

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV/AIDS

2.1.1 Definisi

Penyakit HIV adalah virus yang menyerang sel darah putih di dalam tubuh (limfosit) yang mengakibatkan turunnya kekebalan tubuh manusia dan membuatnya lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sulit sembuh dari berbagai penyakit infeksi oportunistik dan bisa menyebabkan kematian, sedangkan AIDS adalah sekumpulan gejala yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat virus HIV (Kemenkes RI, 2020:2). HIV adalah jenis virus yang tergolong familia retrovirus, sel-sel darah putih yang diserang oleh HIV pada penderita yang terinfeksi adalah sel-sel limfosit T (CD4) yang berfungsi dalam sistem imun (kekebalan) tubuh. HIV memperbanyak diri dalam sel limfosit yang diinfeksi dan merusak sel-sel tersebut, sehingga mengakibatkan sistem imun terganggu dan daya tahan tubuh berangsur-angsur menurun(6). Sementara AIDS merupakan suatu kondisi (sindrom) immunosupresif yang berkaitan erat dengan berbagai infeksi oportunistik, neoplasma sekunder, serta manifestasi neurologik tertentu akibat infeksi HIV(7).

2.1.2 Epidemiologi

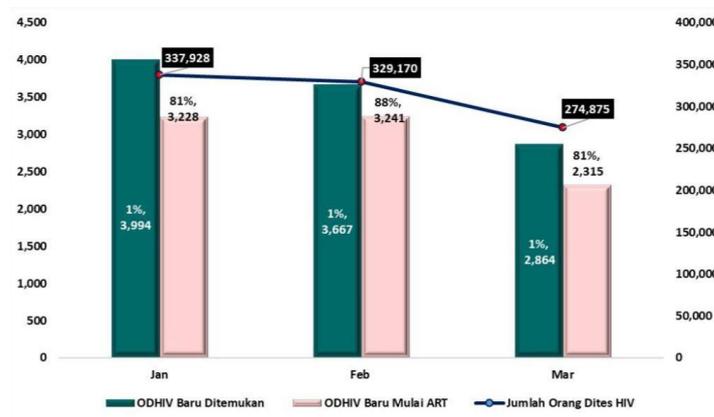
Penyebaran penyakit HIV/AIDS di dunia memperlihatkan bahwa populasi terinfeksi HIV terbesar di dunia adalah di benua Afrika (25,7 juta orang), dilanjutkan dengan Asia Tenggara (3,8 juta), serta benua Amerika sebagai peringkat ketiga (3,5 juta). Berdasarkan pernyataan sebelumnya, Asia Tenggara berada pada peringkat kedua dengan populasi penderita HIV/AIDS tertinggi (2).

Asia dan Pasifik telah membuat kemajuan penting dalam menangani epidemi regional di luar sub-Sahara Afrika. Ada 6 juta orang yang hidup dengan HIV (4,9 juta–7,2 juta) di Asia dan Pasifik di 2021. Wilayah ini terus meningkatkan perlakuan seperti cakupan pengujian, diagnosis dan pengobatan, serta tingkat penekanan virus. Pada tahun 2021, 76% orang yang hidup dengan HIV mengetahui status HIV mereka dan 86% orang yang mengetahui status HIV positifnya mengakses pengobatan (66% dari semua orang yang hidup dengan

HIV). Pendekatan inovatif sedang dilakukan diperkenalkan di seluruh wilayah—termasuk profilaksis sebelum pajanan oral (PrEP), tes mandiri HIV, dan intervensi virtual—tetapi upaya yang diintensifkan sekarang diperlukan untuk membawa pendekatan ini ke skala untuk mengatasi kesenjangan besar yang tersisa dalam cakupan layanan di antara populasi kunci(8).

Pada tahun 2022 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia juga telah melaporkan perkembangan HIV/AIDS di Indonesia pada Triwulan I sampai Maret 2022 dimana terdapat 502 kabupaten/kota dari keseluruhan kabupaten/kota di Indonesia sebanyak 514 yang mengalami kasus HIV AIDS. Hasil tes HIV dari 941.973 orang pada periode Januari-Maret 2022, ditemukan sebanyak 10.525 orang positif HIV dan sebanyak 8.784 orang mendapat pengobatan ARV (83,4%).

Gambar 2.1 Persentase ODHIV Periode Januari-Maret 2022



Sumber: Laporan Kemenkes 2022

Persentase ODHIV tertinggi periode Januari – Maret 2022 terdapat pada kelompok umur 25-49 tahun (67,9%), diikuti kelompok umur 20-24 tahun (17,7%), dan kelompok umur ≥ 50 tahun (9,5%). Berdasarkan jenis kelamin, persentase ODHIV yang ditemukan pada laki-laki sebesar 71% dan perempuan sebesar 29% dengan rasio laki-laki dan perempuan adalah 2:1. Berdasarkan laporan tersebut, lima provinsi dengan jumlah kasus AIDS terbesar berturut-turut adalah Jawa Tengah, Bali, Papua, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Kelompok dengan presentase AIDS tertinggi adalah kelompok umur 20-29 tahun (31,8%), diikuti kelompok umur 30-39 tahun (31,4%) dan kelompok umur 40-49 tahun (14,4%)(1).

Kasus HIV pada Provinsi Aceh juga dilaporkan semakin meningkat. Merujuk kepada data Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, sejak tahun 2004 hingga 2022 total pengidap HIV/AIDS mencapai 1.934 kasus. Tahun 2022 menjadi tahun dengan capaian kasus tertinggi yakni terdapat 277 orang yang tertular HIV yang jika dibandingkan dengan tahun 2021 terjadi peningkatan yang cukup besar dimana kasus yang didapatkan pada tahun 2021 adalah sejumlah 155 kasus. Kota Lhokseumawe sendiri menduduki urutan keempat dari seluruh kabupaten/kota di Aceh. Rumah Sakit Umum Cut Meutia sendiri telah melaporkan sebanyak 157 kasus HIV sampai Februari 2023. Angka ini mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya(3).

2.1.3 Etiologi

HIV pertama kali ditemukan oleh Montagnier (Institute Pasteur, Paris 1983), seorang ilmuwan asal Perancis, yang mengisolasi virus ini dari seorang pasien dengan gejala limfadenopati. Pada saat itu virus ini masih dinamakan *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV). Gallo (National Institute of Health, USA 1984) menemukan *Human T Lymphotropic Virus* (HTL-III) yang juga adalah penyebab AIDS. Penelitian selanjutnya membuktikan bahwa LAV dan HTL-III merupakan virus yang sama, sehingga pada pertemuan *International Committee on Taxonomy of Viruses* (1986), *World Health Organization* (WHO) memberikan nama resmi HIV. Pada tahun 1986 di Afrika ditemukan virus lain yang dapat pula menyebabkan AIDS, disebut HIV-2 dan berbeda dengan HIV-1 secara genetik maupun antigenik. Untuk memudahkan kedua virus itu disebut sebagai HIV saja. Bukti yang ada mengindikasikan bahwa simpanse *Pan troglodytes troglodytes* sebagai sumber infeksi HIV-1 dan monyet *Cercocebus atys* asal Afrika Barat sebagai sumber infeksi HIV-2 pada populasi manusia(9).

Melemahnya sistem imun akibat HIV menyebabkan timbulnya gejala AIDS. HIV tergolong pada kelompok retrovirus dengan materi genetik dalam *Rebonucleat Acid* (RNA), menyebabkan AIDS dan menyerang sel khususnya yang memiliki antigen permukaan CD4 terutama sel limfosit T4 yang mempunyai peran penting dalam mengatur dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh. HIV juga bisa menginfeksi sel monosit dan makrofag, sel *langerhands* pada kulit, sel

dendrit pada kelenjar limfa, makrofag pada alveoli paru, sel retina dan sel serviks uteri. Lalu kemudian HIV akan masuk kedalam limfosit T4 dan menggandakan dirinya selanjutnya akan menghancurkan sel imfosit itu sendiri. Ketika sistem kekebalan tubuh yang tidak mempunyai kemampuan untuk menyerang maka virus ini akan menyebabkan seseorang mengalami keganasan dan infeksi oportunistik(10).

2.1.4 Patogenesis

Perjalanan khas infeksi HIV yang tidak diobati, berjangka waktu sekitar satu dekade. Tahap-tahapnya meliputi infeksi primer, penyebaran virus ke organ limfoid, latensi klinis, peningkatan ekspresi HIV, penyakit klinis dan kematian. Durasi antara infeksi primer dan progresi menjadi penyakit klinis rata-rata sekitar 10 tahun. Pada kasus yang tidak diobati, kematian biasanya terjadi dalam 2 tahun setelah onset gejala. Setelah infeksi primer, selama 4-11 hari masa antara infeksi mukosa dan viremia permulaan, viremia dapat terdeteksi selama sekitar 8-12 minggu. Virus tersebar luas ke seluruh tubuh selama masa ini, dan menjangkiti organ limfoid. Pada tahap ini terjadi penurunan jumlah sel T CD4 yang beredar secara signifikan. Masa laten klinis ini dapat berlangsung sampai 10 tahun, selama masa ini banyak terjadi replikasi virus. Limfosit T-CD4, merupakan target utama yang bertanggung jawab memproduksi virus. Pasien akan menderita gejala-gejala konstitusional dan gejala klinis yang nyata, seperti infeksi oportunistik atau neoplasma. Level virus yang lebih tinggi dapat terdeteksi dalam plasma selama tahap infeksi yang lebih lanjut(11).

2.1.5 Patofisiologi

HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui berbagai cara yaitu secara vertikal, horizontal dan transeksual. HIV dapat mencapai sirkulasi sistemik secara langsung dengan diperantarai benda tajam yang mampu menembus dinding pembuluh darah atau secara tidak langsung melalui kulit dan mukosa yang tidak intak seperti yang terjadi pada kontak seksual. Bersamaan dengan replikasi HIV, terjadi kehancuran limfosit CD4 yang tinggi. Limfosit CD4 merupakan target utama infeksi HIV. Virus HIV di dalam sel limfosit dapat berkembang atau melakukan replikasi menggunakan enzim reverse transcriptase seperti retrovirus

yang lain dapat tetap hidup lama dalam sel dalam keadaan inaktif. Virus HIV yang inaktif dalam sel tubuh pengidap HIV dianggap infeksius karena setiap saat dapat aktif dan dapat ditularkan selama penderita hidup. Orang yang terinfeksi HIV memerlukan waktu 5- 10 tahun untuk sampai ke tahap AIDS. Pada tahap AIDS jumlah CD4 kurang dari 200 sel/aL., maka penderita mudah terinfeksi virus lain seperti bakteri, protozoa, jamur serta terkena penyakit kanker seperti Sarcoma Kaposi dan penurunan berat badan persisten. Hal ini disebabkan sistem kekebalan tubuh yang hancur bahkan hilang(12).

2.1.6 Stadium

Berikut merupakan stadium klinis WHO untuk orang dewasa yang terinfeksi HIV:

A. Stadium klinis 1

Manifestasi klinis pada stadium ini adalah Asimtomatik serta adanya limfadenopati generalisata persisten.

B. Stadium klinis 2

Manifestasi klinis pada stadium ini adalah penurunan berat badan derajat sedang yang tidak dapat dijelaskan (< 10% BB), infeksi saluran napas atas berulang (episode saat ini, ditambah 1 episode atau lebih dalam 6 bulan), Herpes zoster, Keilitis angularis, sariawan berulang (2 episode atau lebih dalam 6 bulan), Erupsi papular pruritic, Dermatitis seboroik serta infeksi jamur pada kuku.

C. Stadium klinis 3

Manifestasi klinis pada stadium ini adalah adanya penurunan berat badan derajat berat yang tidak dapat dijelaskan (> 10% BB), diare kronik selama > 1 bulan yang tidak dapat dijelaskan, demam persisten yang tidak dapat dijelaskan (> 37,6°C intermiten atau konstan, > 1 bulan), kandidiasis oral persisten, *Oral hairy leukoplakia*, TB Paru, infeksi bakterial berat (seperti pneumonia, meningitis, empiema, piomiositis, infeksi tulang atau sendi, bakteremia, radang panggul berat), stomatitis, ginggivitis, atau periodontitis ulseratif nekrotikans akut, anemi yang tidak dapat dijelaskan (< 8 g/dl),

neutropenia ($< 1000/\text{mm}^3$) dan/atau trombositopenia kronik ($< 50,000/\text{mm}^3, > 1$ bulan).

D. Stadium klinis 4

Manifestasi klinis pada stadium ini adalah pneumonia pneumocystis (PCP), pneumonia bakterial berulang (episode saat ini ditambah satu episode atau lebih dalam 6 bulan terakhir), infeksi herpes simpleks kronik (orolabial, genital atau anorektal) selama 1 bulan, atau viseral tanpa melihat lokasi ataupun durasi, kandidiasis esophageal, TB ekstra paru, sarkoma kaposi, infeksi sitomegalovirus (retinitis atau infeksi CMV pada organ lain kecuali liver, limpa dan KGB), toksoplasmosis otak, ensefalopati HIV, kriptokokosis ekstrapulmonar (termasuk meningitis), infeksi mikobakteria non-tuberkulosis diseminata, *progressive multifocal leukoencephalopathy* (PML), kriptosporidiosis kronik, isosporiasis kronik, mikosis diseminata (histoplasmosis, coccidiomycosis), sepsisemia berulang (termasuk *Salmonella nontifoid*), limfoma (sel B non-Hodgkin atau limfoma serebral) atau tumor solid terkait HIV lainnya, karsinoma serviks invasif, leishmaniasis diseminata atipikal, *HIV-associated nephropathy* (HIVAN) atau kardiomiopati terkait HIV simtomatis.

Stadium Klinis WHO untuk Bayi dan Anak yang Terinfeksi HIV

A. Stadium klinis 1

Manifestasi klinis pada stadium ini adalah Asimtomatik serta adanya limfadenopati generalisata persisten.

B. Stadium klinis 2

Manifestasi klinis pada stadium ini adalah hepatosplenomegali persisten yang tidak dapat dijelaskan, erupsi pruritik papular, infeksi virus wart luas, angular cheilitis, moluskum contagiosum luas, ulserasi oral berulang, pembesaran kelenjar parotis persisten yang tidak dapat dijelaskan, eritema gingival lineal, herpes zoster, infeksi saluran napas atas kronik atau berulang (otitis media, otorrhoea, sinusitis, tonsilitis), infeksi kuku oleh jamur.

C. Stadium klinis 3

Manifestasi klinis pada stadium ini adalah malnutrisi sedang yang tidak dapat dijelaskan, diare persisten yang tidak dapat dijelaskan (14 hari atau lebih), demam persisten yang tidak dapat dijelaskan (lebih dari 37,5 °C intermiten atau konstan, >1 bulan), kandidosis oral persisten (di luar saat 6-8 minggu pertama kehidupan), *oral hairy* leukoplakia, periodontitis/gingivitis ulseratif nekrotikans akut, TB kelenjar, TB Paru, pneumonia bakterial yang berat dan berulang, pneumonitis interstitial limfoid simtomatik, penyakit paru-berhubungan dengan HIV yang kronik termasuk bronkiektasis, anemia yang tidak dapat dijelaskan ($< 8 \text{ g/dl}$), neutropenia ($< 500/\text{mm}^3$) atautrombositopenia ($< 50\ 000/\text{mm}^3$)

D. Stadium klinis 4

Manifestasi klinis pada stadium ini adalah malnutrisi dan stunting berat yang tidak dapat dijelaskan dan tidakberespons terhadap terapi standar, pneumonia pneumosistis, infeksi bakterial berat yang berulang, infeksi herpes simpleks kronik (orolabial atau kutaneus > 1 bulan atau viseralis dilokasi mana pun), TB ekstrapulmonar, sarkoma kaposi, kandidiasis esofagus (atau trakea, bronkus, atau paru), toksoplasmosis susunan saraf pusat (di luar masa neonatus), ensefalopati HIV, infeksi sitomegalovirus (CMV), retinitis atau infeksi CMV pada organ lain, dengan onset umur > 1 bulan, limfoma sel B non-Hodgkin atau limfoma serebral, *progressive multifocal leukoencephalopathy*.

2.1.7 Cara Penularan

Terdapat banyak cara penularan HIV yakni lewat berbagai cairan tubuh dari orang yang terinfeksi, seperti darah, ASI (Air Susu Ibu), semen dan cairan vagina. Selain lewat cairan, terdapat media penularan lain yaitu penularan dari seorang ibu penderita HIV ke anaknya selama kehamilan dan persalinan. Kontak sehari-hari seperti mencium, berpelukan, berjabat tangan, atau berbagi benda pribadi seperti makanan atau air bukan merupakan cara penularan HIV(1).

Berikut beberapa cara penularan HIV dan AIDS berdasarkan perilaku:

- 1) Penularan HIV dan AIDS dari aktivitas seks sesama jenis
- 2) Penularan HIV dan AIDS melalui hubungan Seks di tempat Lokalisasi

3) Penularan HIV dan AIDS sejak bayi berada dalam kandungan

Penularan bisa terjadi bahkan sejak masa awal kehamilan hingga proses persalinan dan menyusui. Penularan dalam kandungan dapat terjadi melalui tali plasenta.

4) Penularan HIV dan AIDS anak dari ASI ibu

Beberapa kondisi saat menyusui juga dapat meningkatkan risiko penularan HIV. Salah satunya adalah luka di sekitar puting susu, luka di mulut bayi hingga fungsi kekebalan tubuh bayi.

5) Penggunaan alat-alat medis.

Dalam setiap tindakan medis alat-alat yang berkontak dengan cairan tubuh pasien seperti jarum, pisau, gunting dan yang lainnya dapat berpotensi menularkan risiko HIV dan AIDS(13).

2.1.8 Manifestasi Klinis

Setelah infeksi awal, pasien mungkin tetap seronegatif (tes antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif) walaupun virus sudah ada dalam darah pasien dengan jumlah yang banyak. Antibodi yang terbentuk belum cukup terdeteksi melalui pemeriksaan laboratorium karena kadarnya belum memadai. Antibodi terhadap HIV biasanya muncul dalam 3 sampai 6 minggu hingga 12 minggu setelah infeksi primer. Fase ini sangatlah penting karena pada fase ini pasien sudah mampu dan potensial menularkan virus ke orang lain. Fase ini disebut "*window periode*"(14).

Manifestasi klinis pada orang yang terinfeksi dapat timbul paling cepat 1 sampai 4 minggu setelah pajanan. Gejala yang timbul dapat berupa malaise, demam, diare, limfadenopati, dan ruam makulopapular. Beberapa orang mengalami gejala yang lebih akut, seperti meningitis dan pneumonitis. Selama periode ini, kadar limfosit T CD4 yang tinggi dapat terdeteksi di darah perifer. Pada fase akut terjadi penurunan limfosit T yang dramatis dan kemudian terjadi kenaikan limfosit T karena mulai terjadi respons imun. Selanjutnya adalah fase simtomatik. Pada fase ini terjadi peningkatan jumlah virion secara berlebihan di dalam sirkulasi sistemik. Respons imun tidak mampu meredam jumlah virion

yang berlebihan, sehingga limfosit semakin tertekan karena intervensi HIV yang semakin banyak(15).

Tanda dan gejala klinis penderita AIDS umumnya sulit dibedakan karena bermula dari gejala klinis umum yang didapati pada penderita penyakit lainnya. Secara umum dapat dikemukakan sebagai berikut(16).

- a. Rasa lelah dan lesu
- b. Berat badan menurun secara drastis
- c. Demam yang sering dan berkeringat waktu malam
- d. Mencret dan kurang nafsu makan
- e. Bercak-bercak putih di lidah dan di dalam mulut
- f. Pembengkakan leher dan lipatan paha
- g. Radang paru
- h. Kanker kulit

2.1.9 Diagnosis

Diagnosis HIV ditegakkan dengan pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan laboratorium HIV dilakukan pada semua orang dengan gejala klinis yang mengarah ke HIV/AIDS, dan dilakukan juga untuk menyaring HIV pada semua remaja dan orang dewasa dengan peningkatan risiko infeksi HIV, dan semua wanita hamil(17).

Berikut jenis pemeriksaan laboratorium HIV(18):

1. Tes cepat

Tes cepat hanya dilakukan untuk keperluan skrining, dengan reagen yang sudah dievaluasi oleh institusi yang ditunjuk Kementerian Kesehatan, dapat mendeteksi baik antibodi terhadap HIV-1 maupun HIV-2. Tes cepat dapat dijalankan pada jumlah sampel yang lebih sedikit dan waktu tunggu untuk mengetahui hasil kurang dari 20 menit bergantung pada jenis tesnya dan dilakukan oleh tenaga medis yang terlatih.
2. Tes *Enzyme Immunoassay* (EIA)

Antibodi HIV Tes ini berguna sebagai skrining maupun diagnosis HIV dengan mendeteksi antibodi untuk HIV-1 dan HIV-2.
3. Tes *Western Blot*

Tes ini merupakan tes antibodi untuk konfirmasi pada kasus yang sulit.

4. Tes virologis terdiri atas:
 - a. HIV DNA kualitatif (EID). Tes ini mendeteksi keberadaan virus dan tidak bergantung pada keberadaan antibodi HIV. Tes ini digunakan untuk diagnosis pada bayi.
 - b. HIV RNA kuantitatif. Tes ini untuk memeriksa jumlah virus di dalam darah, dan dapat digunakan untuk pemantauan terapi ARV pada dewasa dan diagnosis pada bayi jika HIV DNA tidak tersedia.
 - c. Tes virologis *Polymerase Chain Reaction* (PCR). Tes virologis direkomendasikan untuk mendiagnosis anak berumur kurang dari 18 bulan.
5. Tes antigen p24 HIV

Tes antigen p24 dapat mendeteksi protein p24 rata-rata 10 hingga 14 hari setelah terinfeksi HIV. Tes ini direkomendasikan oleh WHO dan CDC yang bertujuan untuk mengurangi waktu yang diperlukan untuk mendiagnosis infeksi HIV.

2.1.9.1 Konseling dan Tes HIV (KTS)

KTS terdiri dari 2 kegiatan utama, yakni proses konseling dan tes HIV. Konseling yang dimaksud di sini merupakan kegiatan konseling untuk memberi dukungan psikologis serta informasi terkait HIV/ AIDS, yang selanjutnya diikuti oleh tes HIV/AIDS. Prinsip pelayanan KTS mengacu pada 5C, yakni *informed consent, confidentiality, counseling, correct testing, dan connection/linkage to prevention serta care and treatment* (Kemenkes RI, 2014).

Tahapan Pelayanan KTS meliputi:

- a. Konseling pra-tes

Konselor harus mampu menggali latar belakang dan alasan klien untuk mengikuti KTS, mampu menilai faktor risiko yang dimilikinya, motivasi untuk tes, implikasi hasil tes dan cara penyesuaian diri terhadap status infeksi serta penilaian sistem dukungan.

- b. Alur Tes HIV

Terdapat dua macam pendekatan untuk tes HIV:

1. Konseling dan tes HIV sukarela VCT; dan
2. Tes HIV dan konseling atas inisiatif petugas kesehatan (PITC = *Provider-Initiated Testing and Counseling*).

Pemeriksaan darah untuk diagnosis HIV harus memperhatikan tingkat prevalensi HIV di wilayah tersebut. Untuk prevalensi HIV di atas 30% digunakan strategi I, prevalensi HIV antara 10–30% menggunakan strategi II dengan 2 reagen yang berbeda sensitivitas dan spesifitasnya(19).

Dalam melakukan tes HIV dianjurkan untuk menggunakan reagen sebagai berikut:

1. Reagen pertama memiliki sensitivitas minimal 99%;
2. Reagen kedua memiliki sensitivitas minimal 98%; dan
3. Reagen ketiga memiliki sensitivitas minimal 99%.

c. Konseling Pasca Tes

Konseling pascates membantu klien untuk memahami dan menyesuaikan diri terhadap status infeksi. Konselor membantu klien untuk menerima hasil tesnya, memberikan informasi yang dibutuhkan, menekankan ulang perubahan perilaku untuk mencegah penularan serta merujuk untuk layanan PDP(20).

2.2 Konsultasi

2.2.1 Definisi dan Tujuan

Layanan konsultasi merupakan proses dalam suasana kerja sama dan hubungan antar pribadi dengan tujuan memecahkan suatu masalah dalam lingkup profesional dari orang yang meminta konsultasi. Ada tiga unsur di dalam konsultasi, yaitu klien, orang yang minta konsultasi, dan konsultan(21).

Secara umum konsultasi adalah pertukaran pikiran untuk mendapatkan solusi atau kesimpulan yang berupa nasehat atau saran yang sebaik- baiknya. Konsultasi dalam artian medis adalah perundingan antara pemberi dan penerima layanan kesehatan yang bertujuan mencari penyebab terjadinya atau timbulnya penyakit dan menentukan cara pengobatannya(5).

2.2.2 Komponen Konsultasi

- a. Konselor

Konselor adalah tenaga ahli konseling yang memiliki kewenangan melakukan pelayanan konseling pada bidang tugas pekerjaan profesionalnya. Sesuai dengan keahliannya, konselor melakukan berbagai jenis layanan konseling, salah satu diantaranya yaitu layanan KSI. Dalam melaksanakan layanan konsultasi konselor mempraktikkan teknik-teknik konsultasi yang secara simultan juga melaksanakan prinsip dan asas-asas konseling, serta jika diperlukan melaksanakan kegiatan pendukung konseling

b. Konsulti dan pihak ketiga

a) Konsulti

Konsulti adalah individu yang meminta bantuan kepada konselor agar dirinya mampu menangani kondisi dan/atau permasalahan pihak ketiga yang (setidak-tidaknya sebagian) menjadi tanggung jawabnya. Bantuan itu diminta dari konselor karena konsulti belum mampu menangani sendiri situasi dan/atau permasalahan pihak ketiga itu.

b) Pihak ketiga

Pihak ketiga adalah individu (atau individu-individu) yang kondisi dan/atau permasalahannya dipersoalkan oleh konsulti. Menurut konsulti, kondisi/ permasalahan pihak ketiga itu perlu diatasi dan konsulti merasa (setidak-tidaknya ikut) bertanggungjawab atas pengatasan permasalahan tersebut.

c) Materi layanan

Materi layanan KSI lebih kompleks dibanding materi yang dibahas dalam keenam jenis layanan lainnya. Hal ini disebabkan adanya dua "jenis" subyek yang menjadi fokus layanan, yaitu, konsulti dan pihak ketiga. Konsulti maupun pihak ketiga masing-masing mengalami masalah pribadinya sendiri, meskipun keduanya saling keterkaitan. Data dan analisis serta pengelolannya lebih lanjut akan memperlihatkan kompleksitas (5).

2.2.3 Model Konsultasi

Shetzer (1985) mengemukakan bahwa pelaksanaan teknik konsultasi, dapat menggunakan model-model konsultasi, antara lain: (5)

1. Model Caplanian

Pelopop teori ini adalah Gerald A. Caplan. Dalam model ini, konsultan mengasesmen, mendiskusikan, dan memberikan saran tentang kasus tertentu. Model ini identik dengan tugas seorang dokter dan menunjukkan adanya aktivitas pemberdayaan bagi konsulti. Proses dari model ini meliputi tahap-tahap sebagai berikut:

- a. Konsultan membuat Diagnosis.
- b. Konsultan membuat rekomendasi dari hasil diagnosis.
- c. Konsultan menyampaikan hasil rekomendasi kepada konsultee.
- d. Konsultee melaksanakan rekomendasi.
- e. Konsultan sekali-kali bertemu dengan klien dengan tujuan untuk *cross check/* memeriksa apakah konsultee telah menjalankan rekomendasi yang telah diberikan.

2. Model Cunsulcube (model kubus)

Pelopop dari model ini adalah Blake dan Mouton, memberikan ciri konsultan sebagai campur tangan yang bertujuan untuk mengubah siklus tingkah laku alamiah manusia. Model ini memberikan kerangka dasar intervensi yang dilakukan konsultan sebagai berikut:

- a. Penerimaan, yaitu untuk memberikan perasaan aman kepada diri konseli agar mampu mengekspresikan masalahnya tanpa ada rasa takut.
- b. *Catalytic*, yaitu membantu konseli mengumpulkan data untuk diinterpretasikan kembali kepada suatu masalah.
- c. Konfrontasi, yaitu dirancang untuk membantu konseli agar menguji nilai yang ada dalam anggapannya.
- d. Preskripsi, yaitu konsultan menyampaikan pada konseli apa yang harus dikerjakannya.
- e. Teori-teori dua prinsip, yaitu konsultan memberikan teori kepada konseli agar mereka meninjau situasi yang menjadi sebab-akibat

hubungan dan mengadakan diagnosis serta perencanaan situasi yang ideal.

2.2.4 Konsultasi pada pasien HIV/AIDS

HIV/AIDS memiliki perjalanan penyakit yang panjang sehingga pasien tentu akan menjalani terapi ARV sepanjang hidupnya setelah didiagnosis positif. Hal ini mengharuskan pasien HIV AIDS menjalani konsultasi bersama tenaga kesehatan pada Poli VCT(*Voluntary Counseling and Testing*)/CST(*Care Support and Treatment*) mengingat dalam pelaksanaan terapi ARV akan timbul beberapa keluhan dan efek samping dari pasien (3).

Sithole pada tahun 2013 dalam hasil penelitiannya menyatakan bahwa faktor kepatuhan itu kompleks dan unik. Konteks sosial setiap pasien berperan dalam menentukan apakah pasien mematuhi rejimen mereka atau tidak. Hasil penelitian ini bertentangan dengan teori Fisher, yaitu Model IMB dari Kepatuhan ART di mana tingkat informasi mempengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien dengan HIV, baik secara langsung maupun tidak langsung. Informasi ini mencakup tentang rejimen, penggunaan ARV yang benar, kepatuhan yang memadai, tentang efek samping dan reaksi obat, tentang metode dan teori lengkap rejimen ART dalam hal bagaimana dan kapan dosis harus diambil, potensi efek samping, dan keputusan tentang kepatuhan yang tepat. mungkin tidak akurat (misalnya, percaya bahwa obat dapat dilewati jika seseorang merasa baik) atau akurat (misalnya, memahami bahwa tingkat kepatuhan yang rendah dapat menghambat penekanan virus) (43).

Poli VCT/CST RSU Cut Meutia memberikan pelayanan konseling untuk pasien yang baru mendapat hasil mengenai tes HIV nya baik positif maupun negatif, dimana pada konseling ini pasien yang didiagnosis positif akan diberikan edukasi pertama mengenai penyakitnya serta pilihan pengobatannya. Setelah pasien setuju untuk menjalani terapi, maka pasien akan dijadwalkan untuk rutin mengambil obat satu kali dalam seminggu. Dalam kesempatan ini, barulah pasien dapat melakukan konsultasi bersama tenaga kesehatan Poli VCT/CSTserta layanan konsultasi yang dijalankan setelah pasien mendapatkan terapi. Pada Konsultasi ini pasien dapat menyampaikan keluhan yang dirasakannya selama

mulai menjalani terapi, pasien juga dapat bertanya lebih lanjut mengenai solusi dan hal yang harus dilakukan kedepannya demi kelancaran terapi dan hasil yang baik. Dampak buruk dari keluhan ini dapat membuat pasien menghentikan sendiri pengobatannya. Hal ini mengharuskan pasien memiliki pengetahuan lebih lanjut mengenai terapinya sehingga tidak terjadi pemberhentian terapi saat munculnya keluhan. Tenaga kesehatan Poli VCT/CST dapat memberikan saran dan pengetahuan baru mengenai keluhan atau pertanyaan yang disampaikan pasien.

2.3 Terapi Antiretroviral

2.3.1 Definisi

Terapi antiretroviral merupakan terapi yang diberikan untuk orang dengan HIV/AIDS yang harus dikonsumsi seumur hidup(22). Tujuan terapi ARV adalah menghambat replikasi virus, sehingga menghambat perkembangan penyakit dan kerusakan sistem imun. Terapi ARV diberikan apabila pengidap HIV/AIDS telah memenuhi kriteria yang telah ditetapkan WHO. Kriteria tersebut berdasar stadium dan jumlah CD4 serta limfosit. Kriteria tersebut adalah: 1) pada Infeksi HIV tingkat IV dengan CD4 dan TLC (*Total Lymphocyt Account*) yang tidak terukur; 2) stadium tingkat III dengan jumlah CD4 kurang dari 350/mm³; dan 3) stadium I dan II dengan jumlah CD4 <200mm(23).

2.3.2 Indikasi Pemberian Terapi

a. Indikasi memulai terapi ARV pada orang dewasa

Tanpa terapi ARV, sebagian besar ODHA akan menuju imunodefisiensi secara progresif yang ditandai dengan menurunnya kadar CD4, kemudian berlanjut hingga kondisi AIDS dan dapat berakhir kematian. Inisiasi ARV dini terbukti berguna untuk pencegahan, bermanfaat secara klinis, meningkatkan harapan hidup, dan menurunkan insidens infeksi terkait HIV dalam populasi. Pemulihan kadar CD4 berhubungan langsung dengan kadar CD4 saat memulai ARV. Sebagian besar individu yang memulai terapi pada saat kadar CD4 <350 sel/μL tidak pernah mencapai kadar CD4 >500 sel/μL setelah pengobatan ARV selama 6 tahun. Orang dengan HIV/AIDS yang memulai terapi ARV pada nilai CD4 <350 sel/μL mempunyai harapan hidup yang lebih pendek dibandingkan dengan orang yang

memulai pada nilai CD4 yang lebih tinggi. Terapi ARV juga harus diberikan kepada semua ODHA perempuan yang hamil dan menyusui, tanpa melihat stadium klinis atau nilai CD4 dan dilanjutkan seumur hidup.

b. Indikasi memulai terapi ARV pada remaja (10-18 tahun).

Remaja seringkali memiliki berbagai masalah psikososial yang menjadi hambatan kepatuhan pengobatan. Pengenalan, penilaian, dan konseling terhadap hambatan pengobatan harus terintegrasi dalam pelayanan HIV pada kelompok remaja. Dukungan psikososial multidisiplin untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan sangat dibutuhkan dalam mengoptimasi manfaat terapi ARV pada kelompok remaja.

c. Indikasi memulai terapi ARV pada anak berusia kurang dari 10 tahun

Progresivitas infeksi HIV paling cepat berkembang pada kelompok bayi berusia <1 tahun. Bayi yang terinfeksi HIV perinatal sebagian besar akan meninggal sebelum berusia 2 tahun. Pada periode tersebut, progresivitas infeksi HIV berbanding terbalik dengan usia. Risiko mortalitas dan progresivitas infeksi HIV mulai menurun menjadi sama dengan dewasa pada anak berusia di atas 5 tahun. Inisiasi dini terapi ARV pada kelompok anak yang lebih besar memiliki beberapa pertimbangan yang berbeda dibandingkan dengan kelompok bayi(22).

2.3.3 Pilihan Antiretroviral bagi ODHA

Rekomendasi terapi ARV lini pertama (22,24)

a. Paduan terapi ARV lini pertama pada orang dewasa

Paduan terapi ARV lini pertama pada orang dewasa, termasuk ibu hamil dan menyusui, terdiri atas 3 paduan ARV. Paduan tersebut harus terdiri dari 2 obat kelompok NRTI+1 obat kelompok NNRTI:

Rangkuman paduan terapi ARV lini pertama pada orang dewasa
Paduan pilihan: TDF + 3TC (atau FTC) + EFV dalam bentuk KDT
Paduan alternatif : AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP

TDF + 3TC (atau FTC) + NVP

b. Paduan terapi ARV lini pertama pada Remaja

Paduan terapi ARV lini pertama untuk remaja terdiri atas 3 paduan ARV.

Paduan tersebut harus terdiri dari 2 obat kelompok NRTI+1 obat kelompok NNRTI

Rangkuman paduan terapi ARV lini pertama pada remaja
Paduan pilihan: TDF+3TC (atau FTC)+EFV
Paduan alternatif TDF+3TC (atau FTC)+EFV AZT+3TC+EFV AZT+3TC+NVP AZT+3TC+EFV TDF+3TC (atau FTC)+NVP
Belum direkomendasikan pada pengguna rifampisin dan ibu hamil

c. Paduan terapi ARV pada Anak 3-10 tahun

Untuk anak terinfeksi HIV berusia 3-10 tahun, pilihan paduan kelompok NRTI harus merupakan salah satu dari berikut: (rekomendasi sesuai kondisi, kualitas bukti sedang).

Rangkuman paduan terapi ARV lini pertama pada anak berusia 3-10 tahun
Paduan pilihan: TDF+3TC (atau FTC)+EFV
Paduan alternatif AZT+3TC+EFV ABC+3TC+NVP AZT+3TC+NVP TDF+3TC (atau FTC)+EFV TDF+3TC (atau FTC)+NVP

d. Paduan terapi ARV pada Anak <3 tahun

Paduan terapi ARV pada anak berusia <3 tahun terdiri atas 2 obat kelompok NRTI dan 1 obat kelompok PI, sedangkan paduan alternatif terdiri atas 2 obat kelompok NRTI dan 1 obat kelompok NNRTI (sangat direkomendasikan, kekuatan bukti sedang).

Rangkuman paduan terapi ARV lini pertama pada anak berusia <3 tahun
Paduan pilihan (ABC atau AZT)+3TC+LPV/r
Paduan alternatif (ABC atau AZT)+3TC+NVP

Paduan terapi ARV lini kedua

Paduan obat lini kedua pada remaja dan orang dewasa menggunakan kombinasi 2 NRTI dan 1 boosted-PI. (sangat direkomendasikan, kualitas bukti sedang). Pilihan paduan NRTI lini kedua sebagai berikut; Setelah kegagalan terapi ARV lini pertama dengan paduan TDF+3TC(atau FTC), paduan kelompok NRTI lini kedua yang terpilih adalah AZT+3TC. (sangat direkomendasikan, kualitas bukti sedang). Setelah kegagalan terapi ARV lini pertama dengan paduan AZT+3TC, paduan kelompok NRTI lini kedua yang terpilih adalah TDF+3TC (atau FTC) (sangat direkomendasikan, kualitas bukti sedang).Pilihan *boosted*-PI pada paduan lini kedua adalah LPV/r (sangat direkomendasikan, kualitas bukti sedang).

Paduan terapi ARV lini ketiga

Pada kasus kegagalan lini pertama dan kedua dengan NRTI, NNRTI dan PI seperti di Indonesia, paduan yang dapat diberikan selanjutnya adalah kombinasi INSTI dan PI generasi kedua, dengan atau tanpa tambahan NRTI.

2.3.4 Pemantauan Terapi

a. Pemantauan terhadap efek samping ARV dan substitusi ARV

Beberapa pemeriksaan laboratorium disarankan untuk dilakukan pada orang-orang dengan risiko tinggi terhadap obat tertentu. Efek samping (toksisitas) ARV dapat terjadi dalam beberapa minggu pertama setelah

inisiasi hingga toksisitas pada pemakaian lama, dan dapat terjadi dalam berbagai derajat keparahan.

b. Pemantauan respons terapi dan penentuan kegagalan terapi ARV

1) Pemantauan *Viral load*

Pemeriksaan *Viral load* dapat digunakan untuk mendeteksi lebih dini dan akurat kegagalan pengobatan dibandingkan dengan pemantauan menggunakan kriteria imunologis dan klinis. Selain itu, pemeriksaan *viral load* juga dapat digunakan sebagai informasi dalam memutuskan penggantian paduan dari lini pertama menjadi lini kedua dan seterusnya sehingga keluaran klinis dapat lebih baik. Suatu studi mendapatkan sebanyak 70% pasien yang mendapatkan ARV lini pertama dengan viral load yang tinggi akan mengalami penurunan viral load setelah mendapat intervensi kepatuhan. Viral load juga digunakan untuk menduga risiko transmisi kepada orang lain, terutama pada ODHA hamil dan pada tingkat populasi. Pemeriksaan viral load dilakukan dengan 2 strategi, yang pertama pemeriksaan rutin dan pemeriksaan terbatas (lampiran 15). Pada strategi pemeriksaan viral load rutin, pemeriksaan dilakukan pada 6 bulan setelah memulai pengobatan, kemudian 12 bulan setelah pengobatan, dan selanjutnya setiap 12 bulan.

2) Pemantauan CD4

Pemeriksaan jumlah CD4 merupakan indikator fungsi imunitas karena menggambarkan progresivitas penyakit dan harapan hidup pada ODHA. Pemeriksaan ini juga digunakan untuk menilai respons imunologis terhadap ARV dan menentukan indikasi pemberian dan penghentian profilaksis infeksi oportunistik. Pada ODHA yang jumlah virus pada beberapa kali pemeriksaan sudah tidak terdeteksi dan jumlah CD4 sudah meningkat di atas 200 sel/ μ L, pemeriksaan CD4 rutin tidak diperlukan lagi dan dapat menghemat biaya pemeriksaan. Pada kondisi jumlah virus sudah tidak terdeteksi namun jumlah CD4 menurun juga tidak membuat klinisi harus mengganti paduan pengobatan.

3) Penentuan kegagalan terapi.

Kegagalan terapi dapat dilihat dari berbagai kriteria, yaitu kriteria virologis, imunologis, dan klinis. Kriteria terbaik adalah kriteria virologis, namun bila tidak dapat dilakukan pemeriksaan laboratorium maka digunakan kriteria imunologis. Sebaiknya tidak menunggu kriteria klinis terpenuhi agar dapat mengganti ke lini selanjutnya lebih awal. Pasien harus menggunakan ARV minimal 6 bulan sebelum dinyatakan gagal terapi dalam keadaan kepatuhan yang baik. Jika kepatuhannya tidak baik atau berhenti minum obat, penilaian kegagalan dilakukan setelah minum obat kembali secara teratur minimal 3-6 bulan (24).

2.3.5 Efek Samping Terapi

Efek samping (toksisitas) ARV dapat terjadi dalam beberapa minggu pertama setelah inisiasi hingga toksisitas pada pemakaian lama. Kebanyakan reaksi toksisitas ARV tidak berat dan dapat diatasi dengan memberi terapi suportif. Efek samping minor dapat menyebabkan ODHA tidak patuh minum obat, karenanya tenaga kesehatan harus terus mengkonseling ODHA dan mendukung terapi (24).

Prinsip penanganan efek samping akibat ARV adalah sebagai berikut:

- a. Tentukan beratnya toksisitas
- b. Evaluasi obat yang diminum bersamaan, dan tentukan apakah toksisitas terjadi karena (satu atau lebih) ARV atau karena obat lainnya
- c. Pertimbangkan proses penyakit lain (seperti hepatitis virus atau sumbatan bilier jika timbul ikterus)
- d. Tata laksana efek samping bergantung pada beratnya reaksi. Penanganan secara umum adalah:
 - 1) Derajat 4, reaksi yang mengancam jiwa: segera hentikan semua obat ARV, beri terapi suportif dan simptomatis; berikan lagi ARV dengan paduan yang sudah dimodifikasi (contoh: substitusi 1 ARV untuk obat yang menyebabkan toksisitas) setelah ODHA stabil
 - 2) Derajat 3, reaksi berat: ganti obat yang dicurigai tanpa menghentikan pemberian ARV secara keseluruhan

- 3) Derajat 2, reaksi sedang: beberapa reaksi (lipodistrofi dan neuropati perifer) memerlukan penggantian obat. Untuk reaksi lain, pertimbangkan untuk tetap melanjutkan pengobatan; jika tidak ada perubahan dengan terapi simptomatis, pertimbangkan untuk mengganti 1 jenis obat ARV
- 4) Derajat 1, reaksi ringan: tidak memerlukan penggantian terapi.
- e. Tekankan pentingnya tetap meminum obat meskipun ada toksisitas pada reaksi ringan dan sedang
- f. Jika diperlukan, hentikan pemberian terapi ARV apabila ada toksisitas yang mengancam jiwa. Perlu diperhatikan waktu paruh masing-masing obat untuk menghindari kejadian resistansi.

Berikut beberapa jenis obat ARV beserta efek sampingnya (23)

Tabel 2.1 Efek samping dari beberapa obat ARV

Obat	Efek Samping
Abacavir	Reaksi hipersensitifitas (demam, kemerahan, lemas), mual muntah, suara nafas keras
Didanosine	Pankreatitis, neuropati perifer, mual, diare, asidosis laktat disertai hepatic steatosis
Lumifudine	Efek samping sedikit, asidosis laktat disertai hepatic steatosis
Stafudine (D4T)	Pancreatitis, neuropati perifer, asidosis laktat disertai hepatic steatosis
Lipoatrophy, zidovudine (ZDV, ACT)	Anemia, neutropenia, intoleransi gastrointestinal, sakit kepala, insomnia, miopati, asidosis laktat disertai hepatic steatosis
Nefirapine	Hepatitis, mengancam hidup, toksik hati
Efavirenz	Tanda gejala system saraf; somnolen insomnia, bingung agitasi,

peningkatan kadar transaminase,
kemerahan

Sumber: FHI, Impact, & USAIDS (2005). *Standard operating procedure for antiretroviral therapy*.

2.4 Kepatuhan Terapi

2.4.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh yang berarti taat, suka menurut perintah. Kepatuhan adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan dokter atau oleh orang lain (Santoso, 2005). Menurut Notoatmodjo (2003) kepatuhan merupakan suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang mentaati peraturan (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Koziar (2010) kepatuhan adalah perilaku individu (misalnya: minum obat, mematuhi diet, atau melakukan perubahan gaya hidup) sesuai anjuran terapi dan kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari tindak mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi rencana.

Menurut Safarino (dalam Tritiadi, 2007) mendefinisikan kepatuhan atau ketaatan (*compliance* atau *adherence*) sebagai: “tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain”.

Pendapat lain dikemukakan oleh Sacket (Dalam Neil Niven, 2000) mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai “sejauhmana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan”. Pasien mungkin tidak mematuhi tujuan atau mungkin melupakan begitu saja atau salah mengerti instruksi yang diberikan.

2.4.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

1) Faktor Internal

a) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi karena proses penginderaan yang dilakukan seseorang terhadap sesuatu (Notoatmodjo, 2010).

b) Sikap

Menurut Azwar (2015) sikap merupakan suatu bentuk evaluasi atau reaksi dari perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek merupakan manifestasi dan dapat mendeskripsikan perasaan seseorang terhadap objek tersebut. Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap antara lain pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama maupun pengaruh faktor emosional.

c) Kemampuan

Kemampuan merupakan bakat seseorang untuk melakukan tugas fisik maupun mental. Kemampuan seseorang pada umumnya bersifat stabil kemampuan individu berpengaruh terhadap karakteristik pekerjaan, perilaku, tanggung jawab, pendidikan dan memiliki hubungan erat dengan kinerja pekerjaan (Ivancevich, 2014)

d) Motivasi

Motivasi merupakan karakteristik psikologis manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Hal ini termasuk kedalam faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang untuk menyebabkan, menyalurkan, dan mempertahankan tingkah laku manusia dalam arah tekad tertentu. Dengan demikian motivasi mempunyai 3 aspek, yaitu keadaan terdorong dalam diri organisme yaitu kesiapan bergerak karena kebutuhan, perilaku timbul dan terarah karena keadaan ini, goal atau tujuan yang dituju oleh perilaku tersebut (Nursalam, 2016).

Hasil penelitian Anesta et al. pada tahun 2010 di dr.Hasan Sadikin pada 40 orang yang hidup dengan HIV, hasil penelitiannya menunjukkan bahwa motivasi mempengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien dengan HIV. Anesta mengatakan bahwa semakin rendah motivasi ODHA untuk minum obat, semakin rendah kepatuhan untuk minum obat untuk PLWHA. Kalichman pada tahun 2001, dalam hasil penelitiannya menunjukkan bahwa wanita yang memiliki motivasi rendah akan memiliki kepatuhan yang rendah dalam menggunakan obat ARV. Melihat dari hasil penelitian yang telah dilakukan di UPIPI Poly

di dr. Soetomo Surabaya pada ibu dengan HIV, motivasi rendah berdampak pada rendahnya kepatuhan terhadap penggunaan obat ARV, sehingga ibu dengan HIV memerlukan konseling tentang pentingnya kepatuhan terhadap penggunaan obat atau motivasi dari orang terdekat untuk meningkatkan tingkat kepatuhan dalam mengonsumsi obat ARV (43).

2) Faktor Eksternal

a) Karakteristik Organisasi

Kedudukan dari organisasi dan struktur organisasi ditentukan oleh filosofi dari manajer organisasi tersebut. Keadaan organisasi dan struktur organisasi dapat memotivasi perawat untuk berpartisipasi pada tingkatan yang konsisten sesuai dengan tujuan (Swansburg, 2010).

Ivancevich (2014), berpendapat bahwa karakteristik organisasi meliputi komitmen organisasi dan hubungan kerja antara pekerja dengan supervisor yang akan mempengaruhi kepuasan terhadap individu.

b) Karakteristik kelompok

Kelompok merupakan unit komunitas yang terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki suatu kesatuan tujuan dan pemikiran serta integritas antar anggota yang tinggi (Rusmana, 2009). Karakteristik kelompok adalah: adanya interaksi, adanya struktur, kebersamaan, adanya tujuan, ada suasana kelompok, dan adanya dinamika interdependensi. Anggota kelompok melakukan peran tugas, peran pembentukan, pemeliharaan kelompok, dan peran individu. Anggota melaksanakan hal-hal ini melalui hubungan interpersonal. Tekanan dari kelompok sangat berpengaruh terhadap hubungan interpersonal dan tingkat kepatuhan individu karena individu terpaksa menyalah dan mengikuti perilaku mayoritas kelompok meskipun sebenarnya individu tersebut tidak menyetujuinya (Rusmana, 2009).

c) Karakteristik pekerjaan

Menurut Swansburg (2010), karakteristik pekerjaan akan memberikan motivasi bagi karyawan untuk bekerja lebih giat dan menumbuhkan semangat kerja yang lebih produktif karena karakteristik pekerjaan merupakan proses membuat akan lebih berarti, menarik dan menantang sehingga dapat mencegah seseorang dari kebosanan. Karakteristik pekerjaan memiliki sifat yang berbeda antara pekerjaan satu dengan pekerjaan yang lainnya yang bersifat khusus dan merupakan inti pekerjaan yang berisikan sifat- sifat tugas yang ada didalamnya(25).

2.4.3 Kepatuhan pada Terapi ARV dan Pengukurannya

Orang dengan HIV harus mendapatkan informasi dan konseling yang benar dan cukup tentang terapi antiretroviral sebelum memulainya serta berkonsultasi setelah mulai menjalankan terapi. Hal ini sangat penting dalam mempertahankan kepatuhan minum ARV karena harus diminum selama hidupnya. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum ARV adalah penyediaan ARV secara cuma-cuma, kemudahan minum obat dan kesiapan untuk meminumnya. Setelah dilakukan konseling kepatuhan, ODHA diminta berkomitmen untuk menjalani pengobatan ARV secara teratur untuk jangka panjang. Konseling meliputi cara dan ketepatan minum obat, efek samping yang mungkin terjadi, interaksi dengan obat lain, monitoring keadaan klinis dan monitoring pemeriksaan laboratorium secara berkala termasuk pemeriksaan CD4. Pada ODHA dengan kepatuhan dan hasil pengobatan ARV yang baik, frekuensi pemantauan CD4 dan HIV RNA dapat dikurangi (24).

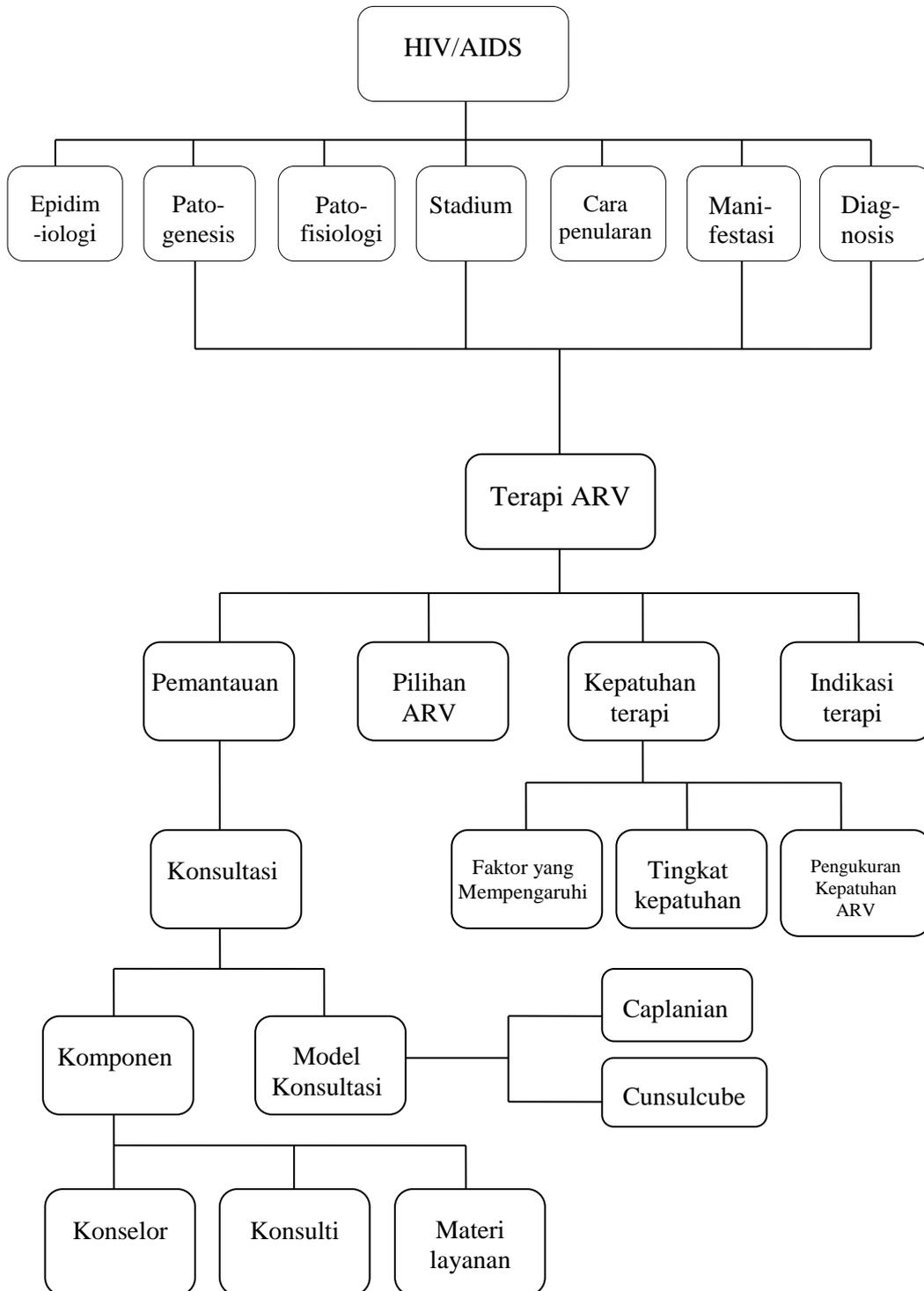
Pasien HIV/AIDS yang sedang menjalani ART harus diberikan intervensi dukungan kepatuhan. Intervensi berikut telah menunjukkan manfaat dalam meningkatkan kepatuhan dan penekanan virus yakni dengan adanya konselor sebaya, lewat pesan teks ponsel, alat pengingat, terapi perilaku kognitif, pelatihan keterampilan perilaku / pelatihan kepatuhan minum obat serta kombinasi dosis tetap dan regimen sekali sehari (WHO, 2016). Pasien yang mengalami kesulitan dengan kepatuhan pada ART harus dilakukan pendekatan yang konstruktif, kolaboratif, tidak menghakimi, dan memecahkan masalah. Pendekatan untuk meningkatkan kepatuhan harus disesuaikan dengan kebutuhan setiap orang (26).

Kepatuhan terhadap ART dapat diukur menggunakan kuisisioner MMAS untuk mengetahui kepatuhan pasien. Morisky et al. mempublikasikan versi terbaru pada tahun 2008 yaitu MMAS-8 dengan reliabilitas yang lebih tinggi yaitu 0,83 serta sensitivitas dan spesifitas yang lebih tinggi pula. Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengonsumsi obat yang dinamakan Morisky Medication Adherence Scale (MMAS), dengan 8 item yang berisi pernyataan-pernyataan yang menunjukkan frekuensi kelupaan dalam minum obat, kesengajaan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, kemampuan untuk mengendalikan dirinya untuk tetap minum obat (Morisky dan Munter, 2009). Untuk masing-masing pertanyaan bernilai satu poin. Modifikasi kuisisioner Morisky Scale dapat digunakan untuk pengukuran kepatuhan dan ketidakpatuhan pengobatan penyakit yang memerlukan terapi jangka panjang termasuk HIV/AIDS (27).

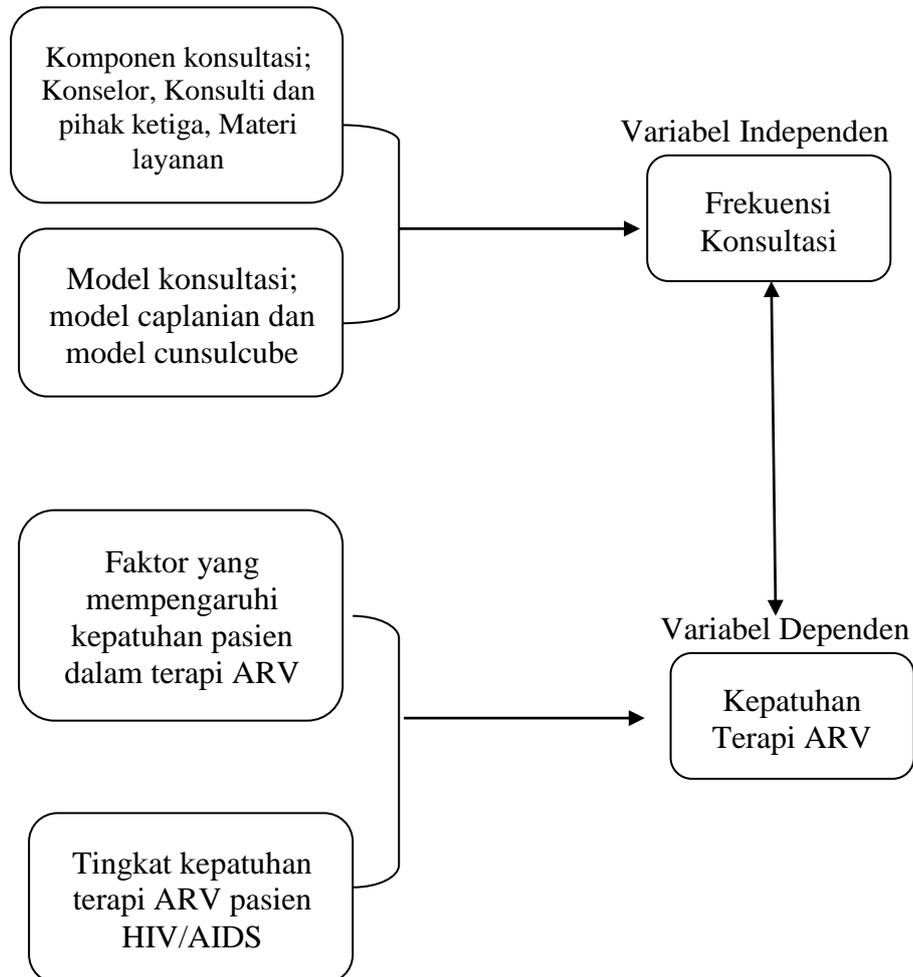
Bedasarkan penelitian mengenai kepatuhan terapi ARV di lokasi yang sama pada tahun 2019 digambarkan bahwa kepatuhan terapi pada pasien yang menjalani terapi ART Poli VCT/CST RSUD Cut Meutia, sebanyak 27 orang (79,4%) dari 34 pasien patuh berobat. Tingkat kepatuhan diperlukan untuk mencapai hasil ART yang optimal. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Dewi Puspitasari (2015), bahwa kepatuhan pasien yang patuh sebanyak 58,2%. Kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat baik kesesuaian dosis, tepat waktu, tidak pernah lupa dan tidak putus akan meminimalisasi kejadian resistensi terhadap ART. Pasien HIV/AIDS dengan tingkat kepatuhan yang rendah terhadap ART memungkinkan untuk terjadinya resistansi obat, pengembangan menjadi AIDS dan kematian (26).

2.5 Kerangka Teori

Gambar 2.2 Kerangka Teori



2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

2.7 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep dan rumusan masalah maka hipotesis yang dapat diuji adalah:

- a. H_0 : Tidak ada pengaruh antara frekuensi konsultasi dengan kepatuhan terapi antiretroviral pasien HIV/AIDS RSUD Cut Meutia
- b. H_a : Ada pengaruh antara frekuensi konsultasi dengan kepatuhan terapi antiretroviral pasien HIV/AIDS RSUD Cut Meutia