

PENERAPAN BOOKLET UNTUK PENINGKATAN PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN MINUM ANTIRETROVIRAL PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS

Vitriлина Hutabarat¹, Stefani Anastasia Sitepu²

INSTITUT KESEHATAN DELI HUSADA DELI TUA
Jl. Besar No. 77 Deli Tua Kab. Deli Serdang Sumatera Utara
e-mail : vitrilinahutabarat@gmail.com

ABSTRAK

Antiretroviral therapy is a specific therapy on people with HIV/AIDS. One of which was to increase the knowledge and adherence in taking the drugs through health education. The use of booklet in this effort showed an effective result in increasing the knowledge and obedience in treatment beside increasing the quality of life. The purpose of the study was to evaluate the influence of health education using booklet on the increase of knowledge and adherence. This was a experiment quasi study with pre posttest with control two group design. The study was conducted during May until July 2020 at Adam Malik Hospital, Medan. The samples were 60 patients. Data analysis using Wilcoxon and Mann-Whitney test. Questionnaires is the instrument of this study. The result showed in the intervension group knowledge pre post increased by 5.6% while the 2,9% in the control group ($p=0,003$), and for adherence to the intervention group rise 53.3% whereas in the control group 3,3% ($p=0.000$). Count relative risk the knowledge gained for $RR(95\% CI):3,33 (1,02-10,92)$ and count relative risk adherence for compliance $RR(95\% CI):2,07 (1,40-3,05)$. Age, gender, education and social support showed insignificant differences. The conclusion of this study revealed that health education using booklet influenced the increase of knowledge and adherence.

Keywords/Kata Kunci : HIV/AIDS; Antiretroviral; knowledge; booklet; adherence

1. PENDAHULUAN

Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) merupakan permasalahan yang masih sulit untuk dipecahkan dan sering disebut sebagai permasalahan gunung es, kita hanya melihat sebagian kecil dari yang tampak dipermukaan, namun apa yang tidak terlihat lebih banyak terinfeksi HIV/AIDS tanpa diketahui tanda gejalanya. Kasus HIV/AIDS dianggap sebagai penyakit yang ditularkan akibat perilaku menyimpang yang dianggap aib bagi keluarga, sehingga banyak orang yang terinfeksi HIV dan menutup diri. *Human Immunodeficiency Virus* merupakan sejenis virus yang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan kekebalan tubuh manusia menurun, sedangkan AIDS merupakan sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena

kekebalan tubuh menurun akibat infeksi HIV.^{1,2}

Di seluruh dunia tahun 2013 ada 35 juta orang hidup dengan HIV meliputi 16 juta perempuan dan 3,2 juta anak usia < 15 tahun. Jumlah infeksi baru HIV tahun 2013 sebesar 2,1 juta yang terdiri dari 1,9 juta dewasa dan 240.000 anak usia <15 tahun. Jumlah kematian akibat AIDS sebanyak 1,5 juta terdiri dari 1,3 juta dewasa dan 190.000 anak berusia <15 tahun (UNAIDS, 2016). Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) memerlukan pengobatan *antiretroviral* (ARV) untuk menurunkan jumlah virus HIV di dalam tubuh supaya tidak masuk ke dalam stadium AIDS dan mencegah terjadinya infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasi. Tujuan terapi ARV adalah untuk meningkatkan kualitas hidup, memelihara imunitas tubuh, mengurangi morbiditas serta mortalitas terkait HIV. Hal ini didukung oleh

penelitian Rosen pada tahun 2016 di Afrika Selatan yang menawarkan untuk memulai terapi ARV kepada pasien dewasa positif HIV yang memenuhi syarat untuk diberikan ARV pada kunjungan pertama ke klinik, kemudian diikuti selama 10 bulan dan hasilnya meningkatkan penyerapan ARV sebesar 36% dan penekanan virus sebanyak 26% (Rosen S, 2016). WHO merekomendasikan bahwa pemberian ARV diwajibkan bagi setiap orang yang tes pertama kalinya positif HIV, akan tetapi pada kenyataan meskipun sudah didiagnosis HIV, penderita orang dengan HIV/AIDS (ODHA) tidak minum ARV oleh karena untuk memulai minum ARV membutuhkan proses yang lama, harus mengunjungi beberapa klinik, dan dirasakan sangat memberatkan (Govindasamy D, 2012). Selain itu ODHA yang sedang minum *antiretroviral* pun sering tidak patuh karena lupa minum obat, pengetahuan yang kurang termasuk informasi yang diberikan tentang pengobatan ARV sangat sedikit, kemungkinan timbulnya efek samping obat dan konsekuensi ketidakpatuhan (Blackstone K, 2013).

Menurut Kementerian Kesehatan RI tahun 2015 bahwa perkiraan jumlah orang dengan HIV/AIDS di Indonesia adalah sebanyak 735.256 orang dengan jumlah infeksi baru sebanyak 85.523 orang dan pada tahun 2016 persentase HIV/AIDS dari Januari sampai Maret terbanyak terjadi pada laki-laki sebesar 60,6% dan perempuan 39,4%. Berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan tahun 2016 jumlah infeksi HIV di Jawa Barat sampai Maret 2016 sebanyak 18.727 orang dan jumlah AIDS sebanyak 4.919 orang. Dinas Kesehatan Kota Cimahi melaporkan kasus kumulatif HIV/AIDS dari tahun 2005 sampai 2016 sebanyak 313. Data dari Kementerian Kesehatan RI sampai bulan Maret tahun 2016 melaporkan bahwa dari 156.164 ODHA yang memenuhi syarat untuk minum ARV, ternyata yang masih menerima ARV adalah sebanyak 65.826 orang. Rendahnya kepatuhan ODHA yang minum ARV disebabkan *Lost follow-up*, rujuk keluar (pindah ke layanan lain) dan berhenti minum ARV (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Salah satu strategi untuk mengubah perilaku seseorang adalah memberikan informasi. Pemberian informasi dengan konseling merupakan pendidikan kesehatan yang selama ini dilakukan di poli Rumah Sakit terkait, dimana setelah mendapatkan obat ARV, ODHA akan diberikan konseling tentang pengetahuan HIV/AIDS, dukungan dan kepatuhan. Pendidikan kesehatan yang dipakai dalam penelitian ini adalah *booklet*. *Booklet* merupakan suatu media cetak untuk menyampaikan pesan kesehatan berbentuk buku, berupa tulisan dan gambar. Kelebihan memakai *booklet* dibanding media lain adalah lebih menarik, terperinci, ringkas, proses penyampaian disesuaikan dengan kondisi, dapat dilakukan sewaktu-waktu dan lebih murah (Utami T A. 2016). Hal ini dibuktikan oleh penelitian Yu Mingming di China menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan menggunakan media *booklet* terbukti efektif dalam meningkatkan kepatuhan pasien dengan gagal jantung untuk berobat serta meningkatkan kualitas kesehatan, dikarenakan informasi diberikan menggunakan tulisan sederhana dan gambar yang menarik (Yu M, Chair SY, 2015). Maka peneliti bermaksud mengambil penelitian “Penerapan Booklet untuk Peningkatan Pengetahuan dan Kepatuhan minum *antiretroviral* pada ODHA”.

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian adalah *quasi eksperimental pre posttest with control two group design*. Populasi penelitian adalah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang mendapat obat *antiretroviral* (ARV) yang memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi sebagai berikut: a) ODHA sudah minum obat ARV minimal selama 6 bulan, b) ODHA minum obat ARV yang sedang rawat jalan, c) ODHA minum obat ARV bisa membaca dan menulis, d) ODHA setuju untuk menjadi responden dan menandatangani lembar persetujuan. Kriteria eksklusi penelitian ini adalah: mengalami infeksi oportunistik berat. Kriteria *drop out* dalam penelitian ini adalah: ODHA pindah keluar kota. Penelitian dilakukan di RS Adam Malik Medan. Penelitian dilakukan pada bulan Mei-Juli 2020.

Pengukuran dilakukan dengan cara memberikan kuesioner kepada seluruh ODHA yang minum obat ARV dan dibagi menjadi 2 kelompok yang dipilih dengan cara *simple random sampling*, yaitu kelompok intervensi (diberikan *booklet* dan konseling) dan kelompok kontrol (diberikan konseling), dimana masing-masing kelompok berjumlah 30 responden. Semua subjek penelitian berjumlah 60 responden dan tidak ada yang *drop out* sampai penelitian selesai. Variabel bebas yaitu pendidikan kesehatan menggunakan *booklet*. Variabel terikat adalah peningkatan pengetahuan dan kepatuhan. Variabel perancu adalah umur, pendidikan, jenis kelamin dan dukungan sosial. Instrumen *Booklet* disusun berdasarkan analisis kebutuhan masyarakat. Proses penyusunannya dilakukan dengan cara konsultasi kepada pakar spesialis imunologi dan Konselor/dokter penanggung jawab pasien HIV/AIDS, sedangkan desain dan ilustrasi *booklet* dikonsultasikan kepada pakar keilmuan Desain Komunikasi Visual Institut Teknologi Bandung dan ahli grafis dari Semarang, dan sudah mendapatkan hak cipta dari Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia pada 13 November 2018.

Pengumpulan data dilakukan sebanyak dua kali. Pertama, pada waktu ODHA melakukan kunjungan pertama (*pre test*). Kedua, pada waktu ODHA melakukan kunjungan ulang satu (1) bulan berikutnya (*post test*). Untuk mengukur variabel pengetahuan digunakan pernyataan positif dan negatif. Jenis pernyataan positif dengan skor jawaban benar satu (1) dan jawaban salah nol (0). Sedangkan pernyataan negatif, skor jawaban salah nilainya satu (1) dan skor jawaban benar nilainya nol (0). Pengetahuan terendah 0% dan pengetahuan tertinggi 100%. Untuk mengukur variabel kepatuhan minum obat digunakan kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS). Kuesioner kepatuhan tersebut menggunakan 8 pertanyaan. MMAS dikategorikan menjadi 3 tingkat kepatuhan minum obat yaitu: kepatuhan tinggi (nilai 8), kepatuhan sedang (6 - <8) dan kepatuhan rendah (nilai < 6). Kategori respon terdiri dari

ya dan tidak. Jawaban benar satu (1) dan jawaban salah (0).

Pengolahan data menggunakan analisis *chi square* untuk uji homogenitas data variabel perancu dengan nilai kemaknaan $p > 0,05$. Uji normalitas data menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov*. Untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan dan kepatuhan pada kedua kelompok menggunakan *uji wilcoxon*. Untuk membandingkan peningkatan skor pengetahuan menggunakan uji *Mann whitney*. Kemaknaan hasil uji penelitian ditentukan berdasarkan nilai $p < 0,05$.

3. HASIL

Hasil penelitian menunjukkan terdapat peningkatan pengetahuan pada ODHA di RS Adam Malik Medan antara sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet*. **Hal yang menunjang:** Dari tabel 2 bahwa terdapat peningkatan median skor pengetahuan pada kelompok intervensi sebelum diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* sebesar 90 dan setelah diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* menjadi 95. Perbedaan ini secara statistik bermakna ($p = 0,005$). Selanjutnya jika dibandingkan persentase peningkatan pengetahuan antara kedua kelompok intervensi dan kelompok kontrol diperoleh persentase median skor peningkatannya masing-masing 5,6% dan 2,9%, dan perbedaan ini secara statistik bermakna ($p = 0,003$) terlihat dari nilai $p < 0,05$.

Terdapat peningkatan kepatuhan minum ARV pada ODHA antara sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet*. **Hal yang menunjang:** Dari tabel 4 bahwa terdapat peningkatan kepatuhan pada kelompok intervensi sebelum diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* sebanyak 1 orang (3,3%) dan setelah diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* meningkat menjadi 16 orang (53,3%). Perbedaan besarnya persentase kenaikan pada kepatuhan kedua kelompok perlakuan ini secara statistik bermakna ($p < 0,001$).

Tabel 1. Karakteristik Responden pada Kedua Kelompok Penelitian

Karakteristik	Kelompok				Nilai p*
	Intervensi (n=30)	%	Kontrol (n=30)	%	
Umur (tahun)					0,598
20	0	0	1	3,3	
20-35	19	63,3	18	60,0	
> 35	11	36,7	11	36,7	
Tingkat pendidikan					0,601
Pendidikan Dasar	4	13,3	5	16,7	
Pendidikan Menengah	21	70,0	21	70,0	
Pendidikan Tinggi	5	16,7	4	13,3	
Jenis Kelamin					0,774
Laki-laki	21	70,0	22	73,3	
Perempuan	9	30,0	8	26,7	
Dukungan sosial (kelompok sebaya/keluarga)					0,347
Mendapat dukungan	22	73,3	25	83,3	
Tidak mendapat dukungan	8	26,7	5	16,7	

Keterangan:

*) Berdasarkan uji chi square

Pada tabel 1 diatas umur responden pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol terbanyak berada pada rentang umur 20-35 tahun, yaitu sebanyak 19 orang (63,3%) pada kelompok intervensi dan 18 orang (60%) pada kelompok kontrol. Tingkat pendidikan responden pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol terbanyak pada rentang pendidikan Menengah (SMA/ sederajat), yaitu sebanyak 21 orang (70%) pada kelompok intervensi dan 21 orang (70%) pada kelompok kontrol. Jenis kelamin pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebanyak 21 orang (70%) pada kelompok intervensi dan 22 orang (73,3%)

pada kelompok kontrol. Dukungan sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebagian besar mendapat dukungan, yaitu sebanyak 22 orang (73,3%) pada kelompok intervensi dan 25 orang (83,3%) pada kelompok kontrol.

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa karakteristik responden meliputi umur, tingkat pendidikan, jenis kelamin dan dukungan sosial pada kedua kelompok penelitian tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa kedua kelompok responden memiliki karakteristik yang homogen sehingga layak untuk diperbandingkan.

Tabel 2. Perbandingan Skor Pengetahuan Sebelum dan Setelah Intervensi Diberikan

Variabel (Skala 100)		lompok Intervensi (n=30)	Kelompok Kontrol (n=30)	Nilai p*
Skor Pengetahuan	<i>Pre test</i>			0,768
	Median	90	85	
	Rentang	50-100	75-100	
	<i>Post test</i>			0,001
	Median	95	87,5	
	Rentang	75-100	75-95	
Perbandingan <i>pretest</i> vs <i>posttest</i>		p= 0,005**	0,380	
% kenaikan		5,6%	2,9%	0,003

Keterangan:

*Uji Mann-Whitney; ** Uji Wilcoxon

Pada tabel 2 perbandingan skor pengetahuan dan kepatuhan pada kelompok intervensi dan kontrol mengalami peningkatan nilai median setelah penelitian. Peningkatan nilai median pengetahuan pada kelompok intervensi sebesar 5,6% dan pada kelompok kontrol sebesar 2,9%. Pada kelompok intervensi diperoleh skor pengetahuan dari 90 menjadi 95.

Tabel.3 Perbedaan Pengetahuan dan Kepatuhan Minum ARV antara kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel		Kelompok Intervensi n=30 (%)	Kelompok Kontrol n=30 (%)	Nilai p*
Kepatuhan	<i>Pre test</i>			0,032
	Tinggi	6 (20)	4 (13,3)	
	Sedang	15 (50)	7 (23,4)	
	Rendah	9 (30)	19 (63,3)	
	<i>Post test</i>			0,000
	Tinggi	17 (56,7)	3 (10)	
	Sedang	10 (33,3)	9 (30)	
	Rendah	3 (10)	18 (60)	

Keterangan:

*) Berdasarkan uji chi square

Berdasarkan tabel 3 diperoleh bahwa responden pada kedua kelompok. Kepatuhan sebelum diberikan *booklet* terbanyak memiliki kepatuhan sedang sebanyak 15 responden (50%) pada kelompok intervensi dan kepatuhan rendah sebanyak 19 responden (63,3%) pada kelompok kontrol. Setelah diberikan *booklet* kepatuhan tinggi sebanyak 17 responden (56,7%) pada kelompok intervensi dan kepatuhan rendah sebanyak 18 responden (60%) pada kelompok kontrol.

Dari data peningkatan pengetahuan dan kepatuhan sebelum dan setelah diberikan intervensi, hasil

dapat dikategorikan ke dalam 2 (dua) kategorik yaitu pengetahuan dan kepatuhan naik dan tidak naik berdasarkan peningkatan derajat pengetahuan dan kepatuhan dapat ditunjukkan dalam tabel 4 berikut ini.

Tabel. 4 Penerapan Booklet untuk Peningkatan Pengetahuan dan Kepatuhan Minum ARV pada Kedua Kelompok

Variabel		Kelompok		Nilai p	RR (IK 95%)
		Intervensi	Kontrol		
Pengetahuan	Naik	10 (33,3%)	3 (10,0%)	0,028	3,33 (1,02-10,92)
	Tidak Naik	20 (66,7%)	27 (90,0%)		
Kepatuhan	Naik	16 (53,3%)	1 (3,3%)	<0,001	2,07 (1,40-3,05)
	Tidak Naik	14 (46,7%)	29 (96,7%)		

*) Berdasarkan uji chi square; RR (IK 95%)= risiko relatif dan interval kepercayaan 95%

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* terhadap peningkatan pengetahuan dengan nilai $p < 0,05$ dan nilai RR (IK 95%) sebesar 3,3 (1,02-10,92). Artinya kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* memiliki peluang 3,3 kali meningkat pengetahuan dibandingkan kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet*. Kemudian, terdapat pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* terhadap peningkatan kepatuhan dengan nilai $p < 0,001$ dan nilai RR (IK 95%) sebesar 2,07 (1,40-3,05). Artinya kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* memiliki risiko 2,07 kali tidak meningkat kepatuhan dibandingkan kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet*.

4. PEMBAHASAN

1. Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik responden dalam penelitian ini diperoleh dari kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang meliputi umur, tingkat pendidikan, jenis kelamin dan dukungan sosial. Masing-masing berjumlah 30 responden.

Berdasarkan atas hasil analisis, karakteristik umur menunjukkan bahwa distribusi terbanyak responden berusia 20 – 35 tahun pada kelompok intervensi sebanyak 19 responden dan 18 responden pada kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,598$, artinya kedua kelompok tersebut homogen. Berdasarkan hasil penelitian oleh Magadi MA tahun 2011 di Afrika bahwa jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dari tahun ketahun semakin meningkat terutama pada usia muda yaitu 15 – 24 tahun (Magadi MA, 2014). Demikian juga hasil penelitian yang dilakukan oleh Newman et al di India bahwa usia rata-rata orang dengan ODHA paling

banyak dijumpai pada usia rata-rata 25 tahun.¹⁵ Menurut hasil analisis, karakteristik tingkat pendidikan responden pada penelitian ini menunjukkan bahwa distribusi terbanyak berpendidikan Menengah (SMA/SMK/Sederajat) yaitu 21 responden pada kelompok intervensi dan 21 responden pada kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,601$ artinya kedua kelompok tersebut homogen. Penelitian di negara lain juga melaporkan bahwa terbanyak berpendidikan Menengah (SMA/Sederajat) diikuti berpendidikan Dasar (Yu M, 2015). Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan, namun pendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah (Notoadmodjo S. 2012). Budiman mengatakan bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal tetapi juga dapat diperoleh dari pendidikan nonformal (Budiman AR. 2013).

Berdasarkan atas hasil analisis, karakteristik jenis kelamin menunjukkan bahwa distribusi

terbanyak dijumpai pada laki-laki yaitu 21 responden pada kelompok intervensi dan 22 responden pada kelompok kontrol dengan nilai $p=0,774$ artinya kedua kelompok tersebut homogen. Demikian juga hasil penelitian oleh Oppong dan Oti di Ghana bahwa ODHA terbanyak dijumpai pada laki-laki sebanyak 182 orang (56,2%) dengan rata-rata berusia 23 tahun (Oppong Asante K, 2013).

Hasil yang sesuai seperti yang dilaporkan oleh Sun W di China bahwa dari 774 orang ODHA, terbanyak dijumpai pada laki-laki yaitu 669 ODHA (89,92%), dan faktor risiko penularan HIV paling banyak terjadi pada homoseksual, diikuti heteroseksual (Sun W, 2013). Penderita ODHA paling banyak dijumpai pada laki-laki dibandingkan pada perempuan, hal ini dilihat dari faktor risiko penularan HIV paling banyak terjadi pada heteroseksual dan Lelaki berhubungan Seks dengan Lelaki (LSL).

Berdasarkan hasil analisis, karakteristik dukungan sosial (kelompok sebaya/keluarga) pada responden menunjukkan bahwa distribusi terbanyak mendapat dukungan sosial yaitu 22 responden pada kelompok intervensi dan 25 responden pada kelompok kontrol dengan nilai $p=0,347$ artinya kedua kelompok tersebut homogen.

Hasil penelitian oleh Cuong Do D di Vietnam bahwa sebagian besar ODHA mendapat dukungan sosial dari keluarga untuk mendukung kepatuhan minum obat ARV.¹⁹ Demikian juga hasil penelitian Utami T A bahwa responden penelitian paling banyak memiliki dukungan sosial yaitu teman sebaya dalam meminum obat ARV sebanyak 63,3% (Utami T A, 2017). Menurut Niven salah satu faktor yang memengaruhi kepatuhan adalah dukungan sosial, dimana dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga lain yang juga merupakan faktor-faktor yang penting dalam kepatuhan terhadap program medis (Ergen WF, 2016).

2. Penerapan Booklet Untuk Peningkatan Pengetahuan pada ODHA

Pada tabel 2 dan tabel 4 berdasarkan hasil uji

statistik, terdapat pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* terhadap peningkatan pengetahuan ODHA dengan nilai $p<0,05$. Dapat dilihat hasil *pretest* skor pengetahuan sebagai berikut: pada kelompok intervensi sebesar 90 sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 85. Setelah diberikan intervensi skor pengetahuan pada kelompok intervensi meningkat menjadi 95 dan pada kelompok kontrol menjadi 87,5. Hal ini menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terdapat perbedaan yang signifikan ($p=0,005$) dan pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan yang signifikan ($p=0,380$). Kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* memiliki peluang 3,3 kali meningkat pengetahuan dibandingkan kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet*.

Peningkatan pengetahuan pada kelompok intervensi disebabkan karena responden diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* dan dilakukan *feedback* pada saat kunjungan berikutnya yaitu 1 bulan setelah diberikan *booklet*, sehingga pengetahuan responden pada kelompok intervensi lebih baik serta terdapat perbedaan yang signifikan, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan yang signifikan dan peningkatan pengetahuan hanya sedikit, hal ini disebabkan tidak adanya pemantauan secara langsung apakah ODHA memahami dengan benar konseling yang diberikan serta tidak diberikan *feedback* saat pengukuran pengetahuan 1 bulan setelah konseling, berdasarkan wawancara dan situasi yang didapat di tempat penelitian bahwa pasien tidak memiliki waktu yang lama untuk konseling dan pada saat penyuluhan berlangsung tidak semua ODHA dapat mengikuti dikarenakan waktu dan pekerjaan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yu Mingming di China yang melaporkan bahwa media cetak menggunakan *booklet* terbukti efektif dapat meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan pasien dengan gagal jantung untuk berobat serta meningkatkan kualitas kesehatan, dikarenakan informasi diberikan menggunakan tulisan

sederhana dan gambar yang menarik (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Demikian juga hasil penelitian di negara lain tentang persiapan colonoscopy pada pasien rawat inap yang diberikan *booklet* meningkat dua kali lipat pengetahuannya dalam mempersiapkan colonoscopy, sedangkan kelompok yang tidak diberikan *booklet* tidak memiliki kesiapan untuk colonoscopy (Henrotin YE, 2016). Penggunaan *booklet* selain biayanya yang murah, juga mudah dibawa kemana-mana dan dapat dibaca kapan saja, Henrotin et al melaporkan dalam penelitiannya bahwa secara signifikan *booklet* efektif meningkatkan pengetahuan pasien dalam mengurangi nyeri pinggang baik dalam jangka panjang maupun jangka pendek sehingga akan meningkatkan kepatuhan pasien untuk berolahraga. Banyak peneliti yang sudah membuktikan bahwa hubungan pengetahuan dengan kepatuhan adalah positif, jadi langkah utama untuk mengubah perilaku seseorang adalah dengan meningkatkan pengetahuan. Pada penelitian ini pendidikan kesehatan dalam bentuk *booklet* bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan serta memengaruhi perilaku ODHA untuk patuh minum obat antiretroviral.

Pengetahuan pada kelompok intervensi maupun kontrol yang didapat dalam penelitian ini sudah baik, hal ini mungkin dikarenakan hubungan pasien dengan petugas kesehatan terjalin dengan baik, adanya kelompok teman sebaya serta adanya penyuluhan yang dilakukan 1 (satu) kali dalam setahun. Pada penelitian ini pengetahuan lebih meningkat sebesar 5,9% pada kelompok yang diberikan *booklet* dibandingkan pada kelompok yang diberikan konseling, sehingga dapat disimpulkan bahwa pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* dapat meningkatkan pengetahuan dibandingkan dengan pemberian konseling.

3. Penerapan Booklet Untuk Peningkatan Kepatuhan Minum ARV pada ODHA

Pada tabel 4 berdasarkan hasil uji statistik, terdapat pengaruh *booklet* terhadap peningkatan kepatuhan minum obat ODHA

dengan nilai $p < 0,001$. Dapat dilihat bahwa terdapat peningkatan kepatuhan pada kelompok intervensi sebelum diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* sebanyak 1 orang (3,3%) dan setelah diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* meningkat menjadi 16 orang (53,3%). Perbedaan besarnya persentase kenaikan pada kepatuhan kedua kelompok perlakuan ini secara statistik bermakna ($p < 0,001$). Kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* memiliki risiko 2,07 kali tidak meningkat kepatuhan dibandingkan kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet*.

Kepatuhan sebelum diberikan intervensi yang didapat pada penelitian ini lebih banyak kepatuhan rendah yaitu 63,3%. Hal ini juga dibuktikan dengan form Pemantau Meminum Obat (PMO) yang sudah diberikan kepada ODHA sendiri maupun keluarga yang mendukung ODHA. Walaupun responden lebih banyak berpengetahuan baik, akan tetapi kepatuhan untuk minum obat masih rendah. Hal ini dikarenakan beberapa faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan terdiri dari faktor predisposisi (pengetahuan, persepsi, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai serta sikap), faktor pendukung (usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi dan pendidikan serta interaksi tenaga kesehatan dengan pasien) dan faktor pendorong (sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Utami T A bahwa promosi kesehatan menggunakan Nola Pender's meningkatkan kepatuhan minum ARV pada ODHA yang dikontrol oleh dukungan teman sebaya ($p = 0,000$) (Notoadmodjo S. 2012).

Booklet tentang pengetahuan HIV/AIDS dan kepatuhan yang dipakai dalam penelitian ini dibuat semenarik mungkin dengan bahasa yang sederhana, gambar dan desain yang menarik dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, memotivasi ODHA untuk patuh meminum obat. *Booklet* disusun berdasarkan analisis kebutuhan masyarakat, sehingga dapat menjawab permasalahan di masyarakat. Kelebihan memakai *booklet* dibanding media

lain adalah lebih menarik, terperinci, ringkas, proses penyampaian disesuaikan dengan kondisi, dapat dilakukan sewaktu-waktu dan lebih murah. Menurut Kementerian Kesehatan RI, ada 3 (tiga) langkah yang harus dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan yaitu: 1. Memberikan informasi tentang pengobatan ARV, rencana terapi, efek samping dan konsekuensi ketidakpatuhan. Informasi yang diberikan mengutamakan aspek positif untuk meningkatkan kepatuhan berobat. 2. Memberikan konseling perorangan dengan mendukung dalam menghadapi kenyataan serta membantu kesiapan pasien dalam berobat. 3. Mencari penyelesaian masalah praktis dan membuat rencana terapi.

Kepatuhan minum ARV yang rendah dapat memengaruhi ketidakberhasilan dalam menjalankan terapi ARV. Kegagalan yang sering diakibatkan karena ketidak-patuhan ODHA dalam minum obat adalah lupa untuk meminum obat. Penelitian oleh Kammerer tentang kepatuhan pasien menjelaskan bahwa semakin lama sakit dan terapi yang diderita seseorang, maka akan semakin tinggi risiko terjadinya penurunan tingkat kepatuhan. Demikian juga penelitian yang dilaporkan oleh Williams et al mengatakan bahwa salah satu faktor ketidakpatuhan minum ARV adalah usia, semakin tua usia seseorang menderita penyakit maka akan semakin menurun kepatuhannya. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa sebesar 95% dari semua dosis tidak boleh terlupakan supaya mencapai tingkat supresi virus yang optimal, artinya dosis obat tidak boleh terlewat selama 3 (tiga) kali dalam meminum obat untuk mencapai tingkat kepatuhan >95%. Berdasarkan tabel 4 dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* terhadap peningkatan kepatuhan minum *antiretroviral* pada ODHA.

Penelitian ini tidak lepas dari keterbatasan. Beberapa keterbatasan penelitian adalah pada kelompok kontrol peneliti tidak melakukan pemantauan secara langsung sehingga peneliti tidak dapat memastikan apakah responden memahami dengan benar konseling. Faktor

waktu juga menjadi kendala dalam penelitian ini, waktu yang singkat karena berhubungan dengan batas waktu studi peneliti menyebabkan peneliti kurang untuk menggali informasi yang lebih mendalam terhadap responden.

5. SIMPULAN

Kesimpulan penelitian ini adalah Peningkatan pengetahuan ODHA pada kelompok intervensi lebih tinggi setelah diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* dibandingkan peningkatan pengetahuan ODHA pada kelompok kontrol.

Peningkatan kepatuhan minum antiretroviral ODHA pada kelompok intervensi lebih tinggi setelah diberikan pendidikan kesehatan menggunakan *booklet* dibandingkan peningkatan kepatuhan ODHA pada kelompok kontrol.

6. UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami kepada Ristekdikti yang telah memberikan hibah penelitian. Serta kepada Institut Kesehatan Deli Husada yang telah memberikan dukungan atas penelitian ini dan kepada RS. Adam Malik yang sudah memberikan tempat untuk meneliti.

7. REFERENSI

- Blackstone K, Woods SP, Weber E, Grant I, Moore DJ, the HG. Memory-based strategies for antiretroviral medication management: An Evaluation of clinical predictors, adherence behavior awareness, and effectiveness. *AIDS Behav.* 2013;17(1):74-85.
- Budiman AR. *Kapita Selekta Kuesioner: Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Salemba Medika; 2013.
- Cuong Do D, Sonnerborg A, Tam V, Khatib Z, Santacatterina M, Marrone G, et al. Impact of peer support on virologic failure in HIV

- infected patients on antiretroviral therapy-a cluster randomized controlled trial in Vietnam. *BMC Infect Dis.* 2016;16:759.
- Ergen WF, Pasricha T, Hubbard FJ, Higginbotham T, Givens T, Slaughter JC, et al. Providing Hospitalized Patients With an Educational *Booklet* Increases the Quality of Colonoscopy Bowel Preparation. *ClinGastroenterolHepatology.*2016;14(6):858-64.
- Govindasamy D, Ford N, Kranzar K. Risk factors, barriers and facilitators for linkage to ART care in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *AIDS.*2012; 26: 2059-2067.
- Henrotin YE, Cedraschi C, Duplan B, Bazin T, Duquesnoy B. Information and low back pain management: sistematic review. *Spine.* 2016; 31:326-34.
- Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral Pada Orang Dewasa. Jakarta: Departemen Kesehatan; 2011.
- Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Laporan Perkembangan HIV-AIDS Triwulan I Tahun 2016. Jakarta: Departemen Kesehatan; 2016.
- Magadi MA. Understanding the gender disparity in HIV infection across countries in sub-Saharan Africa: evidance from the Demographic and Health Surveys. *Sociol Health Iln.* 2011;33(4):522-39.
- Newman PA, Chakrapani V, Weaver J, Shunmugam M, Rubincam C. Willingness to participate in HIV vaccine trials among men who have sex with men in Chennai and Mumbai, India. *Vaccine.* 2014;32(44):5854-61.
- Notoadmodjo S. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan, Jakarta: Rineka Cipta. 2012.
- Oppong Asante K, Oti Boadi M. HIV/AIDS knowledge among undergraduate university students: implications for health education programs in Ghana. *Afr Health Sci.* 2013;13(2):270-7.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan Tahun 2011-2014. Jakarta:2011.
- Rosen S, Maskew M, Fox MP, Nyoni C, Mongwenyana C, Malet G. Initiating antiretroviral therapy for HIV at a patient's first clinic visit: The RapIT Randomized Controlled Trial. 2016;13(5):e1002015.
- Siedner MJ, Lankowski A, Haber JE, Kembabazi A, Emenyonu N, Tsai AC, et al. Rethinking the "pre" in pre-therapy counseling: no benefit of additional visits prior to therapy on adherence or viremia in Ugandans initiating ARVs. *PloS ONE.* 2012; 7: e39894.
- Sun W, Wu M, Qu P, Lu C, Wang L. Quality of life of people living with HIV/AIDS under the new epidemic characteristics in China and the associated factors. *Plos One.* 2013;31;8(5):e64562.
- UNAIDS, Review of data from people living with HIV Stigma Index surveys conducted in more than 65 countries, 2016.
- Utami T A. Promosi Kesehatan Nola Pender Berpengaruh terhadap Pengetahuan dan Kepatuhan ODHA Minum ARV. 2017;59
- Wright S, Boyd MA, Yunihastuti E, Law M, Sirisanthana T, Hoy J, et al. Rates and factors associated with major modifications to first-line combination *Antiretroviral*

therapy: results from the Asia-Pacific region. PLoS One. 2013;8(6):e64902.

World Health Organization. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization; 2015.

Yu M, Chair SY, Chan CWH, Choi KC. A health education *booklet* and telephone follow-ups can improve medication adherence, health-related quality of life, and psychological status of patients with heart failure. Heart & Lung. 2015;44(5):400-7.