

FAKTOR –FAKTOR PENDUKUNG KEPATUHAN ORANG DENGAN HIV AIDS (ODHA) DALAM MINUM OBAT ANTIRETROVIRAL DI KOTA BANDUNG DAN CIMAHI

Yuyun Yuniar ^{1*}, Rini Sasanti Handayani ¹, Ni Ketut Aryastami ²

¹ Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes

² Pusat Humaniora, Pemberdayaan Masyarakat dan Kebijakan Kesehatan, Badan Litbangkes

E-mail : yuyunyuniar09@gmail.com

Abstract

Adherence to ARV (antiretroviral) was aimed to significantly prolong the life expectancy of people living with HIV AIDS (PLHIV). ARVs fight against the infection by slowing down the reproduction of HIV in human body. This research aimed to identify the internal and external factors that support adherence to ARV therapy.

This research was a qualitative research conducted in Bandung and Cimahi districts, West Java province from September to November 2011. Data collected by doing in depth interview with related stakeholders, they were district health office staffs in Bandung and Cimahi, Local AIDS Commission staffs in Bandung and Cimahi, Bungsu hospital in Bandung, Cibabat hospital in Cimahi, NGO staff, and 10 PLHIVs who ever or still consuming ARV. Data were analyzed descriptively by triangulation and content analysis methods.

It was concluded that the internal supporting factors of adherence to ARV were the motivation to live longer, the eagerness to get cured and to be healthy, considering ARV as vitamin, and the faith in their own religion. Besides, the availability of ARV and social supports were other supporting factors. The social supports were support from family, responsibility and affection for their children, willingness to get married, support from peer groups, NGO staffs, and religion figures, and good relationship with health provider staffs. The internal factors should be improved by motivating PLHIVs while external factors should include family, peer groups, NGO staff and health provider, provide better accessibility and affordability to ARV, and educate the society.

Keywords: PLHIV, Adherence, ARV

Abstrak

Kepatuhan Penggunaan ARV (antiretroviral) merupakan salah satu faktor yang dapat memperpanjang umur harapan hidup ODHA (orang dengan HIV AIDS) secara bermakna. ARV bekerja melawan infeksi dengan cara memperlambat reproduksi HIV dalam tubuh. Penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan ODHA dalam mengkonsumsi ARV.

Studi ini merupakan penelitian kualitatif di Kota Bandung dan Kota Cimahi, provinsi Jawa Barat dari bulan September–November 2011. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan pihak-pihak yang terkait dalam penanggulangan AIDS yaitu Dinkes Kota Bandung dan Cimahi, KPA Daerah Kota Bandung dan Cimahi, RS Bungsu dan RS Cibabat, LSM PKBI Jawa Barat serta ODHA yang pernah atau masih

Submit : 25-05-2012 Review : 26-06-2012 Review : 10-07-2012 revisi : 10-09-2012

menggunakan ARV. Jumlah ODHA yang diwawancarai sebanyak 10 orang. Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan metoda triangulasi dan *content analysis*.

Hasil analisis mengungkapkan bahwa faktor faktor pendukung kepatuhan minum ARV yang berasal dari dalam diri sendiri yaitu motivasi untuk hidup, keinginan sembuh/sehat, menganggap obat sebagai vitamin dan keyakinan terhadap agama. Selain itu faktor ketersediaan obat ARV dan dukungan sosial juga mendukung kepatuhan ODHA. Faktor dukungan sosial yaitu dukungan keluarga, rasa tanggung jawab dan kasih sayang terhadap anak, keinginan menikah, dukungan teman-teman di KDS (Kelompok Dukungan Sebaya), LSM dan dari tokoh agama serta hubungan baik dengan tenaga kesehatan. Faktor internal perlu ditingkatkan dengan memotivasi ODHA. Faktor eksternal ditingkatkan dengan melibatkan peran keluarga, KDS, LSM dan tenaga kesehatan serta memperbaiki akses, keterjangkauan dan edukasi kepada masyarakat.

Kata Kunci : ODHA, Kepatuhan, ARV

PENDAHULUAN

Penularan HIV terjadi tidak hanya melalui hubungan seksual tetapi juga melalui IDU (*Injectable Drug Use*) dan MTCT (*Mother to Child Transmission*). Dalam upaya penanggulangan HIV AIDS telah didirikan Komisi Penanggulangan AIDS berdasarkan Peraturan Pemerintah no. 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional yang diikuti dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 20 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS Dan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS di Daerah.^{1, 2} Layanan rumah sakit rujukan HIV AIDS meningkat dari 25 rumah sakit menjadi 75 rumah sakit sesuai dengan SK Menteri Kesehatan No. 832/X/2006.³ Peraturan tersebut kemudian direvisi lagi dengan SK Menteri Kesehatan No. 760/Menkes/SK/VI/2007 tentang penetapan lanjutan rumah sakit rujukan bagi orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) sehingga rumah sakit rujukan HIV AIDS menjadi 237 buah.⁴

Penggunaan ARV (antiretroviral) pada pasien dengan hasil tes HIV positif merupakan upaya untuk memperpanjang umur harapan hidup penderita HIV-AIDS yang

dikenal dengan istilah ODHA (orang dengan HIV AIDS). ARV bekerja melawan infeksi dengan cara memperlambat reproduksi HIV dalam tubuh. Umumnya ARV efektif digunakan dalam bentuk kombinasi, bukan untuk menyembuhkan, tetapi untuk memperpanjang hidup ODHA, membuat mereka lebih sehat, dan lebih produktif dengan mengurangi viraemia dan meningkatkan jumlah sel-sel CD4+⁵. Selain dalam bentuk kombinasi, penggunaan ARV harus terus menerus sehingga sangat rentan mengalami ketidakpatuhan yang dapat menumbuhkan resistensi HIV.⁶

Berbagai kendala dialami ODHA dalam mengakses ARV, di antaranya keterbatasan pelayanan kesehatan seperti lokasi rumah sakit rujukan yang berada di perkotaan, serta pemeriksaan darah dan konseling secara rutin yang memerlukan biaya. Selain itu pemakaian jangka panjang menyebabkan timbulnya rasa bosan, kekurangdisiplinan dan kekhawatiran akan timbulnya efek samping. Kemudian perilaku ODHA yang pola hidupnya tidak teratur, serta menghadapi stigma dan diskriminasi merupakan faktor lain yang menghambat penggunaan ARV.⁷

Ketidakpatuhan terhadap ARV bukan hanya masalah medis, tetapi juga dipengaruhi

oleh sosial budaya masyarakat setempat. Perspektif sosial dapat membantu pemahaman bahwa kesehatan dan pelayanan kesehatan tidak semata-mata sebagai isu medis, tetapi juga merupakan isu sosial. Ketika pendekatan sosial dan pendekatan medis dilakukan bersama, maka penekanannya tidak hanya pada proses sosial terjadinya suatu penyakit dan sakit, tetapi juga pada intervensi di dalam struktur sosial dan budaya untuk mencegah atau bahkan mengobati penyakit tersebut.⁸

Berdasarkan data laporan triwulan Kemkes hingga Juni 2010, cara penularan kasus AIDS baru melalui heteroseksual 34,0%, IDU 58,2%, perinatal 3,0%, dan hubungan Lelaki Seks Lelaki (LSL) 2,2 %. Provinsi dengan jumlah kasus tertinggi hingga Juni 2010 adalah DKI Jakarta 3740, Jawa Barat 3710, Jawa Timur 3540, Papua 2858 dan Bali 1747. Prosentase ODHA yang masih menerima ARV adalah 60.3%. Jumlah tertinggi yang menerima ARV yaitu di provinsi DKI Jakarta 7242, Jawa Barat 2001, Jawa Timur 1517, Bali 984 dan Papua 685. Yang menggunakan rejimen lini pertama 78,1%, substitusi 18,4% dan switch 3,5% (1 atau 2 jenis ARV diganti dengan ARV lini kedua).⁹

Pada tahun 2008 diperkirakan sekitar 33,4 juta orang terinfeksi HIV, 30 juta di antaranya hidup di negara berpenghasilan menengah ke bawah. WHO dan UNAIDS memperkirakan setidaknya 14,6 juta orang membutuhkan terapi ARV pada tahun 2009, tetapi baru 5,25 juta orang di negara berpenghasilan menengah ke bawah yang dapat mengakses ARV terapi (ART).^{10, 11}

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor internal dan eksternal yang menjadi pendukung kepatuhan, dan diharapkan faktor-faktor tersebut dapat dikembangkan untuk meningkatkan kepatuhan ODHA dalam minum ARV sesuai dengan kondisi lokal.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif di Kota Bandung dan Kota Cimahi, provinsi Jawa Barat dari September – November 2011. Persetujuan etik diperoleh dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Badan Litbangkes pada tanggal 22 Agustus 2011. Sumber dana penelitian berasal dari dana insentif Kementerian Negara Riset dan Teknologi (KNRT) tahun 2011.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam. Responden dalam penelitian ini adalah staf Dinkes Kota Bandung dan Cimahi, staf KPA Kota Bandung dan Cimahi, staf LSM PKBI Jawa Barat, tokoh masyarakat, tokoh agama dan 10 orang ODHA beserta pendampingnya. Kriteria inklusi ODHA yaitu masih menggunakan ARV baik yang pernah putus berobat maupun tidak pernah putus, lama pengobatan dengan ARV minimal 3 bulan, berusia 17 tahun ke atas, sedang menjalani pengobatan rawat jalan dan bersedia diwawancarai. Sedangkan kriteria eksklusi yaitu ODHA yang sakit (rawat inap) atau menolak diwawancarai. Proses rekrutmen ODHA dilakukan melalui LSM PKBI Jawa Barat. Staf LSM menghubungi ODHA dan menanyakan kesediaannya untuk diwawancarai oleh peneliti di tempat yang dipilih oleh ODHA.

Karakteristik informan serta informasi yang dikumpulkan dapat dilihat pada Tabel 1. Analisis data dilakukan secara deskriptif dan kualitatif dengan metoda triangulasi yang meliputi : triangulasi sumber yaitu kroscek dengan sumber data dan penggunaan kategori informan yang berbeda, triangulasi metoda yaitu menggunakan beberapa metoda dalam pengumpulan data (wawancara mendalam, observasi). Data yang diperoleh dari hasil wawancara dianalisis dengan metode *content analysis* meliputi tahap - tahap pembuatan transkrip

Tabel 1 : Karakteristik Responden dan Topik Wawancara

Responden	Topik wawancara
<ul style="list-style-type: none"> - Pemegang program HIV Dinkes kota Bandung dan Cimahi - KPA Daerah kota Bandung dan Cimahi (pelaksana harian) - Pelaksana program VCT RSUD Bungsu dan RSUD Cibabat - Pelaksana harian dan staf LSM PKBI Jawa Barat 	<ul style="list-style-type: none"> - Situasi HIV/AIDS dan permasalahan ketidakpatuhan terhadap ARV - Program yang terkait dengan penanggulangan AIDS dan peningkatan kepatuhan terhadap ARV
<ul style="list-style-type: none"> - Staf LSM PKBI Jawa Barat - Tokoh masyarakat - Tokoh agama 	<ul style="list-style-type: none"> - Kondisi sosial budaya masyarakat setempat yang berkaitan dengan HIV AIDS dan kepatuhan terhadap ARV - keseharian (pola hidup, pekerjaan, aktivitas, hubungan sosial) - Kondisi keagamaan - peer group - stigma, diskriminasi
Pendamping/teman dekat ODHA	<ul style="list-style-type: none"> - Kondisi kepatuhan ODHA - Faktor pendukung dan penghambat kepatuhan
ODHA	<ul style="list-style-type: none"> - Pengalaman menggunakan ARV - Riwayat positif HIV - makna ARV - pengalaman efek samping - faktor pendukung/ penghambat dalam penggunaan ARV

wawancara, koding data (tema hasil data), verifikasi, penarikan pola dan penyimpulan.

HASIL

Hasil wawancara dengan responden mengenai berbagai faktor pendukung kepatuhan ODHA dalam mengkonsumsi ARV dapat dilihat pada matriks berikut :

Faktor pendukung	Pernyataan
Ingin hidup lebih lama	"Tiada hari tanpa obat, stress juga, daripada mati ikuti ajalah pepatah dokter. Ambil hikmahnya. Keinginan pribadi, saya ingin hidup lebih lama lagi." (Wi, waria 32 th)

Faktor pendukung	Pernyataan
	"Terasa lebih pede, yang tadinya mikir mau mati sekarang jadi pengen hidup 10 tahun lagi, kalau bisa lebih panjang." (Vi, perempuan 22 th)
	"Keinginan untuk tetap bertahan hidup. Selama 4 bulan sakit ga enak sama sekali, jangankan makan, wangi masakan aja bau, jadi mual." (Ag, laki-laki 36 th)
Ingin sehat	"... pengen hidup sehat, semangat. Kata dokter ini terakhir kali minum obat, kalau berhenti lagi dokter tidak mau ngobati lagi, bandel kata dokter." (Yn, perempuan 20 th)

Faktor pendukung	Pernyataan	Faktor pendukung	Pernyataan
	<p>“Supaya tetap sehat, kalau sakit nggak enak. Tetap harus minum obat, kalau ngedrop malah bisa ketahuan teman.” (Ce, laki-laki 34 th)</p>		<p>Kalau dipikirin terus ga ada habisnya. Seperti air mengalir, anggap aja seperti minum vitamin. Kalau ada yang nanya, jawab aja vitamin.” (He, laki-laki 41 th)</p>
Mempunyai anak	<p>“Ada rasa berat, yang membuat patuh, semangat hidup melihat anak, sedih kalau ditinggalin. Anak ikut mertua.” (Yn, perempuan 20 th)</p> <p>“Pengin masih bisa lihat anak, walaupun cuma ngobrol aja, ga bisa dibawa pergi.” (Ce, laki-laki 34 th)</p> <p>“Allah masih ngasih kesempatan hidup kedua, aku ga mau sia-siakan apa yang Allah berikan. Aku selalu prioritaskan obat. Aku pengen ngeliat anak aku besar, jadi orang berguna, jadi anak pinter, bisa nyenengin orang tuanya. Ya Allah kasih aku umur panjang sampe ngeliat dia dewasa.” (Vi, perempuan 22 th)</p>	Takut statusnya diketahui orang lain	<p>”Takut ketahuan, kamu minum obat apa sih? Makan obat jam segini terus...tapi lama-lama cerita juga. Jadi malah saling mendukung.” (Wi, waria 32 th)</p> <p>”Kadang-kadang orang suka pengen tahu, jadi ya minumnya sembunyi-sembunyi aja atau bilang saja obat gemuk.” (He, laki-laki 41 th)</p>
Dukungan anak	<p>”Anak, suka mengingatkan, kalau bangun pagi suka mengingatkan, suka membangunkan, jangan sampai telat minum obat, mau hidup lebih baik, mikir diri sendiri, walaupun ada nenek, kalau ada ibunya kan lebih baik.” (De, perempuan 33 th)</p>	Keyakinan agama	<p>”Pokoknya berdo’a saja, siapa tahu bisa sembuh total. Berharap ada keajaiban untuk berubah, mendadak lihat laki-laki jadi ga mau, terus lihat perempuan jadi mau.” (Wi, waria 32 th)</p> <p>”Keyakinan bakal ada obatnya, untuk sementara pake ini aja obatnya.” (Ce, laki-laki 34 th)</p> <p>”Ada 3 orang dari gereja yang tahu, memberi dukungan do’a, sedikitnya menjadi kekuatan lain, daripada ga ada kerjaan mending pelayanan aja, tapi masih ngerasa setengah-setengah.” (Ce, laki-laki 34 th)</p>
Dukungan orang tua	<p>”...tiap hari pengen berhenti karena bosan. Jadi kaya anak kecil dipesenin terus supaya minum obat.” (Fa, perempuan 24 th)</p> <p>”Orang tua suka bilang : masih pengen kumpul ga sama keluarga, sok yang rajin atuh minum obatnya.” (Fa, perempuan 24 th)</p>		<p>”Kalau dengerin ceramah jadi semangat hidup, perjalanan masih panjang, harus maju ke depan.” (Vi, perempuan 22 th)</p> <p>”Keyakinan diri sendiri, karena sekarang kena penyakit gini. Tapi ada juga kemarin teman yang meninggal padahal ga kenapa-apa. Jadi mesti introspeksi kesalahan dulu, lebih ada keinginan untuk beribadah tetapi kadang-kadang bertanya-tanya kenapa Tuhan ngasih penyakit ini. Ya udahlah kalau mau</p>
ARV seperti obat sakit kepala atau vitamin	<p>”Tidak sembunyi-sembunyi kalau minum obat, kalau ditanya teman bilang sakit kepala.” (Fa, perempuan 24 th)</p> <p>”Bawa enjoy aja, dulu beban.</p>		

Faktor pendukung	Pernyataan
	<i>diambil ya diambil aja.”(Ag, laki-laki 36 th)</i>
Hubungan dengan tenaga kesehatan	<i>”Berhenti karena jadi pusing dan mual, dokternya galak, takut, takut ketahuan orang lain.” (El, perempuan 20 th)</i> <i>”Mereka baik sih, tapi kalau telat ya dimarahi. Kadang aku suka pinjem obat dulu ke temen yang PSK lah.” (Fa, perempuan 24 th)</i>
Merasakan manfaat ARV	<i>”Secara fisik jadi enak, secara psikologis merasa sehat.” (Ce, laki-laki 34 th)</i> <i>”Bisa jalan-jalan, beres-beres rumah, main, lebih semangat.” (Ya, perempuan 20 th)</i>
Peran KDS dan LSM	<i>”Memberi perasaan nyaman, menyadari bahwa banyak yang seperti aku.”(Vi, perempuan 22 th)</i> <i>”Menjadi lebih kuat dan lebih tenang. Sedikit banyak menjadi lebih tahu. Kalau lagi ngumpul sama-sama mengingatkan minum obat.” (Ce, laki-laki 34 th)</i>

PEMBAHASAN

Penyebaran HIV AIDS di Bandung dan Cimahi tidak terlepas dari kondisi sosial budaya setempat khususnya Kota Bandung dikenal dengan bekas kompleks lokalisasi Saritem yang masih terus beroperasi. Sedangkan Kota Cimahi yang berbatasan langsung dengan Kota Bandung lebih dikenal dengan banyaknya industri yang juga merupakan titik rawan dalam penyebaran HIV AIDS. Jumlah penderita di Jawa Barat pada tahun 2010 tercatat sebanyak 3710 orang dari sekitar 43.021.826 jiwa.¹²

Berdasarkan informasi dari tenaga kesehatan, KPA serta LSM PKBI Jawa Barat di Kota Bandung, jumlah penderita HIV/AIDS per Agustus 2011 sebanyak 2527

orang, 1235 orang di antaranya berstatus HIV dan 1292 AIDS, 62,87% pria dan 37,13% perempuan, yang telah meninggal 146 orang dan yang masih hidup 2381. Setiap tahun terjadi kenaikan sekitar 300-400 kasus baru. Penderita HIV/AIDS dari penasun (pengguna napza suntik) sebanyak 58,77%.

Berdasarkan data bulan Juli 2011 di Kota Cimahi tercatat 142 penderita HIV/AIDS, terdiri dari 68 orang penderita AIDS (48%) dan 74 penderita HIV (52%), laki-laki 86 orang (60,6%), perempuan 46 orang (32,4%) dan lainnya 10 orang (7%). Cara penularan melalui penasun 58%, heteroseksual 11%, MTCT 7%, pelanggan WPS 2% dan lainnya 12%.

Kecenderungan penularan HIV/AIDS baik di Bandung maupun Cimahi telah mengalami pergeseran dari penasun ke arah penularan heteroseksual, khususnya antar pasangan suami/istri baik dari pasangan penasun maupun dari suami yang berhubungan seks dengan WPS (Wanita Pekerja Seks). Secara umum penderita HIV AIDS kelompok penasun masih paling tinggi tetapi persentase kenaikan jumlah penderita menurun dibandingkan heteroseksual khususnya ibu rumah tangga. Hal ini berdampak pada penularan lainnya yaitu dari ibu kepada anak (MTCT/ *mother to child transmission*). Sejalan dengan pernyataan tersebut, seorang pendamping di RS Hasan Sadikin Bandung menyatakan sedikitnya 80 orang anak telah mendapatkan terapi ARV, usia anak paling tinggi adalah 10 tahun. Sebagian besar anak-anak terinfeksi HIV AIDS tidak dapat bertahan hidup lebih dari 3 tahun.

Berdasarkan hasil wawancara dengan pihak LSM, tokoh masyarakat dan tokoh agama di Jawa Barat tidak ditemukan adanya kasus penolakan jenasah ODHA oleh masyarakat karena memang pada umumnya masyarakat sendiri tidak tahu status ODHA. Seandainya mereka tahu sangat mungkin terjadi penolakan. Sikap menutupi status ini

tidak terlepas dari kekhawatiran akan stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap ODHA. Hal ini juga berpengaruh terhadap kepatuhan ODHA dalam minum ARV karena sebenarnya ODHA membutuhkan dukungan tanpa stigma dan diskriminasi.¹³

Stigma berawal dari adanya pemahaman yang salah mengenai cara penularan HIV AIDS dan anggapan bahwa HIV AIDS merupakan penyakit yang menjijikkan yang menjangkiti orang yang menyimpang perilaku seksualnya. Bagi masyarakat awam, interaksi sosial dikhawatirkan menjadi penyebab penularan. Masih banyak yang menganggap bahwa sentuhan, pelukan, jabat tangan, berciuman, penggunaan alat makan/minum bersama, penggunaan kamar mandi bersama, tinggal serumah, gigitan nyamuk bahkan berenang bersama dengan penderita bisa menularkan HIV AIDS.¹⁴

Penggunaan Antiretroviral (ARV) dalam Pengobatan HIV AIDS

ODHA memerlukan ARV biasanya bila level CD4 < 350/mm³. Penggunaan ARV di Indonesia sudah dimulai pada tahun 1990 dengan menggunakan obat paten, baru pada bulan Nopember tahun 2001 menggunakan obat generik. Kimia Farma sendiri baru mampu memproduksi ARV generik pada akhir tahun 2003, sehingga obat ARV dapat diberikan secara cuma-cuma sejak tahun 2004.¹⁴ Hingga saat ini sumber obat ARV di Indonesia berasal dari dana APBN yang diproduksi oleh Kimia Farma dan dari Global Fund dengan perbandingan dana 70:30.¹⁵

Terapi ARV (ART) selalu digunakan dalam bentuk kombinasi, oleh karena itu disebut HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*). Sampai saat ini sudah ada pertama dan kedua. Secara umum, ODHA yang diwawancarai masih menggunakan terapi ARV lini pertama yaitu kombinasi Neviral-Duviral dan Duviral-Efavirenz.

Kepatuhan dalam Terapi

Kepatuhan dalam penggunaan obat sebagai suatu perilaku kesehatan dapat ditinjau dari perspektif psikologi khususnya teori kognisi sosial seperti *Health Belief Model* (HBM), *Theory of Planned Behavior* (TPB) dan *Informational–Motivational–Behavioural Model* (IMB). Ashraf Kagee telah melakukan review terhadap ketiga teori tersebut dalam kaitannya dengan kepatuhan dalam penggunaan ARV.¹⁶

Berdasarkan teori HBM suatu perilaku aksi akan terbentuk dari persepsi seseorang terhadap kerentanan dan keparahan penyakit serta persepsi terhadap manfaat dan hambatan yang dihadapi. Pada umumnya ODHA yang menganggap penyakitnya parah dan telah mengalami gejala yang serius, mengetahui manfaat ARV menjadi lebih patuh dalam minum obat namun salah satu hambatan yang dihadapi adalah stigma.^{16, 17}

TPB menyatakan bahwa sikap, dukungan normatif dan persepsi terhadap kontrol perilaku merupakan penentu intensi sedangkan intensi merupakan penentu utama terjadinya suatu perilaku. Sikap positif secara umum akan meningkatkan kepatuhan. Sebaliknya sikap negatif terhadap ARV misalnya kekhawatiran akan efek samping dan persepsi tidak memerlukan ARV berkaitan dengan ketidakpatuhan. Akan tetapi belum ada penelitian yang menjelaskan secara holistik mengenai kepatuhan terhadap ARV menggunakan TPB.¹⁶

Berdasarkan teori IMB informasi, motivasi dan kemampuan berperilaku merupakan determinan fundamental suatu perilaku.¹⁶ Hasil penelitian Karl Peltzer di Afrika Selatan menggunakan teori IMB menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan ODHA lebih tinggi pada ODHA yang tinggal di perkotaan, tingkat depresi rendah, memiliki nilai lebih tinggi dalam informasi, kemampuan berperilaku serta dukungan sosial.

Sedangkan kurangnya kepatuhan disebabkan faktor lingkungan yang kurang mendukung, mengalami diskriminasi atau menggunakan obat herbal untuk pengobatan HIV.¹⁸

Conrad memberikan alternatif pemahaman mengenai "compliance" dari perspektif dokter menjadi perspektif pasien epilepsi yang menunjukkan bahwa "kepatuhan" lebih merupakan pengaturan diri. Pasien yang menggunakan obat epilepsi memaknai obat antara lain sebagai sebuah tiket menuju kondisi normal meskipun pasien tidak suka menggunakan obat. Sedangkan ketidakpatuhan menggunakan obat disebabkan alasan seperti ingin menguji apa yang terjadi seandainya melewatkan obat, keinginan untuk melepaskan diri dari ketergantungan terhadap obat dan destigmatisasi.¹⁹

Penelitian lain mengenai ARV di Zambia antara lain bahwa bentuk, warna, ukuran dan asal ARV menjadi fokus perhatian masyarakat. Unsur mistik juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi penggunaan. Selain itu unsur sejarah dan politik juga terkait erat di mana sebagian pengguna ARV menganggap ARV yang berasal dari dana negara maju adalah salah satu bentuk eksploitasi terhadap Zambia sebagai negara miskin.²⁰

Mengingat terapi ARV adalah terapi seumur hidup, maka masalah kepatuhan terapi merupakan permasalahan umum. Berbagai penelitian menunjukkan hal-hal yang menghambat kepatuhan antara lain takut akan efek samping, lupa, gaya hidup yang tidak sehat, kondisi kesehatan yang kurang baik, kotak obat hilang, kurangnya kesadaran pribadi, mengalami infeksi oportunistik, aktivitas sehari-hari, permasalahan ekonomi yaitu penghasilan yang tidak mencukupi untuk pengobatan ARV, pekerjaan yang tidak memungkinkan, dan takut akan stigma. Sedangkan pendukung kepatuhan antara lain mempunyai jadwal rutin minum obat, memahami pentingnya kepatuhan, mendapat

hasil pengobatan yang baik serta keyakinan pada proses pengobatan.^{13, 21-24}

Sejalan dengan penelitian di atas, dalam penelitian ini penyebab ketidakpatuhan yang dinyatakan oleh ODHA antara lain efek samping obat seperti mual dan pusing, rasa bosan, tenaga kesehatan yang kurang ramah serta rasa takut bahwa statusnya akan diketahui orang lain. Selain itu terkadang ODHA terlambat atau terlewat minum ARV karena lupa atau tertidur.

Faktor Pendukung Kepatuhan Minum Obat ARV

1. Faktor internal

Faktor internal utama yang mendukung kepatuhan adalah adanya motivasi dari dalam diri penderita untuk tetap bertahan hidup, tingkat kesadaran tinggi akan fungsi dan manfaat ARV serta keimanan terhadap agama/keyakinannya. Motivasi dari dalam diri penderita untuk sembuh atau bertahan hidup merupakan faktor pendukung kepatuhan yang paling sering dinyatakan oleh responden. Hal ini sejalan dengan penelitian lainnya yang menyatakan bahwa kesadaran ODHA merupakan hal yang berperan penting untuk meningkatkan kepatuhan.²¹

Malta dan Kumarasamy menyatakan bahwa persepsi ODHA terhadap keparahan penyakit dan keyakinan akan manfaat ARV mempengaruhi kepatuhan dalam minum ARV.^{17, 22} Walter juga menyatakan bahwa ODHA yang mampu mengatur pengobatan dan merasakan hasil positif dari pengobatan menjadi lebih patuh minum ARV.²³

ODHA dengan tingkat pengetahuan tinggi biasanya lebih patuh karena mereka sudah tahu keparahan penyakit yang mereka alami dan kepatuhan terapi ARV telah memberikan perbaikan bagi kualitas hidup mereka baik secara fisik, psikologis maupun sosial. Secara fisik ODHA merasa lebih segar dan tidak lemas. Secara psikologis merasa sehat seperti belum terkena HIV dan lebih percaya

diri untuk bisa hidup lebih lama. Secara sosial mereka bisa beraktivitas dengan normal seperti sediakala. Hal ini sejalan dengan penelitian Walter, Sanjobo dan Watt. Akan tetapi perasaan sehat juga bisa menghambat kepatuhan seperti pengalaman efek samping obat.^{23, 25, 26}

Anak jalanan dan WPS dinyatakan sebagai kelompok yang lebih sulit untuk diatur kepatuhannya dibandingkan dengan kelompok ibu rumah tangga. Hal ini terkait dengan gaya hidup dan aktivitas sehari-hari seperti terlalu sibuk atau lupa sehingga ODHA harus mempunyai kemampuan dalam mengatur jadwal minum obat.^{13, 17, 23, 25} Misalnya para suami pada umumnya lebih patuh saat di rumah karena ada istri atau keluarga yang mengingatkan sedangkan di tempat kerja mereka seringkali lupa minum obat. Nelayan yang biasanya melaut selama 3-4 bulan juga mengalami kesulitan jika harus mengambil obat setiap bulan.²¹

Beberapa ODHA mempunyai strategi khusus dalam menjalani terapi ARV. Misalnya menganggap ARV sebagai vitamin sehingga tidak menjadi beban, begitu pula ketika ada yang bertanya tentang obat yang mereka minum dikatakan sebagai obat sakit kepala, vitamin atau supaya gemuk sehingga merasa tidak perlu minum obat secara sembunyi-sembunyi. ODHA yang memiliki strategi minum obat yaitu menganggap obat sebagai vitamin atau obat lain cenderung lebih patuh minum ARV. Hal ini juga dinyatakan oleh ODHA di Peru dalam penelitian yang dilakukan oleh Walter.²³

Kurangnya motivasi dan rasa putus asa bisa menjadi penghambat kepatuhan.²³ Hal yang paling umum dirasakan oleh ODHA yaitu rasa jenuh/bosan karena harus mengkonsumsi obat secara terus menerus. Dari sisi psikologis lainnya ada juga yang merasa tertekan karena harus minum obat atau memang sudah putus asa sehingga berimbas pada perilakunya menjadi malas

minum obat. Ada pula yang memang perilakunya sulit diubah meskipun terapi dijalani tapi perilaku beresiko juga tetap berjalan, kesulitan ini tampak pada kelompok WPS (Wanita Pekerja Seksual), anak jalanan dan penasun. Ibu rumah tangga biasanya terbuka dengan keluarganya dan lebih mudah untuk diatur.

2. Faktor Pelayanan

Secara umum tidak ada masalah dalam ketersediaan obat ARV di Jawa Barat. Setiap kali ODHA datang, obat selalu tersedia. Kondisi lain yang mendukung yaitu layanan puskesmas untuk perkembangan anak dan VCT gratis. Hal ini harusnya menjadi pendukung agar ODHA patuh minum obat ARV.

Masalah yang ditemukan adalah keterjangkauan dan akses. Biaya yang harus dikeluarkan di Jawa Barat adalah 25 ribu rupiah untuk biaya dokter, sedangkan obat ARV dapat diperoleh secara cuma-cuma. Masalah ekonomi merupakan salah satu faktor penyebab ketidakpatuhan karena pengobatan HIV AIDS membutuhkan waktu lama dengan konsekuensi biaya yang harus dikeluarkan menjadi besar termasuk untuk pemeriksaan laboratorium dan pengobatan infeksi oportunistik sehingga banyak ODHA yang harus mencari pinjaman dana atau menjual barang berharga. Peningkatan kemampuan finansial dan bantuan dana misalnya untuk biaya transport akan meringankan biaya yang harus ditanggung ODHA.^{21, 22, 24, 25}

3. Faktor Dukungan sosial

Dukungan sosial dari keluarga, teman dan tenaga kesehatan memberikan pengaruh penting terhadap kepatuhan ODHA dalam minum ARV.²¹⁻²⁷ Bagi ODHA yang sudah diketahui statusnya oleh keluarga dan keluarganya dapat menerima kondisi mereka, maka faktor keluarga biasanya menjadi pendukung utama. Biasanya orang tua, suami/

istri, anak menjadi orang-orang terdekat yang mengingatkan untuk minum obat. Keluarga dalam hal ini bisa berfungsi menjadi Pengawas Minum Obat (PMO) bagi ODHA.

ODHA yang punya keturunan/anak pada umumnya memiliki rasa tanggung jawab dan kasih sayang, masih ingin melihat anaknya tumbuh dewasa, sehingga mendukung ODHA untuk cepat sembuh. Penelitian Watt di Vietnam juga menunjukkan hasil yang sama.²⁶ Hasil penelitian dari Yayasan Citra Usadha menyatakan peranan keluarga sebagai pendukung minum obat, misalnya seorang ODHA yang bersama suaminya selalu patuh minum obat.¹⁴

Sebaliknya rasa takut akan stigma dari teman, pacar atau orang lain dapat menjadi faktor penghambat kepatuhan yaitu takut kalau orang akan memandang jijik pada dirinya. Seorang WPS enggan berobat ke RSHS karena kalau sering berobat takut diketahui oleh mucikarinya sehingga hanya berobat 3 bulan sekali, setiap bulan obat diambilkan oleh LSM. Ketika ada orang yang bertanya tentang obat yang selalu dikonsumsi pada jam-jam tertentu, ODHA merasa khawatir akan diketahui statusnya, sehingga seringkali harus minum obat secara sembunyi-sembunyi atau melewatkan jadwal pengambilan obat. Rasa takut ini sebenarnya berasal dari kekhawatiran akan munculnya stigma dan diskriminasi jika status HIV nya terbuka, mereka takut akan diusir atau dikucilkan oleh masyarakat. Hal yang sama dikemukakan Nilar Han bahwa pekerja industri atau konstruksi seringkali melewatkan minum obat karena tidak ingin diketahui oleh atasannya, mereka khawatir statusnya terbuka sehingga akan dipecat dari pekerjaannya.^{21 - 25, 28}

Selain itu ada ODHA yang belum menikah atau ingin menikah lagi sehingga merasa kalau mau punya suami harus terlihat sehat. Adanya keluarga yang sakit atau meninggal karena HIV AIDS atau karena terlambat diobati juga menjadi faktor pen-

dukung lainnya. Pengalaman melihat orang lain yang menjadi lebih parah sakitnya karena tidak disiplin minum obat juga menjadi peringatan atau pelajaran agar peristiwa serupa tidak terulang.

Ada pula faktor ketidak sengajaan, setelah sakit atau anaknya sakit, atau pernah ada anak/keluarga yang meninggal karena HIV AIDS menyebabkan ODHA lebih patuh dalam minum ARV. Akan tetapi ada kondisi keluarga yang justru menghambat kepatuhan misalnya takut diketahui pasangannya sebagai penderita HIV sehingga menjadi berhenti minum obat misalnya seperti kasus Fa yang berhenti minum obat hingga 4 bulan karena takut diketahui suami keduanya.

Keyakinan terhadap agama mempengaruhi kepatuhan minum ARV seperti dinyatakan Badahdah, doa juga menjadi kekuatan untuk patuh.^{24, 25} Dalam penelitian ini masih sedikit tokoh agama di Jawa Barat yang mau terlibat dalam penanggulangan HIV AIDS. Keyakinan umum yang berlaku adalah HIV AIDS masih dianggap sebagai hukuman yang layak diderita oleh orang berdosa. Hal ini berbeda dengan kondisi di Papua di mana dukungan tokoh agama (gereja) terhadap ODHA terlihat menonjol. Gereja menjadi salah satu tempat penyediaan ARV bagi ODHA yang sulit mengakses ke Rumah Sakit atau Puskesmas. Ini berarti secara tidak langsung tokoh gereja telah berperan dalam meningkatkan kepatuhan ODHA dalam berobat. Meskipun dukungan agama tidak signifikan, tapi ada yang memberikan dukungan secara moril. Beberapa ODHA menjadi lebih termotivasi untuk beribadah setelah sakit. Ada yang menjadi lebih semangat untuk hidup karena dukungan dari tokoh-tokoh agama melalui ceramah atau kegiatan ibadah lainnya.

Keterbukaan status ODHA bisa menjadi pendukung kepatuhan.²⁵ Dalam penelitian ini ODHA yang memiliki pasangan dan sudah terbuka mengenai statusnya, bila

dapat menerima kondisi tersebut maka pasangannya bisa menjadi pendukung kepatuhan. Demikian pula ODHA yang memiliki teman-teman sesama ODHA pada umumnya bisa bertukar informasi dan saling berbagi pengalaman untuk mendukung dan mengingatkan kepatuhan minum obat.

Bagi ODHA yang masih tertutup biasanya dukungan dari LSM, KDS dan manajer kasus menjadi faktor pendukung. Pada umumnya ODHA yang tergabung dalam KDS atau LSM mendapatkan ilmu lebih banyak dari kelompoknya, selain itu kebersamaan memberi kesempatan untuk saling berbagi dan saling mengingatkan termasuk dalam hal minum obat.

Sebagian besar responden mengakui adanya hubungan baik dengan tenaga kesehatan pemberi layanan di RS meskipun ada sebagian yang menyatakan adanya tenaga kesehatan yang kurang ramah atau galak. Hubungan yang baik dengan tenaga kesehatan, sikap dan perilaku tenaga kesehatan yang bersahabat dan penuh rasa kekeluargaan disertai konseling kepatuhan dapat memberikan rasa nyaman bagi ODHA. Hal ini secara tidak langsung membuat ODHA lebih termotivasi untuk berobat. Sebaliknya, kurang kepercayaan terhadap tenaga kesehatan menghambat kepatuhan ODHA.^{13, 23, 26}

Penelitian Malta dan Watt menyebutkan bahwa rendahnya kualitas hubungan pasien dan tenaga kesehatan merupakan penghambat kepatuhan. Hal ini disebabkan karena kurangnya waktu yang tersedia dibandingkan dengan jumlah pasien, kurangnya tindak lanjut pengobatan serta tenaga kesehatan kesulitan membicarakan tentang kepatuhan dan efek samping.^{17, 26}

KESIMPULAN

Faktor internal utama yang meningkatkan kepatuhan minum ARV adalah motivasi dalam diri ODHA untuk hidup lebih

berkualitas, pemahaman dan kesadaran yang tinggi akan fungsi dan manfaat ARV, strategi menganggap obat sebagai vitamin atau obat biasa seperti obat darah tinggi atau diabetes.

Faktor eksternal utama yang meningkatkan kepatuhan minum ARV adalah ; 1) ketersediaan dan keterjangkauan obat ARV, dukungan keluarga, KDS, LSM dan tenaga kesehatan serta destigmatisasi dan tidak boleh ada diskriminasi oleh teman, masyarakat dan tenaga kesehatan. 2) Meningkatkan keterlibatan keluarga, KDS, LSM dan tenaga kesehatan untuk memotivasi ODHA agar hidup lebih berkualitas dan minum ARV secara teratur. Meningkatkan akses dan keterjangkauan biaya pemeriksaan laboratorium dan obat-obat IO (Infeksi Oportunistik). 3) Meningkatkan edukasi ke masyarakat untuk mengurangi/menghilangkan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA, meningkatkan kepedulian terhadap ODHA khususnya ODHA anak-anak.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kami sampaikan kepada pihak Kementerian Negara Riset dan Teknologi (KNRT) sebagai pemberi dana serta kepada semua pihak yang membantu terlaksananya penelitian ini.

DAFTAR RUJUKAN

1. Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 75 tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2007 Tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS Dan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS Di Daerah
3. SK Menteri Kesehatan No. 832/X/2009 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang dengan HIV/AIDS dan Standar Pelayanan Rumah Sakit Rujukan
4. Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 760/Menkes/SK/VI/2007 tentang penetapan

- lanjutan rumah sakit rujukan bagi orang dengan HIV dan AIDS (ODHA)
5. KPAN. Perawatan. available from <http://www.aidsindonesia.or.id/dasar-hiv-aids/perawatan>. accessed October 24, 2010
 6. Riyarto, S. Kendala finansial perawatan HIV, termasuk terapi ARV, pada pasien di tiga wilayah di Indonesia. *Health Policy and Planning*, 2010. Available from http://aids-ina.org/modules.php?name=Abstract&p_op=viewabstract&idabstractcat=2 accessed October 24, 2010
 7. Hadisetyono B. Hak Kesehatan Penderita HIV/AIDS : Kendala-kendala yang dihadapi Penderita HIV/AIDS dalam Memperoleh Obat-obat Antiretroviral sebagai Pelaksanaan Paten oleh Pemerintah Jakarta: Universitas Indonesia; 2007.
 8. Conrad, P. Leiter, V. *Health and Health Care as Social Problems*. Oxford. Rowman and Littlefield Publisher. 2003
 9. Laporan triwulan Situasi Perkembangan HIV dan AIDS di Indonesia sampai dengan Juni 2010, Kementerian Kesehatan RI
 10. NYU Medical Center. HIV Treatment Options. Available from <http://www.hivinfosource.org/hivis/hivbasics/treatment/> accessed October 24, 2010
 11. Antiretroviral therapy, available from <http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>. accessed October 24, 2010
 12. <http://www.jabarprov.go.id/index.php/subMenu/75> Accessed January 28, 2012
 13. Aeni M.N. Ketidakpatuhan Minum Obat Antiretroviral pada ODHA di Poli VCT dan CST Mawar RS RK Charitas Palembang Tahun 2010. STIK Bina Husada, Palembang. 2010
 14. Mengenal Terapi ARV Pengalaman ODHA, Denpasar : Yayasan Citra Usadha Indonesia. 2008
 15. Puskom, Pengadaan dan distribusi Obat Antiretroviral. Available from <http://sehatnegeriku.com/pengadaan-dan-distribusi-obat-anti-retroviral-arv/> Accessed January 28, 2012
 16. Kagee A. Adherence to antiretroviral therapy in the context of the national roll-out in South Africa: Defining a research agenda for psychology. 2008. *South African Journal of Psychology*, 38(2), pp.413-428
 17. Malta M. Et al. Adherence to antiretroviral therapy : A Qualitative study with physicians from Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saude Publica* vol 21 no. 5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2005
 18. Peltzer K. Et al. Antiretroviral treatment adherence among HIV patients in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health* 2010, 10 :111
 19. Conrad, P. Another Look at Compliance. *Soc. Sci. Med.* 1985. 20(1): 29-37,
 20. Schumaker LL, Bond VA. Antiretroviral therapy in Zambia : Colours, "Spoiling", talk and the meaning of antiretrovirals. *Soc. Sci. Med.* 2008;67:2126-34.
 21. Han N et al. Antiretroviral Drug Taking in HIV Positive Among Myanmar Migrants in Central Area of Thailand. *J. Health Res* 2009, 23 (suppl) : 33-36
 22. Kumarasamy N et al. Barriers and facilitators to antiretroviral medication adherence among patients with HIV in Chennai, India : A Qualitative Study. *AIDS Patients Care STDS.* 2005 Aug;19(8):526-37
 23. Walter H et al. Understanding the facilitators and barriers of antiretroviral adherence in Peru : A qualitative study. *BMC Public Health* 2010, 10:13
 24. Badahdah AM, and Pedersen DE. "I want to stand on my own legs" : A Qualitative Study of Antiretroviral Therapy Adherence Among HIV-positive Women in Egypt. *AIDS Care.* 2011 Jun;23(6):700-4
 25. Sanjobo N, Frich JC, Fretheim A. Barriers and facilitators to patients' adherence to antiretroviral treatment in Zambia: a qualitative study. *SAHARA J.* 2008 Sep;5(3):136-43.
 26. Watt MH, Maman S, Earp JA, Eng E, Setel PW, Golin CE, Jacobson M "It's all the time in my mind": facilitators of adherence to antiretroviral therapy in a Tanzanian setting *Soc Sci Med.* 2009 May;68(10):1793-800. Epub 2009 Mar
 27. Moratiga, G.U. Psychosocial factors that affect adherence to antiretroviral therapy among HIV/AIDS patients at Kalafong Hospital. Mini Dissertation for MA. Faculty of Humanities University of Pretoria, 2007
 28. Van Tam V, Pharris A, Thorson A, Alfvén T, Larsson M. "It is not that I forget, it's just that I don't want other people to know": barriers to and strategies for adherence to antiretroviral therapy among HIV patients in Northern Vietnam. *AIDS Care.* 2011 Feb;23(2):139-45.