

MODEL KONKORDANSI : ALTERNATIF MODEL PENINGKATAN KEPATUHAN MINUM OBAT ARV PADA ODHA DI KOTA BANDUNG TAHUN 2012

Concordance Model: An Alternative Model for Increasing Art Adherence In PLWHA In Bandung City, 2012

Heny Lestary*, Mujiati*, Nana Mulyana**

*Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes

** Pusat Promosi Kesehatan, Kementerian Kesehatan

E-mail : lestaryheny@yahoo.com, muji_ballz@yahoo.com, nanamulyana1@yahoo.com

Abstract

Background. Cases of HIV-AIDS have become a pandemic. Cumulatively, the number of AIDS cases reported since April 1, 1987 to March 31, 2013 as many as 103,759 HIV cases, 43,347 cases of AIDS, and 8,288 deaths. Quality of life of people living with HIV-AIDS (PLWHA) can be significantly improved if they regularly consume ARV drugs.

Objective. Operational research aims to obtain a model of intervention to improve antiretroviral medication adherence for PLWHA in Bandung City.

Methods. Used quantitative and qualitative technical and PLWHA medication adherence assessed before and after the intervention, involving 20 people living with HIV in the intervention process for three months and was accompanied by the families of PLWHA as a companion to take medication, two case managers as agents of change, as well as support hospitals, health centers, and AIDS Commission.

Result. Interventions using integrated Concordance Model to obtain optimal results and it is effective for improving adherence in people living with HIV antiretroviral (ARV) drugs. The Intervention run through 5 modes of intervention, namely the intervention of the state government, departement of health, National AIDS Commisions, Hospitals and Agent of Change, PLWHA, family and peer support groups.

Conclusions. Needs to be disseminated concordance model of adherence of PLWHA taking antiretroviral drugs in various areas to improve adherence to antiretroviral therapy and obtain input for the improvement of the intervention models that have been created.

Keywords : PLWHA, ART, Adherence, Concordance Model

Abstrak

Latar Belakang. Kasus HIV-AIDS telah menjadi pandemi. Secara kumulatif, jumlah kasus *Acquired Immune Deficiency Syndromes* (AIDS) yang dilaporkan sejak 1 April 1987 sampai dengan 31 Maret 2013 sebanyak 103.759 kasus *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), 43.347 kasus AIDS, dan dengan 8.288 kematian. Kualitas hidup Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) dapat meningkat apabila mereka rutin meminum obat Anti Retroviral (ARV).

Tujuan. Riset operasional ini bertujuan untuk mendapatkan model intervensi dalam meningkatkan kepatuhan minum obat ARV bagi ODHA di Kota Bandung.

Metode. Digunakan metode penelitian kualitatif, dan dinilai kepatuhan berobat ODHA sebelum dan sesudah intervensi. Penelitian ini melibatkan 20 ODHA dalam proses intervensi selama tiga bulan dan didampingi oleh keluarga para ODHA sebagai pendamping minum obat, dua orang manajer kasus sebagai *agent of change*, serta dukungan rumah sakit, puskesmas, dan Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD).

Hasil. Intervensi menggunakan Model Konkordansi secara terintegrasi terbukti secara optimal dapat efektif meningkatkan kepatuhan ODHA dalam mengkonsumsi obat ARV. Intervensi Model Konkordansi dijalankan melalui 5 moda intervensi, yaitu intervensi terhadap Pemerintah Kota, Dinas Kesehatan, Komisi Penanggulangan AIDS, Rumah Sakit, serta *Agent of Change*, ODHA, keluarga, dan Kelompok Dukungan Sebaya.

Kesimpulan. Perlu dilakukan sosialisasi model konkordansi kepatuhan ODHA minum obat ARV di berbagai daerah untuk meningkatkan kepatuhan penggunaan ARV, dan memperoleh masukan demi perbaikan model intervensi yang sudah dibuat.

Kata kunci : ODHA, ARV, Kepatuhan, Model Konkordansi

PENDAHULUAN

Epidemi HIV secara global memasuki kondisi kritis. Setiap tahunnya terdapat lebih dari 20 juta kasus kematian dengan 40 juta orang terinfeksi akibat epidemi HIV tersebut. Situasi yang memprihatinkan terjadi pada populasi anak dibawah 15 tahun, khususnya di negara-negara berkembang dengan tingkat ekonomi yang sangat rendah, yang diperkirakan setiap harinya terjadi 2000 kasus HIV. Hal tersebut diakibatkan transmisi dari ibu kepada anak. Terdapat pula 6000 kasus infeksi HIV setiap harinya pada populasi usia produktif antara 15-24 tahun. Kelompok umur ini merupakan populasi berisiko tinggi Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA). Melihat kondisi tersebut, sangat dibutuhkan strategi respon dari epidemi global HIV, termasuk di Indonesia.¹

Kasus epidemi HIV di Indonesia termasuk dalam kategori jumlah yang terus meningkat. Pada akhir tahun 2009, diperkirakan sebanyak 332.200 orang hidup dengan HIV.² Jumlah tersebut meningkat hampir dua kali lipat dari tahun 2005 yakni sebanyak 170.000 ODHA. Menurut laporan Departemen Kesehatan pada tahun 2006, prevalensi HIV terdapat pada level 5% secara konstan dan terkonsentrasi pada populasi berisiko tinggi yaitu pengguna napza suntik (penasun), wanita penaja seks (WPS) dan waria. Kondisi mengkhawatirkan terjadi di Papua, dengan prevalensi 1% pada populasi umum yang berarti, situasi ini masuk dalam kategori epidemi umum.³ Para pakar epidemiologi di Indonesia memperkirakan jumlah kasus AIDS pada tahun 2015 akan mencapai 1 juta orang dengan 350.000 kasus kematian.¹ Tidak hanya itu, pada tahun tersebut akan terdapat 38.500 anak dengan HIV positif sebagai akibat transmisi dari ibu pada anak.

Kecenderungan tersebut sebagai akibat semakin banyaknya populasi yang berisiko tinggi terpapar HIV, diskriminasi dan stigmatisasi terhadap ODHA, resistensi ARV, tidak berjalannya surveilans ARV dan minimnya distribusi ARV.^{1,4} Pemerintah Indonesia mulai melakukan strategi respons penanggulangan AIDS sejak tahun 1994 dengan Keputusan Presiden Nomor 26 Tahun 1994 tentang pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dalam bentuk strategi nasional AIDS setiap lima tahun. Terdapat

tiga tujuan utama dalam upaya pengendalian HIV-AIDS, yaitu: menurunkan kasus infeksi baru, meningkatkan kualitas hidup ODHA, dan menurunkan kasus kesakitan dan kematian.²

Sejauh ini belum ada obat yang dapat menyembuhkan ODHA. Namun demikian, banyak studi telah mengungkap bahwa kualitas hidup ODHA dapat ditingkatkan secara teratur setelah minum obat ARV; seperti di Australia, Eropa dan Amerika Utara penggunaan obat ARV terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA. Namun akses ODHA terhadap obat ARV masih menjadi polemik di negara-negara berkembang.⁵

Menurut laporan WHO, pada tahun 2002 terdapat enam juta orang yang membutuhkan ART dan hanya 230.000 orang yang memiliki akses langsung terhadap Antiretroviral Therapy (ART).⁶ Pada tahun 2007, WHO melaporkan hanya 31% dari ODHA di dunia yang menerima ART. Pelayanan HIV (*HIV Care*) terbatas dikarenakan halangan sosial budaya, lokasi (posisi geografi) dan minimnya dukungan dana.⁷

Departemen Kesehatan pada tahun 2006 memberlakukan Obat ARV gratis. Namun demikian, kondisi tersebut tidak secara langsung menurunkan jumlah kematian kasus HIV-AIDS. Hal tersebut dikarenakan masalah akses obat ARV oleh ODHA, dan yang terpenting adalah masih dianggap mahal untuk mendapatkan pelayanan HIV (*HIV Care*).⁷

Obat ARV ditemukan pada tahun 1996 dan berhasil menurunkan kematian hingga 80-84% di negara-negara berkembang.⁸ Dalam perkembangannya, obat tersebut dapat dibuat lebih murah dan terjangkau dalam bentuk obat generik dengan mutu dan kualitas yang tidak jauh berbeda dan memberikan peluang sebagai upaya dalam pengobatan nasional.

Faktor lain adalah rendahnya kepatuhan berobat pasien ODHA. Beberapa penelitian mendapati bahwa ketakutan akan statusnya di masyarakat, kurang pengetahuan mengenai pentingnya pengobatan teratur, depresi, tidak percaya akan obat-obatan, lupa memakai obat, dan takut efek samping. Sedangkan

faktor pendukung adalah dukungan sosial, keyakinan diri sendiri bahwa melalui pengobatan kualitas hidup semakin meningkat, hubungan yang baik dengan penyedia perawatan kesehatan dan peran pendamping minum obat. Kepatuhan pasien akan mempengaruhi perencanaan manajemen logistik obat ARV sehingga perilaku pencarian pengobatan menjadi faktor penting bagi pasien dan keberhasilan program pengobatan HIV-AIDS.⁹

Peran dari masyarakat atau suatu forum masyarakat yang peduli terhadap penderita HIV-AIDS diperlukan agar dapat mempermudah akses pengobatan dan mengurangi stigma dan diskriminasi di masyarakat. Dengan adanya forum masyarakat tersebut, diharapkan ODHA dapat lebih terbuka dalam akses berobat, diawasi kepatuhan berobatnya, pemberdayaan peran ODHA dalam masyarakat, serta lebih mudahnya proses pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS di kalangan populasi umum.⁴

Dari 33 provinsi di Indonesia, Jawa Barat menempati urutan ke empat dengan jumlah penderita HIV-AIDS terbanyak.¹⁰ Dari 26 kabupaten/kota di Jawa Barat, Kota Bandung merupakan kota dengan jumlah penderita HIV-AIDS terbanyak.¹¹

Model konkordansi merupakan salah satu model intervensi yang lebih menekankan pada kesepakatan atau kepatuhan seseorang untuk bertindak. Makna lain dari konkordansi adalah kepatuhan, kerukunan, atau kesepakatan.¹² Model ini diterapkan kepada ODHA agar ODHA mempunyai tanggungjawab yang melekat untuk patuh atau rutin dalam mengkonsumsi obat ARV.

Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa kualitas hidup ODHA dapat meningkat dengan minum obat ARV secara rutin dan teratur. Dalam rangka meningkatkan kualitas hidup ODHA dan penanggulangan penyakit HIV-AIDS diperlukan suatu model peningkatan kepatuhan minum obat ARV. Artikel ini memaparkan alternatif model peningkatan kepatuhan ODHA minum obat ARV, yaitu dengan model konkordansi yang diterapkan di Kota Bandung pada tahun 2012.

METODE

Penelitian ini merupakan riset operasional dan dirancang untuk kepentingan program penanggulangan HIV-AIDS di lokasi penelitian. Penelitian dilakukan di Kota Bandung dengan menggunakan instrumen berupa wawancara terstruktur, *check list*, form pemantauan minum obat ARV, dan observasi logistik obat ARV. Dalam penelitian ini menggunakan teknik kualitatif untuk menggali informasi mendalam sebagai dasar penyusunan pedoman model intervensi.

Informan dari penelitian ini adalah ODHA, keluarga/orang terdekat ODHA, pendamping ODHA (Manajer Kasus/LSM/dsb), Dinas Kesehatan, RSUP Hasan Sadikin, puskesmas satelit (Puskesmas Salam dan Puskesmas Kopo), produsen obat ARV, KPAD Kota Bandung, dan Forum Warga Peduli AIDS (WPA) di tingkat kecamatan dan kelurahan. Setelah dilakukan pengolahan data dan analisa hasil kajian, kemudian dilakukan analisa strategi model intervensi yang dapat diterapkan untuk meningkatkan kepatuhan berobat ODHA, dan diputuskan untuk menggunakan Model Konkordansi. ODHA yang dijadikan responden adalah mereka yang putus berobat dan yang aktif berobat (sebagai *role model*). Dengan melibatkan bantuan keluarga/teman/pasangannya sebagai Pendamping Minum Obat (PMO), dan menggunakan form pemantauan minum obat, para ODHA diamati selama tiga bulan.

Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini lebih kearah pendekatan atau advokasi kepada informan agar berupaya meningkatkan kepatuhan dalam minum obat ARV. Pada saat intervensi, juga dilakukan kajian terhadap *agent of change* (dalam hal ini adalah Manajer Kasus) yang berfungsi sebagai fasilitator bagi ODHA dan keluarga/teman/pasangannya dalam meningkatkan kepatuhan berobat ARV. Setelah intervensi, diharapkan dapat terjadi proses *snow balling*, sehingga ODHA yang masuk dalam kelompok intervensi, dapat menjadi *agent of change* bagi para ODHA lainnya. Di bawah ini adalah Teori Konkordansi yang dijadikan pedoman model intervensi dalam penelitian ini.

Di dalam penelitian ini melibatkan dua orang *local agent* sebagai *agent of change*, dimana

kedua orang tersebut adalah Manajer Kasus (MK) di dua RS yang terpilih sebagai sampel. Kedua MK tersebut merupakan orang terpilih yang direkrut dari hasil riset formatif dan difasilitasi oleh Tim Peneliti.

Selanjutnya dilakukan pendampingan *local agent* kepada ODHA melalui proses tahapan: seleksi ODHA, pengkajian ODHA, penyusunan rencana, aksi bersama, dan evaluasi.



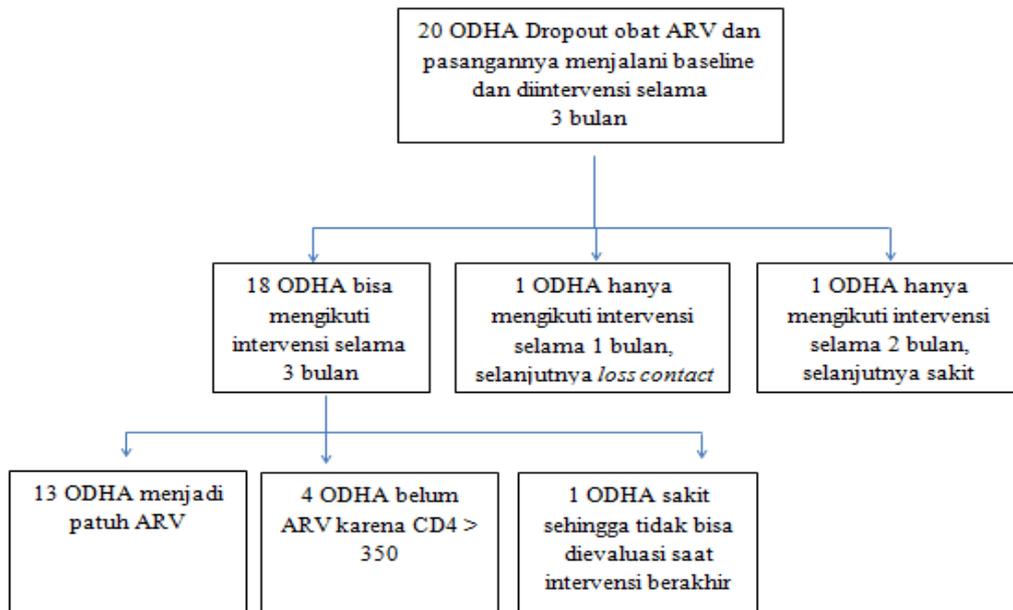
Gambar 1. Kerangka Konsep Model Konkordansi

HASIL

Dua pokok bahasan dalam tulisan ini adalah Dari hasil pengamatan di lapangan, diketahui bahwa pelayanan terapi obat ARV dapat dilakukan di rumah sakit rujukan HIV-AIDS dan di puskesmas satelit, yaitu puskesmas yang sudah dipercaya oleh RS melayani terapi obat ARV bagi pasien RS yang sudah menjalani terapi obat ARV minimal satu tahun. Di Kota Bandung, sudah ada dua puskesmas satelit yang ditunjuk untuk melayani terapi obat ARV, yaitu Puskesmas Salam dan Puskesmas Kopo. Pelayanan obat ARV di puskesmas dilakukan di Klinik IMS dan AIDS, sedangkan di RS dilakukan di klinik khusus HIV-AIDS. Sebelum pasien mendapat terapi ARV, pasien harus menjalani konseling dan tes CD4 (*cluster of differentiation 4*). Hasil tes CD4 < 350 sel/mm³ mengharuskan pasien terapi obat ARV. Sebelum pasien memulai terapi ARV, pasien harus menjalani beberapa konseling yang baik, termasuk bagaimana bersikap apabila mengalami efek samping obat ARV. Konseling yang baik pada akhirnya akan menyebabkan mereka patuh dan minum obat secara teratur. Kebijakan ini perlu diadopsi di tempat lain mengingat efek samping obat

ARV akan timbul 12-16 minggu pertama sejak mulai minum ARV.

Setelah *agent of change* dilatih oleh tim peneliti, mereka ditugaskan untuk mencari ODHA yang *drop out* berobat dari data di Rumah Sakit. Didata 30 ODHA dan dikunjungi ke rumahnya masing-masing. Ternyata dari ODHA yang didatangi ke rumahnya, sebanyak empat orang sudah meninggal dunia, dua orang sudah pindah rumah, dan empat orang tidak bersedia ikut ke dalam program intervensi dari peneliti. Terdapat 20 ODHA yang menjalani pemeriksaan baseline di rumah sakit. Dari 20 ODHA tersebut, 18 ODHA bisa mengikuti intervensi selama tiga bulan, satu ODHA hanya mengikuti intervensi selama satu bulan dan selanjutnya *loss contact*, serta satu ODHA hanya mengikuti intervensi selama dua bulan karena sakit. Sehingga, total ODHA yang mengikuti intervensi secara tuntas atau selama 3 bulan sebanyak 18 ODHA. Setelah intervensi, diperoleh hasil bahwa 13 ODHA menjadi patuh dalam minum obat ARV, empat ODHA belum minum ARV karena CD4 lebih dari 350 sel/mm³. Berikut adalah bagan yang menggambarkan jumlah ODHA yang masuk ke dalam kelompok intervensi.



Gambar 2. Bagan jumlah ODHA yang mengikuti intervensi

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh 5 moda yang dapat digunakan dalam model konkordansi untuk peningkatan kepatuhan ODHA dalam minum obat ARV, yaitu:

Moda I: intervensi ke Pemerintah Kota Bandung sebagai penanggungjawab program HIV-AIDS

Moda II: intervensi terhadap Dinas Kesehatan Kota Bandung .

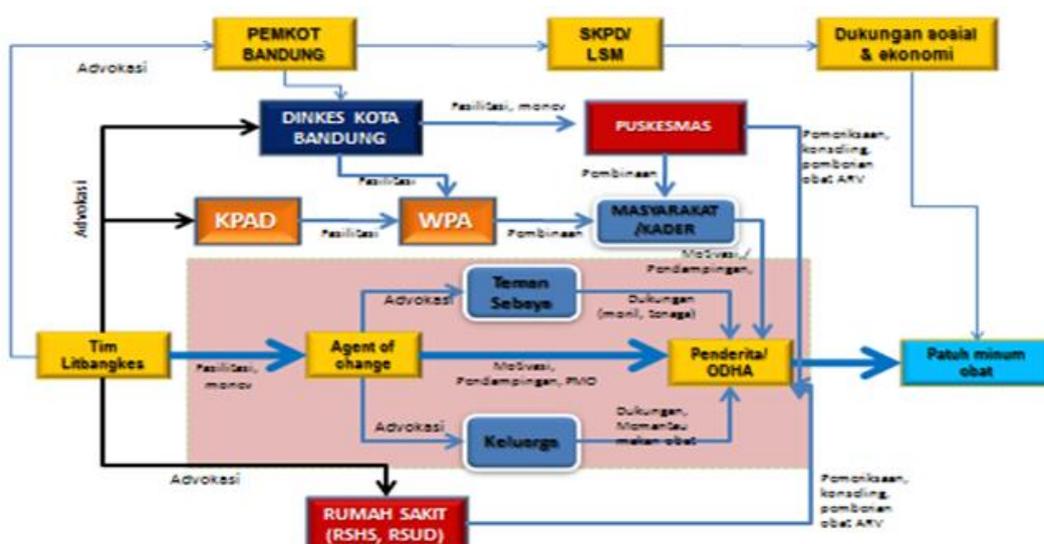
Moda III: intervensi terhadap Komisi

Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) Kota Bandung

Moda IV: intervensi terhadap *agent of change*, ODHA, keluarga dan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS)

Moda V: intervensi terhadap rumah sakit (RS Hasan Sadikin dan RSUD Kota Bandung).

Kelima moda tersebut terintegrasi dalam skenario intervensi sebagai berikut :



Gambar 3. Model Konkordansi sebagai model intervensi peningkatan kepatuhan ODHA dalam minum obat ARV

Moda I bertujuan mengadvokasi Pemerintah Kota Bandung dan jajarannya serta advokasi sektoral di wilayah kerjanya. Advokasi tersebut dilakukan dengan cara sosialisasi temuan prinsip penanggulangan HIV-AIDS serta pengembangan komitmen sektoral. Hasil yang dicapai dari pelaksanaan Moda I yaitu ditetapkan target sasaran Dinas Sosial Kota Bandung dalam penanggulangan HIV-AIDS serta penguatan rencana aksi program HEBAT.

Sasaran dari intervensi Moda II ini ada tiga, yaitu Dinas Kesehatan Kota (DKK), puskesmas dan Forum Warga Peduli AIDS (WPA). Intervensi terhadap DKK bertujuan untuk menguatkan peran DKK Bandung sebagai *vocal point* dari Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD), memfasilitasi DKK terhadap puskesmas dan memfasilitasi DKK terhadap Forum Warga Peduli AIDS (WPA). Intervensi yang dilakukan yaitu sosialisasi temuan, mengadakan pertemuan lintas sektor dan melibatkan puskesmas dan Forum WPA dalam pelatihan tentang pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Hasil yang dicapai intervensi Moda II ini yaitu menguatnya peran DKK dalam membina puskesmas dan Forum WPA. Sasaran intervensi yang ke dua yaitu puskesmas, bertujuan untuk memfasilitasi peran puskesmas terhadap Forum WPA. Intervensi ini dilakukan dengan cara melakukan kapasitasasi puskesmas untuk memfasilitasi peran Forum WPA. Hasil yang telah dicapai dari intervensi ini adalah meningkatnya kerjasama puskesmas dan Forum WPA serta munculnya komitmen untuk saling membantu dalam pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Sasaran intervensi yang ke tiga yaitu Forum WPA, bertujuan agar Forum WPA difasilitasi oleh puskesmas dalam program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS dan selanjutnya Forum WPA dapat memfasilitasi kader di bawahnya. Bentuk intervensi yang dilakukan yaitu mengadakan pelatihan Forum WPA dan puskesmas terkait dengan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Hasil yang dicapai dari intervensi ini adalah meningkatnya peran Forum WPA dalam kegiatan sosialisasi HIV-AIDS ke masyarakat dan Forum WPA juga berperan sebagai Pendamping Minum Obat (PMO) ARV pada ODHA.

Moda III, sasarannya juga ada tiga, yaitu KPAD Kota Bandung, Forum WPA, dan masyarakat. Intervensi untuk KPAD Kota Bandung dilakukan dengan cara sosialisasi temuan, mengidentifikasi Forum WPA, dan mengadakan pelatihan Forum WPA dan puskesmas. Tujuan intervensi ini adalah mengadvokasi KPAD dan hasil yang telah dicapai yaitu menguatnya peran KPAD dalam pembinaan Forum WPA. Intervensi pada sasaran Forum WPA dilakukan dengan mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi oleh Forum WPA dan pelatihan kader WPA. Hasil yang dicapai intervensi ini yaitu menguatnya peran Forum WPA dan Forum WPA mampu menggali dana operasional dari Program P2KP (Program Percepatan Kegiatan Pembangunan). Intervensi ke masyarakat dilakukan melalui kegiatan pemberdayaan peran Forum WPA melalui penyuluhan dan *Focus Group Discussion* (FGD). Tujuan dari kegiatan ini adalah mengadvokasi masyarakat dan kader, dan hasil yang telah dicapai yaitu Forum WPA dan puskesmas telah memberikan sosialisasi HIV-AIDS ke masyarakat.

Sasaran Moda IV yaitu *agent of change*, ODHA, keluarga ODHA dan KDS (Kelompok Dukungan Sebaya). Tujuan dari Moda IV ini yaitu *agent of change* mampu mendampingi dan memonitor kepatuhan minum obat ODHA, meningkatnya kepatuhan minum obat pada ODHA serta keluarga dan KDS mampu menjadi PMO (Pengawas Minum Obat) bagi ODHA. Intervensinya dilakukan dengan cara kapasitasasi *agent of change*, memantau kepatuhan minum obat ODHA melalui sms, telepon, dan kunjungan rumah, sosialisasi efek samping obat ARV pada ODHA melalui *agent of change*, sosialisasi pengetahuan HIV-AIDS kepada ODHA, *sharing* antar ODHA, dan mengadvokasi keluarga ODHA dan KDS oleh *agent of change*. Hasil yang telah dicapai melalui intervensi Moda IV yaitu kepatuhan minum obat pada ODHA meningkat hingga di atas 95%, meningkatnya pengetahuan, sikap dan perilaku (PSP) ODHA tentang kepatuhan minum obat yaitu sebelum intervensi 70% dan sesudah intervensi 90%, adanya efek *snowballing* antar ODHA serta semua keluarga ODHA dan KDS bisa menjadi PMO.

Moda V bertujuan untuk meyakinkan RS untuk menerima kembali ODHA yang pernah *drop out* dalam mengkonsumsi obat ARV serta mempermudah akses ODHA ke RS untuk melakukan pemeriksaan, konseling, dan pemberian ARV. Intervensinya dengan melakukan sosialisasi kegiatan penelitian ke pihak RS, menyepakati cara agar ODHA yang *drop out* dapat berobat kembali, serta munculnya komitmen RS untuk terus memberi layanan jangka panjang kepada ODHA. Hasil yang telah dicapai dari intervensi ini yaitu sebanyak 80% ODHA telah menjalani *baseline test* kembali dan semua ODHA dengan hasil CD4 tinggi bersedia dan berkomitmen untuk minum obat ARV.

Pemantauan kepatuhan ODHA dalam minum obat ARV dapat dilakukan berdasarkan laporan ODHA sendiri, menghitung sisa obat, laporan dari keluarga atau pendamping. Dalam penelitian ini pemantauan dilakukan berdasarkan laporan ODHA sendiri dan laporan manajer kasus saat kunjungan. Berdasarkan pemantauan kepatuhan dengan menghitung sisa obat setiap kunjungan maka dapat disimpulkan bahwa seluruh ODHA yang dipantau memiliki tingkat kepatuhan lebih dari 95%.

Dari laporan ODHA sendiri tidak ada ODHA yang pernah melewatkan minum obat ARV dengan sengaja. Hanya ada satu orang yang melaporkan pernah sekali terlewat minum obat ARV. Beberapa ODHA melaporkan pernah terlambat minum obat ARV antara 15 menit sampai 2 jam karena lupa, namun mereka segera minum obat ARV pada saat mereka ingat.

PEMBAHASAN

Penggunaan ARV di Indonesia sudah dimulai pada tahun 1990 dengan menggunakan obat paten, baru pada tahun 2001 (bulan Nopember) menggunakan obat generik. Kimia Farma sendiri baru mampu memproduksi ARV generik di pada akhir tahun 2003. Sebelum tahun 2004, ARV harus dibeli dengan harga Rp 380.000,00 hingga Rp 1.050.000,00 per bulan. Sejak Kimia Farma mampu memproduksi ARV, pemerintah telah mengambil alih penyediaan obat ARV (lini pertama maupun

ARV lini kedua) dan mendistribusikannya secara gratis ke seluruh di Indonesia.⁷

Pelayanan pengobatan ODHA secara gratis di Indonesia telah dimulai sejak tahun 2005 dengan jumlah yang masih dalam pengobatan ARV pada akhir 2005 sebanyak 2.381 (61% dari yang pernah menerima ARV). Sedangkan pada Maret 2011 terdapat 20.069 ODHA yang masih menerima obat ARV (55,4% dari yang pernah menerima ARV). Jumlah ODHA yang masih dalam pengobatan ARV dilaporkan dari provinsi DKI Jakarta (8.998), Jawa Barat (2.200), Jawa Timur (1.859), Bali (1.293), Papua (998), Jawa Tengah (713), Sumatera Utara (767), Kalimantan Barat (541), Kepulauan Riau (569), dan Sulawesi Selatan (500). Sebanyak 80% ODHA masih menggunakan rejimen lini pertama, 16,7% telah substitusi (salah satu ARV-nya diganti dengan obat ARV lain tapi masih pada kelompok lini pertama yang original) dan 4% *switch* (1 atau 2 jenis ARV-nya diganti dengan obat ARV lini kedua).⁷

Terapi ARV diharapkan dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas, memperbaiki mutu hidup, memelihara kekebalan tubuh dan menekan replikasi virus semaksimal mungkin. Kematian ODHA menurun dari 46% pada tahun 2006 menjadi 22% pada tahun 2010. Oleh karena itu kepatuhan yang tinggi terhadap konsumsi ARV menjadi hal yang sangat penting dalam penanggulangan HIV AIDS. Tingkat kepatuhan ODHA setelah dilakukan intervensi menggunakan model konkordansi dalam penelitian ini mencapai 95%. Hal tersebut dapat dikatakan bahwa intervensi dengan model konkordansi mampu meningkatkan kepatuhan ODHA dalam mengkonsumsi obat ARV. Studi lain juga menunjukkan adanya peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan, dan ada kesesuaian antara keyakinan pasien tentang penyakitnya dengan model pengobatannya.¹³

Kata "konkordansi" identik dengan "kepatuhan" atau "kesesuaian".¹² Namun sumber lain menyebutkan bahwa konkordansi tidak hanya menekankan pada perilaku pasien dalam mengkonsumsi obat, namun lebih kepada hubungan atau interaksi yang setara antara klinisi (petugas kesehatan) dengan pasien. Hal tersebut didasarkan pada kesepakatan antara petugas

kesehatan dengan pasien saat melakukan konsultasi atau konseling.¹⁴ Konkordansi juga dapat menggambarkan adanya perubahan budaya dan mampu menciptakan pola pikir baru bahwa hal tersebut merupakan tanggungjawab bersama.¹⁵

Kedua hal di atas sesuai dengan hasil penelitian ini yaitu bahwa pihak-pihak yang terkait dengan layanan pengobatan ODHA, seperti RS, puskesmas, KPAD, dan DKK telah bersedia dan berkomitmen dalam program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Selain itu, dukungan lintas sektor juga sangat penting untuk mensukseskan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS, seperti komitmen dari Dinas Sosial yang telah menetapkan target sasaran yang akan dibantu secara ekonomi untuk membantu keberlanjutan minum obat ARV. Dukungan sosial lain juga sangat penting dalam meningkatkan kepatuhan minum obat ARV pada ODHA, yaitu dukungan dari *agent of change*, keluarga ODHA dan KDS. *Agent of change* ini adalah Manajer Kasus yang telah bersedia menyediakan waktu 24 jam untuk melayani dan membantu ODHA apabila ODHA menghadapi masalah terkait dengan penyakitnya. Keluarga dan KDS juga telah bersedia dan berkomitmen untuk berperan sebagai PMO.

Dukungan sosial yang tinggi dan berkesinambungan itulah yang pada akhirnya menempatkan hubungan pasien dan petugas kesehatan ke dalam hubungan yang sangat bagus dan masing-masing menyadari tanggungjawabnya. Salah satu contoh tanggungjawab pasien dalam penelitian ini adalah, tidak ada satu ODHA-pun yang pernah melewatkan minum obat ARV dengan sengaja. Ini menunjukkan bahwa keterikatan ODHA sebagai pasien dan petugas kesehatan telah melekat pada diri pasien, sehingga pasien berusaha memenuhi harapan petugas kesehatan yang juga sudah menjadi harapan pasien.

Manajer Kasus yang menyediakan waktu 24 jam untuk membantu dan melayani ODHA mempunyai tujuan agar ODHA dapat melanjutkan hidup, selain itu keluarga dan KDS juga berkomitmen untuk membantu ODHA meningkatkan kepatuhan minum obatnya. Hal tersebut sesuai dengan tujuan

model konkordansi, yaitu lebih kepada keberhasilan terapi secara keseluruhan, bukan hanya dari aspek pengobatan saja.¹⁴ Konkordansi memang lebih menekankan pada *patient-centered care*.¹⁶ Dan hal tersebut sesuai dengan kerja Manajer Kasus dalam penelitian ini. Manajer Kasus tidak hanya berperan dalam memudahkan akses dan ketersediaan obat ARV pada ODHA, namun juga membantu ODHA menghadapi dan menyelesaikan masalah.

Masalah HIV-AIDS bukanlah masalah kesehatan saja tetapi merupakan masalah yang melibatkan seluruh sektor kehidupan, mulai dari pendidikan, sosial, pemerintah daerah, agama, budaya, ekonomi dan politik.

Aspek lain yang juga penting dalam konkordansi adalah adanya pembagian tanggungjawab. Hal tersebut sudah terlihat dari hasil penelitian ini yaitu pihak-pihak terkait yang sudah berkomitmen dalam program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS “diingatkan kembali” tentang tugas dan tanggungjawabnya dan pihak-pihak yang sudah berkomitmen tinggi agar tetap memelihara komitmen tersebut. Sebagai contoh, fasilitas kesehatan memberikan layanan perawatan dan pengobatan bagi ODHA; keluarga sebagai PMO; masyarakat, lintas program dan lintas sektor dapat mengurangi stigma dan diskriminasi kepada ODHA, sehingga pada akhirnya ODHA dapat tetap melanjutkan hidup secara berkualitas.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Model konkordansi terbukti dapat digunakan sebagai model intervensi peningkatan kepatuhan minum obat ARV bagi ODHA, dapat memberikan dampak positif terhadap kepatuhan pasien yang sempat putus obat, serta melibatkan peran semua pihak. Manajer kasus di rumah sakit rujukan HIV-AIDS terbukti dapat menjadi *local agent* yang dapat mendukung ODHA agar patuh minum obat ARV secara rutin. Pasien ODHA yang sudah patuh minum obat dapat menjadi *agent of change* bagi teman ODHA lainnya, karena mereka bisa menjadi inspirator dan motivator untuk meningkatkan kepatuhan minum obat ARV.

Saran

Perlu peningkatan komitmen Pemerintah Pusat dan Daerah dalam menjamin kepatuhan ODHA untuk minum obat ARV dan perlu sosialisasi Model Konkordansi di berbagai daerah untuk meningkatkan kepatuhan penggunaan ARV, serta memperoleh masukan demi perbaikan dan pengembangan model intervensi yang sudah dibuat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah terlibat dalam pelaksanaan penelitian ini, yaitu Direktorat Pengendalian Penyakit Menular Langsung sebagai *Authorized Principal Recipient GF Komponen AIDS* sebagai penyandang dana penelitian ini, dan para informan yaitu para ODHA dan keluarga, Manajer Kasus, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Kota Bandung, RSHS dan RSUD Kota Bandung, Puskesmas Salam dan Kopo, Forum WPA, dan KPAD Kota Bandung.

DAFTAR PUSTAKA

- Hull, Terence. H. Sulistyaningsih, E. Jones, National AIDS Commission. 2007. National AIDS Commission 2007-2010 HIV and AIDS Response Strategies.
- National AIDS Commission. 2009. Republic of Indonesia Country Report on the Follow up the Declaration of Commitment on HIV-AIDS (UNGASS) Reporting Period 2008-2009. National AIDS Commission.
- SCMS. 2008. Report of HIV-AIDS Commodities Survey and Supply Chain Status Assessment in Tanah Papua. Submitted to the U.S. Agency for International Development by SCMS, Arlington, VA: SCMS.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2007. Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Di Indonesia 2007-2010. KPA.
- Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR et al. 2006. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient reported barriers and facilitators. *PLoS Med* 3: e438.
- WHO. 2002. The Use of Antiretroviral Therapy: A Simplified Approach for Resource-Constrained Countries. WHO Regional Office for South-East Asia. New Delhi, India.
- Riyarto S, Hidayat B, Johns B, Probandari A, Mahendradhata Y et al. 2010. The financial burden of HIV care, including antiretroviral therapy, on patients in three sites in Indonesia. *Oxford University Press, Health Policy and Planning* 2010;25: 272-282.
- JOTHI. 2010. Akses Obat ARV di Indonesia sebagai upaya penjaminan kesehatan masyarakat dan membangun perlindungan sosial ekonomi dalam penanggulangan AIDS. www.jothi.or.id : diakses 30 Mei 2011.
- Gonzalez, Jeffrey S.; Penedo, Frank J.; Antoni, Michael H.; et al. Social Support, Positive States of Mind, and HIV Treatment Adherence in Men and Women Living With HIV-AIDS. *Health Psychology*, Vol 23(4), Jul 2004, 413-418.
- Ditjen PP&PL Kemenkes RI. Statistik Kasus AIDS di Indonesia Dilapor Sampai Dengan Maret 2012. Diunduh dari spiritia.or.id/stats/stat2011.pdf, tanggal 10 Juli 2012.
- Anonimus. 6.279 Penduduk Jabar Positif Terjangkit HIV-AIDS. Diunduh dari Pikiran Rakyat Online 22 November 2011, tanggal 10 Juli 2012.
- Jeffrey K. Aronson, Radcliffe Infirmary, Woodstock Road. Editors' view: Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, DOI:10.1111/j.1365-2125.2007.
- Robert H, Jane C, Matthew H. High adherence and concordance within a clinical trial of antihypertensive. *Chronic Illness* (2010) 6, 243-251.
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and Merck Sharpe and Dohme. Partnership in medicine taking: A consultative document. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and Merck Sharpe and Dohme, 1996.
- Fraser, S. Concordance, compliance, preference, or adherence. *Dove Press Journal*, 23 December 2010.
- J. Simon Bell, Marja S. Airaksinen, Alan Lyles, Timothy F. Chen & Parisa Aslani. Letters to the editors: Concordance is not synonymous with compliance or adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2007