

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep HIV/AIDS

##### 2.1.1 Definisi HIV dan AIDS

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah virus sitopatik diklasifikasikan dalam famili *Retroviridae*, subfamily *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 kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh HIV. Virus HIV ditemukan dalam cairan tubuh terutama darah, cairan sperma, cairan vagina, air susu ibu. Virus tersebut merusak system kekebalan tubuh manusia dan mengakibatkan turunnya atau hilangnya daya tahan tubuh, sehingga mudah terjangkit penyakit infeksi (Depkes, 2006).

Virus HIV dan virus-virus sejenisnya seperti SIV, FIV dan lain-lain biasanya tertular melalui kontak langsung 6 ara 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**

Virus HIV memiliki dua jenis serotipe, yaitu HIV-1 dan HIV- 2. HIV-1 adalah virus HIV yang paling infeksi, memiliki virulensi yang lebih tinggi dan merupakan penyebab infeksi HIV global. HIV- 2 adalah virus yang memiliki infektifitas dan virulensi yang lebih rendah dan ditemukan terutama di Afrika barat.

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 Gejala

Tanda dan gejala klinis yang ditemukan pada penderita AIDS umumnya sulit dibedakan karena bermula dari gejala klinis umum yang didapati pada penderita penyakit lainnya. Secara umum dapat dikemukakan sebagai berikut:

1. Rasa lelah dan lesu
2. Berat badan menurun secara drastis
3. Demam yang sering dan berkeringat waktu malam
4. Mencret dan kurang nafsu makan
5. Bercak-bercak putih di lidah dan di dalam mulut
6. Pembengkakan leher dan lipatan paha
7. Radang paru
8. Kanker kulit

#### 2.1.4 Penularan HIV-AIDS

HIV menular melalui cairan tubuh seperti darah, semen atau air mani, cairan vagina, air susu ibu dan cairan lainnya yang mengandung darah. Virus tersebut menular melalui:

1. Melakukan penetrasi seks yang tidak aman dengan seseorang yang telah terinfeksi. Kondom adalah satu-satunya cara dimana penularan HIV dapat dicegah.
2. Melalui darah yang terinfeksi yang diterima selama transfusi darah dimana darah tersebut belum dideteksi virusnya atau penggunaan jarum suntik yang tidak steril.
3. Penggunaan bersama jarum untuk menyuntik obat/ narkoba dengan seseorang yang telah terinfeksi.
4. Wanita hamil dapat juga menularkan virus ke bayi mereka selama masa kehamilan atau persalinan dan juga melalui menyusui (ASI).

#### 2.1.5 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 penderitanya 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.

### 2.1.6 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.

## 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.

### 2.1.7 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 karena defisiensi vitamin atau besi, membaik	Diagnosis klinis

	dengan terapi antifungal	
<b>Kondisi Klinis</b>	<b>Diagnosis Klinis</b>	<b>Diagnosis Definitif</b>
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 warts) wajah, meliputi > 5% permukaan kulit dan merusak penampilan	Diagnosis klinis
Moluskum contagiosum luas	Lesi: benjolan kecil sewarna kulit, atau	Diagnosis klinis
<b>Kondisi Klinis</b>	<b>Diagnosis Klinis</b>	<b>Diagnosis Definitif</b>
	keperakan atau merah muda, berbentuk kubah, dapat disertai bentuk pusat, dapat diikuti reaksi	

	inflamasi, meliputi 5% permukaan tubuh dan ganggu penampilan Moluscum 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
<b>Stadium klinis 3</b>		
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 $\geq 3$ kali sehari) selama lebih dari 1 bulan	Tidak diharuskan, namun perlu untuk konfirmasi apabila $\geq 3$ feses tidak cair dan $\geq 2$ 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. Malaria harus disingkirkan pada daerah endemis	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
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
<b>Kondisi Klinis</b>	<b>Diagnosis Klinis</b>	<b>Diagnosis Definitif</b>
	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) ( $<8\text{g/dl}$ ), netropenia ( $<1000\text{mm}^3$ ) dan atau trombositopenia kronik ( $<50.000/\text{mm}^3$ , $>1$ bulan)	Tidak ada diagnosis klinis presumtif	Diagnosis dengan pemeriksaan laboratorium, tidak disebabkan oleh kondisi non-HIV lain, tidak berespons dengan terapi standar hematinik, antimalaria atau antihelminik sesuai pedoman nasional, WHO IMCI atau pedoman lainnya.
<b>Kondisi Klinis</b>	<b>Diagnosis Klinis</b>	<b>Diagnosis Definitif</b>
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 interstitial limfoid (PIL) simtomatik	Tidak ada pemeriksaan presumtif	Diagnosis dengan Ro dada: infiltrat, interstitial, 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
<b>Stadium klinis 4</b>		
HIV wasting syndrome	Anamnesis adanya penurunan berat badan (>10% BB) dengan wasting yang jelas atau IMT <18,5, ditambah: Diare kronik yang tidak dapat dijelaskan (feses lembek atau cair $\geq 3$ kali sehari) selama >1 bulan ATAU Demam atau keringat malam selama >1 bulan tanpa penyebab lain	Pemeriksaan fisik 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
<b>Kondisi Klinis</b>	<b>Diagnosis Klinis</b>	<b>Diagnosis Definitif</b>
	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 interstitial 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 viseral	Kultur positif atau DNA (PCR) HSV atau sitologi atau histologi yang sesuai

	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 M. tuberculosis atau histopatologi yang sesuai dari lokasi infeksi terkait, disertai dengan gejala atau tanda yang sesuai (bila kultur atau
<b>Kondisi Klinis</b>	<b>Diagnosis Klinis</b>	<b>Diagnosis Definitif</b>
	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	histopatologi 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 neurologis fokal atau penurunan kesadaran dan	Antibodi toksoplasma positif

	Merespons dalam 10 hari dengan terapi spesifik	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
<b>Kondisi Klinis</b>	<b>Diagnosis Klinis</b>	<b>Diagnosis Definitif</b>
Kriptokokosis ekstrapulmonar (termasuk meningitis)	Meningitis: biasanya subakut, demam dengan sakit kepala yang bertambah berat, meningismus, bingung, perubahan perilaku, dan respons dengan terapi kriptokokus	Isolasi Cryptococcus neoformans dari lokasi ekstraparu atau tes antigen kriptokokus (CRAG) positif di LCS 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
<b>Kondisi Klinis</b>	<b>Diagnosis Klinis</b>	<b>Diagnosis Definitif</b>
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	Penurunan berat badan persisten, tidak disebabkan oleh pola makan yang	Tercatatnya berta menurut tinggi atau berat menurut umur kurang dari – 3 SD
tidak berespons terhadap terapi standar	buruk atau inadkuat, 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	+/- edema

	IMCI WHO	
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 dan/atau kesulitan atau menangis saat makan	Diagnosis dengan penampilan makroskopik saat endoskopi, mikroskopik dari jaringan atau makroskopik dengan bronkoskopi atau histologi

### 2.1.8 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium penting untuk menegakkan diagnosis, mengetahui perkembangan penyakit infeksi HIV maupun yang terinfeksi oportunistik dan keganasan, juga memantau hasil pengobatan.

Ada beberapa persyaratan pemeriksaan laboratorium untuk melakukan tes HIV, yaitu sebelum pengambilan darah, penderita yang dicurigai terinfeksi HIV diberikan konseling pre-tes dan apabila yang bersangkutan setuju dilakukan pemeriksaan akan menandatangani informed consent (surat persetujuan dilakukan tes HIV) dan dapat dilanjutkan dengan pemeriksaan laboratorium. Setelah hasil selesai diberikan konseling pascates untuk hasil yang positif maupun negatif. Kesemuanya harus dilakukan secara rahasia dan sukarela.

Ada beberapa pemeriksaan :

1. Deteksi infeksi HIV : antibodi dan antigen
  - 1) Pemeriksaan antibodi

Antibodi yang diperiksa pada umumnya adalah imunoglobulin G (IgG). Antibodi pada umumnya terbentuk sekitar 3-6 minggu setelah terinfeksi. Bahkan pada pembentukan antibodi lambat baru terbentuk sekitar 3-6 bulan. Ada beberapa macam pemeriksaan antibodi, antara lain :

- a. ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbant Assay*), yang memerlukan peralatan canggih dan waktu pemeriksaan yang cukup lama
- b. *Rapid test*, tes yang cepat ini mudah penggunaannya dan tidak memerlukan peralatan yang canggih. Waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan relatif cepat sekitar 10-20 menit (misal: aglutinasi, imunodot, imunokrotografi).

## 2) Pemeriksaan antigen

Pemeriksaan ini dapat mendeteksi HIV secara langsung dengan menggunakan:

- a. Deteksi protein virus (p24 *antigen capture assay*)

Hasil p24 *antigen capture assay* yang positif dikatakan mempunyai korelasi dengan replika virus. Protein p24 tersebut dapat diperiksa dengan cara ELISA dan sensitivitasnya 15pg/ml.

- b. Deteksi asam nukleat virus secara langsung (PRC)

Deteksi asam nukleat sering digunakan untuk membantu hasil ELISA dan WB yang meragukan. Pemeriksaan yang dilakukan adalah PCR (HIV-RNA) dengan sensitivitas 40 turunan/ml, deteksi dengan b-DNA (*Branch-DNA*) mempunyai sensitivitas 500 turunan/ml. Penentuan langsung HIV ini digunakan juga untuk membantu pemberian awal pengobatan dan memantau keberhasilan terapi.

## 2. Pemeriksaan untuk mengetahui perjalanan penyakit dan pengobatan

Pemeriksaan yang sering digunakan adalah hitung sel limfosit T-CD4<sup>+</sup>(CD4) absolut yang dapat dihitung dengan cara imunofluoresen menggunakan antibodi moniklonal (manual) atau dengan alat *flowcytometer*. Apabila tidak mempunyai alat untuk memeriksa limfosit T-CD4<sup>+</sup>, pemantauan pengobatan dapat menggunakan hitung limfosit total.

Hitung jumlah CD4 bisa dilakukan pada evaluasi pertama dan pada kunjungan kedua dilakukan pada 2-6 minggu kemudian untuk menentukan tindakan selanjutnya, tergantung pada gejala klinis. Pemeriksaan CD4 dapat dilakukan setiap 2-4 bulan (rata-rata sekitar 3 bulan) setelah hasil pemeriksaan jumlah CD4 pertama diperoleh. WHO menganjurkan pemeriksaan CD4 tiap 6 bulan pada pemantauan pengobatan.

Nilai CD4 normal  $> 500 \text{ sel/mm}^3$ , bila didapatkan:

- 1)  $>500 \text{ sel/mm}^3$  : sindrom retroviral akut/asimtomatis
- 2)  $<500 \text{ sel/mm}^3$  : asimtomatis
- 3)  $<200 \text{ sel/mm}^3$  : gejala makin parah dan persisten
- 4)  $<50 \text{ sel/mm}^3$  : meningkatnya kemungkinan infeksi oportunistik dan mortalitas.

## 3. Pemeriksaan penunjang untuk infeksi oportunistik, keganasan, serta pemantauan pengobatan.

Pemeriksaan penunjang tergantung dari keadaan atau penyakit yang menyertai penderita dan pemantauan hasil dan efek samping terapi, meliputi hematologi (rutin, jumlah trombosit dan hapusan darah), fungsi ginjal, fungsi hati,

mikrobiologi (pengecetan, biakan) dan serologi (toksoplasma, sitomegalovirus, herpes simplek). (Maramis, 2007).

### **2.1.9 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, perlu dikaji ulang apakah sudah ada sebelum terapi ARV (Tjokoprawiro, et al, 2015).

#### **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 (Tjokoprawiro, et al, 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 (Tjokoprawiro, et al, 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 (Tjokoprawiro, et al, 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 kulit (Tjokoprawiro, et al, 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 (Tjokoprawiro, et al, 2015).

## 6. Efavirenz

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

Tabel 2.2 Target terapi ARV (WHO, 2013 dalam Tjokoprawiro, et al, 2015)

No	Target	Uraian
1	Klinis	Kualitas hidup penderita ditingkatkan seoptimal dan dipertahankan tetap optimal selama mungkin. Umur harapan hidup penderita 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/ $\mu$ l dan atau CD 4 ditingkatkan dan dipertahankan > 500sel/mm <sup>3</sup> .
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 penderita 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"> <li>1. ODHA stadium klinis lanjut (stadium klinis WHO 3 atau 4) dan ODHA dengan CD 4 &lt; 350sel/mm<sup>3</sup> mendapat prioritas ART.</li> <li>2. ART dapat dimulai pada ODHA dengan CD 4 ≥ 350 sel/mm<sup>3</sup> dan ≤ 500 sel/mm<sup>3</sup> tanpa memperhatikan stadium klinis WHO.</li> <li>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 ke pasangan tidak terinfeksi).</li> </ol>
2	Wanita hamil dan menyusui	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Terkait program dan operasional (terutama daerah epidemik), semua wanita hamil dan menyusui perlu mendapat ART jangka lama.</li> <li>3. ODHA tidak memenuhi syarat untuk diberi ART (terkait kesehatannya), dipertimbangkan penghentian ART setelah periode risikotransmisi ibu ke anak berakhir.</li> </ol>
3	ARV dan menyusui	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu terinfeksi HIV, tetap menyusui eksklusif disertai pemberian ARV agar dapat mengurangi transmisi HIV dari ibu ke anak.</li> <li>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.</li> </ol>

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	1. ART lini I merupakan kombinasi dua nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) ditambah satu Non nucleoside reverse transcriptase inhibitors

		<p>(NNRTI).</p> <p>2. TDF + 3TC (FTC) + EFV.</p> <p>3. Bila TDF + 3TC (FTC) + EFV terdapat kontra indikasi, pilihan yang direkomendasi:</p> <p>a. AZT + 3TC + EFV</p> <p>b. AZT + 3TC + NVP</p> <p>c. TDF + 3 TC (FTC) + NVP</p>
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 (Tjokoprawiro, 2015).

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

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

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

Tabel 2.7 ART lini III (Tjokoprawiro, 2015)

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

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 penderita ( 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.

### **2.2.2 Pengukuran perilaku kepatuhan**

Kepatuhan pasien terhadap aturan pengobatan pada prakteknya sulit dianalisa, karena kepatuhan sulit di identifikasikan, sulit diukur dengan teliti dan bergantung pada banyak faktor. Pengkajian yang akurat terhadap individu yang tidak patuh merupakan suatu tugas yang rumit dan berat. Metode yang digunakan untuk mengukur sejauh mana seseorang dalam mematuhi nasehat dari tenaga kesehatan yang meliputi laporan daripada orang itu sendiri, laporan tenaga kesehatan, perhitungan jumlah pil dan botol, tes darah dan urine, alat - alat mekanis, dan observasi langsung dari hasil pengobatan (Niven, 2002).

### **2.2.3 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 2015).

#### 2.2.4 Pengertian kepatuhan minum obat

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. Lutfey & Wishner, (1999) menjelaskan juga bahwa pengertian *adherence* lebih tinggi kompleksitasnya dalam *medical care*, yang dicirikan oleh adanya kebebasan, penggunaan *intelengensia*, kemandirian oleh pasien yang bertindak lebih aktif dan perannya lebih bersifat sukarela dalam menjelaskan dan menentukan sasaran-sasaran dari *treatment* pengobatan. Lebih lanjut dijelaskan bahwa dalam pengertian *adherence* pasien menjadi lebih kontinyu dalam proses pengobatan.

*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.

Selanjutnya Horne, dkk. (2005) menjelaskan pengertian *concordance*, yaitu perilaku dalam mematuhi resep dari dokter yang sebelumnya terdapat hubungan yang dialogis antara pasien dan dokter dan merepresentasikan keputusan yang dilakukan bersama, yang dalam proses ini kepercayaan dan pikiran dari pasien menjadi pertimbangan. Dalam *concordance* terjadi proses konsultasi, yang di

dalamnya terdapat komunikasi dari dokter dengan pasien untuk mendukung kepuasan pengobatan.

Dari beberapa pengertian yang telah dikemukakan di atas, pengertian kepatuhan dalam mengkonsumsi 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.

### **2.2.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengobatan ARV**

Menurut Grean (1980) faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan antara lain:

1. Faktor predisposisi mencakup pengetahuan, pendidikan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai.
2. Faktor pendukung mencakup tersedianya sarana dan fasilitas kesehatan dan juga lingkungan.
3. Faktor pendorong mencakup sikap petugas kesehatan, perilaku petugas kesehatan, perilaku masyarakat.

Kepatuhan pasien terhadap pengobatannya dipengaruhi oleh beberapa faktor, meliputi (Osterberg dan Terrence, 2005; Delamater, 2006; Kocurek, 2009):

1. Faktor demografi

Faktor demografi, seperti suku, status sosio-ekonomi yang rendah dan tingkat pendidikan yang rendah dikaitkan dengan kepatuhan yang rendah terhadap regimen pengobatan.

## 2. Faktor psikologi

Faktor psikologi juga dikaitkan dengan kepatuhan terhadap regimen pengobatan. Kepercayaan terhadap pengobatan dapat meningkatkan kepatuhan. Sedangkan faktor psikologi, seperti depresi, cemas, dan gangguan makan yang dialami pasien dikaitkan dengan ketidakpatuhan.

## 3. Faktor sosial

Hubungan antara anggota keluarga dan masyarakat juga berperan penting dalam pengobatan ARV. Dukungan sosial dapat menurunkan rasa depresi atau stres penderita.

## 4. Faktor yang berhubungan dengan penyakit dan medikasi

Penyakit kronik yang diderita pasien, regimen obat yang kompleks, dan efek samping obat yang terjadi pada pasien dapat meningkatkan ketidakpatuhan pada pasien.

## 5. Faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan

Komunikasi yang rendah dan kurangnya waktu yang dimiliki tenaga kesehatan, seperti dokter menyebabkan penyampaian informasi menjadi kurang sehingga pasien tidak cukup mengerti dan paham akan pentingnya pengobatan. Keterbatasan tenaga kesehatan, seperti Apoteker waktu dan keahlian yang dimiliki Apoteker juga berpengaruh terhadap pemahaman pasien mengenai penggunaan obat sehingga cenderung meningkatkan ketidakpatuhan pasien.

## Faktor yang Mempengaruhi Ketidapatuhan Terapi ARV

### 1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terhadap objek terjadi melalui panca indra manusia yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmojo, 2003: 127–128).

Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingat bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, akan tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan non formal.

Wildra Martoni dkk. Dalam penelitiannya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien HIV/AIDS di poliklinik khusus rawat jalan menyebutkan bahwa pengetahuan menjadi variabel yang mendominasi tingkat kepatuhan pasien HIV/AIDS terhadap obat antireteroviral (ARV). Pasien dengan tingkat pengetahuan yang tinggi biasanya lebih patuh karena sudah mengetahui keparahan dan keseriusan penyakit yang dideritanya. Selain itu odha juga sudah

mengetahui dengan kepatuhan terhadap ARV akan membawa perbaikan bagi kualitas hidupnya baik secara fisik, psikologis maupun sosial.

## 2. Sikap

Sikap diartikan sebagai suatu syarat untuk menculnya suatu tindakan. Fenomena sikap adalah mekanisme mental yang mengevaluasi, membentuk pandangan, mewarnai perasaan dan akan ikut menentukan kecenderungan perilaku terhadap manusia atau sesuatu yang dihadapi, bahkan terhadap diri sendiri. (Priyoto, 2014)

Dalam buku Notoadmodjo (2003:124) mengemukakan bahwa sikap (*attitude*) adalah merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau obyek. Menurut Eagle dan Chaiken (1993) dalam buku A. Wawan dan Dewi M. (2010:20) mengemukakan bahwa sikap dapat diposisikan sebagai hasil evaluasi terhadap obyek sikap yang diekspresikan ke dalam proses proses kognitif, afektif (emosi) dan perilaku. Dari definisi-definisi di atas menunjukkan bahwa secara garis besar sikap terdiri dari komponen kognitif (ide yang umumnya berkaitan dengan pembicaraan dan dipelajari), perilaku (cenderung mempengaruhi respon sesuai dan tidak sesuai) dan emosi (menyebabkan respon-respon yang konsisten).

## 3. Persepsi

Persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa atau hubunganhubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya (Notoatmojo, 2010: 92). Persepsi merupakan pemberian makna kepada stimulus yang diterima oleh setiap orang. Pemberian makna terhadap stimulus atau objek yang sama dapat berbeda-beda pada masing-masing individu. Dengan demikian

persepsi individu terhadap penyakit yang sama dapat dipersepsikan secara berbeda-beda. Mungkin sebagian orang mempersepsikan sebagai penyakit, tetapi bagi sebagian yang lain mungkin mempersepsikan bukan sebagai penyakit. Apa yang dirasakan sehat oleh seseorang, bisa saja dirasakan tidak sehat bagi orang lain.

Pada kenyataannya dimasyarakat terdapat konsep yang beraneka ragam tentang sehat-sakit yang kadang-kadang tidak sejalan bahkan bertentangan dengan konsep sehat-sakit yang diarahkan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan. Adanya perbedaan persepsi ini dapat mempengaruhi perilaku individu ketika sakit, yang kadang-kadang cenderung untuk membuat keputusan sendiri

#### 4. Faktor Internal

Faktor internal terdapat dalam diri odha sendiri. Penelitian Yuyun Yuniar dkk menyimpulkan bahwa motivasi diri, tingkat kesadaran serta keimanan pada setiap ODHA akan sangat mempengaruhi tingkat kepatuhan odha dalam mengakses obat antireteroviral (ARV). Tingkat kepatuhan inilah yang akan mempengaruhi ODHA untuk memutuskan melanjutkan atau berhenti terapi ARV. Jika tingkat kepatuhannya tinggi maka jumlah odha yang berhenti menjalankan terapi ARV akan kecil dan sebaliknya, jika angka kepatuhannya rendah maka jumlah odha yang berhenti terapi ARV akan semakin bertambah.

#### 5. Lingkungan

Lingkungan yang tidak mendukung pada odha dalam mengakses ARV, bisa menjadi pemicu kejadian ketidakpatuhan terapi ARV. Diantara lingkungan yang menjadi penghambat kepatuhan dan dapat memicu berhenti menjalankan terapi ARV adalah tidak adanya dukungan dari keluarga, teman, munculnya stigma

negatif pada odha, juga diskriminasi yang dirasakan odha. Oleh karenanya, perlu diupayakan peningkatan dukungan dari keluarga, teman, LSM, forum Warga Peduli AIDS (WPA) juga komunikasi yang baik kepada ODHA.

Peltzer K, Natalie FD, dan Anderson J. dalam penelitian kepatuhan pasien HIV/AIDS di Kwazulu-Natal, Afrika Selatan menyimpulkan bahwa penduduk di daerah perkotaan mempunyai tingkat kepatuhan lebih tinggi dari pada di daerah pedesaan. Hal ini disebabkan mudahnya akses informasi yang didapat, dukungan sosial dan kemampuan berperilaku.

#### 6. Pelayanan Kesehatan

Rasmusen DN, et al dalam studi kualitatifnya di Bissau tahun 2007 menyebutkan hambatan dalam mengakses ARV oleh pasien adalah karena kurangnya peralatan yang dimiliki oleh klinik. Penelitian yang sama oleh Sanjobo dkk di Zambia pada tahun 2008 juga menyebutkan hambatan berupa kurangnya komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien sehingga informasi ARV dirasa kurang, kurangnya tindak lanjut dan konseling juga kurangnya kerahasiaan di sarana pelayanan kesehatan sehingga status HIV/AIDS pasien diketahui oleh banyak orang.

#### 7. Meninggal

Pasien yang memutuskan untuk berhenti terapi ARV mempunyai faktor resiko meninggal yang lebih besar dari pada pasien yang patuh terhadap ARV. Banyak hasil penelitian pasien dengan kepatuhan yang rendah yang telah disurvei hasilnya meninggal. Dalal RP et al pada tahun 2008 di Afrika Selatan menyebutkan dari 267 pasien yang tidak patuh terapi ARV, 128 pasien (48%) nya dilaporkan meninggal. Masih di Negara yang sama, di kota Kwazulu-Natal pada

tahun 2010, Peltzer K dkk mencatat 82 orang meninggal dari 177 orang yang tidak patuh menjalankan terapi ARV. Togun T dkk pada tahun 2011 mencatat setiap tahunnya dari tahun 2004 hingga 2009, 47 dari 100 orang yang tidak patuh menjalankan terapi ARV meninggal.

### **2.2.6 Upaya peningkatan kepatuhan**

Upaya meningkatkan kepatuhan bisa dengan meningkatkan kemampuan menyampaikan informasi oleh tenaga kesehatan, yaitu dengan memberikan informasi yang jelas kepada pasien mengenai penyakit yang dideritanya, 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). Akan tetapi, khusus untuk penderita 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**

### **2.3.1 Pengertian**

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).

### 2.3.2 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.

Menurut Penelitian Rogers (1974) seperti dikutip Notoatmojo (2003), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yakni :

- 1) Kesadaran (awareness)  
Dimana orang mulai tertarik pada stimulus.
- 2) Tertarik (interest)  
Dimana orang mulai tertarik pada stimulus.
- 3) Evaluasi (evaluation)  
Menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) Mencoba (trial)  
Dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru.
- 5) Menerima (Adoption)  
Dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Benyamin Bloom ,seperti yang dikutip Notoatmodjo (2003), membagi perilaku itu didalam 3 domain (ranah/kawasan),meskipun kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas.yakni kognitif (*Cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*).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*)**

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, attau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung,telinga, lidah, dan kulit). Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melaluiindera pendengaran (telinga) ddann indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap obbjek mempunyai intensitas 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 consistency with regard to object*". Jadi, jelas disini dikatakan bahwa 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

1. **menerima** (*receiving*), diartikan bahwa orang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).
2. **menggapai** (*responding*), diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.
3. **menghargai** (*valuing*), diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai positif terhadap objek atau stimulus, dengan membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak atau mempengaruhi dan menganjurkan orang lain untuk merespons.
4. **bertanggung jawab** (*responsible*). Sikap yang paling tinggi tingkatnya adalah bertanggung jawab (*responsible*) terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, harus berani mengambil resiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya resiko lain.

### 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 dipimpin (*guided response*), praktik secara mekanisme (*mechanism*), dan adopsi (*adoption*).

## 2.4 Konsep Sikap

### 2.4.1 Definisi

Banyak sosiolog dan psikolog memberi batasan bahwa sikap merupakan kecenderungan individu untuk merespon dengan cara yang khusus terhadap stimulus yang ada dalam lingkungan sosial. Sikap merupakan suatu kecenderungan untuk mendekat atau menghindari, positif atau negatif terhadap berbagai keadaan sosial, apakah itu institusi, pribadi, situasi, ide, konsep dan sebagainya (Howard dan Kendler, 1974; Gerungan, 2000).

Gagne (1974) mengatakan bahwa sikap merupakan suatu keadaan internal (*internal state*) yang mempengaruhi pilihan tindakan individu terhadap beberapa obyek, pribadi, dan peristiwa. Masih banyak lagi definisi sikap yang lain, sebenarnya agak berlainan, akan tetapi keragaman pengertian tersebut disebabkan oleh sudut pandang dari penulis yang berbeda. Namun demikian, jika dicermati hampir semua batasan sikap memiliki kesamaan pandang, bahwa sikap merupakan suatu keadaan internal atau keadaan yang masih ada dalam diri manusia. Keadaan internal tersebut berupa keyakinan yang diperoleh dari proses akomodasi dan asimilasi pengetahuan yang mereka dapatkan, sebagaimana pendapat Piaget's tentang proses perkembangan kognitif manusia (Wadworth,

1971). Sejalan dengan pengertian sikap yang dijelaskan di atas, dapat dipahami bahwa:

1. Sikap ditumbuhkan dan dipelajari sepanjang perkembangan orang yang bersangkutan dalam keterkaitannya dengan obyek tertentu,
2. Sikap merupakan hasil belajar manusia, sehingga sikap dapat ditumbuhkan dan dikembangkan melalui proses belajar,
3. Sikap selalu berhubungan dengan obyek, sehingga tidak berdiri sendiri,
4. Sikap dapat berhubungan dengan satu obyek, tetapi dapat pula berhubungan dengan sederet obyek sejenis,
5. Sikap memiliki hubungan dengan aspek motivasi dan perasaan atau emosi (Gerungan,2000)

#### 2.4.2 Komponen Sikap

Baron dan Byrne juga Myers dan Gerungan menyatakan bahwa ada 3 komponen yang membentuk sikap yaitu :

- a) Komponen perseptual (*Komponen kognitif*).

Komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan , keyakinan yaitu hal-hal yang berhubungan dengan bagaimana orang mempersepsikan terhadap sikap.

- b) Komponen emosional (*Komponen afektif*).

Komponen yang berhubungan dengan rasa senang atau tidak senang terhadap objek sikap. Rasa senang merupakan hal yang positif sedangkan rasa tidak senang merupakan hal yang negatif.

- c) Komponen perilaku (*Komponen konatif*).

Komponen yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak terhadap

objek sikap. Komponen ini menunjukkan intensitas sikap, yaitu menunjukkan besar kecilnya kecenderungan bertindak atau berperilaku seseorang terhadap objek sikap (Wawan dan Dewi, 2010).

Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu :

a) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.

Keyakinan merupakan kepercayaan bahwa dirinya boleh mengendalikan kehidupannya dengan baik serta segala gambaran yang dihadapinya. Albert Ellis (1962) menilai bahwa emosi dan perilaku merupakan produk dari keyakinan dan bukan dari respon langsung terhadap lingkungannya. Bukan dengan mencoba merubah lingkungan tetapi gangguan emosional mungkin bisa dihilangkan dan perilaku maladaptif dapat disingkirkan dengan merubah representasi internal orang. Identifikasi serangkaian keyakinan umum yang tidak rasional yang dapat merubah gangguan emosional dan perilaku maladaptif, meliputi keyakinan bahwa kita harus diterima oleh setiap orang, bahwa kehilangan penerimaan seseorang merupakan hal yang memalukan segala sesuatu dengan baik. Kita bersosialisasi dengan dunia persepsi dan harapan orang lain, bila tidak dapat mengembangkan standart perilaku yang memungkinkan menilai upaya kita sendiri atau bila kita tidak dapat memprioritaskan penerimaan/persetujuan dari peran sebagai anggota kelompok maka kehidupan sehari-hari dapat menjadi mimpi buruk yang mencemaskan dan penolakan memicu terjadinya stress dan depresi.

b) Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek.

c) Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh ini, pengetahuan, berfikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Pengetahuan akan membawa seseorang untuk berfikir, dalam berfikir komponen emosi dan keyakinan ikut berperan sehingga seseorang untuk berniat dan akan menimbulkan sikap terhadap obyek tertentu.

### 2.4.3 Tingkatan Sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni (Notoadmodjo, 2003) :

a) Menerima (*receiving*).

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

b) Merespon (*responding*).

Memberikan jawaban apabila ditanya mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan. Lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang itu menerima ide tersebut.

c) Menghargai (*valuing*).

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

d) Bertanggung jawab (*responsible*).

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah mempunyai sikap yang paling tinggi.

#### 2.4.4 Sifat Sikap

a) Sikap positif.

Kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu.

b) Sikap negatif.

Terdapat kecenderungan untuk menjahui, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu.

#### 2.4.5 Pengukuran Sikap

Pengukuran sikap dilakukan dengan secara langsung dan tidak langsung, secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pertanyaan responden terhadap suatu objek, secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden ( Sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju).

Menurut George J. Mouly (1967) sikap memiliki tiga komponen :

1. Komponen afektif-kehidupan emosional individu, yakni perasaan tertentu (positif atau negatif) yang mempengaruhi penerimaan atau penolakan terhadap objek sikap, sehingga timbul rasa senang-tidak senang, takut-tidak takut.
2. Komponen kognitif-aspek intelektual yang berhubungan dengan *bilief, idea* atau konsep terhadap objek sikap.
3. Komponen behavioral-kecenderungan individu untuk bertingkah laku tertentu terhadap objek sikap.

Sikap dapat diukur dengan metode/teknik :

1. *Measurement by scales*-pengukuran sikap dengan menggunakan skala-munculah **skala sikap**.
2. *Measurement by rating*-pengukuran sikap dengan meminta pendapat atau penilaian para ahli yang mengetahui sikap individu yang dituju.
3. *Indirect method*-pengukuran sikap secara tidak langsung yakni mengamati (eksperimen) perubahan sikap/pendapat ybs.

Suatu sikap belum optimis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perubahan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain fasilitas dan faktor dukungan (*support*). Praktek ini mempunyai beberapa tingkatan :

1) Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan indikator praktek tingkat pertama.

2) Respon terpimpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benardan sesuai contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat kedua.

3) Mekanime (*mechanism*)

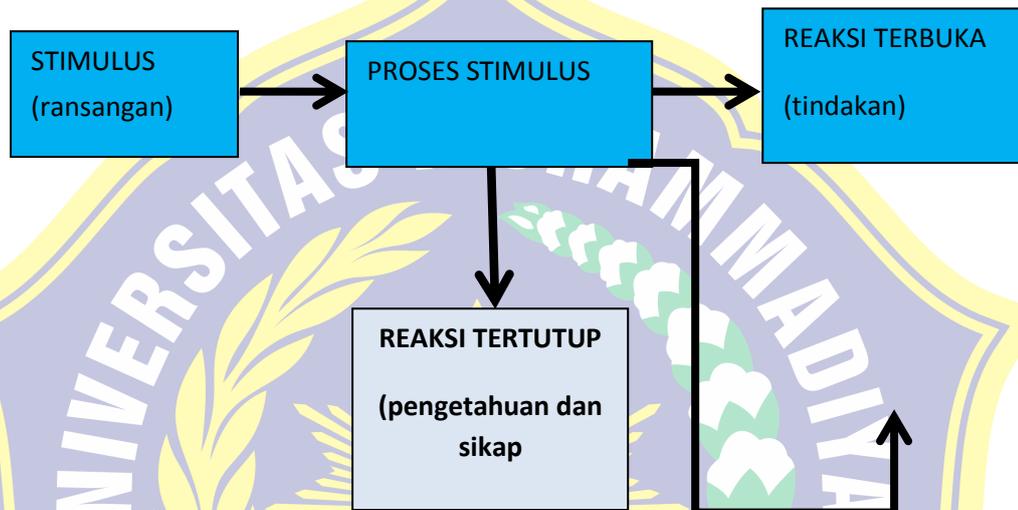
Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktek tingkat ketiga.

#### 4) Adopsi (*Adoption*)

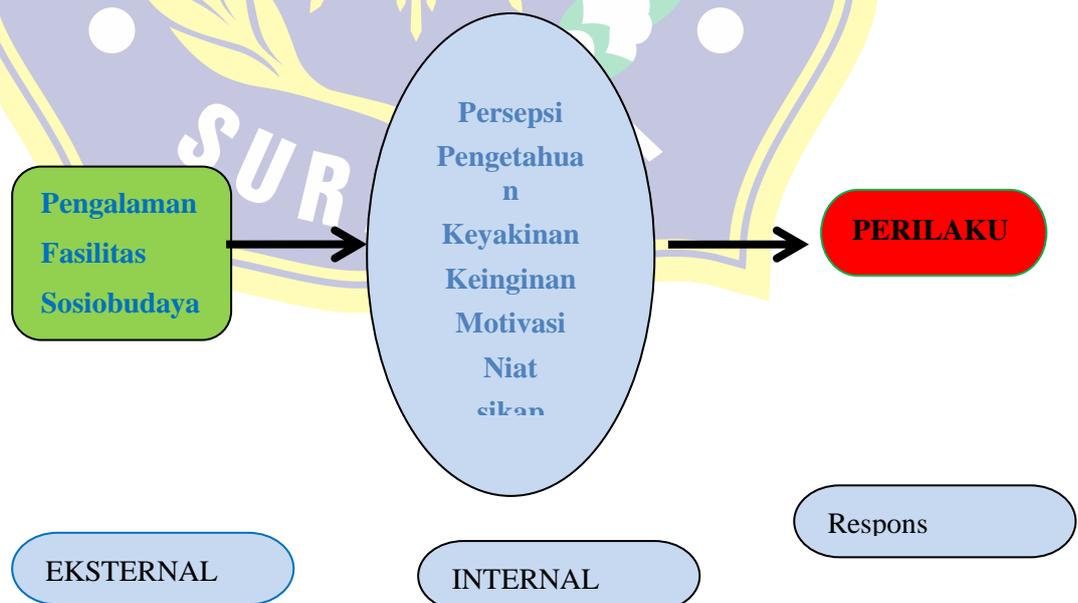
Adopsi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

**Gambar 2.2 Hubungan pengetahuan, sikap dan tindakan menurut**

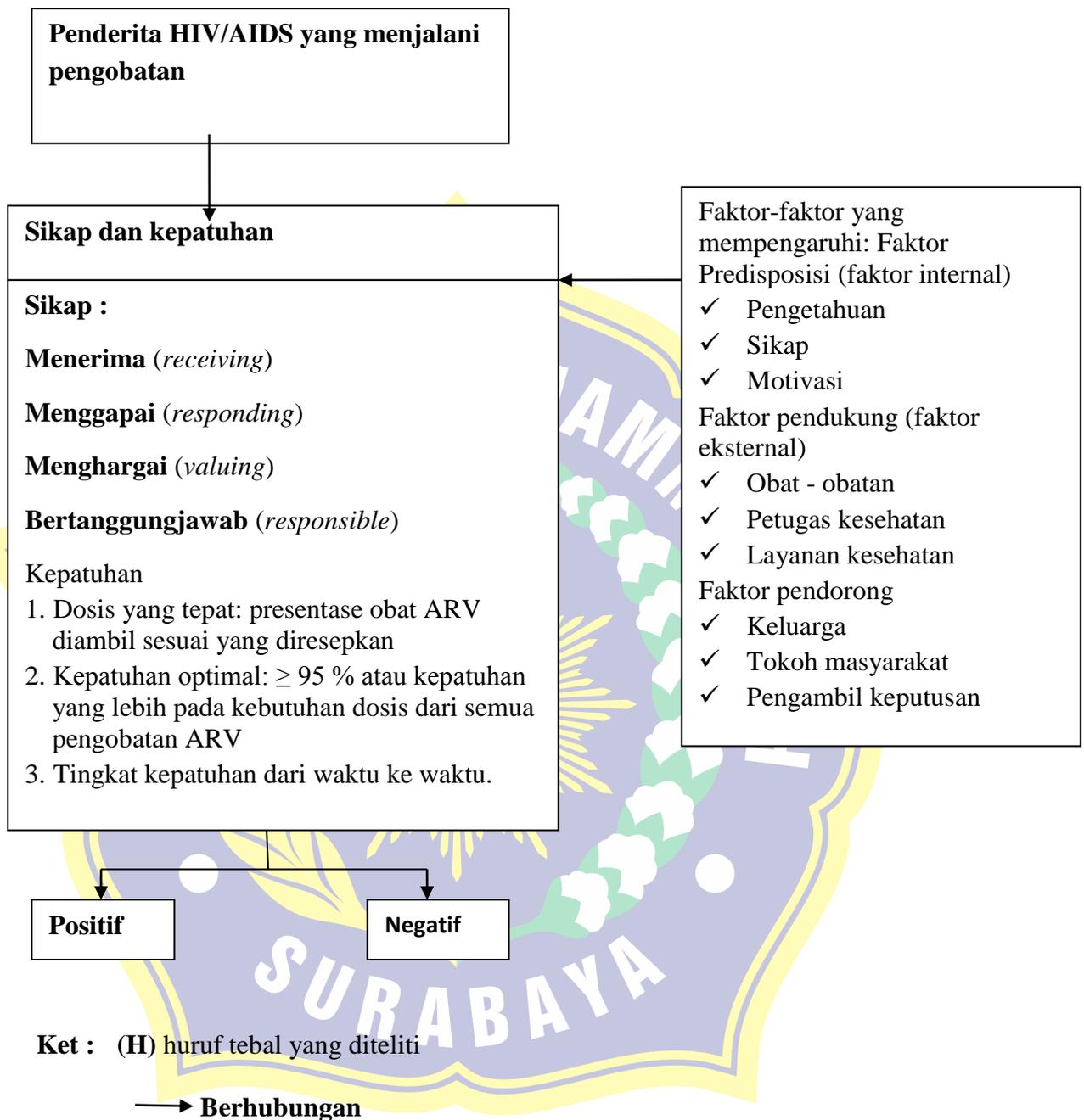
**Notoatmojo, 2010**



**Gambar 2.3 Skema Perilaku menurut Notoatmojo, 2010**



## 2.5 Kerangka konseptual



Gambar 2.3. Kerangka konseptual pada Identifikasi sikap kepatuhan pengobatan pada ODHA di Poli Upip RSUD Dr.Soetomo.

## Penjelasan Kerangka Konsep

Berdasarkan gambar 2.3 diatas dapat dijelaskan bahwa menurut Prof.Dr.Soekidjo Notoatmojo menjelaskan bahwa perilaku sikap sangat besar pengaruhnya bagi ODHA untuk bisa menjalani kepatuhan dalam pengobatan.Mematuhi dan menjalankan semua program pengobatan merupakan salah satu kebutuhan ODHA agar bisa berhasil dalam pengobatannya.

Penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses yang didasari pengetahuan,kesadaran,dan sikap yang positif,maka perilaku tersebut akan langgeng (*long lasting*).Setelah seseorang mengetahui stimulus,proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus kesehatan tersebut (notoatmodjo, 2007) sehingga bisa disimpulkan bahwa pengobatan itu sangat penting dan harus dijalani dengan sungguh-sungguh dalam seumur hidup ODHA.

### 2.6 Hipotesis Penelitian.

H1: Ada pengaruh identifikasi Sikap Kepatuhan Pengobatan pada ODHA.