2013).

AIDS merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang ditandai dengan gejala menurunnya sistem kekebalan tubuh. AIDS dapat dikatakan suatu kumpulan tanda/gejala atau sindrom yang terjadi akibat adanya penurunan daya kekebalan tubuh yang didapat atau

tertular/terinfeksi, bukan dibawa sejak lahir (Card, et al., 2007; Noble, 2009). Penderita AIDS mudah diserang infeksi oportunistik (infeksi yang disebabkan oleh kuman yang pada keadaan system kekebalan tubuh normal tidak terjadi) dan kanker dan biasanya berakhir dengan kematian. Dasar utama penyakit infeksi HIV ialah berkurangnya jenis sel darah putih (Limfosit T helper) yang mengandung marker CD4 (Sel T4). Limfosit T4 mempunyai pusat dan sel utama yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung dalam menginduksi kebanyakan fungsi-fungsi kekebalan, sehingga kelainan-kelainan fungsional pada sel T4 akan menimbulkan tanda-tanda gangguan respon kekebalan tubuh. Setelah HIV memasuki tubuh seseorang, HIV dapat diperoleh dari limfosit terutama limfosit T4, monosit, sel glia, makrofag dan cairan otak penderita AIDS.

Adanya HIV dalam tubuh seseorang tidak dapat dilihat dari penampilan luar. Orang yang terinfeksi tidak akan menunjukkan gejala apapun dalam jangka waktu yang relatif lama ( $\pm 7-10$  tahun) setelah tertular HIV (Noble, 2009). Masa ini disebut masa laten. Orang tersebut masih tetap sehat dan bisa bekerja sebagaimana biasanya walaupun darahnya mengandung HIV. Masa inilah yang mengkhawatirkan bagi kesehatan masyarakat, karena orang terinfeksi secara tidak disadari dapat menularkan kepada yang lainnya. Dari masa laten kemudian masuk ke keadaan AIDS dengan gejala sebagai berikut:

- Tanda-tanda utama (mayor) meliputi penurunan berat badan lebih dari 10% dalam waktu singkat, demam berkepanjangan selama lebih dari satu bulan, dan diare kronis selama lebih dari satu bulan
- Tanda-tanda tambahan (minor) meliputi batuk berkepanjangan selama lebih dari satu bulan, kelainan kulit (gatal), herpes simpleks (kulit melepuh dan terasa nyeri) yang melebar dan bertambah parah, infeksi jamur pada mulut dan

kerongkongan, dan pembengkakan kelenjar getah bening diseluruh tubuh, yang teraba di bawah telinga, leher, ketiak, dan lipat paha.

Sampai saat ini, HIV belum bisa diberantas secara tuntas dari tubuh. Walaupun demikian, dengan ditemukannya obat antiretroviral (ARV), laju pertumbuhan virus HIV bisa dikendalikan. Oleh karenanya, untuk bisa bertahan hidup, pengidap HIV harus mengkonsumsi obat ARV seumur hidupnya secara teratur (Willard, 2005). ARV sejak pertama diperkenalkan tahun 1996 telah membawa dampak positif terhadap penambahan masa bertahan hidup pasien HIV/AIDS. Dalam perkembangannya ARV mengalami beberapa penyempurnaan dari ARV fixed-dose combination hingga on- daily ARV. Orang yang pertama kali minum ARV umumnya akan mengalami efek samping berupa mual, pusing, tidak bisa tidur, dan perubahan pada wajah dan bentuk tubuh. Hal ini bisa berpengaruh pada kepatuhan pengidap HIV dalam menjalani pengobatan ARV.

Masalah kepatuhan menjalani pengobatan telah menjadi perhatian serius bagi para tenaga kesehatan dan ilmuwan dibidang HIV/AIDS. Beberapa penelitian mengungkap bahwa tingkat kepatuhan pengidap HIV masih dibawah yang diharapkan yaitu 95% agar laju pertumbuhan virus bisa dikendalikan (Steel, Nwokike, & Joshi, 2007). Disamping itu, penelitian-penelitian juga mengungkap tentang faktor-faktor yang menghambat kepatuhan berobat diantaranya masalah keuangan, stigma, transportasi, dan efek samping (Weiser, et al., 2003), dan depresi, serta dukungan sosial (Afolabi, Ijadunola, Fatusi, & Olasode, 2009). Penelitian tentang kepatuhan ini lebih banyak dipublikasi dari Negara-negara Benua Afrika dan Amerika, tidak diketahui banyak penelitian tentang kepatuhan dan faktor-faktor terkait kepatuhan pada pasien-pasien HIV di Indonesia, khususnya di Kota Bandung dan Jawa Barat.

### **BAB III**

#### **TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN**

Tujuan dari penelitian ini adalah mengidentifikasi prediktor yang paling dominan dalam mempengaruhi kepatuhan minum obat ARV pada ODHA. Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

1. Mengidentifikasi tingkat kepatuhan ODHA dalam minum obat ARV
2. Menguji perbedaan kepatuhan ODHA berdasarkan klinik/tempat berobat
3. Menguji perbedaan kepatuhan ODHA berdasarkan karakteristik responden
4. Menguji hubungan antara persepsi stigma dengan kepatuhan ODHA dalam minum obat ARV
5. Menguji hubungan antara dukungan sosial dengan kepatuhan ODHA dalam minum obat ARV
6. Menguji hubungan antara depresi dengan kepatuhan ODHA dalam minum obat ARV
7. Menguji hubungan antara strategi koping (*coping*) dengan kepatuhan ODHA dalam minum obat ARV
8. Menguji faktor paling dominan yang mempengaruhi kepatuhan ODHA dalam minum obat ARV

Manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat teoritis

Hasil temuan penelitian ini dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan tentang kepatuhan minum obat ARV pada ODHA terutama dalam konteks masa kini dan dalam lingkup sosial budaya masyarakat Indonesia.



## 2. Manfaat praktis

Hasil temuan penelitian ini bisa sebagai basis fakta (*evidence-based*) dalam merumuskan intervensi yang tepat untuk mengatasi permasalahan ketidakpatuhan dalam menjalankan pengobatan ARV sehingga bisa meminimalisir kejadian gagal pengobatan atau resistensi obat yang menyebabkan virus HIV sulit dikendalikan, yang pada akhirnya penderita bisa semakin buruk dan mempercepat kematian serta tetap berpotensi menularkan ke orang lain.

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan rancangan metoda campuran (*Mix Method*), antara studi kualitatif dan kuantitatif. Studi kualitatif dengan rancangan deskriptif eksploratif digunakan untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan dan ketidakpatuhan menjalani pengobatan, yang nantinya sebagai bahan penyusunan instrument penelitian untuk mengukur faktor atau prediktor kepatuhan. Sedangkan studi kuantitatif menggunakan rancangan deskriptif dan analitik multivariate untuk menggambarkan tingkat kepatuhan, faktor-faktor yang berhubungan, dan menentukan prediktor mana yang paling dominan dalam menentukan kepatuhan.

Populasi dalam penelitian ini adalah orang hidup dengan HIV/AIDS yang sedang menjalani pengobatan ARV. Sampel penelitian diambil dari tiga klinik di Kota Bandung, Kota Bekasi, dan Kota Cirebon. Ketiga klinik tersebut merupakan klinik yang paling banyak dikunjungi oleh ODHA dalam menjalani pengobatan ARV. Ukuran sampel ditentukan berdasarkan formula Thorndike untuk Multiple Regresi yaitu:

$$N \geq (10 k) + 50, \quad \text{dimana } k = \text{jumlah variabel bebas}$$

Dalam penelitian ini, jumlah variabel bebas atau predictor berdasarkan kajian literature diidentifikasi empat variabel dan satu variabel terikat, yaitu kepatuhan, sehingga ukuran sampel yang diharapkan 100 sampel. Untuk mengantisipasi drop out atau data tidak lengkap, maka jumlah sampel ditambah 25% sehingga menjadi 125 sampel. Namun, dalam pelaksanaannya ada 3 angket yang tidak lengkap dan akhirnya dikeluarkan dari analisis data, dan akhirnya hanya 122 sampel yang

diikutkan dalam analisis data. Pengambilan sampel dilakukan secara purposive yaitu hanya yang memenuhi kriteria yang diikutkan dalam penelitian ini. Adapun kriteria inklusinya adalah: 1) berusia dewasa, 2) telah menjalani terapi ARV minimal 6 bulan, 3) tidak sedang mengalami sakit berat, 4) bersedia menjadi responden penelitian.

Data kualitatif dikumpulkan melalui diskusi kelompok terarah (*Focused Group Discussion*). Diskusi dilaksanakan satu kali dihadiri 10 orang ODHA yang direkrut dari salah satu Klinik di Kota Bandung. Perekrutan ODHA dibantu oleh seorang manajer kasus yang sudah lama bekerjasama dengan ODHA. Diskusi berlangsung selama sekitar 2 jam, semua hasil diskusi direkam dan ditranskripsikan untuk dianalisis dalam pengembangan instrument penelitian.

Data kuantitatif dikumpulkan dengan cara memberikn angket kepada responden. Angket digunakan untuk mengumpulkan data demografi, kepatuhan, serta faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan yaitu persepsi stigma, dukungan sosial, coping, dan depresi. Untuk data kepatuhan, selain dengan angket laporan diri, juga diukur dengan *Visual Analog Scale*, pengukuran hitung pills dan provider assessment tidak dapat dilaksanakan mengingat kegiatan petugas yang sangat padat sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan pengukuran variabel ini. Data yang terkumpul kemudian dianalisis menggunakan alat bantu perangkat lunak statistik SPSS dan dipaparkan secara deskriptif dan analitik. Analisis hubungan antara variable bebas dan terikat dilakukan dengan *pearson product moment*. Analisis multivariate dilakukan dengan teknik multiple regresi linear. Data hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel, diagram, dan narasi.

## **BAB V**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **5.1 Hasil Penelitian**

Hasil penelitian dibagi menjadi dua tahap, yaitu tahap penelitian kualitatif dan tahap penelitian kuantitatif.

##### **5.1.1 Tahap Penelitian Kualitatif**

Pada tahap penelitian kualitatif, pengumpulan data dilakukan dengan diskusi kelompok terarah yang dihadiri oleh 10 partisipan. Partisipan adalah mereka yang didiagnosa HIV positif dan berobat ke Klinik Teratai RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung. Mereka direkrut dengan bantuan seorang Manajer Kasus di Klinik tersebut, dan kegiatan ini dilakukan setelah mendapatkan ijin dari pihak RSHS Bandung. Partisipan terdiri dari laki-laki 3 orang, perempuan 6 orang, transgender 1 orang, dengan rata-rata usia 24 tahun (30 – 42 tahun). Partisipan sudah menjalani hidup dengan HIV/AIDS rata-rata 1 - 3 tahun, dan menjalani terapi ARV rata-rata 6 bulan – 3 tahun.

Diskusi kelompok terarah dilaksanakan di salah satu Ruang Pertemuan Program Magister Keperawatan Gedung RS Pendidikan Unpad. Diskusi berlangsung selama  $\pm$  2 jam, mulai dari jam 14.00 sampai dengan jam 16.00 WIB. Diskusi dibuka oleh peneliti utama yang bertindak sebagai fasilitator, dibantu oleh 3 orang anggota tim peneliti yang bertindak sebagai note taker, observer, dan pembantu umum. Fasilitator membuka dengan salam, dilanjutkan memperkenalkan tim peneliti, menjelaskan maksud dan tujuan pertemuan serta apa yang diharapkan dari pertemuan tersebut. Isu umum yang dibahas adalah tentang pengalaman menjalani terapi ARV, kendala-kendala yang dihadapi,

kepatuhan, dan harapan terhadap pengobatan ARV. Masing-masing partisipan diberikan kesempatan untuk mengemukakan pendapatnya secara bergiliran.

Proses diskusi berjalan lancar, setiap partisipan menceritakan pengalaman dan tanggapannya terhadap pertanyaan atau isu yang dilontarkan. Diskusi diakhiri dengan rangkuman yang disampaikan oleh fasilitator, kemudian ditutup disertai ucapan terima kasih. Sebagai kompensasi atas kesediaan meluangkan waktu dan hadir pada acara diskusi, setiap partisipan mendapatkan penggantian transport dan konsumsi. Hasil dari diskusi kelompok didapat data-data yang terangkum dalam pernyataan sebagai berikut:

- Biaya pemeriksaan CD4, Viral Load, dll yang cukup mahal merupakan faktor utama yang menambah sulitnya mendapatkan obat ARV.
- Bila tidak bisa datang, misalnya karena kerjaan, diwakilkan sama keluarga, dikasihnya cuma untuk 2 minggu, jadi harus sering datang yang menyebabkan berat di biaya transportasi
- Ada perasaan malas dan jenuh minum obat terutama kalau sudah lama, lebih dari 5 tahun, jadi suka terlambat minum obat 2-3 jam dari jadwal yang seharusnya
- Efek samping obat berupa gatal-gatal, tidak bisa tidur, halusinasi juga menyebabkan enggan minum obat apalagi kalau motivasi hidup lagi kurang
- Ada dokter di RS Swasta tidak suka mengharuskan periksa lab, yang penting kondisi klinisnya, kalau kondisinya enak ga perlu periksa CD4 dll, tapi sayangnya biaya periksa dokternya harus bayar.
- Keluarga yang mengantar atau diminta tolong ambil obat ada perasaan malu sehingga sulit diminta tolong lagi, akibatnya sulit minta bantuan kalau sendiri sedang tidak ambil obat.

- Masalah waktu, tidak ada waktu karena kerja sehingga kadang tidak bisa ambil obat, hanya diatasi berbagi obat dengan istri, pake dulu obat punya istri
- Menggunakan alarm sebagai pengingat minum obat, dan kemana-mana selalu bawa obat jika bekerja atau bepergian
- Jika diperlukan perubahan jam minum obat dilakukan secara bertahap
- Saling mengingatkan dengan anak dan suami tentang jadwal minum obat
- Sebelum memulai pengobatan ada konseling kepatuhan
- Belum pernah dilakukan penilaian kepatuhan dengan cara pengisian angket (self-report), hitung pills, hanya dengan pemeriksaan CD4 dan VL
- Dukungan dari LSM sangat membantu dalam memotivasi untuk terus berobat
- Petugas yang strik, tidak ada toleransi terkait dengan pengobatan, misal kalau tidak diperiksa CD4 tidak diberi untuk jangka waktu lama, dianggap menyulitkan juga bagi ODHA walaupun tujuannya bagus
- Pernah berhenti minum obat selama 3 bulan karena efek samping mual, gatal-gatal, malam-malam tidak bisa tidur, dan kelainan kulit, ketika mau berobat lagi harus dikonseling, pernah malas minum obat, tidak ada semangat hidup, anya dukungan orang tua, LSM, dan keinginan untuk membesarkan anak yang memotivasi lagi untuk minum obat
- Harapan kedepan, pemeriksaan CD4 dan VL bisa gratis atau tidak terlalu diharuskan sebagai syarat untuk melanjutkan pengobatan karena faktor biaya

## 5.1.2 Tahap Penelitian Kuantitatif

Hasil pengumpulan data kualitatif dijadikan bahan untuk pengembangan instrumen penelitian terutama terkait dengan penilaian keautuhan dan faktor-faktor yang terkait. Hasil selengkapnya seperti diuarikan berikut:

### 5.1.2.1 Karakteristik Responden

Table 5.1 Karakteristik demografi responden (N = 122)

| Karakteristik               | Frekuensi<br>(F) | Prosentase<br>(%) |
|-----------------------------|------------------|-------------------|
| 1. Usia (tahun)             |                  |                   |
| - 21 - 30                   | 40               | 32,8              |
| - 31 - 40                   | 78               | 63,9              |
| - 41 - 50                   | 3                | 2,5               |
| - >50                       | 1                | 8                 |
| M = 32 SD = 4,9 R = 21 – 54 |                  |                   |
| 2. Jenis kelamin            |                  |                   |
| - Laki-laki                 | 71               | 58,2              |
| - Perempuan                 | 50               | 41                |
| - Transgender               | 1                | 8                 |
| 3. Status Marital           |                  |                   |
| - Menikah                   | 74               | 60,7              |
| - Single                    | 32               | 26,2              |
| - Cerai                     | 13               | 10,7              |
| - Pisah                     | 3                | 2,5               |
| 4. Agama                    |                  |                   |
| - Islam                     | 113              | 92,6              |
| - Kristen                   | 9                | 7,4               |
| 5. Pendidikan terakhir      |                  |                   |
| - Sekolah Dasar             | 5                | 4,1               |
| - SMP sederajat             | 15               | 12,3              |
| - SMA sederajat             | 77               | 63,1              |
| - Akademi/Universitas       | 25               | 20,5              |

Table 5.1 (lanjutan)

| Karakteristik                     | Frekuensi<br>(F) | Prosentase<br>(%) |
|-----------------------------------|------------------|-------------------|
| 6. Pekerjaan                      |                  |                   |
| - Pelajar/Mahasiswa               | 1                | 0,8               |
| - PNS                             | 2                | 1,6               |
| - Karyawan swasta                 | 39               | 32                |
| - Wirausaha                       | 21               | 17,2              |
| - Buruh                           | 7                | 5,7               |
| - Ibu rumah tangga                | 29               | 23,8              |
| - Lain-lain                       | 23               | 18,9              |
| 7. Lokasi                         |                  |                   |
| - Klinik A                        | 49               | 40,2              |
| - Klinik B                        | 32               | 26,2              |
| - Klinik C                        | 41               | 33,6              |
| 8. Penghasilan                    |                  |                   |
| - ≤ Rp 2 000.000                  | 113              | 92,6              |
| - > Rp 2 000 000 – 5 000 000      | 8                | 6,5               |
| - > Rp 5 000 000                  | 1                | 0,9               |
| M=832 286 R= 0 – 6 000 000        |                  |                   |
| 9. Lama Menjalani ODHA            |                  |                   |
| - ≤ 5 tahun                       | 83               | 68                |
| - > 5 tahun                       | 39               | 32                |
| M=4,6 SD=2,7 R=1-13               |                  |                   |
| 10. Lama Menjalani ART            |                  |                   |
| - ≤ 5 tahun                       | 98               | 80,3              |
| - > 5 tahun                       | 24               | 19,7              |
| M=3,9 SD=2,4 R=1-13               |                  |                   |
| 11. Konseling Kepatuhan           |                  |                   |
| - Ya                              | 118              | 96,7              |
| - Tidak                           | 4                | 3,3               |
| 12. Keanggotaan Kelompok Dukungan |                  |                   |
| - Ya                              | 79               | 64                |
| - Tidak                           | 43               | 36                |



Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berusia antara 31-40 tahun, laki-laki, menikah, berpendidikan SMA sederajat, dan bekerja sebagai karyawan swasta dan ibu rumah tangga. Sebagian besar responden juga berpenghasilan dibawah Rp. 2 juta, menjalani hidup dengan HIV/AIDS kurang dari 5 tahun (rerata=4,6 tahun), lama menjalani ART kurang dari 5 tahun dan mendapatkan konseling kepatuhan sebelum memulai ART. Lebih dari setengah jumlah responden mengaku sebagai anggota kelompok dukungan.

#### 5.1.2.2 Tingkat Kepatuhan

Tingkat kepatuhan diukur melalui dua cara ukur yaitu dengan laporan diri (*self-report*) dan pengukuran skala visual analog (VAS). Hasil selengkapnya seperti termuat pada tabel 5.2 dibawah ini:

Tabel 5.2 Tingkat kepatuhan

| Tingkat Kepatuhan              |                           |                                   |
|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| Tinggi F(%)                    | Sedang F(%)               | Rendah F(%)                       |
| <i>Pertanyaan Laporan Diri</i> |                           |                                   |
| “Tidak” pada semua pertanyaan  | “Ya” pada satu pertanyaan | “Ya” pada 2 atau lebih pertanyaan |
| 75 (61,5)                      | 31 (25,4)                 | 16 (13,1)                         |
| <i>Visual Analog Scale</i>     |                           |                                   |
| ≥ 95%                          | 75% - 94%                 | <75%                              |
| 72 (59,0)                      | 39 (32,0)                 | 11 (9,0)                          |

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa rerata 60% (laporan diri 61%, VAS 59%) responden termasuk dalam kategori tingkat kepatuhan tinggi, sedangkan sebagian kecil responden ( rerata 11%) memiliki tingkat kepatuhan rendah.

### 5.1.2.3 Tingkat Depresi

Depresi dikumpulkan melalui amgket *Beck Depression Inventory*, dengan hasil seperti pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.3 Tingkat Depresi

| Tingkat Depresi | Frekuensi | Prosentase (%) |
|-----------------|-----------|----------------|
| Ringan          | 63        | 51,6           |
| Sedang          | 40        | 32,8           |
| Berat           | 19        | 15,6           |

### 5.1.2.4 Perbedaan tingkat kepatuhan

Perbedaan tingkat kepatuhan berdasarkan lokasi pengambilan data, karakteristik responden, dan pemberian konseling seperti ditampilkan dalam tabel-tabel berikut ini:

Tabel 5.4 Perbedaan tingkat kepatuhan menurut laporan diri berdasarkan lokasi pengambilan data

| Lokasi         | Tingkat Kepatuhan (Laporan diri) |                |                | X <sup>2</sup> | p     |
|----------------|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|-------|
|                | Rendah<br>F(%)                   | Sedang<br>F(%) | Tinggi<br>F(%) |                |       |
| Klinik A (Bks) | 9 (18,4)                         | 14 (28,6)      | 26 (53,1)      | 25,17          | 0,000 |
| Klinik B (Crb) | 5 (15,6)                         | 15 (46,9)      | 12 (37,5)      |                |       |
| Klinik C (Bdg) | 2(4,9)                           | 2 (4,9)        | 37 (90,2)      |                |       |

Tabel 5.5 Perbedaan tingkat kepatuhan menurut VAS berdasarkan lokasi pengambilan data

| Lokasi         | Tingkat Kepatuhan (VAS) |                |                | X2    | p     |
|----------------|-------------------------|----------------|----------------|-------|-------|
|                | Rendah<br>F(%)          | Sedang<br>F(%) | Tinggi<br>F(%) |       |       |
| Klinik A (Bks) | 10 (20,4)               | 20 (40,8)      | 19 (38,8)      | 20,62 | 0,000 |
| Klinik B (Crb) | 1 (3,1)                 | 10 (31,3)      | 21 (65,6)      |       |       |
| Klinik C (Bdg) | 0(0,0)                  | 9 (22,0)       | 32 (78,0)      |       |       |

Dari kedua tabel diatas tampak bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pada tingkat kepatuhan berdasarkan lokasi pengambilan data baik menurut laporan diri maupun VAS. Klinik C memiliki proporsi kepatuhan tinggi tertinggi dibanding Klinik B dan Klinik A, sedangkan proporsi kepatuhan rendah paling tinggi terdapat di Klinik A dibanding Klinik lainnya.

Tabel 5.6 Perbedaan tingkat kepatuhan menurut VAS berdasarkan karakteristik responden

| Karakteristik  | Tingkat Kepatuhan (VAS) |                |                | X2    | p     |
|----------------|-------------------------|----------------|----------------|-------|-------|
|                | Rendah<br>F(%)          | Sedang<br>F(%) | Tinggi<br>F(%) |       |       |
| Jenis Kelamin  |                         |                |                |       |       |
| - Laki-laki    | 3 (4,2)                 | 24 (33,3)      | 45 (62,5)      | 7,14  | 0,128 |
| - Perempuan    | 8(16,0)                 | 15 (30,0)      | 27 (54,0)      |       |       |
| Status Marital |                         |                |                |       |       |
| - Menikah      | 6 (8,1)                 | 23 (29,7)      | 47 (62,2)      | 9,357 | 0,313 |
| - Single       | 1 (3,3)                 | 13 (43,3)      | 16 (53,3)      |       |       |
| - Cerai        | 3 (23,1)                | 3 (23,1)       | 7 (53,8)       |       |       |
| - Pisah        | 1 (33,3)                | 0 (0)          | 2 (66,7)       |       |       |

Tabel 5.6 Lanjutan

| Karakteristik        | Tingkat Kepatuhan (VAS) |                |                | X2     | p     |
|----------------------|-------------------------|----------------|----------------|--------|-------|
|                      | Rendah<br>F(%)          | Sedang<br>F(%) | Tinggi<br>F(%) |        |       |
| <b>Pendidikan</b>    |                         |                |                |        |       |
| - SD                 | 3 (60,0)                | 0 (0)          | 2 (40,0)       | 16,868 | 0,032 |
| - SLTP               | 3 (21,4)                | 1 (7,1)        | 10 (71,4)      |        |       |
| - SLTA               | 9 (11,7)                | 24 (31,2)      | 44 (57,1)      |        |       |
| - PT                 | 1 (4,0)                 | 6 (24,0)       | 19 (72,0)      |        |       |
| <b>Pekerjaan</b>     |                         |                |                |        |       |
| - Pel/Mhs            | 0 (0)                   | 0 (0)          | 1 (100)        | 20,33  | 0,050 |
| - PNS                | 0 (0)                   | 0 (0)          | 2 (100)        |        |       |
| - Swasta             | 4 (10,3)                | 7 (17,9)       | 28 (71,8)      |        |       |
| - Wirausaha          | 0 (0)                   | 8 (38,1)       | 13 (61,9)      |        |       |
| - Buruh              | 2 (28,6)                | 1 (14,3)       | 4 (57,1)       |        |       |
| - IRT                | 3 (10,3)                | 6 (20,7)       | 20 (69,0)      |        |       |
| - Lain-lain          | 7 (30,4)                | 9 (39,1)       | 7 (30,4)       |        |       |
| <b>Kelompok Usia</b> |                         |                |                |        |       |
| - 21 – 30            | 7 (17,5)                | 12 (30)        | 21 (52,5)      | 18,010 | 0,006 |
| - 31 – 40            | 3 (3,8)                 | 25 (32,1)      | 50 (64,1)      |        |       |
| - 41 – 50            | 0 (0)                   | 2 (66,7)       | 1 (33,3)       |        |       |
| - > 50               | 1 (100)                 | 0 (0)          | 0 (0)          |        |       |

Dari tabel 5.6 diatas, diketahui bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna tingkat kepatuhan berdasarkan karakteristik jenis kelamin dan status marital, namun terdapat perbedaan yang bermakna berdasarkan pendidikan, pekerjaan, dan kelompok usia.

Tabel 5.7 Perbedaan tingkat kepatuhan berdasarkan konseling

| Konseling | Tingkat Kepatuhan |                |                | X2    | p     |
|-----------|-------------------|----------------|----------------|-------|-------|
|           | Rendah<br>F(%)    | Sedang<br>F(%) | Tinggi<br>F(%) |       |       |
| Ya        | 21 (17,2)         | 62 (50,8)      | 35 (28,7)      | 198,3 | 0,000 |
| Tidak     | 1 (8)             | 2 (1,6)        | 1 (8)          |       |       |

Tabel 5.8 Perbedaan tingkat kepatuhan berdasarkan kelompok dukungan

| Keanggotaan | Tingkat Kepatuhan |                |                | X <sup>2</sup> | p     |
|-------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|-------|
|             | Rendah<br>F(%)    | Sedang<br>F(%) | Tinggi<br>F(%) |                |       |
| Ya          | 8 (10,1)          | 33 (41,8)      | 38 (48,1)      | 11,57          | 0,003 |
| Tidak       | 3 (7)             | 6 (14)         | 34 (79,1)      |                |       |

Dari kedua tabel diatas terdapat perbedaan yang bermakna pada tingkat kepatuhan berdasarkan konseling dan keanggotaan di kelompok dukungan.

#### 5.1.2.5 Hubungan antara variabel persepsi stigma, dukungan sosial, depresi, strategi coping dengan kepatuhan

Sebelum dilakukan uji analisis multivariate, terlebih dahulu dilakukan uji korelasi antara variabel dependen dengan variabel independen, dan sebelumnya dilakukan analisis deskriptif dari variabel-variabel tersebut seperti berikut ini

Tabel 5.9 Skor Rerata Variabel Prediktor dan Kepatuhan Minum Obat

| Variabel                   | Rerata | SD    | Min – Max       |
|----------------------------|--------|-------|-----------------|
| <i>Variabel Independen</i> |        |       |                 |
| 1. Persepsi stigma         | 93,67  | 15,27 | 58,98 – 141,00  |
| 2. Dukungan sosial         | 62,56  | 15,06 | 28,00 – 94,00   |
| 3. Depresi                 | 16,51  | 12,48 | 00,00 – 55,00   |
| 4. Koping                  | 165,97 | 18,10 | 112,00 – 217,00 |
| <i>Variabel Dependen</i>   |        |       |                 |
| 5. Kepatuhan Minum Obat    | 9,03   | 1,94  | 1,00 – 10,00    |

Tabel 5.10 Hubungan antara persepsi stigma, dukungan sosial, depresi, koping dan kepatuhan minum obat

|             | Kepatuhan | Koping | Depresi  | Duk. sosial | Stigma    |
|-------------|-----------|--------|----------|-------------|-----------|
| Kepatuhan   | 1         | 0,031  | -0,258** | 0,017       | -0,222*   |
| Koping      |           | 1      | 0,115    | 0,587**     | 0,113     |
| Depresi     |           |        | 1        | 0,066       | 0,385**   |
| Duk. sosial |           |        |          | 1           | - 0,237** |
| Stigma      |           |        |          |             | 1         |

Dari tabel 5.10 diatas dapat dilihat bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kepatuhan dengan depresi ( $p < 0,01$ ), dan dengan persepsi stigma ( $p < 0,05$ ). Hubungan antara kepatuhan dengan depresi dan stigma bersifat negatif, artinya semakin tinggi skor depresi dan stigma semakin rendah kepatuhan dalam minum obat ARV pada responden penelitian ini. Disamping itu ditemukan juga hubungan yang bermakna antara koping dengan dukungan sosial ( $p < 0,01$ ), depresi dengan stigma ( $p < 0,01$ ), dan dukungan sosial dengan stigma ( $p < 0,01$ ). Hubungan antara koping dengan dukungan sosial, dan depresi dengan stigma bersifat positif yang berarti semakin tinggi koping semakin tinggi pula dukungan sosial atau sebaliknya, dan semakin tinggi stigma semakin tinggi pula depresi. Hubungan dukungan sosial dengan stigma bersifat negatif, maknanya dukungan sosial yang rendah berhubungan dengan tingginya stigma. Pada penelitian ini ditemukan bahwa kepatuhan berhubungan dengan koping dan dukungan sosial namun tidak bermakna secara statistik. Tahapan selanjutnya melakukan analisis multivariate, seperti ditampilkan dibagian berikut ini.

### 5.1.2.6 Analisis multivariate dengan regresi linear

Sebelum dilakukan analisis multivariate, terlebih dahulu dilakukan pemodelan dengan melihat signifikansi (nilai p) pada masing-masing variabel independen, seperti terlihat pada tabel 5.11 dibawah ini.

Tabel 5.11 Pemodelan Multivariat

| Variabel independen | Variabel dependen | Signifikansi (p) |
|---------------------|-------------------|------------------|
| Koping              | Kepatuhan (VAS)   | 0,731            |
| Depresi             |                   | 0,004            |
| Dukungan sosial     |                   | 0,850            |
| Stigma              |                   | 0,014            |

Berdasarkan nilai signifikansi pada tabel 5.11 diatas, hanya variabel depresi dan stigma yang memiliki nilai  $p < 0,25$ , artinya yang bisa dimasukan ke pemodelan multivariate. Walaupun demikian, dari beberapa literatur terdahulu diketahui terdapat hubungan antara koping dan dukungan sosial dengan kepatuhan, maka variabel-variabel tersebut tetap dimasukan kedalam pemodelan multivariate selanjutnya. Hasil analisis multivariate dengan regresi linear ganda menggunakan metode backward, seperti terlihat pada tabel 5.12 berikut ini.

Tabel 5.12 Analisis multivariate dengan regresi linear ganda

| Variabel           | B      | B      | R <sup>2</sup> | Adjusted R <sup>2</sup> | F      |
|--------------------|--------|--------|----------------|-------------------------|--------|
| 1. Dukungan sosial | -0,011 | -0,085 | 0,090          | 0,059                   | 8,456* |
| 2. Koping          | 0,004  | 0,040  | 0,086          | 0,062                   |        |
| 3. Persepsi stigma | -0,018 | -0,144 | 0,084          | 0,068                   |        |
| 4. Depresi         | -0,031 | -0,202 | 0,066          | 0,058                   |        |

Dari tabel 5.12 di atas diketahui bahwa variabel independen yang masuk ke model regresi adalah persepsi stigma dan depresi. Variabel persepsi stigma memiliki Koefisien determinasi (R square) sebesar 0,084 artinya bahwa model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 8,4% variasi variabel dependen kepatuhan. Sedangkan variabel depresi memiliki R square sebesar 0,066 yang berarti bahwa model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 6,6% variasi variabel dependen kepatuhan. Dilihat dari hasil Anova, didapat hasil uji  $F=8,456$  dengan nilai  $p < 0,05$ , berarti pada alpha 5% dapat dinyatakan bahwa model regresi cocok (fit) dengan data yang ada, atau dengan kata lain, kedua variabel tersebut secara signifikan dapat untuk memprediksi variabel kepatuhan. Dari hasil ini, maka didapat persamaan regresi yang diperoleh sebagai berikut:

$$\text{Kepatuhan} = 11,274 - 0,31 * \text{depresi} - 0,018 * \text{persepsi stigma}$$

Melalui model persamaan ini, kita dapat memperkirakan kepatuhan dengan menggunakan variabel depresi dan persepsi stigma. Melihat nilai koefisien B menunjukkan hubungan negatif, maka dapat diartikan bahwa variabel kepatuhan akan turun (berubah) sebesar 31 % bila responden mempunyai depresi setelah dikontrol oleh variabel persepsi stigma. Kolom Beta bisa menunjukkan variabel mana yang paling besar perannya dalam mempengaruhi variabel dependen kepatuhan. Dari tabel 5.12 dapat dilihat bahwa variabel depresi memiliki nilai beta 0,202 lebih besar dibanding nilai variabel persepsi stigma. Hal ini bisa disimpulkan bahwa variabel depresi merupakan variabel yang paling dominan pengaruhnya dalam menentukan kepatuhan minum obat pada ODHA yang menjalani terapi ARV.



## 5.2 Pembahasan

### 5.2.1 Hasil penelitian kualitatif

Penelitian kualitatif bertujuan untuk mengeksplor tentang isu-isu terkini terkait pengobatan ARV dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat ARV. Hasil studi kualitatif menemukan bahwa faktor biaya pemeriksaan penunjang untuk mendapatkan terapi ARV merupakan salah satu faktor kendala bagi ODHA untuk meneruskan pengobatan ARV. Hal ini karena adanya ketentuan bahwa dokter akan memberikan obat lanjutan ARV setelah 6 bulan jika ada hasil pemeriksaan CD4, dan setahun sekali pemeriksaan Viral Load. Biaya sekali pemeriksaan berkisar antara Rp 140.000 – 150.000, sedangkan biaya pemeriksaan Viral Load sekitar Rp. 800.000-1.100.000 bagi ODHA yang kebanyakan tidak memiliki penghasilan tetap, ini dianggap cukup memberatkan. Faktor keuangan sebagai salah satu faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat ARV sudah dilaporkan dari studi terdahulu yaitu oleh Weiser, et al (2003). Dalam studi tersebut terungkap bahwa 44% (n=109) dari ODHA di Bostwana mengalami masalah keuangan untuk pengobatan ARV, dan jika faktor ini dihilangkan bisa meningkatkan kepatuhan 54% – 74%. Hal ini diperkuat juga oleh hasil studi kualitatif (n=163) oleh Kgatlwane, et al (2006) yang mengungkap beberapa faktor penghambat kepatuhan diantaranya faktor logistik dan biaya terkait pengobatan.

Faktor-faktor lain terkait kepatuhan yang terungkap dari studi kualitatif ini yaitu perasaan jenuh, efek samping obat, dukungan keluarga, dan kesibukan pekerjaan. Hal ini sejalan dengan penelitian-penelitian terdahulu yang melaporkan bahwa lupa, keinginan menghentikan pengobatan, dan menganggap tidak prioritas serta faktor emosional merupakan faktor penghambat kepatuhan

(Osterberg & Blaschke, 2005). Dukungan keluarga dan LSM merupakan faktor pendukung untuk keberlanjutan pengobatan. Ini juga sejalan dengan penelitian terdahulu yang melaporkan bahwa dukungan sosial berhubungan erat dengan kepatuhan ODHA dalam minum obat (Kgatlwane, et al., 2006). Saling mengingatkan bagi ODHA yang pasangannya juga mengkonsumsi ARV, penggunaan alarm, dan semangat hidup untuk membesarkan anak merupakan cara untuk mempertahankan kepatuhan minum obat yang terungkap dalam penelitian ini.

## 5.2.2 Hasil penelitian kuantitatif

### 5.2.2.1 Tingkat Kepatuhan

Hasil penelitian ini mengungkap bahwa berdasarkan dua metode pengukuran kepatuhan (VAS dan laporan diri) didapat hanya 60 % responden yang termasuk kategori kepatuhan tinggi ( $\geq 95\%$ ), sisanya kepatuhan sedang dan rendah. Dari beberapa studi terdahulu disebutkan bahwa untuk mencapai kesuksesan terapi ARV diperlukan tingkat kepatuhan tinggi atau minimal 95% (Perno, et al., 2002; Steel, et al., 2007). Hasil ini tidak jauh dari data nasional yang dilaporkan Kemenkes (2011), dari 21.347 yang menjalani terapi ART hanya 57,7% yang terus melanjutkan pengobatan. Data WHO (dikutip oleh Steel, et al., 2007) menyebutkan, kepatuhan terhadap terapi jangka panjang penyakit kronis rata-rata 50% di negara-negara maju, di negara-negara berkembang diperkirakan lebih rendah lagi. Hal ini yang menjadikan ketidakpatuhan sebagai masalah global yang bisa berdampak pada sulitnya penyembuhan penyakit.

Hubungan antara kepatuhan dan kegagalan atau keberhasilan terapi bisa dijelaskan sebagai berikut, ketidakpatuhan mengkonsumsi obat menghasilkan efek farmakokinetik obat yang suboptimal. Hal ini menyebabkan interval waktu

konsentrasi optimal obat tidak bertahan lama. Dalam kondisi ini, virus akan mengulang proses replikasinya dan menghasilkan mutasi baru. Jika ketidakpatuhan ini terus menurun, maka tekanan terapeutik obat terus menurun, dan akibatnya replikasi virus mutasi baru terus berlanjut dan pada akhirnya menyebabkan kegagalan terapi dan kegagalan imunologis (Perno, et al., 2002).

Untuk menjelaskan kepatuhan secara teoritis, ada 5 pandangan teoritis menurut Leventhal dan Cameron (1987), yaitu (1) biomedical, (2) behavioral, (3) komunikasi, (4) Kognitif, dan (5) self-regulatory. Namun saat ini kelima pandangan ini bergabung dan menjadi model transtheoretical. Pandangan biomedical melihat pasien sebagai orang yang pasif, sebagai penerima instruksi dokter. Penyakit diyakini sebagai akibat dari sebab biomedis seperti bakteri atau virus, oleh karenanya terapi diarahkan ke tubuh pasien. Dalam pandangan ini, ketidakpatuhan dipandang sebagai akibat dari karakteristik pasien seperti jenis kelamin, usia, dll. Inovasi teknologi untuk meningkatkan kepatuhan seperti *Medication Event Monitoring Systems (MEMS)* berakar pada cara pandang teori ini. Kelemahan teori ini adalah mengabaikan faktor diluar karakteristik pasien seperti cara pandang pasien terhadap penyakit, faktor psikososial, dan dampak dari ekonomi dan lingkungan.

Pandangan teori perilaku melibatkan teori belajar yang memfokuskan pada kemampuan belajar dan lingkungan dalam mengelola kepatuhan. Hal ini ditandai dengan menggunakan prinsip-prinsip *antecedent* dan *consequence* yang mempengaruhi perilaku. Antecedent bisa meliputi internal (pikiran) atau external (isyarat lingkungan), sedangkan consequence dapat berupa hukuman atau penghargaan dari suatu perilaku. Meningkatkan kepatuhan menurut teori ini dilakukan dengan cara pengingat (reminder). Teori ini telah dikritik atas kurangnya

memperhatikan pendekatan individu dan lebih fokus pada pengaruh eksternal dari suatu perilaku.

Pandangan teori komunikasi menyatakan bahwa ada hal-hal penting dalam setiap tahapan interaksi pasien dan petugas. Meningkatkan komunikasi pada setiap tahapan interaksi akan meningkatkan kepatuhan, dan ini bisa dicapai melalui pendidikan pasien dan keterampilan komunikasi yang bagus dari petugas kesehatan. Contoh dari intervensi meningkatkan kepatuhan menurut teori ini adalah tindakan untuk meningkatkan interaksi pasien dan petugas. Kritik buat teori ini adalah mengabaikan aspek sikap, motivasi, dan faktor interpersonal yang bisa mempengaruhi penerimaan pesan dan penerjemahana pengetahuan kedalam perilaku.

Teori Kognitif fokus pada variabel kognitif sebagai bagian dari perubahan perilaku, dan menyakini asumsi bahwa sikap, kepercayaan, keyakinan, harapan akan masa depan, adalah faktor utama yang mempengaruhi perilaku terkait kesehatan. Contoh dari teori-teori berpandangan seperti ini misalnya *Health Belief Model*, *Social Cognitive Theory*, *Theories of Reasoned Action*, dan *Theory of Planned Behavior*. Kelemahan dari teori ini adalah tidak melihat secara tepat keterampilan-keterampilan perilaku yang diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, juga kurang menjelaskan bagaimana keyakinan bisa mempengaruhi perilaku, juga mengabaikan beberapa faktor lain yang bisa mempengaruhi perilaku seperti hubungan kekuasaan dan reputasi sosial.

Pandangan teori self-regulation mengajukan bahwa penting untuk menguji pengalaman subyektif seseorang terhadap ancaman kesehatan untuk memahami cara mereka beradaptasi terhadap ancaman kesehatan. Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa orang termotivasi untuk menghindari dan mengatasi ancaman

kesehatan dengan mengikutsertakan pengalaman masa lalu. Orang tersebut sangat aktif melakukan upaya-upaya pemecahan masalah secara mandiri termasuk mengembangkan strategi-strategi koping. Kelima teori ini bisa saling melengkapi dalam menjelaskan fenomena ketidakpatuhan atau kepatuhan dalam mengkonsumsi obat.

Penelitian ini menemukan hampir setengahnya (48,4%) responden melaporkan depresi sedang dan atau berat. Fenomena depresi pada ODHA banyak dilaporkan di beberapa literatur terdahulu. Prevalensi depresi pada ODHA bervariasi antara 0% sampai 33% tergantung pada besarnya populasi pasien dan metode perhitungan (Ownby, Jacobs, Valverde, & Gould, 2010). Studi dari the Cost and Service Utilization mencatat bahwa 37% orang yang terinfeksi HIV mengalami depresi berat, walaupun studi dengan metode yang berbeda menunjukkan angka yang lebih rendah. Studi yang lain menyimpulkan bahwa orang yang terinfeksi HIV berpeluang dua kali lipat mengalami depresi dibanding orang umum yang tidak terinfeksi HIV (Ciesla & Roberts, 2001).

Dilihat dari sisi lokasi atau tempat pengambilan data, penelitian ini menemukan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna kepatuhan responden diantara ketiga tempat lokasi pengambilan data tersebut baik menurut laporan diri maupun VAS. Klinik C (Kota Bandung) memiliki proporsi kepatuhan tertinggi dibanding Klinik B (Bekasi) dan Klinik C (Cirebon). Hal ini bisa difahami mengingat diantara para responden, yang di Kota Bandung lebih banyak yang melaporkan diberikan konseling kepatuhan (39%) dibanding Klinik B (26,3%) dan Klinik C (34,7%). Hal ini juga diperkuat dengan temuan data seperti yang termuat di tabel 5.7 bahwa proporsi kepatuhan tinggi lebih banyak yang ditemukan pada kelompok yang dikonseling dibanding yang tidak dikonseling. Disamping itu, dilihat dari

sumberdaya yang ada seperti kelompok dukungan, LSM, dan tenaga-tenaga profesional kesehatan terlatih, Kota Bandung memiliki kelebihan dibanding Kota-kota lain yang digunakan dalam penelitian ini. Hal ini diperkuat juga dengan temuan seperti termuat di tabel 5.8 yang menunjukkan bahwa proporsi kepatuhan tinggi terdapat pada yang mengikuti kelompok dukungan dibanding yang tidak mengikuti kelompok dukungan.

Hasil uji bedatingkat kepatuhan berdasarkan karakteristik responden, ditemukan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna tingkat kepatuhan berdasarkan karakteristik jenis kelamin dan status marital, namun secara proporsi menunjukkan bahwa perempuan lebih banyak kepatuahn rendah dibanding laki-laki. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang mengungkap perempuan lebih kurang patuh dibanding laki-laki (Berg, et al., 2004). Begitu pula dengan status pernikahan, walaupun secara statistik tidak terlihat perbedaan yang bermakna, namun secara proporsi menunjukkan bahwa yang menikah memiliki tingkat kepatuhan tinggi lebih banyak dibanding yang single, cerai, maupun pisah dengan pasangannya. Ini bisa difahami karena yang menikah memiliki sitem dukungan yang lebih dibanding yang tidak atau belum memiliki pasangan, seperti juga terungkap pada hasil studi kualitatif penelitian ini dimana antar suami dan istri saling mengingatkan ketika waktu minum obat tiba. Disisi lain, penelitian ini menemukan terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kepatuhan berdasarkan pendidikan, pekerjaan, dan kelompok usia. Hal ini dimungkinkan karena pendidikan semakin baik umumnya kemampuan berfikir logis akan lebih baik, dan orang yang bekerja akan memiliki penghasilan untuk bisa mengakses layanan kesehatan, dan semakin tinggi usia umumnya semakin tinggi tingkat kedewasaan

dan tanggungjawabnya termasuk untuk tetap bertahan hidup dengan HIV dan salah satu caranya dengan meminum obat ARV secara teratur dan benar.

#### 5.2.2.2 Hubungan antara variabel persepsi stigma, dukungan sosial, depresi, strategi coping dengan kepatuhan

Dari hasil uji statistik korelasi antara variabel independen dengan variabel dependen, diketahui bahwa variable kepatuhan berhubungan secara bermakna dengan depresi ( $r = -0,258$ ,  $p < 0,01$ ) dan persepsi stigma ( $r = -0,222$ ,  $p < 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa pada taraf kepercayaan  $\alpha < 1\%$  dan  $< 5\%$  didapat bahwa semakin tinggi skor depresi dan persepsi stigma maka skor kepatuhan semakin rendah, atau sebaliknya semakin rendah skor depresi dan persepsi stigma, maka skor kepatuhan semakin tinggi. Penemuan ini semakin memperkuat penelitian-penelitian sebelumnya yang mengungkap bahwa depresi dan stigma merupakan faktor berpengaruh terhadap kepatuhan. Peltzer, Preez, Ramlagan, dan Anderson (2010) menemukan kepatuhan yang lebih baik berhubungan dengan rendahnya depresi, dan buruknya kepatuhan berhubungan dengan buruknya faktor lingkungan termasuk stigma dan diskriminasi. Pada studi lain dilaporkan bahwa pasien-pasien yang tidak depresi dua kali lebih patuh dibanding pasien-pasien yang mengalami depresi (Amberbir, Woldemichael, Getachew, Girma, & Deribe, 2008). Pada penelitian ini ditemukan bahwa hampir setengahnya (48,4%,  $n=122$ ) responden melaporkan gejala-gejala depresi dari sedang sampai berat. Hal ini bisa dimengerti karena pada depresi umumnya terjadi penurunan mood dan motivasi untuk hidup, sehingga enggan untuk melakukan upaya-upaya perbaikan hidup, termasuk mentaati atau patuh terhadap pengobatan.

Penelitian ini menemukan tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel coping, dukungan sosial, dengan kepatuhan. Hasil ini tidak sejalan dengan

penelitian-penelitian sebelumnya yang menemukan strategi koping dan dukungan sosial berperan dalam meningkatkan kepatuhan (Peltzer, et al., 2010; Vyavaharkar, et al., 2007). Koping merupakan respon seseorang dalam terhadap stress atau masalah yang yang dihadapi. Lazarus dan Folkman (1984) membagi koping kedalam dua kelompok; fokus pada emosi dan fokus pada pemecahan masalah. Jika koping yang digunakan lebih banyak yang berfokus pada pemecahan masalah, maka masalah akan bisa diselesaikan, namun sebaliknya jika koping yang digunakan lebih banyak yang berfokus pada emosi, maka efeknya hanya meredakan ketegangan sesaat dan masalah masih tetap ada. Pada penelitian ini tidak mengungkap strategi koping jenis apa yang paling banyak digunakan, sehingga memberikan efek pada kepatuhan. Disamping itu, mengingat sifat koping sangat subyektif dan temporer, sehingga memerlukan saat yang tepat untuk melakukan pengukurannya. Hal itu lah yang memungkinkan penelitian ini menemukan tidak bermaknanya hubungan antara koping dengan kepatuhan. Namun demikian, secara klinis tetap diyakini bahwa strategi koping merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kepatuhan walaupun secara statistik tidak bermakna.

Beberapa studi terdahulu mencatat bahwa dukungan sosial merupakan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan (Kgatlwane, et al., 2006; Vyavaharkar, et al., 2007). Dukungan sosial termasuk didalamnya dukungan keluarga sangat diperlukan oleh pasien atau seseorang yang sedang mengalami masalah termasuk masalah kesehatan atau penyakit. Hal ini akan lebih nyata terutama pada masyarakat yang menganut budaya kolektifitas atau kekerabatan yang erat antar anggota keluarga dan masyarakat. Dukungan yang diberikan keluarga dan atau masyarakat akan turut meringankan beban penderitaan pasien



yang sedang mengalami sakit. Secara logis bisa dimengerti jika dukungan sosial sangat berhubungan kepatuhan pasien dalam menjalankan program terapi. Namun demikian, data pada penelitian ini tidak menunjukkan hubungan yang bermakna antara dukungan sosial 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 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 daya baik yang ada di keluarga maupun di lingkungan sosialnya.

#### 5.2.2.3 Faktor yang paling dominan pengaruhnya terhadap kepatuhan

Setelah dilakukan pemodelan multivariable, hasil analisis regresi linear menunjukkan bahwa variabel depresi merupakan variabel yang paling dominan pengaruhnya terhadap variabel kepatuhan (nilai B paling besar). Variabel depresi bisa menjelaskan 31% variasi variabel kepatuhan. Hal ini konsisten dengan studi-studi sebelumnya yang mengungkap depresi sebagai prediktor kepatuhan minum obat ARV (Peltzer, et al., 2010). Pada penelitian-penelitian sebelumnya lebih banyak mengungkap hubungan antara depresi dengan kepatuhan, namun seberapa besar pengaruhnya belum banyak dilaporkan. Penelitian ini sekaligus menunjukkan model persamaan yang bisa dipakai rujukan untuk menjelaskan seberapa besar hubungan dan variabilitas depresi terhadap kepatuhan. Keterkaitan depresi dengan kepatuhan cukup jelas dan bisa dimengerti jika orang yang mengalami depresi berat akan sulit untuk diminta komitmennya untuk patuh menjalani pengobatan, bahkan seperti diungkap dari penelitian kualitatif pada penelitian ini ditemukan bahwa perasaan bosan dan penderitaan akibat efek

samping obat dapat menimbulkan reaksi emosi yang menurun sehingga pada gilirannya menurunkan kepatuhan berobat.

Selain faktor depresi, variabel persepsi stigma merupakan variabel urutan kedua dilihat keeratn hubungan atau pengaruhnya terhadap variabel kepatuhan. Korelasi persepsi stigma dengan kepatuhan sudah jelas dan bisa dimengerti secara logis. Pada penelitian ini, persepsi stigma bisa menjelaskan variasi 1,8% dari variabel kepatuhan. Walaupun kelihatannya kecil, namun tetap stigma tidak bisa diabaikan dalam penanganan HIV/AIDS termasuk dalam intervensi meningkatkan kepatuhan. Hal ini sejalan dengan studi sebelumnya yang menemukan persepsi stigma sebagai variabel yang tidak bisa dikesampingkan dalam upaya meningkatkan atau mempertahankan kepatuhan ODHA dalam menjalani pengobatan ARV (Kgatlwane, et al., 2006).

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Penelitian prediktor kepatuhan minum obat ARV pada ODHA yang dilaksanakan di tiga klinik di Jawa Barat (Kota Bandung, Kota Bekasi, Kota Cirebon) dengan melibatkan 122 responden, menemukan bahwa tingkat kepatuhan ODHA dalam minum obat bervariasi dari rendah, sedang, dan tinggi. Terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kepatuhan responden dalam minum obat berdasarkan lokasi tempat penelitian. Klinik ARV Kota Bandung memiliki proporsi kepatuhan tinggi yang lebih banyak dibanding Klinik Bekasi dan Cirebon. Tidak ditemukan perbedaan yang bermakna kepatuhan minum obat ARV berdasarkan karakteristik jenis kelamin dan status marital, walaupun secara proporsi responden laki-laki dan yang menikah memiliki tingkat kepatuhan tinggi yang terbanyak dibanding yang lainnya.

Penelitian ini juga mengungkap adanya hubungan yang bermakna antara kepatuhan dengan depresi dan persepsi stigma. Disamping itu ditemukan juga hubungan yang bermakna antara koping dengan dukungan sosial, depresi dengan stigma, dan dukungan sosial dengan stigma. Pada penelitian ini ditemukan bahwa kepatuhan berhubungan dengan koping dan dukungan sosial namun tidak bermakna secara statistik. Dari hasil analisis multivariat disimpulkan bahwa variabel depresi merupakan variabel yang paling dominan pengaruhnya dalam menentukan kepatuhan minum obat pada ODHA yang menjalani terapi ARV.

Implikasi dari penelitian ini adalah perawat dan petugas kesehatan perlu menilai kepatuhan ODHA secara berkala dan mempertimbangkan berbagai faktor yang bisa mempengaruhi kepatuhan minum obat ARV pada ODHA. Upaya-upaya

deteksi dini atau pengkajian terhadap tanda-tanda dan gejala depresi dan persepsi stigma diikuti dengan langkah-langkah penanganan depresi dan persepsi stigma perlu lebih ditekankan ketika memberikan asuhan keperawatan pada ODHA yang menjalani terapi ARV. Penguatan strategi koping dan dukungan sosial perlu terus dilakukan walaupun penelitian ini tidak menemukan kemaknaan pada kedua variabel tersebut hubungannya dengan kepatuhan. Penelitian lebih lanjut sangat disarankan untuk mengungkap faktor-faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan minum obat dan strategi-strategi efektif dalam meningkatkan kepatuhan minum obat ARV pada ODHA.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afolabi, M. O., Ijadunola, K. T., Fatusi, A. O., & Olasode, O. A. (2009). *Determinants of adherence to antiretroviral drugs among people living with HIV/AIDS in the Ife-Ijesa zone of Osun State, Nigeria*
- 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(265).
- Berg, K. M., Demas, P. A., Howard, A. A., Schoenbaum, E. E., Gourevitch, M. N., & Arnsten, J. H. (2004). Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1111-1117.
- Card, J. J., Amarillas, A., Conner, A., Akers, D. D., Solomon, J., & DiClemente R.R. (2007). *The complete HIV/AIDS teaching kit*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 725-730.
- Kementerian Kesehatan (Kemenkes). (2011). *Laporan Situasi Perkembangan HIV & AIDS di Indonesia*.
- 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 pre-intervention study*. Gaborone Botswana Essential Drugs Action Programme

- KPAN. (2011). *Rangkuman Eksekutif Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2006 - 2011: Laporan 5 Tahun Pelaksanaan Peraturan Presiden No. 75/2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional*.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leventhal H, & Cameron L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education Counseling*, 10, 117-138.
- Noble, R. (2009). Introduction to HIV types, groups and subtypes. Retrieved June 21, 2009, from <http://www.avert.org/aids.htm>
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-496.
- Ownby, R. L., Jacobs, R. J., Valverde, D. W., & Gould, F. (2010). Depression care and prevalence in HIV-positive Individuals. *Neurobehavioral HIV Medicine*, 2, 73-83.
- Peltzer, K., Preez, N. F., Ramlagan, S., & Anderson, J. (2010). Antiretroviral treatment adherence among HIV patients in KwaZulu-Natal, South Africa. *BioMed Central Public Health*, 10:111.
- Perno, C. F., Ceccherini-Silberstein, F., De Luca, A., Cozzi-Lepri, A., Gori, C., Cingolani, A., et al. (2002). Virologic Correlates of Adherence to Antiretroviral Medications and Therapeutic Failure. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, S118-S122.
- Riadi. (2013). 2020 Kasus HIV/ AIDS Diprediksi Capai 74 Ribu. Retrieved November 25, 2013, from <http://www.jabarprov.go.id/index.php/subMenu/informasi/berita/detailberita/6286>

- Steel, G., Nwokike, J., & Joshi, M. P. (2007). *Development of a Multi-Method Tool to Measure ART Adherence in Resource-Constrained Settings: The South Africa Experience.*
- Vyavaharkar, M., Moneyham, L., Tavakoli, A., Phillips, K. D., Murdaugh, C., 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.
- Weiser, S., Wolfe, W., Bangsberg, D., Thior, I., Gilbert, P., & Makhema, J. (2003). Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV Infection and AIDS in Botswana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 34*(3), 281-288.
- WHO. (2013). Millennium Development Goals (MDGs). Retrieved December 16, 2013, from [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/en/index.html](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/index.html)
- WHO, & UNAIDS. (2013). Global Summary of the AIDS Epidemic 2012. Retrieved December 16, 2013, from [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309\\_epi\\_core\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309_epi_core_en.pdf)
- WHO, UNAIDS, & UNICEF. (2011). Progress Report Summary 2011. Retrieved December 16, 2013, from [http://www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/summary_en.pdf)
- Willard, S. (2005). Managing Side Effects and Promoting Adherence in Patients With HIV Disease: The Nurse's Role CE. Retrieved December 1st, 2011, from <http://www.medscape.com>