

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV & AIDS

2.1.1 Definisi HIV dan AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus sitopatik diklasifikasikan dalam famili *Retroviridae*, subfamili *Lentivirinae*, genus *Lentivirus*. Berdasarkan strukturnya HIV termasuk famili retrovirus, termasuk virus RNA dengan berat molekul 9,7 kb (*kilobases*) (Nasronudin, 2007). *The Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah virus yang menginfeksi sel - sel sistem kekebalan tubuh, menghancurkan atau merusak fungsinya. Infeksi HIV membuat kerusakan progresif sistem kekebalan tubuh, sehingga menyebabkan AIDS (WHO, 2015). Sistem kekebalan tubuh dianggap menurun ketika tidak bisa lagi memenuhi perannya dalam memerangi infeksi dan penyakit. Infeksi yang terkait dengan HIV dan dikenal sebagai infeksi oportunistik, karena mereka mengambil keuntungan dari sistem kekebalan tubuh yang lemah.

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) adalah sindrom dengan gejala penyakit infeksi oportunistik atau kanker tertentu akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) (Daili, 2014).

Virus HIV dan virus-virus sejenisnya seperti SIV, FIV dan lain-lain biasanya tertular melalui kontak langsung antara aliran darah dengan cairan

tubuh yang didalamnya terkandung HIV, yakni darah, air mani, cairan vagina, cairan preseminal, dan air susu ibu. Penularan virus ini sering terjadi pada saat seseorang berhubungan intim, jarum suntik yang terkontaminasi, transfusi darah, ibu yang sedang menyusui, dan berbagai macam bentuk kontak lainnya dengan cairan-cairan tubuh tersebut.

AIDS merupakan bentuk terparah atas akibat infeksi HIV. HIV adalah retrovirus yang biasanya menyerang organ-organ vital sistem kekebalan manusia, seperti sel T CD4+ (sejenis sel T), makrofaga, dan sel dendritik. HIV merusak sel T CD4+ secara langsung dan tidak langsung, padahal sel T CD4+ dibutuhkan agar sistem kekebalan tubuh dapat berfungsi baik. Bila HIV telah membunuh sel T CD4+ hingga jumlahnya menyusut hingga kurang dari 200 per mikroliter darah, maka kekebalan di tingkat sel akan hilang, dan akibatnya ialah kondisi yang disebut AIDS. Infeksi akut HIV akan berlanjut menjadi infeksi laten klinis, kemudian timbul gejala infeksi HIV awal, dan akhirnya AIDS; yang diidentifikasi dengan memeriksa jumlah sel T CD4+ di dalam darah serta adanya infeksi tertentu.

2.1.2 Etiologi HIV & AIDS

HIV ialah retrovirus yang disebut *Lymphadenopathy Associated Virus (LAV)* atau *Human T - Cell Leukemia Virus (HTL - III)* yang juga disebut *Human T - Cell Lymphotropic Virus (Retrovirus)*. LAV ditemukan oleh Montaigner dkk, pada tahun 1983 di Perancis, sedangkan HTLV - III ditemukan oleh Gallo di Amerika Serikat pada tahun 1984. Virus yang sama ini ternyata banyak ditemukan di Afrika Tengah. Sesudah penelitian pada

200 monyet hijau Afrika, 70 % dalam darahnya mengandung virus tersebut tanpa menimbulkan penyakit. Nama lain virus tersebut adalah HIV (Menaldi, dkk. Tahun 2015).

HIV memiliki struktur dasar berupa partikel inti (core), protein matriks, dan selubung virus (envelope) yang merupakan pembentuk membran sel host. Selubung virus tersusun atas dua lapis lemak dan beberapa protein yang tertanam pada selubung virus, protein membentuk struktur paku yang terdiri dari glikoprotein 120 (gp120) yang berada dibagian luar membran virus, dan glikoprotein 41 (gp41) yang menembus membran virus. Glikoprotein luar berfungsi untuk perlekatan dengan reseptorsel inang saat proses infeksi dan glikoprotein trans membran sangat diperlukan untuk proses fusi. Protein matriks HIV terdiri dari protein p17 dan terletak antara selubung dan inti, sedangkan inti virus terdiri dari protein p24 yang mengelilingi dua untai tunggal RNA HIV dan enzim yang diperlukan untuk replikasi HIV, seperti reverse transcriptase, protease, ribonuklease, dan integrase.

2.1.3 Penularan HIV-AIDS

HIV terdapat dalam darah dan cairan tubuh seseorang yang telah tertular, walaupun orang tersebut belum menunjukkan keluhan atau gejala penyakit. HIV hanya dapat ditularkan apabila terjadi kontak langsung dengan cairan tubuh, darah, sperma dan ASI (air susu ibu) ke anak. Berikut ini beberapa cara Virus tersebut menular, yaitu melalui:

1. Melakukan penetrasi seks yang tidak aman dengan seseorang yang telah terinfeksi, baik secara vaginal, oral maupun anal. Ini adalah

cara penularan yang paling umum terjadi, meliputi 80 - 990 % dari total kasus sedunia. Kondom adalah satu-satunya cara dimana penularan HIV dapat dicegah.

2. Kontak langsung dengan darah/ produk darah/ jarum suntuk:
 - a) Melalui darah yang terinfeksi yang diterima selama transfusi darah dimana darah tersebut belum dideteksi virusnya atau penggunaan jarum suntik yang tidak steril, risikonya sangat tinggi sampai > 90 %.
 - b) Penggunaan bersama jarum untuk menyuntik obat/ narkoba dengan seseorang yang telah terinfeksi. Risikonya sekitar 0,5 - 1 %.
 - c) Penularan lewat kecelakaan tertusuk jarum pada petugas kesehatan, risikonya sekitar 0,5 %.
3. Secara vertikal, dari ibu hamil pengidap HIV kepada bayinya, wanita hamil dapat juga menularkan virus ke bayi mereka selama masa kehamilan atau persalinan dan juga melalui menyusui (ASI). Risikonya sekitar 25 - 40 %. (Katiandagho, 2014).

Faktor - faktor yang berhubungan dengan risiko transmisi menurut Mandal, dkk. (Tahun 2006).

Tabel 2.1 Faktor yang berhubungan dengan risiko transmisi

No	Transmisi	Faktor yang meningkatkan risiko
1	Umum pada setiap orang	<i>Viral load</i> tinggi Adanya AIDS Serokonversi Hitun CD 4 rendah

2	Ibu ke anak	Pecah ketuban lama Persalinan pervaginam Menyusui Tidak ada profilaksis HIV
3	Seksual	Terjadi bersamaan dengan PMS lain Anal seks yang reseptif vs insertif Tidak disirkumsisi Peningkatan jumlag pasngan seksual
4	Penggunaan obat suntik	Menggunakan peralatan secara bersama - sama dan penggunaan berulang Suntikan IV vs subcutan
5	Pekerjaan	Trauma dalam Darah yang terlibat dalam peralatan Penempatan alat arteri atau vena sebelumnya.

Menurut Widoyono (Tahun 2011) penularan HIV & AIDS selain melalui cairan tubuh, HHIV juga ditularkan melalui :

1. Ibu hamil, yaitu secara intrauterin, intrapartum, dan postpartum. Angka trnasmisi mencapai sekitar 20 - 50 %. Angka trnasmisi melalui ASI dilaporkan lebih dari sepertiga. Laporan lain juga menyatakan risiko penularan melalui ASI adalah 11 - 29 %.
2. Jarum suntik, pevalensi 5 - 10 %. Penularan HIV pada anak dan remaja biasanya melalui jarum suntik karena penyalahgunaan obat. Diantara tahanan (tersangka atau terdakwa tindak pidana) dewasa, pengguna obat suntik di Jakarta sebanyak 40 % terinfeksi HIV, di Bogor 25 %, dan di Bali 53 %.
3. Transfusi darah, resiko penularan sebesar 90 % dan prevalensi 3 - 5 %.
4. Hubungan seksual, prevalensi 70 - 80 %. Kemungkinan tertular adalah 1 dalam 200 kali hubungan intim. Model penularan ini adalah

yang tersering didunia. Akhir - akhir ini dengan makin meningkatnya kesadaran masyarakat untuk menggunakan kondom, maka penularan dengan jalur ini cenderung menurun dan digantikan oleh penularan melalui jalur penasun (pengguna narkoba suntik atau IDU (*inject drug user*)).

2.1.4 Masa Inkubasi Virus HIV

Masa inkubasi virus HIV sangat lama yaitu kurang lebih 10 tahun. Begitu masuk dalam tubuh manusia, virus HIV tidak serta merta menyerang orang tersebut dengan ganas sampai akhirnya meninggal. Virus ini membunuh manusia secara pelan tapi pasti. Diperlukan waktu kurang lebih 10 tahun bagi virus ini baru mulai menampakkan gejalanya. Selama 10 tahun tersebut hampir tidak ada gejala yang menonjol yang menyebabkan pengidapnya waspada atau melakukan sesuatu untuk bertahan hidup. Biasanya seseorang baru tahu terinfeksi virus HIV ketika sudah menjadi AIDS. Padahal, kalau sudah memasuki tahap AIDS, kemungkinan untuk memperpanjang hidup sangat kecil (Murtiastutik, 2008).

2.1.5 Diagnosis HIV

1. Konseling dan Tes HIV

Untuk mengetahui status HIV seseorang, maka klien/pasien harus melalui tahapan konseling dan tes HIV (KT HIV). Secara global diperkirakan setengah ODHA tidak mengetahui status HIV-nya. Sebaliknya mereka yang tahu sering terlambat diperiksa dan karena kurangnya akses hubungan antara

konseling dan tes HIV dengan perawatan, menyebabkan pengobatan sudah pada stadium AIDS. Keterlambatan pengobatan mengurangi kemungkinan mendapatkan hasil yang baik dan penularan tetap tinggi. Tujuan konseling dan tes HIV adalah harus mampu mengidentifikasi ODHA sedini mungkin dan segera memberi akses pada layanan perawatan, pengobatan dan pencegahan. KT HIV merupakan pintu masuk utama pada layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan. Dalam kebijakan dan strategi nasional telah dicanangkan konsep akses universal untuk mengetahui status HIV, akses terhadap layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV dengan visi getting 3 zeroes. Konseling dan tes HIV harus mengikuti prinsip yang telah disepakati secara global yaitu 5 komponen dasar yang disebut 5C (*informed consent; confidentiality; counseling; correct test results; connections to care, treatment and prevention services*). Prinsip 5C tersebut harus diterapkan pada semua model layanan Konseling dan Tes HIV.

1) *Informed Consent*, adalah persetujuan akan suatu tindakan pemeriksaan laboratorium HIV yang diberikan oleh pasien/klien atau wali/pengampu setelah mendapatkan dan memahami penjelasan yang diberikan secara lengkap oleh petugas kesehatan tentang tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien/klien tersebut.

2) *Confidentiality*, adalah Semua isi informasi atau konseling antara klien dan petugas pemeriksa atau konselor dan hasil tes laboratoriumnya tidak akan diungkapkan kepada pihak lain tanpa persetujuan pasien/klien. Konfidensialitas dapat dibagikan kepada pemberi layanan kesehatan

yang akan menangani pasien untuk kepentingan layanan kesehatan sesuai indikasi penyakit pasien.

- 3) *Counselling*, yaitu proses dialog antara konselor dengan klien bertujuan untuk memberikan informasi yang jelas dan dapat dimengerti klien atau pasien. Konselor memberikan informasi, waktu, perhatian dan keahliannya, untuk membantu klien mempelajari keadaan dirinya, mengenali dan melakukan pemecahan masalah terhadap keterbatasan yang diberikan lingkungan. Layanan konseling HIV harus dilengkapi dengan informasi HIV dan AIDS, konseling pra-Konseling dan Tes pascates yang berkualitas baik.
- 4) *Correct test results*. Hasil tes harus akurat. Layanan tes HIV harus mengikuti standar pemeriksaan HIV nasional yang berlaku. Hasil tes harus dikomunikasikan sesegera mungkin kepada pasien/klien secara pribadi oleh tenaga kesehatan yang memeriksa.
- 5) *Connections to, care, treatment and prevention services*. Pasien/klien harus dihubungkan atau dirujuk ke layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV yang didukung dengan sistem rujukan yang baik dan terpantau. (Nasronudin & Maramis, 2007).

2. Tes Diagnosis HIV

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS ditambahkan dan ditegaskan pula indikasi tes HIV, yaitu:

- 1) Setiap orang dewasa, anak, dan remaja dengan kondisi medis yang diduga terjadi infeksi HIV terutama dengan riwayat tuberkulosis dan IMS.
- 2) Asuhan antenatal pada ibu hamil dan ibu bersalin.
- 3) Laki-laki dewasa yang meminta sirkumsisi sebagai tindakan pencegahan HIV.

Untuk melakukan tes HIV pada anak diperlukan izin dari orang tua/wali yang memiliki hak hukum atas anak tersebut (contoh nenek/kakek/orang tua asuh, bila orang tua kandung meninggal atau tidak ada) merujuk pada peraturan lain terkait anak. Sedikit berbeda dengan orang dewasa, bayi dan anak memerlukan tes HIV pada kondisi di bawah ini:

- 1) Anak sakit (jenis penyakit yang berhubungan dengan HIV seperti TB berat atau mendapat OAT berulang, malnutrisi, atau pneumonia berulang dan diare kronis atau berulang).
- 2) Bayi yang lahir dari ibu terinfeksi HIV dan sudah mendapatkan tindakan pencegahan penularan dari ibu ke anak.
- 3) Untuk mengetahui status bayi/anak kandung dari ibu yang didiagnosis terinfeksi HIV (pada umur berapa saja).
- 4) Untuk mengetahui status seorang anak setelah salah satu saudara kandungnya didiagnosis HIV; atau salah satu atau kedua orangtua meninggal oleh sebab yang tidak diketahui tetapi masih mungkin karena HIV.
- 5) Terpajan atau potensial terkena infeksi HIV melalui jarum suntik yang terkontaminasi, menerima transfusi berulang dan sebab lain.

6) Anak yang mengalami kekerasan seksual.

2.1.6 Stadium HIV

Berikut adalah stadium HIV & AIDS menurut WHO (2002) yang tercantum dalam tabel 2.1 di bawah ini.

Tabel 2.1 Stadium klinis HIV & AIDS menurut WHO (2002) pada dewasa dan anak (Sumber : Permenkes No. 87 tahun 2014).

Kondisi Klinis	Diagnosis Klinis	Diagnosis Definitif
Stadium Klinis 1		
Asimtomatik	Tidak ada keluhan maupun tanda	-
Limfadenopati generalisata persisten (menetap)	Kelenjar limfe membesar atau membengkak >1 cm pada 2 atau lebih lokasi yang tidak berdekatan (selain inguinal), sebabnya tidak diketahui, bertahan selama 3 bulan atau lebih	Histologi
Stadium Klinis 2		
Penurunan berat badan derajat sedang tanpa penyebab jelas (<10% BB)	Anamnesis adanya penurunan berat badan. Pada kehamilan, berat badan gagal naik	Penurunan berat badan dari pemeriksaan fisik sebesar <10%
Infeksi saluran napas atas berulang (episode saat ini, ditambah 1 episode atau lebih dalam 6 bulan)	Kumpulan gejala ISPA, seperti nyeri wajah unilateral dengan sekret nasal (sinusitis), nyeri dan radang di membran timpani (otitis media), atau tonsilofaringitis tanpa tanda infeksi virus (coryza, batuk)	Pemeriksaan laboratorium bila ada, misal kultur cairan tubuh yang terkait
Herpes zoster	Vesikel nyeri dengan distribusi dermatomal, dengan dasar eritem atau hemoragik, tidak menyeberangi garis tengah	Diagnosis klinis
Keilitis angularis	Sariawan atau robekan pada sudut mulut bukan	Diagnosis klinis

	karena defisiensi vitamin atau besi, membaik dengan terapi antifungal	
Kondisi Klinis	Diagnosis Klinis	Diagnosis Definitif
Sariawan berulang (2 episode atau lebih dalam 6 bulan)	Ulserasi aptosa dengan bentuk khas halo dan pseudomembran berwarna kuning-keabuan, nyeri	Diagnosis klinis
Erupsi Papular Pruritik	Lesi papular pruritik, seringkali dengan pigmentasi pasca inflamasi. Sering juga ditemukan pada anak yang tidak terinfeksi, kemungkinan skabies atau gigitan serangga harus disingkirkan	Diagnosis klinis
Dermatitis seborreik	Kondisi kulit bersisik dan gatal, umumnya di daerah berambut (kulit kepala, aksila, punggung atas, selangkangan)	Diagnosis klinis
Infeksi jamur pada kuku	Paronikia (dasar kuku membengkak, merah dan nyeri) atau onikolisis (lepasnya kuku dari dasar kuku) dari kuku (warna keputihan, terutama di bagian proksimal kuku, dengan penebalan dan pelepasan kuku dari dasar kuku). Onikomikosis proksimal berwarna putih jarang timbul tanpa disertai imunodefisiensi	Kultur jamur dari kuku
Hepatosplenomegali persisten yang tidak dapat dijelaskan	Pembesaran hati dan limpa tanpa sebab yang jelas	Diagnosis klinis
Eritema linea gingiva	Garis/pita eritem yang mengikuti kontur garis gingiva yang bebas, sering dihubungkan dengan perdarahan spontan	Diagnosis klinis
Infeksi virus wart luas	Lesi wart khas, tonjolan kulit berisi seperti buliran beras ukuran kecil, teraba kasar, atau rata pada telapak kaki (plantar	Diagnosis klinis

	warts) wajah, meliputi > 5% permukaan kulit dan merusak penampilan	
Moluskum kontagiosum luas	Lesi: benjolan kecil sewarna kulit, atau	Diagnosis klinis
Kondisi Klinis	Diagnosis Klinis	Diagnosis Definitif
	keperakan atau merah muda, berbentuk kubah, dapat disertai bentuk pusat, dapat diikuti reaksi inflamasi, meliputi 5% permukaan tubuh dan ganggu penampilan Moluskum raksasa menunjukkan imunodefisiensi lanjut.	
Pembesaran kelenjar parotis yang tidak dapat dijelaskan	Pembengkakan kelenjar parotis bilateral asimtomatik yang dapat hilang timbul, tidak nyeri, dengan sebab yang tidak diketahui	Diagnosis klinis
Stadium klinis 3		
Penurunan berat badan derajat sedang dengan penyebab tidak jelas (<10%BB)	Anamnesis adanya penurunan berat badan dan terlihat penipisan di wajah, pinggang dan ekstremitas disertai wasting yang kentara atau Indeks Massa Tubuh (IMT) < 18,5. Dapat terjadi masking penurunan berat badan pada kehamilan	Penurunan berat badan dari pemeriksaan fisik sebesar <10%
Diare kronik selama >1 bulan yang tidak dapat dijelaskan	Anamnesis adanya diare kronik (feses lembek atau cair ≥ 3 kali sehari) selama lebih dari 1 bulan	Tidak diharuskan, namun perlu untuk konfirmasi apabila ≥ 3 feses tidak cair dan ≥ 2 analisis feses tidak ditemukan patogen
Demam persisten yang tidak dapat dijelaskan ($>37,5^{\circ}\text{C}$ intermiten atau konstan, > 1 bulan)	Dilaporkan sebagai demam atau keringat malam yang berlangsung >1 bulan, baik intermiten atau konstan, tanpa respons dengan pengobatan antibiotik atau antimalaria. Sebab lain tidak ditemukan pada prosedur diagnostik.	Pemeriksaan fisik menunjukkan suhu $>37,6^{\circ}\text{C}$, dengan kultur darah negatif, Ziehl-Neelsen negatif, slide malaria negatif, Rontgen toraks normal atau tidak berubah, tidak ada fokus infeksi yang nyata

	Malaria harus disingkirkan pada daerah endemis	
Kandidiasis oral (di luar masa 6-8 minggu pertama kehidupan)	Plak kekuningan atau putih yang persisten atau berulang, dapat diangkat (pseudomembran) atau bercak kemerahan di lidah,	Diagnosis klinis
Kondisi Klinis	Diagnosis Klinis	Diagnosis Definitif
	palatum atau garis mulut, umumnya nyeri atau tegang (bentuk eritematosa)	
Oral hairy leukoplakia	Lesi putih tipis kecil linear atau berkerut pada tepi lateral lidah, tidak mudah diangkat	Diagnosis klinis
TB Paru	Gejala kronik (bertahan selama 2-3 minggu): batuk, hemoptisis, sesak napas, nyeri dada, penurunan berat badan, demam, keringat malam, ditambah: Sputum BTA negatif ATAU Sputum BTA positif DAN Gambaran radiologis (termasuk infiltrat di lobus atas, kavitasi, fibrosis pulmoner, pengecilan, dan lain-lain). Tidak ada bukti gejala ekstrapulmoner	Isolasi Mycobacterium tuberculosis pada kultur sputum atau histopatologi biopsi paru (sejalan dengan gejala yang muncul)
Infeksi bakterial berat (seperti pneumonia, meningitis, empiema, piomiositis, infeksi tulang atau sendi, bakteremia, radang panggul berat.	Demam disertai gejala atau tanda spesifik yang melokalisasi infeksi dan merespons terhadap terapi antibiotik yang sesuai	Isolasi bakteri dari spesimen klinis yang sesuai (di lokasi yang seharusnya steril)
Stomatitis, gingivitis, atau periodontitis ulseratif nekrotikans akut	Nyeri hebat, ulserasi papila gusi, gigi lepas, perdarahan spontan, bau busuk, hilangnya jaringan lunak dan/atau tulang dengan cepat	Diagnosis klinis
Anemi yang tidak dapat dijelaskan (1 bulan) (<8g/dl), netropenia (<1000mm ³) dan atau	Tidak ada diagnosis klinis presumtif	Diagnosis dengan pemeriksaan laboratorium, tidak disebabkan oleh kondisi

trombositopenia kronik (<50.000/mm ³ , >1 bulan)		non-HIV lain, tidak berespons dengan terapi standar hematinik, antimalaria atau antihelminik sesuai pedoman nasional, WHO IMCI atau pedoman lainnya.
Kondisi Klinis	Diagnosis Klinis	Diagnosis Definitif
Malnutrisi sedang yang tidak dapat dijelaskan	Penurunan berat badan: Berat di bawah - 2 SD menurut umur, bukan karena pemberian asupan makan yang kurang dan	Pemetaan pada grafik pertumbuhan, BB terletak dibawah – 2SD, berat tidak naik dengan tata laksana standar dan sebab
	atau adanya infeksi lain, dan tidak berespons secara baik pada terapi standar.	lain tidak dapat diketahui selama proses diagnosis.
TB kelenjar	Limfadenopati tanpa rasa nyeri, tidak akut, lokasi terbatas satu regio. Membaik dengan terapi TB standar dalam 1 bulan	Dipastikan dengan pemeriksaan histologik pada sediaan dari aspirat dan diwarnai dengan pewarnaan atau kultur Ziehl neelsen
Pneumonitis interstisial limfoid (PIL) simtomatik	Tidak ada pemeriksaan presumtif	Diagnosis dengan Ro dada: infiltrat, interstisial, retikulonodular bilateral, berlangsung > 2 bulan, tanpa ada respons pada terapi antibiotik, dan tidak ada patogen lain ditemukan. Saturasi oksigen tetap di < 90%. Mungkin terlihat bersama cor pulmonale dan kelelahan karena peningkatan aktivitas fisik. Histologi memastikan diagnosis
Penyakit paru berhubungan dengan HIV, termasuk bronkiektasis	Riwayat batuk produktif, lendir purulen (pada bronkiektasis) dengan atau tanpa disertai bentuk jari tabuh, halitosis dan krepitasi dan atau mengi pada saat auskultasi	Pada Ro paru dapat diperlihatkan adanya kista kecil-kecil dan atau area persisten opasifikasi dan /atau destruksi luas paru dengan fibrosis, dan kehilangan volume paru
Stadium klinis 4		
HIV wasting syndrome	Anamnesis adanya	Pemeriksaan fisik

	penurunan berat badan (>10% BB) dengan wasting yang jelas atau IMT <18,5, ditambah: Diare kronik yang tidak dapat dijelaskan (feses lembek atau cair ≥ 3 kali sehari) selama >1 bulan ATAU Demam atau keringat malam selama >1 bulan tanpa penyebab lain	menunjukkan adanya penurunan berat badan (>10%BB) ditambah patogen negatif pada dua atau lebih feses ATAU Pemeriksaan fisik menunjukkan adanya peningkatan suhu melebihi 37,6°C tanpa penyebab lain. Kultur darah negatif, slide
Kondisi Klinis	Diagnosis Klinis	Diagnosis Definitif
	dan tidak merespons terhadap antibiotik atau antimalaria. Malaria harus disingkirkan pada daerah endemis	malaria negatif, dan radiografi normal atau tidak berubah
Pneumonia Pneumocystis (PCP)	Sesak saat aktivitas atau batuk kering onset baru (dalam 3 bulan terakhir), takipneu, demam dan rontgen toraks menunjukkan infiltrat interstisial bilateral difus dan Tidak ada gejala dan tanda pneumonia bakterial. Pada asukultasi terdengar krepitasi bilateral dengan atau tanpa penurunan inspirasi	Sitologi atau gambaran mikroskopik imunofluoresens dari sputum terinduksi atau bilasan bronkoalveolar atau histopatologi jaringan paru
Pneumonia bakterial berulang (episode saat ini ditambah satu episode atau lebih dalam 6 bulan terakhir)	Episode saat ini ditambah satu episode atau lebih dalam 6 bulan. Gejala (misal demam, batuk, dispneu, nyeri dada) memiliki onset akut (< 2 minggu) dan Pemeriksaan fisik atau radiografi menunjukkan konsolidasi baru, berespons dengan antibiotik	Kultur positif atau tes antigen dari organisme yang sesuai
Infeksi herpes simpleks kronik (orolabial, genital atau anorektal) selama >1 bulan, atau viseral tanpa melihat lokasi ataupun durasi.	Ulserasi anogenital atau orolabial progresif disertai nyeri; lesi disebabkan oleh infeksi HSV berulang dan sudah dikeluhkan >1 bulan. Ada riwayat episode sebelumnya. HSV	Kultur positif atau DNA (PCR) HSV atau sitologi atau histologi yang sesuai

	viseral memerlukan diagnosis definitif	
Kandidiasis esophageal	Onset baru, nyeri retrosternal atau sulit menelan (makanan dan cairan) bersamaan dengan kandidiasis oral	Gambaran makroskopik pada endoskopi atau bronkoskopi, atau mikroskopik atau histopatologi
TB ekstraparu	Gejala sistemik (misal demam, keringat malam, malaise, penurunan berat badan). Gejala atau tanda TB ekstraparu atau diseminata tergantung dari	Isolasi <i>M. tuberculosis</i> atau histopatologi yang sesuai dari lokasi infeksi terkait, disertai dengan gejala atau tanda yang sesuai (bila kultur atau
Kondisi Klinis	Diagnosis Klinis	Diagnosis Definitif
	lokasi: pleuritis, perikarditis, peritonitis, meningitis, limfadenopati mediastinal atau abdominal, osteitis. TB milier: foto toraks menunjukkan bayangan milier kecil atau mikronodul yang terdistribusi merata dan difus. Infeksi TB di KGB servikal umumnya dianggap sebagai TB ekstraparu yang lebih ringan	hisopatologi dari spesimen pernapasan, harus ada bukti penyakit ekstraparu lainnya)
Sarkoma Kaposi	Gambaran khas di kulit atau orofaring berupa bercak datar, persisten, berwarna merah muda atau merah lebam, lesi kulit biasanya berkembang menjadi plak atau nodul	Gambaran makroskopik pada endoskopi atau bronkoskopi atau mikroskopik melalui histopatologi
Infeksi sitomegalovirus (retinitis atau infeksi CMV pada organ lain kecuali liver, limpa dan KGB)	Retinitis CMV: dapat didiagnosis oleh klinisi berpengalaman. Lesi mata khas pada pemeriksaan funduskopi: bercak diskret keputihan pada retina berbatas tegas, menyebar sentrifugal, mengikuti pembuluh darah, dikaitkan dengan vaskulitis retina, perdarahan dan nekrosis	Histopatologi yang sesuai atau CMV ditemukan di cairan serebrospinal melalui kultur atau DNA (PCR)
Toksoplasmosis otak	Onset baru gejala	Antibodi toksoplasma

	neurologis fokal atau penurunan kesadaran DAN Merespons dalam 10 hari dengan terapi spesifik	positif di serum DAN (Bila tersedia) lesi massa intrakranial tunggal atau multipel pada CT atau MRI
Ensefalopati HIV	Adanya disfungsi kognitif dan/atau motorik yang menyebabkan disabilitas pada aktivitas sehari-hari, progresif dalam beberapa minggu atau bulan, tanpa adanya penyakit atau kondisi lainnya selain HIV yang dapat menyebabkan manifestasi klinis tersebut	Diagnosis eksklusi dan, bila ada, CT atau MRI
Kondisi Klinis	Diagnosis Klinis	Diagnosis Definitif
Kriptokokosis ekstrapulmonar (termasuk meningitis)	Meningitis: biasanya subakut, demam dengan sakit kepala yang bertambah berat, meningismus, bingung,	Isolasi Cryptococcus neoformans dari lokasi ekstraparu atau tes antigen kriptokokus (CRAG) positif di LCS
	perubahan perilaku, dan respons dengan terapi kriptokokus	atau darah
Infeksi mikobakteria non-tuberkulosis diseminata	Tidak ada diagnosis klinis presumtif	Penemuan mikobakterium atipikal di feses, darah, cairan tubuh atau jaringan lainnya selain paru
Progressive multi focal leukoencephalopathy (PML)	Tidak ada diagnosis klinis presumtif	Kelainan neurologis progresif (disfungsi kognitif, bicara/berjalan, visual loss, kelemahan tungkai dan palsy saraf kranial) disertai gambaran hipodens di substansi alba otak pada pencitraan, atau PCR poliomavirus (virus JC) positif di LCS
Kriptosporidiosis kronik	Tidak ada diagnosis klinis presumtif	Identifikasi kista pada pemeriksaan mikroskopik feses menggunakan modifikasi ZiehlNeelsen
Isosporiasis kronik	Tidak ada diagnosis klinis presumtif	Identifikasi Isospora
Mikosis diseminata (histoplasmosis, coccidiomycosis)	Tidak ada diagnosis klinis presumtif	Histopatologi, deteksi antigen atau kultur dari spesimen klinis atau kultur darah

Septisemia berulang (termasuk Salmonella nontifoid)	Tidak ada diagnosis klinis presumtif	Kultur darah
Limfoma (sel B nonHodgkin atau limfoma serebral) atau tumor solid terkait HIV lainnya	Tidak ada diagnosis klinis presumtif	Histopatologi spesimen terkait atau, untuk tumor SSP, pencitraan otak
Karsinoma serviks invasive	Tidak ada diagnosis klinis presumtif	Histopatologi atau sitologi
Leishmaniasis diseminata atipikal	Tidak ada diagnosis klinis presumtif	Histopatologi (penampakan amastigot) atau kultur dari spesimen terkait
Nefropati terkait HIV (HIVAN)	Tidak ada diagnosis klinis presumtif	Biopsi ginjal
Kondisi Klinis	Diagnosis Klinis	Diagnosis Definitif
Kardiomiopati terkait HIV	Tidak ada diagnosis klinis presumtif	Kardiomegali dan adanya gangguan fungsi ventrikel kiri pada ekokardiografi
Malnutrisi, wasting dan stunting berat yang tidak dapat dijelaskan dan tidak berespons terhadap terapi standar	Penurunan berat badan persisten, tidak disebabkan oleh pola makan yang buruk atau inadeguat, infeksi lain dan tidak berespons adekuat dengan terapi standar selama 2 minggu. Ditandai dengan : wasting otot yang berat, dengan atau tanpa edema di kedua kaki, dan/atau nilai BB/TB terletak – 3SD, sesuai dengan pedoman IMCI WHO	Tercatatnya berta menurut tinggi atau berat menurut umur kurang dari – 3 SD +/- edema
Infeksi bakterial berat yang berulang (misalnya empiema, piomiositis, infeksi tulang dan sendi, meningitis, kecuali pneumonia)	Demam disertai gejala atau tanda spesifik infeksi lokal. Berespons terhadap antibiotik. Episode saat ini ditambah 1 atau lebih episode lain dalam 6 bulan terakhir	Diagnosis dengan kultur spesimen klinis yang sesuai
Kandidiasis esofagus (atau trakea, bronkus, atau paru)	Sulit menelan, atau nyeri saat menelan (makanan padat atau cairan). Pada bayi, dicurigai bila terdapat kandidiasis oral dan anak menolak makan	Diagnosis dengan penampakan makroskopik saat endoskopi, mikroskopik dari jaringan atau makroskopik dengan bronkoskopi atau

	dan/atau kesulitan atau menangis saat makan	histologi
--	---	-----------

2.1.7 Pengobatan HIV & AIDS

Adapun pengobatan HIV & AIDS, obat Antiretroviral (ARV) yang digunakan untuk mengobati dan mencegah infeksi HIV bekerja dengan cara menghentikan atau mengganggu reproduksi virus dalam tubuh. ARV tidak menyembuhkan infeksi HIV melainkan untuk mencegah replikasi virus lebih lanjut sehingga dengan demikian dapat memperkuat sistem kekebalan tubuh untuk melawan infeksi. Obat ini harus diminum secara teratur pada waktu yang tepat setiap hari. Jika tidak, akan membuat virus bermutasi dan menyebabkan resistensi terhadap pengobatan. Di samping pengobatan dengan antiretroviral, orang dengan HIV sangat membutuhkan konseling dan dukungan psikososial. Kualitas hidup juga yang tinggi juga perlu dipertahankan dengan kebersihan dasar, nutrisi yang cukup dan air bersih.

Minum obat ARV dalam waktu yang tidak terbatas, juga bukan tanpa hambatan. Kalau terjadi perubahan warna kulit, rash dikaji ulang apakah sudah ada sebelum terapi ARV (Tjokroprawiro, 2015).

Tujuan utama pemberian terapi antiretroviral (ARV) adalah menurunkan angkakesakitan akibat HIV, dan menurunkan kematian akibat AIDS; memperbaiki dan meningkatkan kualitas hidup pengidap seoptimal mungkin; mempertahankan dan mengembalikan status imun ke fungsi normal; serta menekan replikasi virus seendah dan selama mungkin sehingga kadar HIV dalam plasma < 50 k kopi/ml (Nasronudin, 2007).

a. Pilihan Rejimen

1. Zidovudin.

Merupakan ARV dengan mekanisme kerja dengan menghambat enzim reverse transcriptase virus, begitu gugus asidotimidin pada Zidovudin mengalami fosforilasi. Diberikan dalam bentuk kombinasi, misalnya bersama dengan lamivudin, dan nevirapine atau efavirenz. Zidovudin diberikan dalam dosis 600 mg/hari (300 mg/tablet). Efek samping yang paling sering dan perlu pemantauan ketat adalah anemia. Efek samping lain neutropenia, sakit kepala dan mual (Tjokroprawiro, 2015).

2. Didanosin.

Obat ini bekerja dengan cara menghentikan sintesis rantai DNA virus. Diberikan secara kombinasi dengan rejimen lain, terutama untuk HIV stadium lanjut. Pemberian dengan dosis 400 mg/hari. Efek samping neuropati perifer, pankreatitis, dan diare (Tjokroprawiro, 2015).

3. Lamivudin.

Bekerja dengan cara menghentikan pembentukan rantai DNA virus HIV maupun virus HBV. Diberikan dengan dosis 300 mg/hari kombinasi dengan obat lain. Efek samping asidosis laktat, hepatomegali disertai stenosis, mual, dan sakit kepala (Tjokroprawiro, 2015)

4. Stavudin

Mekanisme obat ini menghambat pembentukan DNA virus. Diberikan kombinasi dengan obat lain pada HIV stadium lanjut. Dosis 80

mg/hari. Efek samping peningkatan enzim transaminase sesaat, sakit kepala, mual, dan rash dikulit (Tjokroprawiro, 2015)

5. Nevirapine

Kerjanya pada alosterik tempat ikatan non substrat HIV. Pemberian pada 14 hari pertama 200 mg/hari. Efek samping yang sering adalah rash kulit. Selain itu potensi efek samping seperti mual, sakit kepala, demam, dan peningkatan enzim hati (Tjokroprawiro, 2015).

6. Efavirenz

Obat ini diberikan dengan dosis 600 mg/hari, sebelumtidur guna mengurangi efek samping pada susunan saraf pusat (SSP), terutama mimpi menakutkan (Tjokroprawiro, 2015).

Pemberian ARV bila dikonsumsi dengan teratur sesuai dosis dan ketentuannya sangat berhasil menurunkan angka kematian HIV & AIDS, tetapi masalah yang kemudian timbul adalah resistensi. Masalah yang harus dihadapi pasien HIV & AIDS adalah terjadi immunoparesis, immunoparalisis, disusul munculnya infeksi sekunder dan malignansi. Pada situasi seperti initerapi immunorehabilitasi menjadi penting untuk mendampingi ARV guna mendorong percepatan peningkatan status imun. Keberhasilan terapi ditandai oleh perbaikan klinis, semakin meningkatnya jumlah CD 4, dan semakin menurunnya beban virus (viral load) (Tjokroprawiro, 2015).

Tabel 2.2 Target terapi ARV (WHO, 2013 dalam Tjokroprawiro, 2015)

No	Target	Uraian
1	Klinis	Kualitas hidup pengidap ditingkatkan seoptimal dan dipertahankan tetap optimal selama mungkin. Umur harapan hidup pengidap diharapkan dapat diperpanjang

		selama mungkin sejauh dapat diupayakan oleh manusia secara wajar, rasional dan manusiawi.
2	Immunologis	Status imun yang terganggu diusahakan untuk dipulihkan. Jumlah limfosit total diusahakan dan dipertahankan > 1200 lp/ μ l dan atau CD 4 ditingkatkan dan dipertahankan > 500sel/ mm^3 .
3	Virologis	Jumlah virus dapat ditekan paling tidak dibawah 400 copy/mm atau idealnya dibawah 50 copy/mm dan dipertahankan tetap rendah selama mungkin.
4	Terapeutik	Obat ARV dapat diterima oleh tubuh pengidap dengan efek samping dan resistensi seminimal mungkin.
5	Epidemiologis	Transmisi infeksi HIV menurun bermakna. Perjalanan epidemiologi HIV harus dapat dirubah.

Tabel 2.3 Rekomendasi mulai Terapi ARV (WHO, 2013, dalam Tjokprawiro, 2015).

No	Populasi ODHA	Rekomendasi
1	Dewasa	<ol style="list-style-type: none"> 1. ODHA stadium klinis lanjut (stadium klinis WHO 3 atau 4) dan ODHA dengan CD 4 < 350sel/mm^3 mendapat prioritas ART. 2. ART dapat dimulai pada ODHA dengan CD 4 \geq 350 sel/mm^3 dan \leq 500 sel/mm^3 tanpa memperhatikan stadium klinis WHO. 3. ART diberikan pada ODHA keadaan khusus tanpa menghiraukan stadium klinis WHO atau jumlah CD 4, yaitu ODHA disertai TB aktif; ODHA koinfeksi HBV disertai penyakit liver kronik berat; pasangan terinfeksi HIV (guna menurunkan transmisi kepasangan tidak terinfeksi).
2	Wanita hamil dan menyusui	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua ODHA hamil dan menyusui harus dimulai pemberian triple ARV(ART), pemberian dilanjutkan minimal selama berada dalam risiko transmisi HIV dari ibu ke anak. 2. Terkait program dan operasional (terutama daerah epidemik), semua wanita hamil dan menyusui perlu mendapat ART jangka lama. 3. ODHA tidak memenuhi syarat untuk diberi ART (terkait kesehatannya), dipertimbangkan penghentian ART setelah periode risikotransmisi ibu ke anak berakhir.
3	ARV dan menyusui	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu terinfeksi HIV, tetap menyusui eksklusif disertai pemberian ARV agar dapat mengurangi transmisi HIV dari ibu ke anak. 2. Ibu terinfeksi HIV (anak tidak terinfeksi atau belum diketahui status infeksi), harus menyusui eksklusif

		minimal hingga 6 bulan pertama, kemudian disertai makanan tambahan yang sesuai, dan melanjutkan menyusui hingga 12 bulan pertama.
--	--	---

Tabel 2.4 Pilihan Rejimen Terapi (WHO, 2013; Goodman & Gilman's, 2014 dalam Tjokprawiro, et al, 2015).

No	Populasi	Rekomendasi
1	Rejimen ART lini I pada ODHA dewasa	<ol style="list-style-type: none"> 1. ART lini I merupakan kombinasi dua nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) ditambah satu Non nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTI). 2. TDF + 3TC (FTC) + EFV. 3. Bila TDF + 3TC (FTC) + EFV terdapat kontra indikasi, pilihan yang direkomendasi: <ol style="list-style-type: none"> a. AZT + 3TC + EFV b. AZT + 3TC + NVP c. TDF + 3 TC (FTC) + NVP
2	ART Lini I pada ODHA hamil dan menyusui	Kombinasi TDF + 3TC (FTC) + EFV direkomendasikan sebagai ART lini I bagi wanita hamil, menyusui, termasuk trimester I kehamilan dan menyusui.

Tabel 2.5 Pemantauan respon ART dan kegagalan Terapi (Tjokprawiro, 2015).

Semua populasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan beban virus direkomendasikan untuk memantau respon terapi, termasuk penentu kegagalan terapi ARV. 2. Bila beban virus tidak dapat dilakukan secara rutin, pemeriksaan CD 4 dan pemantauan klinis dapat dipakai untuk menentukan respons terapi dan menilai mkegagalan terapi.
----------------	---

Tabel 2.6 ART Lini ke- II: pengganti ARv (Tjokprawiro, 2015).

Populasi	Rekomendasi
Penggantian rejimen ARV pada ODHA dewasa dan remaja (termasuk ibu hamil menyusui.	<ol style="list-style-type: none"> 1. ART lini ke - 2 ODHA dewasaterdiri dari 2 NRTIs + satu ritonafir penguat PI. 2. Pilihan line ke 2: <ol style="list-style-type: none"> a. Bila gagal dengan TDF + 3Tc (FTC)berdasar resimen lini I penggunaan AZT + 3TC, maka NRTI menjadi andalan lini ke II. b. Bliu gagal AZT atau d4T + 3TC berdasar rejimen lini ke II.

	<p>c. Mengutamakan kombinasi NRTI.</p> <p>d. Kombinasi ATV/r cenderung dipilih, dan pilihan PI sebagai ART lini ke II.</p>
--	--

Tabel 2.7 ART lini III (Tjokroprawiro, 2015)

Populasi	Rekomendasi
Penggantian rejimen ARV pada ODHA dewasa dan remaja (termasuk ibu hamil dan menyusui).	<ol style="list-style-type: none"> 1. ART lini ke II ODHA dewasa terdiri dari 2 NRTIs + 1 rotnafir penguat PI. 2. Pilihan lini ke II: <ol style="list-style-type: none"> a. Bila gagal dengan TDF dan 3TC (FTC) berdasar rejimen lini I, penggunaan AZT + 3TC (FTC) sebagai NRTI andalan rejimen lini ke II. b. Bila gagal AZT atau d4T + 3TC berdasar rejimen lini I, penggunaan TDF + 3TC (FTC) sebagai NRTI andalan rejimen lini ke-II. 3. Mengutamakan kombinasi NRTI. 4. Kombinasi ATV/r dan LPV/r cenderung dipilih, dan pilihan PI sebagai ARTlini ke II .

Berbagai negara terus melakukan researchnya dalam mengatasi HIV AIDS, namun hingga saat ini penyakit AIDS tidak ada obatnya termasuk serum maupun vaksin yang dapat menyembuhkan manusia dari Virus HIV penyebab penyakit AIDS. Pengobatan ART/ARV hanya membantu untuk meningkatkan immunitas, menekan viral load dan meningkatkan angka harapan hidup pengidap (apabila mengonsumsi ART/ARV secara teratur.

2.2 Konsep Kepatuhan

2.2.1 Pengertian kepatuhan

Menurut Sarafino, (1990) mendefinisikan kepatuhan atau ketaatan (compliance atau adherence) sebagai tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh tim medis

lainnya (Smet, B, 1994). Sedangkan Sackett (1976) mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Niven, N, 2002). Kepatuhan (compliance atau adherence) menggambarkan sejauh mana pasien berperilaku yang disarankan oleh tenaga kesehatan (Bart, 2004). Dari beberapa defenisi di atas, dapat disimpulkan bahwa kepatuhan adalah tingkat dimana seseorang dalam melaksanakan aturan dan berperilaku sesuai dengan saran dari tenaga pelayan kesehatan secara benar dan teratur.

Kepatuhan atau *adherence* pada terapi adalah suatu keadaan dimana pasien mematuhi pengobatannya atas dasar kesadaran sendiri, bukan hanya karena mematuhi perintah dokter. Hal ini penting, karena diharapkan akan lebih meningkatkan tingkat kepatuhan minum obat. *Adherence* atau kepatuhan harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap kunjungan. Kegagalan terapi ARV sering diakibatkan oleh ketidakpatuhan pasien mengkonsumsi ARV (Kemenkes, 2011).

Antiretroviral Therapy (ART) merupakan komitmen jangka panjang dan kepatuhan terapi adalah yang paling penting dalam menekan replikasi HIV dan menghindari terjadinya resistensi. Untuk meningkatkan kepatuhan pasien perlu dilakukan konseling ARV. Konseling ARV yang terpenting adalah faktor *adherence* atau kepatuhan untuk minum obat. Konseling ini berisi tentang minum obat tepat waktu, tepat dosis, dan tepat penggunaan obat (Purwaningtias, 2007).

Kepatuhan minum obat ARV merupakan komponen penting untuk mencapai keberhasilan pengobatan. Kepatuhan atau *adherence* yang tinggi

dalam minum obat ARV diperlukan untuk supresi virologis yang optimal. Penelitian mengindikasikan bahwa dengan 90 - 95 % dosis harus diminum untuk supresi optimal, dibawah angka tersebut dikhawatirkan akan timbul kegagalan virologis. Menjaga *adherence* merupakan hal yang cukup sulit dimana *adherence* yang tidak lengkap sering terjadi dan survei menunjukkan bahwa sepertiga dari pasien terlupa minum obat selama 3 hari (IDI, 2011).

Terdapat beberapa pengertian yang menyangkut kepatuhan dalam minum obat oleh pasien, seperti yang dikemukakan oleh Horne, et al, 2006, yaitu *compliance, adherence dan concordance*. Horne, (2006) mengemukakan *compliance* sebagai ketaatan pasien dalam mengonsumsi obat sesuai dengan saran pemberi resep (dokter). Lutfey & Wishner, (1999) mengemukakan konsep *compliance* dalam konteks medis, sebagai tingkatan yang menunjukkan perilaku pasien dalam mentaati atau mengikuti prosedur atau saran ahli medis. *National Council on Patient Informations & educations* (2007) menegaskan bahwa dalam *adherence* perilaku mengonsumsi obat oleh pasien lebih cenderung mengikuti perencanaan pengobatan yang dikembangkan bersama dan disetujui antara pasien dan profesional.

Dari beberapa pengertian yang telah dikemukakan di atas, pengertian kepatuhan dalam mengonsumsi obat dalam penelitian ini juga mengacu pada istilah *adherence*, yang dapat disimpulkan sebagai perilaku untuk mentaati saran - saran atau prosedur dari dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului oleh proses konsultasi antara pasien (dan atau keluarga sebagai orang kunci dalam kehidupan pasien) dengan dokter

sebagai penyedia jasa medis. Yaitu harus minum obat mencapai tingkat kepatuhan $\geq 95\%$.

2.2.2 Penilaian Kepatuhan ARV

Menurut Chalker (2015) terdapat seperangkat indikator dan sumber data untuk mengukur kepatuhan ART/ARV, yaitu:

1. *Self report based adherence measures*

Pelaporan pasien yang dapat diukur melalui tiga indikator, yaitu persentase dari pasien dengan kepatuhan penuh terhadap ART/ARV, persentase dosis ARV yang diminum selama periode recall, dan persentase pasien dengan kepatuhan. Terhadap ARV $> 95\%$.

2. *Dispensing based adherence measures*

Mengukur kepatuhan berdasarkan hari pembagiannya yang didefinisikan sebagai rata - rata persentase hari ketika pasien menerima ARV selama periode yang ditentukan, seperti selama 6 bulan(180 hari), persentase pasien yang menerima ARV dibanding dengan presentase yang ditargetkan dalam waktu yang telah ditentukan, dan presentase pasien yang mengalami kesenjangan pada kesediaan ARV > 30 hari selama rentang waktu yang telah ditentukan.

3. *Pill count based adherence measures*

Perhitungan jumlah pil biasanya digunakan dalam beberapa program ARV untuk membandingkan konsumsi yang ada dengan konsumsi yang diharapkan sejak bagian farmasi membagikan obat.

4. *Patient adherence based defaulting measures*

Terdapat 3 indikator yang berhubungan dengan kelalaian, yaitu presentase pasien yang tidak hadir pada pertemuan yang telah dijadwalkan, presentase pasien yang telah melewatkan pertemuan yang seharusnya, tapi datang setelah tiga hari, dan presentase pasien yang tidak datang pada pertemuan dan tidak hadir hingga 30 hari setelahnya.

2.2.3 Faktor yang secara umum mempengaruhi perilaku kepatuhan minum obat ARV

Secara umum faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat ARV orang HIV & AIDS (ODHA) dalam journal literatur review oleh Garcia P. Ramirez (2003) adalah sebagai berikut.:

1. Faktor karakter individu

Faktor ini sendiri meliputi beberapa faktor lagi, yaitu faktor Keyakinan dan persepsi tentang rejimen pengobatan. Ini tampaknya memainkan peran sentral dalam dedikasi terhadap kepatuhan. Dalam studi terapi zidovudine menemukan bahwa masalah yang dialami pasien begitu mereka minum obat, dan skeptisisme mereka tentang khasiatnya, adalah dua prediktor yang paling berpengaruh. Dalam sebuah penelitian terhadap tahanan penjara wanita seropositif melaporkan adanya korelasi antara kepercayaan pada pengobatan dan tingkat penerimaan dan kepatuhan yang tinggi. Hasil serupa dilaporkan oleh Smith, Rapkin, Morrison, dan Kammerman (1997). Mereka juga menemukan bahwa sikap pasien terhadap pengobatan yang saat ini mereka ikuti dikondisikan oleh pengalaman dengan pengobatan sebelumnya.

Yang kedua adalah Keyakinan dan persepsi tentang kemampuan. Gagasan tentang *self-efficacy* telah mendapat perhatian khusus dalam beberapa penelitian tentang perilaku kesehatan dan kepatuhan jangka panjang terhadap pengobatan. Dalam studi pengobatan untuk pneumocystis carinii, *self-efficacy* diidentifikasi sebagai indikator untuk kepatuhan. *Self-efficacy* digambarkan sebagai persepsi positif individu tentang kemampuan mereka untuk melakukan tugas dalam situasi tertentu.

Ketiga adalah keyakinan dan persepsi tentang penyakitnya. Jelas bahwa sikap orang seropositif terhadap penyakit itu sendiri juga dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan. Orang yang takut diidentifikasi HIV positif merasa lebih sulit untuk mengikuti perawatan daripada mereka yang terbuka mengenai situasi mereka. Dalam sebuah penelitian kualitatif yang menggambarkan pengalaman dengan obat antiretroviral (ART), peserta menyatakan bahwa kemungkinan kemunduran dan risiko infeksi oportunistik lainnya menimbulkan perasaan mendesak untuk memulai pengobatan. Penelitian kualitatif lainnya menunjukkan bahwa persepsi individu seropositif terhadap risiko kerentanan dikaitkan dengan kemauan untuk minum obat dan bahwa riwayat infeksi oportunistik sebelumnya dikaitkan dengan perilaku kepatuhan yang tinggi dengan pengobatan antiretroviral.

Faktor keempat adalah faktor demografis. Dalam studi longitudinal 7 bulan mereka terhadap 144 orang seropositif, ditemukan beberapa prediktor untuk kehilangan janji, dan sebagai akibatnya, untuk kepatuhan rendah terhadap pengobatan antiretroviral. Ini termasuk menjadi lebih

muda atau anggota etnis awal, memiliki bentuk penyakit yang kurang parah, atau memiliki rasa dukungan sosial yang rendah. Namun, penulis lain telah menyatakan bahwa faktor demografi seperti usia, jenis kelamin, dan etnisitas bukanlah faktor yang dapat diandalkan dalam memprediksi kepatuhan. Namun, pengaruh usia dan etnis telah dikutip dalam banyak penelitian lainnya. Beberapa penulis melaporkan bahwa tidak ada korelasi antara jenis kelamin dan kepatuhan. Meskipun demikian, mengamati bahwa wanita menderita lebih banyak dari reaksi alergi, komplikasi saluran cerna, dan gejala yang tidak spesifik saat memakai pengobatan antiretroviral dan menyarankan hal ini dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan mereka.

Factor kelima adalah faktor psikososial. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa, selain faktor demografi, faktor psikososial, seperti dukungan sosial dan depresi, juga harus dipertimbangkan dalam menilai perilaku kepatuhan, dan juga ditemukan bahwa orang-orang seropositif dengan tingkat depresi yang relatif tinggi dan rendahnya rasa dukungan sosial cenderung tidak mengikuti saran pengobatan dan kesehatan atau untuk menjaga agar janji kesehatan tidak sesuai dengan orang-orang dengan dukungan sosial dan minor yang lebih tinggi. gejala depresi Hasil ini mendukung Singh et al. (1996), yang menemukan hubungan antara kepatuhan terhadap pengobatan dan tingkat depresi dengan menggunakan kuesioner depresi Beck. Dengan menggunakan kuesioner yang sama melaporkan hasil yang serupa.

Faktor keenam adalah kecanduan obat. Penggunaan alkohol dan obat-obatan juga mempengaruhi keefektifan pengobatan antiretroviral (ART), tidak hanya dengan mempengaruhi kepatuhan terhadap rejimen tetapi juga melalui mekanisme independen. Dalam sebuah penelitian terhadap pecandu yang seropositif, melaporkan perbedaan tingkat kepatuhan antara peserta yang secara aktif mengkonsumsi narkoba pada saat penelitian dan mereka yang telah berhenti. Mereka melaporkan perbedaan antara kedua kelompok dalam jangka waktu yang diperlukan untuk memutuskan untuk memulai perawatan dan dengan tingkat perlakuan yang ditolak. Dalam sebuah penelitian terhadap pengguna obat intravena, mengidentifikasi pengangguran dan berada dalam program pengobatan kecanduan atau berhenti memakai obat pada saat studi sebagai faktor yang terkait dengan rejimen pengobatan berikut. Penulis ini menyimpulkan bahwa ketidakpatuhan terhadap rejimen lebih sering terjadi pada pecandu asimtomatik aktif dan mereka yang memiliki kontak terbatas dengan petugas kesehatan kesehatan.

2. Faktor karakter dari pengobatan

Pada faktor ini kepatuhan menurun dengan jumlah obat, frekuensi dosis, dan meningkatnya kompleksitas dan lamanya perawatan. Periset juga setuju bahwa kompleksitas regimen, sejumlah besar kapsul yang harus dikonsumsi, banyak efek samping, variasi dosis, berbagai interaksi antara obat-obatan dan juga antara makanan dan obat-obatan dapat dengan mudah menyebabkan kebingungan dan sehingga ketidakpatuhan. Dituliskan juga bahwa perhatian utama peneliti medis adalah

mengembangkan kombinasi obat baru yang akan meningkatkan kekuatan obat antiretroviral sementara mengurangi beban berat frekuensi dosis dan jumlah kapsul yang harus diambil masing-masing waktu. Mereka juga berharap untuk mengurangi biaya dan komplikasi dengan makanan, yang juga mempengaruhi adhesi rejimen.

Faktor frekuensi pengobatan telah ditunjukkan bahwa ada hubungan antara frekuensi pengobatan dan kepatuhan yang dipersyaratkan. Periset telah menemukan bahwa pasien yang minum obat hanya dua kali sehari lebih berkomitmen untuk mengikuti rejimen daripada mereka yang minum tiga kali sehari atau lebih.

Jumlah obat juga sangat berhubungan antara jumlah obat yang harus diminum setiap hari dan kepatuhan. Dilaporkan juga kecenderungan untuk mendapatkan kepatuhan yang lebih besar di antara mereka yang mengikuti terapi antiretroviral terapi tunggal, dibandingkan dengan orang-orang yang menerima kombinasi obat-obatan. Ini mungkin menjelaskan mengapa perusahaan farmasi, yang mengetahui masalah kepatuhan, mencoba mengembangkan obat yang lebih mudah ditangani dan dikonsumsi.

Faktor jenis obat dalam uji klinis, perbedaan diamati pada tingkat kepatuhan bersamaan dengan pengobatan tertentu. Dalam penelitian yang menguji pengaruh efikasi dan efek samping dari dua kombinasi obat antiretroviral yang berbeda antara stavudine dan lamivudine, masing-masing dengan indinavir atau nelfinavir. Mereka mencatat bahwa kepatuhan terhadap rejimen yang terakhir lebih tinggi dan perbedaannya

terkait langsung dengan perbedaan efek samping dan tingkat toleransi terhadapnya.

3. Faktor karakter hubungan antara petugas kesehatan dan pasien

Beberapa penelitian telah meneliti pengaruh hubungan antara petugas kesehatan dan individu seropositif. Pada mereka yang memiliki, baik kualitas interaksi ini dan sikap klien terhadap petugas kesehatan telah dikutip sebagai faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan. Faktor ini mencakup, yang pertama adalah Hubungan pasien dan petugas kesehatan. Dalam studi kualitatif, pasien telah mengenali pengaruh hubungan profesional pada tingkat penerimaan dan kepatuhan mereka. Pengaruh ini juga ditunjukkan pada salah satu studi awal mengenai faktor-faktor yang menentukan kepatuhan yang lebih tinggi terhadap protokol untuk perawatan eksperimental. Para penulis mencatat bahwa individu dengan tingkat kepatuhan tinggi memiliki lebih sedikit kesulitan dalam hubungan dengan petugas kesehatan mereka dan bahwa tingkat dukungan positif yang mereka anggap lebih tinggi daripada di antara pasien yang kurang rajin dalam perawatan mereka.

Faktor yang kedua adalah komunikasi. Dilaporkan hasil yang serupa dalam sebuah penelitian tentang kepatuhan terhadap rekomendasi pencegahan sekunder di kalangan pria homoseksual dan biseksual. Mereka menyimpulkan bahwa upaya untuk mempromosikan kesadaran ini seharusnya tidak hanya berkonsentrasi pada masalah risiko tetapi juga pada cara pesan disampaikan oleh profesional dan berasimilasi oleh pasien.

Faktor keahlian tenaga kesehatan dengan karakter dan bersifat individual, seperti tingkat pengalaman dengan pengobatan antiretroviral atau sikapnya terhadap klien, juga dipengaruhi. Kejadian ini lebih tinggi di antara dokter yang kurang berpengalaman daripada dokter yang berpengalaman dengan situasi ini. Ini adalah contoh kekuatan keseluruhan dokter, tidak hanya dalam mendorong kepatuhan terhadap rejimen tetapi juga membatasi informasi tentang perawatan dan akses terhadap obat tersebut.

Factor terakhir dari hubungan tenaga kesehatan dengan pasien adalah pengawasan program, meskipun tidak ada penelitian yang menunjukkan hubungan antara pengawasan rejimen pengobatan dan kepatuhan terhadapnya, beberapa penulis telah menyarankan bahwa jadwal yang fleksibel dan lingkungan yang nyaman akan berkontribusi terhadap kepatuhan yang lebih tinggi terhadap rejimen pengobatan.

4. Faktor karakter penyakit

Beberapa peneliti telah melihat pengaruh penyakit itu sendiri pada kepatuhan terhadap rejimen pengobatan. Namun, ada cukup bukti untuk menunjukkan bahwa keadaan dan durasi penyakit, dan tingkat keparahan gejala, dapat memiliki pengaruh. Misalnya, dalam sebuah studi tentang aksesibilitas terhadap pengobatan, menemukan bahwa rendahnya jumlah limfosit CD 4 dan proliferasi gejala klinis sangat terkait dengan pemanfaatan pengobatan. Mereka melaporkan bahwa tingkat sel CD 4 berkorelasi negatif dengan kehadiran saat bertemu dengan petugas

kesehatan. Orang-orang seropositif yang tidak memiliki gejala lebih mungkin kehilangan janji daripada orang-orang yang merasa sakit.

Di sisi lain, yang memasukkan tingkat CD 4 dalam model mereka untuk memprediksi kepatuhan terhadap pengobatan, menunjukkan bahwa orang dengan jumlah sel lebih besar dari 200 sel/ml memiliki tingkat kepatuhan lebih tinggi daripada orang-orang di bawah tingkat ini. Ini akan menunjukkan bahwa orang-orang dalam stadium lanjut penyakit ini kurang rentan untuk mematuhi rejimen pengobatan daripada pada tahap awal. Namun, ini adalah penelitian *cross sectional*, jadi hipotesis ini tidak dapat dikonfirmasi sampai penelitian lanjutan dilakukan.

Menurut Kemenkes (2011), menyatakan terdapat 5 faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan ART/ARV, yaitu:

1. Fasilitas layanan kesehatan

Sistem layanan yang berbelit, sistem pembiayaan kesehatan yang mahal, tidak jelas dan birokratik adalah penghambat yang berperan sangat signifikan terhadap kepatuhan, karena hal tersebut menyebabkan pasien tidak dapat mengakses layanan kesehatan dengan mudah. Termasuk diantaranya ruangan yang nyaman, jaminan kerahasiaan dan penjadwalan yang baik, petugas yang ramah dan membantu pasien.

2. Karakteristik pasien

Meliputi faktor sosiodemografi (umur, jenis kelamin, ras/ etnis, penghasilan, pendidikan, buta/ melek huruf, asuransi kesehatan, dan asal kelompok dalam masyarakat, misal waria atau pekerja seks komersial) dan

faktor psikososial (kesehatan jiwa, penggunaan napza, lingkungan dan dukungan sosial, pengetahuan dan perilaku terhadap HIV dan terapinya.

Nguyen dan Holodny (2008) menyatakan dengan bertambahnya usia pada saat infeksi HIV, perkembangan HIV menjadi AIDS lebih cepat. Pada penelitian di Amerika mengungkapkan bahwa pada orang yang usianya semakin tua, kelenjar timus yang merupakan lokasi penting untuk maturasi limfosit T akan mengalami *invulusi*. Bertambahnya usia juga berhubungan dengan menurunnya fungsi sel T, berkurangnya populasi sel T, dan semakin rendahnya jumlah sel T sitotoksik CD8. Fungsi timus dan produksi sel T juga dihambat oleh adanya infeksi HIV. Karena dipengaruhi oleh proses tersebut, maka perubahan - perubahan yang terjadi di dalam sistem imun menyebabkan progresivitas infeksi HIV pada orang yang lebih tua menjadi lebih nyata. Virus HIV umumnya lamban dalam memberi dampak pada kesehatan pengidap virus ini. Hanya beberapa orang bisa jatuh sakit mendadak, namun pada kebanyakan orang dewasa gejalanya baru tampak setelah 10 tahun (Kementerian Pendidikan, 2009). Berdasarkan jumlah infeksi HIV menurut kelompok umur yang dilaporkan pada laporan perkembangan HIV & AIDS triwulan III tahun 2014 menunjukkan jumlah pengidap HIV & AIDS terbanyak pada kisaran 25 - 29 tahun (Kemenkes, 2014).

Sterling (2001) menyatakan meskipun tingkat awal HIV-1 RNA lebih rendah pada wanita dibandingkan pria, namun tingkat progresivitas menjadi AIDS antara wanita dan pria hasilnya tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. Dari jumlah infeksi HIV yang dilaporkan

menurut jenis kelamin pada laporan perkembangan HIV & AIDS laki - laki lebih banyak dibandingkan perempuan dengan presentase 58,1 % dibanding 41,9 % (Kemenkes, 2014).

3. Paduan terpi ARV

Meliputi jenis obat yang digunakan dalam paduan, bentuk paduan (FDC atau bukan FDC), jumlah pil yang harus diminum, kompleksnya paduan (frekuensi minum dan pengaruh dengan makanan), karakteristik obat dan efek samping, dan mudah tidaknya akses untuk mendapatkan ARV.

4. Karakteristik penyakit penyerta

Meliputi stadium klinis dan lamanya sejak terdiagnosis HIV, jenis infeksi oppurtunistik penyerta dan gejala yang berhubungan dengan HIV. Adanya infeksi oppurtunistik atau penyakit lain menyebabkan penambahan jumlah obat yang harus diminum.

5. Hubungan pasien - tenaga kesehatan

Karakteristik hubunganpasien - tenaga kesehatan yang dapat mempengaruhi kepatuhan meliputi: kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan dan staf klinik, pandangan pasien terhadap kompetensi tenaga kesehatan, komunikasi yang melibatkan pasien dalam proses penentuan keputusan, nada afeksi dari hubungantersebut (hangat, terbuka, kooperatif, dll) dan kesesuaian kemampuan dan kapasitas tempat tenaga kesehatan dengan kebutuhan pasien.

2.2.4 Kepatuhan terhadap kesehatan

Kepatuhan terhadap pengobatan dan perawatan merupakan perilaku seseorang untuk mentaati semua peraturan pengobatan yang meliputi perlakuan khusus mengenai gaya hidup, seperti diet, istirahat, olahraga, serta mengonsumsi obat yang harus dikonsumsi, jadwal waktu minum, jumlah yang diminum, kapan harus diminum, dan kapan harus berkunjung ulang untuk melakukan kontrol (Gunawan, 2001 dalam Dessy 2016).

2.2.5 Upaya peningkatan kepatuhan

Dalam penelitian Lailatushifah (2012) dan Puspitasari (2016), menuliskan bahwa upaya meningkatkan kepatuhan minum obat bisa dilakukan dengan cara:

- a. Meningkatkan kemampuan menyampaikan informasi oleh tenaga kesehatan, yaitu dengan memberikan informasi yang jelas kepada pasien mengenai penyakit yang dideritanya, manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan, cara pengobatannya, jenis dan jumlah obat yang harus dikonsumsi, keterlibatan lingkungan sosial (keluarga) dan beberapa pendekatan perilaku. Riset telah mempertunjukkan bahwa jika kerjasama anggota keluarga diperoleh, kepatuhan menjadi lebih tinggi (Bart, 2004).
- b. Mengingatkan pasien untuk melakukan segala sesuatu yang harus dilakukan demi keberhasilan pengobatan melalui telepon atau alat komunikasi lain.

- c. Menunjukkan kepada pasien kemasan obat yang sebenarnya atau dengan cara menunjukkan obat aslinya.
- d. Memberikan keyakinan kepada pasien akan efektivitas obat dalam peningkatan kualitas hidup dan memperpanjang umur harapan hidup, serta memberikan informasi resiko ketidakpatuhan.
- e. Memberikan layanan pengobatan dengan observasi langsung, mengunjungi rumah pasien dan memberikan konsultasi kesehatan.
- f. Menggunakan alat bantu kepatuhan seperti multikompartemen atau sejenisnya dan minta dukungan dari pihak keluarga, teman dan orang – orang disekitarnya yang bisa dipercaya, telah mengetahui dan mengenal pengidap HIV & AIDS untuk selalu mengingatkan pasien, agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan.

Akan tetapi, khusus untuk pengidap HIV & AIDS karena masih adanya stigma yang buruk terhadap ODHA baik dari keluarga dan masyarakat secara umum, sehingga dukungan pengobatan dari keluarga dan lingkungan sosial masih menjadi problem.

2.3 Konsep Perilaku dan Motivasi

2.3.1 Batasan perilaku

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia pada hakekatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas, antara lain berjalan, berbicara, menangis, tertawa, kuliah, bekerja, menulis,

membaca, dan lain sebagainya. Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak lain. (Notoatmojo, 2011).

Menurut Skinner (1938) seorang ahli psikologi, mendefenisikan perilaku sebagai respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (ransangan dari luar). Dengan demikian perilaku manusia terjadi melalui proses : *Stimulus---Organisme---Respons*, sehingga teori Skinner disebut teori “SOR” (*Stimulus-organisme-respons*). Dari teori “SOR” ini, maka perilaku manusia dikelompokkan menjadi dua, yaitu perilaku tertutup (*covert behavior*) dan perilaku terbuka(*overt behavior*) (Notoatmojo, 2011).

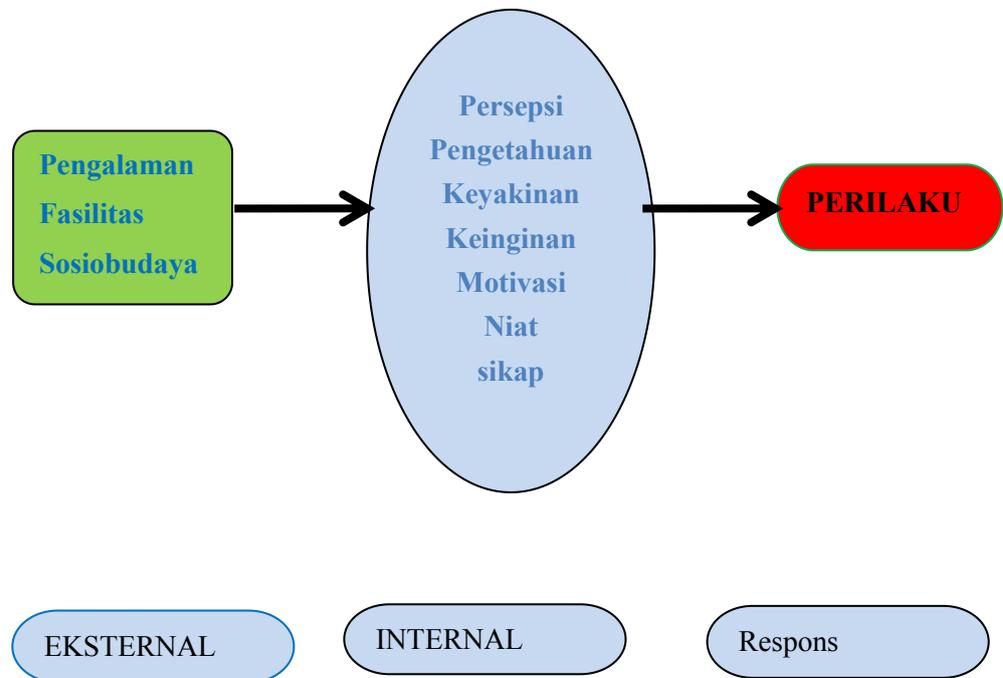
2.3.2 Dasar - dasar perilaku

Dari uraian sebelumnya telah disebutkan bahwa perilaku itu terbentuk di dalam diri seseorang dari 2 faktor utama, yakni stimulus merupakan faktor dari luar diri seseorang tersebut (faktor eksternal), dan respons merupakan faktor dari dalam diri orang yang bersangkutan (faktor internal). Faktor eksternal bisa berupa faktor lingkungan (fisik dan non fisik), sosial budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor internal bisa berupa pengetahuan, perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, fantasi, sugesti, dan sebagainya (Notoatmojo,2011).

Perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan

faktor - faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan layanan kesehatan (Skinner, dalam Notoatmojo, 2011).

Gambar 2.1 Skema Perilaku menurut Notoatmojo, 2010



2.3.3 Ranah (Domain/Area) perilaku

Walaupun perilaku dibedakan menjadi dua, yaitu perilaku terbuka (*overt*) dan perilaku tertutup (*covert*), tetapi sebenarnya perilaku adalah totalitas yang terjadi pada orang yang bersangkutan. Dengan perkataan lain, perilaku adalah keseluruhan (totalitas) pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan faktor eksternal tersebut. Perilaku seseorang adalah sangat kompleks dan mempunyai bentangan yang sangat luas.

Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan, membedakan 3 area/domain atau wilayah (ranah) perilaku ini, yakni

kognitif (*Cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Kemudian oleh ahli pendidikan di Indonesia, ketiga domain ini diterjemahkan ke dalam cipta (kognitif), rasa (afektif), dan karsa (psikomotor), atau pericipta, perirasa, dan peritindak.

Dalam perkembangan selanjutnya, berdasarkan pembagian domain oleh Bloom ini, dan untuk kepentingan pendidikan praktis, dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku sebagai berikut:

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuann adalah hasil penginderaan manusia, attau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikkina (mata, hidung,telinga, lidah, dan kulit). Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melaluiindera pendengaran (telinga) ddann indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objjek mempunyaiintensitas atau tingkat yang berbeda - beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*).

2. Sikap (*attitude*)

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Campbell (1950) memberikan defenisi yang sangat sederhana, yaitu "An individual's attitude is syndrome of response consitency with regard to object". Jadi, jelas disini dikatakanbahwa sikap

itu suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek. Sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan lain.

Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap adalah kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dengan kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan), atau reaksi tertutup.

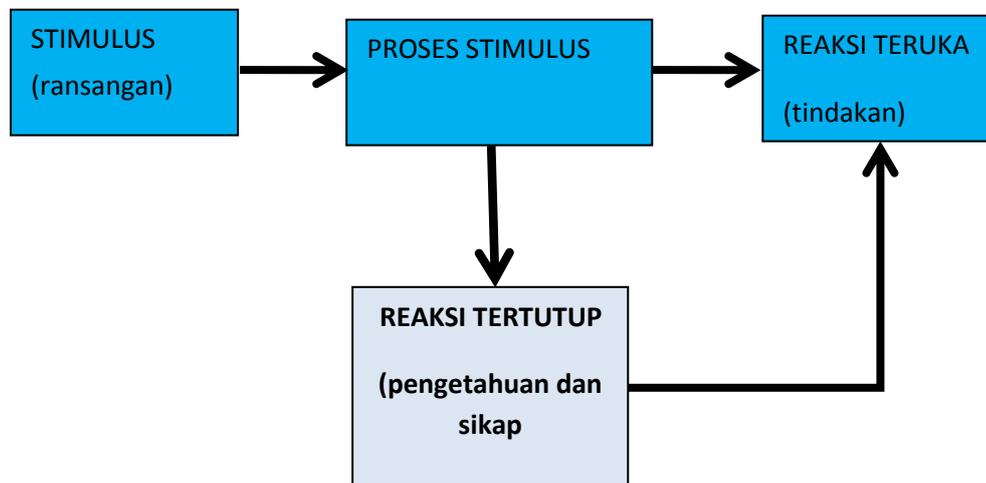
Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkat - tingkat berdasarkan intensitasnya, yaitu menerima (*receiving*), menganggapi (*responding*), menghargai (*valuing*), bertanggung jawab (*responsible*). Sikap yang paling tinggi tingkatnya adalah bertanggung jawab (*responsible*) terhadap apa yang telah diyakininya.

3. Tindakan atau praktik (*practice*)

Seperti telah disebutkan di atas bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain, antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana.

Praktik atau tindakan ini dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya, yakni praktik terpimpin (*guided response*), praktik secara mekanisme (*mechanism*), dan adopsi (*adoption*).

Gambar 2.2 Hubungan pengetahuan, sikap dan tindakan menurut Notoatmojo, 2010



2.3.4 Konsep Motivasi

2.3.4.1 Pengertian

Dalam Notoatmodjo (2010) motivasi atau motif adalah berasal dari kata latin *moreve* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak dan berperilaku. Pengertian motivasi tidak lepas dari kata kebutuhan atau *needs* atau *want*. Kebutuhan adalah suatu potensi dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau direspons. Tanggapan terhadap kebutuhan tersebut diwujudkan dalam bentuk tindakan untuk pemenuhan kebutuhan tersebut, dan hasilnya adalah orang yang bersangkutan merasa atau menjadi puas. Apabila kebutuhan tersebut belum direspons maka akan selalu berpotensi untuk muncul kembali sampai terpenuhinya kebutuhan yang dimaksud. Ada beberapa batasan pengertian tentang motivasi dari beberapa ahli, diantaranya sebagai berikut:

- a. Pengertian menurut Terry G. (1986), motivasi adalah keinginan yang terdapat pada diri seseorang individu yang mendorongnya untuk melakukan perbuatan - perbuatan, tindakan, tingkah laku atau perilaku.
- b. Menurut Stooner (1992), memberikan defenisi bahwa motivasi adalah sesuatu hal yang menyebabkan dan yang mendukung tindakan itu atau perilaku seseorang.
- c. Dalam konteks pengembangan organisasi, Filippo (1984) merumuskan bahwa motivasi adalah suatu arahan pegawai dalam suatu organisasi yang mau bekerja sama dalam mencapai keinginan para pegawai dalam rangka pencapaian keberhasilan organisasi.
- d. Knootz (1972) merumuskan bahwa motivasi adalah mengacu pada dorongan dan usaha untuk memuaskan kebutuhan atau suatu tujuan (*motivation refers to the drive and effort to satisfy a want or goal*).
- e. Hasibuan (1995) merumuskan motivasi adalah suatu perangsang keinginan (want) dan daya penggerak kemauan yang akhirnya seseorang bertindak atau berperilaku. Ia menambahkan bahwa setiap motif mempunyai tujuan tertentu yang ingin dicapai.

2.3.4.2 Metode dan alat komunikasi

Untuk meningkatkan motivasi seseorang terhadap sesuatu jenis perilaku dapat dilakukan dengan memberikan hadiah atau iming - iming berupa benda atau materi. Tetapi tidak semua orang meningkat motivasinya karena diberikan hadiah atau uang misalnya, melainkan banyak faktor yang berpengaruh terhadap motivasi tersebut. Beberapa ahli mengelompokkan dua cara atau metode meningkatkan motivasi, yakni metode langsung (*direct motivation*) yaitu pemberian materi atau

nonmateri kepada orang secara langsung untuk memenuhi kebutuhan merupakan cara yang langsung dapat meningkatkan motivasi kerja. Yang dimaksud pemberian materi adalah misalnya pemberian bonus, pemberian hadiah pada waktu tertentu. Dan yang kedua adalah metode tidak langsung (*indirect motivation*), adalah suatu kewajiban memberikan kepada anggota suatu organisasi berupa fasilitas atau sarana - sarana kesehatan. Dengan sarana prasarana atau fasilitas tersebut, masyarakat akan dipermudah dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya, sehingga mendorong dirinya untuk lebih baik kesehatannya.

Upaya peningkatan motivasi seperti tersebut, dengan memberikan sesuatu kepada masyarakat dipandang sebagai cara atau metode untuk meningkatkan motivasi berperilaku hidup sehat. Tetapi, apabila dilihat dari apa yang diberikan kepada orang atau masyarakat, yang akhirnya dapat meningkatkan motivasi, maka apa yang diberikan tersebut dapat dikatakan sebagai alat motivasi. Apabila hal ini dapat dikategorikan sebagai alat motivasi, maka dapat dikelompokkan menjadi 3, yakni:

a. Materiil

Alat motivasi materiil adalah apa yang diberikan kepada masyarakat dapat memenuhi kebutuhan untuk hidup sehat, yang berupa uang atau barang yang merupakan faktor pemungkin (*enabling factors*) untuk menjalani cara hidup sehat.

b. Nonmateri

Alat motivasi nonmateri adalah pemberian tersebut tidak dapat dinilai dengan uang, tetapi pemberian sesuatu hanya memberikan kepuasan atau kebanggaan kepada orang atau masyarakat.

c. Kombinasi materi dan nonmateri.

Alat komunikasi ini adalah kedua - duanya, baik materiil maupun nonmateriil. Disamping fasilitas yang diterima, bonus yang diterima, masyarakat juga memperoleh penghargaan berupa piagam atau medali dan sebagainya.

2.3.4.3 Metode peningkatan motivasi

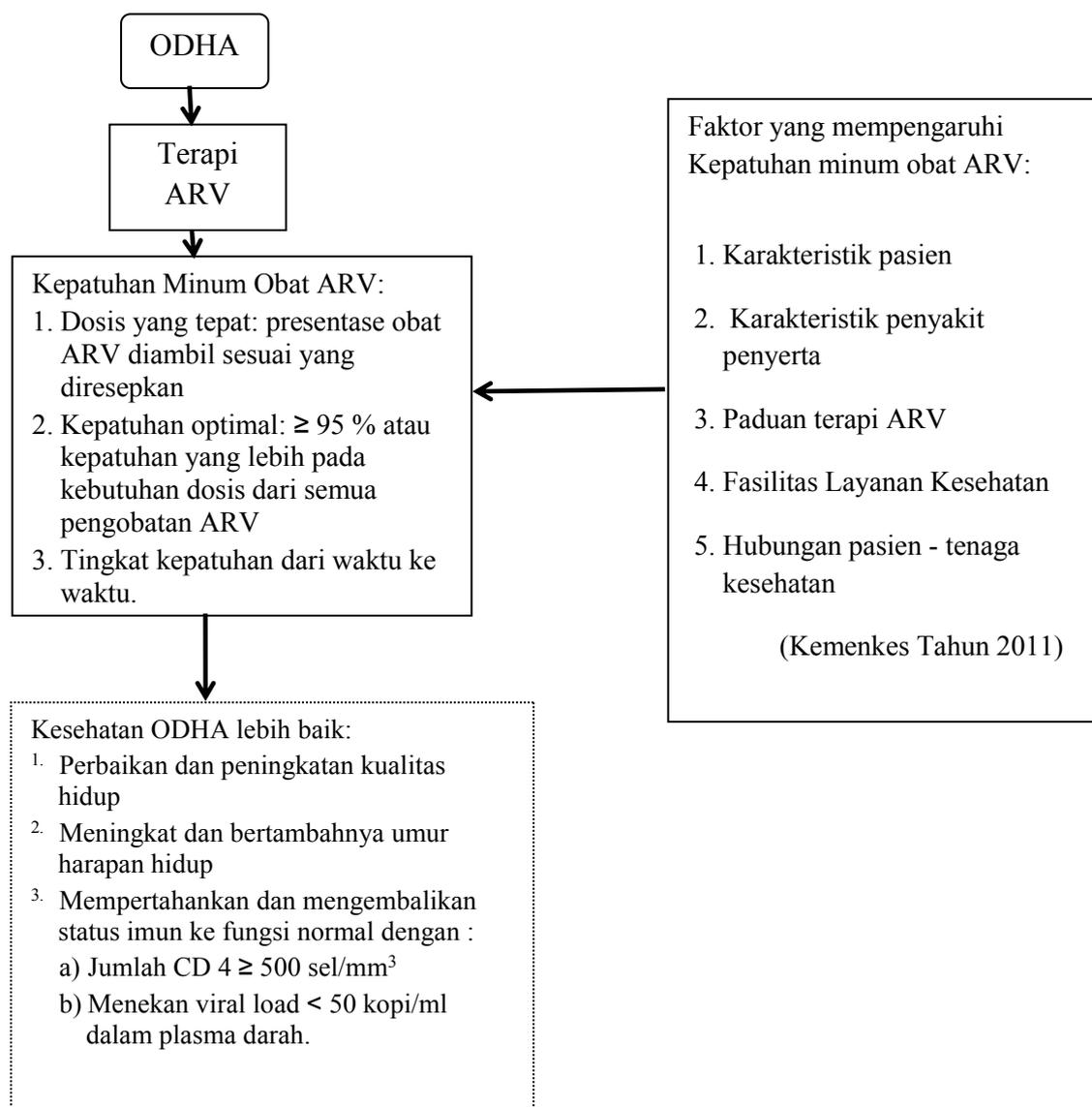
Dilihat dari orientasi cara peningkatan motivasi, para ahli mengelompokkannya ke dalam suatu model - model motivasi, yakni:

- a. Model tradisional
- b. Model hubungan manusia
- c. Model sumber daya manusia

Dilihat dari jenis pemberian, seperti reward atau penghargaan dan punishment atau hukuman, maka motivasi dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

- a. Motif positif (*insentif positif*)
- b. Motivasi negatif (*insentif negatif*)

2.5 Kerangka Konseptual



Keterangan : Diteliti :
 Tidak diteliti :
 Arah hubungan variabel : →

Gambar 2.3 Kerangka konseptual analisis faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat Antiretroviral (ARV) Pada Orang Dengan HIV & AIDS (ODHA) Di Sumba Barat Daya

Penjelasan Kerangka Konsep

Berdasarkan gambar 2.3 diatas dapat dijelaskan bahwa orang yang telah didiagnosis dengan HIV & AIDS (ODHA) harus menjalani pengobatan terapi antiretroviral (ARV). Dalam menjalani terapi ARV pasien harus mematuhi atau mengikuti semua aturan minum obat ARV. Kepatuhan Minum Obat ARV harus diaplikasikan dengan minum obat dengan dosis yang tepat: presentase obat ARV diambil sesuai yang diresepkan. Kepatuhan optimal: $\geq 95\%$ atau kepatuhan yang lebih pada kebutuhan dosis dari semua pengobatan ARV, serta harus memiliki tingkat kepatuhan dari waktu ke waktu.

Menurut Kemenkes RI tahun 2011 kepatuhan seorang pasien dengan HIV & AIDS yang minum obat ARV banyak dipengaruhi oleh beberapa faktor penting, yaitu fasilitas kesehatan, karakteristik pasien, paduan terapi ARV, hubungan pasien dengan petugas kesehatan, dan karakteristik penyakit penyerta.

Faktor tersebut sangat besar pengaruhnya bagi seseorang dengan HIV & AIDS (ODHA) untuk mengikuti program dan berperilaku dengan baik dalam mengikuti semua program pengobatan HIV & AIDS dengan ARV. Mematuhi dan menjalankan semua program pengobatan merupakan kebutuhan ODHA untuk pulih dari sakit dan berhasil dalam pengobatan.

Apabila orang dengan HIV & AIDS menjalani dengan kepatuhan yang baik, maka kesehatan ODHA tersebut akan lebih baik dengan dilihat dari adanya perbaikan dan peningkatan kualitas hidup, meningkat dan bertambahnya umur harapan hidup, serta akan mempertahankan dan mengembalikan status imun ke fungsi normal dengan jumlah CD 4 ≥ 500 sel/mm³ dan menekan viral load hingga < 50 kopi/ml dalam plasma darah.

2.5 Hipotesis Penelitian

- H₁ :
1. Ada pengaruh faktor karakteristik pasien dengan kepatuhan minum obat antiretroviral (ARV) pada orang dengan HIV & AIDS (ODHA).
 2. Ada pengaruh faktor karakteristik penyakit penyerta dengan kepatuhan minum obat antiretroviral (ARV) pada orang dengan HIV & AIDS (ODHA).
 3. Ada pengaruh faktor fasilitas layanan kesehatan dengan kepatuhan minum obat antiretroviral (ARV) pada orang dengan HIV & AIDS (ODHA)..
 4. Ada pengaruh faktor paduan terapi ARV dengan kepatuhan minum obat antiretroviral (ARV) pada orang dengan HIV & AIDS (ODHA).
 5. Ada pengaruh hubungan pasien - tenaga kesehatan dengan kepatuhan minum obat antiretroviral (ARV) pada orang dengan HIV & AIDS (ODHA).