

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar HIV/AIDS

2.1.1 Pengertian HIV/AIDS

Virus HIV merupakan retrovirus yang termasuk golongan virus RNA (Virus yang menggunakan RNA sebagai molekul pembawa informasi genetik). Disebut retrovirus karena memiliki enzim *reverse transcriptase*. Enzim ini memungkinkan virus mengubah informasi genetiknya yang berada dalam informasi genetik sel limfosit yang diserang (Merawati & Djauzi, 2012).

HIV dapat memanfaatkan mekanisme sel limfosit untuk mengkopi dirinya menjadi virus baru yang memiliki ciri-ciri HIV. HIV menyerang sistem imun manusia yaitu menyerang limfosit T *helper* yang memiliki reseptor CD4 di permukaannya. Limfosit T *helper* antara lain berfungsi menghasilkan zat kimia yang berperan sebagai perangsang pertumbuhan dan pembentukan sel-sel lain dalam sistem imun dan pembentukan antibodi sehingga yang terganggu bukan hanya fungsi limfosit T tetapi juga limfosit B, monosit, makrofag dan sebagainya (Kemenkes RI, 2012). Selanjutnya bisa memudahkan infeksi oportunistik di dalam tubuh, kondisi ini yang disebut AIDS.

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) diartikan sebagai sekumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya sistem kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang sudah berlangsung lama (Price & Wilson, 2015; Smeltzer & Bare, 2014).

2.1.2 Patofisiologi HIV/AIDS

Sel pejamu yang terinfeksi oleh HIV memiliki waktu hidup sangat pendek karena virus HIV terus menggunakan sel pejamu baru untuk mereplikasi diri dengan jumlah 10 miliar virus yang dihasilkan setiap harinya. Serangan pertama HIV akan terdeteksi oleh sel dendrit pada membran mukosa dan kulit pada 24 jam pertama setelah paparan. Sel yang terinfeksi tersebut akan membuat jalur ke nodus limfa dan terkadang sampai ke pembuluh darah perifer selama 5 hari setelah pemaparan dimana replikasi virus menjadi semakin cepat (Nursalam & Kurniawati, 2012).

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai tahap AIDS seiring dengan penurunan derajat imunitas pasien terutama imunitas seluler. Penurunan imunitas biasanya diikuti dengan adanya peningkatan resiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan (Kemenkes RI, 2012).

Terdapat tiga fase dalam perjalanan HIV/AIDS, yaitu fase infeksi akut, fase laten dan fase kronis (Nasronudin, 2012). Pada fase infeksi akut atau infeksi primer, tubuh individu yang terinfeksi

HIV/AIDS (ODHA), partikel virus akan bergabung dengan DNA sel pasien, sehingga individu yang terinfeksi HIV seumur hidup akan tetap terinfeksi. Sebagian pasien memperlihatkan gejala tidak khas infeksi seperti demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare atau batuk pada 3-6 minggu setelah infeksi dan kondisi ini dikenal dengan infeksi primer, pada fase awal proses infeksi (*imunokompeten*) akan terjadi respons imun berupa peningkatan aktivasi imun, yaitu pada tingkat seluler (HLA-DR; sel T; IL-2R), serum atau humoral (beta-2 mikroglobulin, neopetrin, CD8, IL-R) dan antibodi upregulation (gp120, anti p24; IgA). Induksi sel T-helper dan sel-sel lain diperlukan untuk mempertahankan fungsi sel-sel faktor sistem imun agar tetap berfungsi dengan baik. Virus HIV akan menghancurkan sel-sel T, sehingga terjadi penurunan sel limfosit T CD4 yang signifikan, sekitar 2-8 minggu pertama infeksi primer HIV. Jumlah CD4 pada fase ini masih diatas 500 sel/mm³ dan akan mengalami penurunan setelah enam minggu terinfeksi HIV (Nasronudin, 2012).

Pada fase infeksi laten, dengan tidak adanya sel T-helper, sel-sel efektor sistem imun seperti T8 sitotoksik, sel NK, monosit dan sel B tidak dapat berfungsi dengan baik, namun masih memberikan perlawanan terhadap virus dan hal ini dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh. Selama periode respons imun yang kuat, lebih dari 20 milyar kopi virus HIV dihasilkan setiap harinya. Pembentukan

respon imun spesifik terhadap HIV menyebabkan virus dapat dikendalikan, jumlah virus dalam darah menurun dan perjalanan infeksi dimulai memasuki fase laten. Meskipun jumlah dalam plasma menurun sebagian virus masih menetap dan terakumulasi didalam tubuh terutama di kelenjar limfe, terperangkap di dalam sel dendritik folikuler, dan masih melakukan replikasi. Penurunan limfosit T CD4 terus terjadi hingga sekitar 500 sampai 200 sel/mm³ (Nasronudin, 2012).

Selama infeksi primer jumlah limfosit CD4 dalam darah menurun dengan cepat pada tes antibodi HIV menggunakan *enzym linked immunoabsorbent assay* (ELISA) akan menunjukkan hasil positif (Yogani, Karyadi, Uyainah, & Koesnoe, 2015). Dari infeksi akut akan berlanjut pada infeksi HIV asimtomatik (tanpa gejala) yang dapat berlangsung selama 8-10 tahun.

Seiring dengan semakin memburuknya kekebalan tubuh, individu yang terinfeksi mulai menampilkan gejala akibat infeksi oportunistik (penurunan berat badan, demam lama, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes dan lain-lain. Pada fase ini disebut dengan imunodefisiensi dimana dalam serum individu tersebut akan ditemukan adanya faktor supresif berupa antibodi terhadap proliferasi sel T dan mendorong ke arah AIDS.

World Health Organization (WHO) menandai progresi infeksi HIV dengan 4 stadium (WHO, 2015). Berikut pembagian stadium pada infeksi HIV:

1. Stadium pertama: HIV

Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologis ketika antibodi terhadap virus tersebut berubah dari negatif menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk kedalam tubuh sampai tes antibodi terhadap HIV menjadi positif disebut *window period*. Lama nya rentang *window period* antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang berlangsung selama enam bulan.

2. Stadium kedua: Asimptomatik (tanpa gejala)

Asimptomatik berarti di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung rata-rata selama 5-10 tahun. Cairan tubuh individu dengan HIV/AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada individu lain.

3. Stadium ketiga

Pada stadium ini terdapat pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*) tidak hanya muncul pada satu tempat saja dan dapat berlangsung lebih dari satu bulan. Gejala yang dapat muncul, diantaranya kandidiasis oral atau vagina, *oral hairy leukoplakia* serta infeksi bakterial berat seperti pneumonia dan pomiositis.

4. Stadium keempat: AIDS

Keadaan individu pada stadium ini kadar CD4 dibawah 200 sel/mm³, prognosis semakin buruk dan pasien mengalami sakit berat. Ditandai dengan pneumonia bakterial berulang, herpes simpleks, ulseratif lebih dari satu bulan, kandidiasis esofageal, tuberkulosis ekstrapulmonal, sarkoma kaposi, reinitis *Cytomegalo Virus*, asbes otak toksoplasmosis, ensekropati HIV, meningitis kriptokokus, infeksi mikrobakterial non tuberkulosis meluas, lekoensefalopati multifokal progresif (PML), limfoma serebral, limfoma non Hodgkin dan kanker serviks invasif leismaniasis atipik yang meluas dan gejala neuropati atau kardiopati terkait HIV.

2.1.3 Manifestasi Klinis HIV/AIDS

Sindroma HIV akut adalah istilah untuk tahap awal infeksi HIV. Gejalanya meliputi demam, lemas, nafsu makan turun, sakit tenggorokan, batuk, nyeri persendian, diare, pembengkakan getah bening dan bercak kemerahan pada kulit. Diagnosis AIDS dapat ditegakan apabila menunjukkan tes HIV positif dan sekurang-kurangnya didapatkan 2 gejala mayor dan 1 gejala minor (Kemenkes RI, 2012).

Tabel 2.1**Gejala mayor dan minor diagnosis AIDS**

Gejala Mayor	Gejala Minor
Berat badan turun > 10% dalam 1 bulan	Batuk menetap > 1 bulan
Diare Kronik > 1 bulan	Dermatitis generalisata
Demam berkepanjangan > 1 bulan	Herpes Zooster multisegmental dan berulang
Penurunan kesadaran	Kandidiasi orofaringeal
Dimensia/HIV ensefalopati	Herpes simpleks kronis progresif
	Limfadenopati generalisata
	Infeksi jamur berulang pada alat kelamin wanita
	Retinitis virus sitomegalo

Sumber: Kemenkes RI, 2012

Gejala dan tanda klinis yang patut diduga infeksi HIV menurut WHO (2015):

1. Keadaan umum

Hal ini dapat dilihat dari pengurangan berat badan > 10% dari berat badan dasar, demam (terus-menerus atau intermitten , temperatur oral > 37⁰ C) lebih dari satu bulan, adanya diare (terus-menerus atau intermitten) lebih dari satu bulan, adanya limfadenopati yang meluas.

2. Kulit

Post exposure prophylaxis (PPP) dan kulit kering yang luas merupakan dugaan kuat infeksi HIV. Beberapa kelainan seperti

kulit genital (*genital warts*), folikulitis dan psoriasis sering terjadi pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) tapi tidak selalu terkait dengan HIV.

3. Infeksi

Adanya infeksi jamur seperti kandidiasis oral, dermatitis seboroik, kandidiasis vagina berulang. Infeksi viral seperti herpes zoster, adanya herpes genital yang berulang, kondiloma, dan moluskum kotangiosum. Gangguan pernapasan seperti batuk lebih dari 1 bulan, sesak, tuberkulosis, pneumonia berulang, dan sinusitis kronis. Terdapat gangguan pada neurologis, seperti nyeri kepala yang semakin parah (terus-menerus dan tidak jelas penyebabnya), dan adanya kejang demam serta menurunnya fungsi kognitif.

2.1.4 Pemeriksaan Penunjang Infeksi HIV

1. Pemeriksaan Klinis

Diagnosis infeksi HIV/AIDS dapat dibuat berdasarkan klasifikasi klinis dari WHO. Di Indonesia diagnosis AIDS untuk keperluan surveilans epidemiologi dibuat bila menunjukkan tes HIV positif dan sekurang-kurangnya di dapatkan dua gejala mayor dan satu gejala minor (Tjokroprawiro et al, 2015).

2. Pemeriksaan Laboratoris

Pemeriksaan pertama terhadap antibodi HIV dapat digunakan *rapid test* untuk melakukan uji tapis. Apabila

didapatkan hasil positif akan dilakukan pemeriksaan ulang dengan test yang memiliki prinsip dasar yang berbeda dan atau menggunakan preparasi antigen yang berbeda dari test yang pertama, biasanya digunakan *Enzym-Linked immunosorbent Assay* (ELISA). Pemeriksaan lain yang dapat digunakan untuk mendeteksi *antibody* terhadap HIV yaitu dapat digunakan dari bahan saliva (*Oral Sure*) dan urin (*Calypte HIV-1 Urine ELISA*). Deteksi adanya virus dalam tubuh dapat dilakukan dengan tehnik *Polymerase Chain Reaction* (PCR), tehnik ini dilakukan apabila tes serologi beberapa kali tidak konklusif, atau untuk memastikan seseorang berada dalam fase *window periode*, ingi segera mengetahui infeksi HIV pada bayi, dan untuk kepentingan penelitian tertentu. Metode PCR ini dapat meliputi DNA, PCR, RNA-PCR, DNA *assay*, dan p24 *antigen capture* (Tjokrowawiro et al, 2015).

3. Pemeriksaan infeksi HIV

Diagnosis ditegakkan berdasarkan klinis dan dan dipastikan melalui pemeriksaan laboratorium. Diagnosis HIV/AIDS seyogyanya ditetapkan meliputi diagnosis klinis, definitif, disertai diagnosis status imunologis, diagnosis infeksi sekunder dan atau malignasi (Tjokrowawiro et al, 2015).

2.1.5 Penatalaksanaan HIV/AIDS

Penatalaksanaan klinis infeksi HIV/AIDS dikonsentrasikan pada terapi umum dan terapi khusus serta pencegahan penularan yang meliputi:

1. Penderita dianjurkan untuk beristirahat dan meminimalkan tingkat kelelahan akibat infeksi kronis.
2. Dukungan nutrisi yang adekuat berbasis makronutrien dan mikronutrien,
3. Konseling termasuk pendekatan psikologis dan psikososial.
4. Motivasi dan pengawasan dalam pemberian antiretroviral therapy (ARV).
5. Membiasakan gaya hidup sehat antara lain dengan berolahraga yang ringan dan teratur,
6. Mencegah hubungan seksual dengan pasangan yang berganti-ganti atau orang yang mempunyai banyak pasangan (Kemenkes 2013).

2.1.6 Antiretrovial (ARV)

1. Definisi ARV

Antiretroviral (ARV) adalah obat yang menghambat replikasi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Terapi dengan ARV adalah strategi yang secara klinis paling berhasil hingga saat ini. Obat tersebut (yang disebut ARV) tidak membunuh virus itu,

namun dapat memperlambat pertumbuhan virus HIV. Karena HIV adalah retrovirus, obat-obat ini biasa disebut sebagai terapi ARV (Spiritia, 2013).

2. Penggolongan ARV

Menurut Kemenkes RI (2012) terdapat tiga golongan ARV, diantaranya :

- a) Penghambat masuknya virus yaitu bekerja dengan cara berikatan dengan subunit GP41 selubung glikoprotein virus sehingga fungsi virus ke target sel dihambat. Satu – satunya obat penghambat fusi ini adalah enfuvirtid.
- b) Penghambat *Reverse Transcriptase Inhibitor* (RTI), terdiri dari 3 bagian , yaitu : analog nukleosida (NRTI), analog nukleotida (NtRTI), dan non nukleosida (NNRTI). Contoh-contoh NRTI adalah zidovudin, didanosun, zalcitabin, stavudin, lamivudin dan abakavir, dan Nevirapin, delaviridin, dan efavirenz adalah contoh-contoh dari jenis NNRTI. NRTI menghambat transkripsi RNA HIV-1 menjadi DNA, suatu langkah penting dalam proses replikasi virus. Obat jenis ini menurunkan jumlah HIV dalam darah (viral load) dan meningkatkan limfosit CD4.
- c) Protease inhibitor (PI), berikatan secara reversible dengan enzim protease yang mengkatalisa pembentukan protein yang dibutuhkan untuk proses akhir pematangan virus. Akibatnya

virus yang terbentuk tidak masuk dan tidak mampu menginfeksi sel lain. Contoh obat PI adalah indinavir, ritonavir, nelfinavir, saquinavir, amprenavir, dan lopinavir.

3. Tujuan Pengobatan/Terapi ARV

Tujuan utama terapi antiretrovirus adalah penekanan secara maksimum dan berkelanjutan terhadap jumlah virus, pemulihan atau pemeliharaan fungsi imunologik, perbaikan kualitas hidup, dan pengurangan morbiditas dan mortalitas HIV. Akan tetapi, jika tidak mengikuti aturan obat dengan baik, penyakit bisa bertahan dan penanganan bisa gagal (Silvia Anderson, 2012 : 240). Efek samping yang paling umum dialami, antara lain:

- a) Kelelahan
- b) Anemia
- c) Gangguan Pencernaan Beberapa obat ARV dapat mengakibatkan perut terasa nyeri, mual, kembung, bahkan bisa berakibat muntah dan diare.
- d) Gangguan Pada Kulit.
- e) Gangguan Saraf Kecil ; masalah Tulang (Spiritia, 2012 : 550 ; Putri & Adriani, 2016).

4. Manfaat Pengobatan/Terapi ARV

Manfaat pengobatan/terapi antiretroviral adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2012) :

- a) Menurunkan morbiditas dan mortalitas
- b) Membantu pasien dengan HIV/AIDS tetap produktif
- c) Memulihkan sistem kekebalan tubuh sehingga kebutuhan profilaksis infeksi oportunistik berkurang atau tidak perlu lagi.
- d) Mengurangi penularan karena viral load menjadi rendah atau tidak terdeteksi.
- e) Mengurangi biaya rawat inap dan terjadinya yatim piatu

5. Dosis Pemberian ARV

Pemberian terapi antiretroviral tidak dapat diberikan begitu saja namun mempertimbangkan beberapa faktor, yaitu: kemampuan, kesanggupan pengobatan jangka panjang, resistensi obat, efek samping, jangkauan memperoleh obat, dan saat yang tepat untuk memulai terapi. Tersedianya obat antiretroviral (ARV) penatalaksanaan HIV di Indonesia mengalami perubahan yang dramatis. Obat ARV bekerja langsung menghambat replikasi HIV, bila diberikan secara kombinasi akan dapat mengurangi jumlah virus berkisar 1.000.000 kopi/ml. Terapi ARV kombinasi secara teratur dan berkesinambungan diharapkan dapat menurunkan jumlah virus menjadi 50 kopi/ml, bila terapi kombinasi diteruskan 2 tahun dan seterusnya diharapkan jumlah virus akan semakin turun menjadi sekitar 5 kopi/ml.

Jumlah terendah tersebut harus tetap dipertahankan melalui pemberian ARV berkesinambungan. Waktu memulai ARV harus

dipertimbangkan dengan seksama karena obat ARV akan diberikan dalam jangka panjang. Obat ARV direkomendasikan pada semua pasien yang telah menunjukkan gejala yang termasuk dalam kriteria diagnosis AIDS atau menunjukkan gejala yang sangat berat, tanpa melihat jumlah CD4.

Obat ini juga direkomendasikan pada pasien asimtomatik dengan jumlah limfosit CD4 kurang dari 200 sel/mm³. Pasien dengan jumlah limfosit CD4 200-350 sel/mm³ dapat ditawarkan untuk memulai terapi. Pada pasien asimtomatik dengan jumlah limfosit CD4 lebih dari 350 sel/mm³ dan viral load lebih dari 100.000 kopi/ml terapi ARV dapat dimulai, namun dapat pula ditunda. Terapi ARV tidak dianjurkan dimulai pada pasien dengan jumlah limfosit CD4 lebih dari 350 sel/mm³ dan viral load kurang dari 100.000 kopi/ml (Zubari Djoerban, 2012).

HIV juga dapat menjadi resisten terhadap sejenis obat bila tingkat virus dalam darah terlalu rendah untuk menghentikan reproduksi virus. Resistensi HIV terjadi apabila terjadi mutasi atau perubahan pada struktur genetik HIV, sehingga HIV menjadi kuat melawan obat antiretroviral (ARV) tertentu. Dengan kata lain, terjadinya perubahan genetik yang memungkinkan HIV terus melakukan replikasi walaupun pasien menjalani terapi antiretroviral. Idealnya, setiap sel baru hasil proses replikasi yang

terjadi didalam tubuh sama persis seperti sel awal yang direplikasi. Tapi kadang-kadang terjadi kesalahan kecil di dalam sebuah sel yang kemudian terbawa pada sel baru. Sampai pada suatu saat, sel-sel yang mengandung kesalahan-kesalahan kecil ini menjadi banyak. Perubahan kecil di dalam komposisi genetic sel disebut “mutasi”. Mutasi sering terjadi pada HIV karena cepatnya proses replikasi sel berlangsung dan ketidak hadirannya mekanisme untuk memperbaiki kesalahan-kesalahan ini (Spiritia. 2012).

Mutasi menyebabkan HIV menjadi mampu melawan obat ARV. Dengan kata lain, telah terjadi resistensi HIV. Biasanya, mutasi terjadi di dalam sel apabila terjadi kondisi tertentu atau disebabkan oleh faktor tertentu. Misalnya stress akibat lingkungan, paparan terhadap toksin (racun di dalam tubuh), paparan terhadap berbagai obat secara berulang-ulang. Tapi seringkali, resistensi timbul akibat ketidak patuhan terhadap ARV atau terputusnya terapi ARV (Spiritia, 2012).

2.1.7 Pencegahan Penularan HIV/AIDS

Tindakan pencegahan yang dilakukan untuk tidak terjadi penularan HIV/AIDS diantaranya sebagai berikut:

1. Menghindari hubungan seksual dengan penderita HIV atau penderita AIDS
2. Mencegah hubungan dengan pasangan yang bergontaganti atau dengan orang yang mempunyai banyak pasangan

3. Menghindari hubungan seksual dengan pecandu narkoba obat suntik
4. Melarang orang-orang yang termasuk ke dalam kelompok beresiko tinggi untuk melakukan donor darah
5. Memberikan transfusi darah hanya untuk pasien yang benar-benar memerlukan, dan memastikan sterilitas alat suntik (Widoyono, 2015).

2.1.8 Komplikasi HIV/AIDS

Komplikasi dari penyakit HIV/AIDS menyerang paling banyak pada bagian tubuh diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Oral lesi Lesi ini disebabkan karena jamur kandidia, herpes simpleks, sarcoma kaposi, HPV oral, gingivitis, periodonitis HIV, leukoplakia oral, penurunan berat badan, keletihan, dan cacat.
2. Neurologik Pada neurologik, virus ini dapat menyebabkan kompleks dimensia AIDS karena serangan langsung HIV pada sel saraf, berefek perubahan kepribadian, kerusakan kemampuan motorik, kelemahan, disfagia, dan isolasi sosial. Ensepaty akut karena reaksi terapeutik, hipoksia, hipoglikemia, ketidakseimbangan elektrolit, meningitis atau ensepalitis. Dengan efek seperti sakit kepala, malaise demam, paralise, total/parsial, infrak serebral kornea sifilis meningovaskuler, hipotensi sistemik, dan maranik endokarditis.

3. Gastrointestinal Pada gastrointestinal dapat menyebabkan beberapa hal seperti: diare karena bakteri dan virus, pertumbuhan cepat flora normal, limfoma, dan sarcoma kaposi. Dengan efek penurunan berat badan, anoreksia, demam, malabsorpsi, dan dehidrasi. Hepatitis karena bakteri dan virus, limfoma, sarcoma kaposi, obat ilegal, alkoholik. Dengan anoreksia, mual, muntah, nyeri abdomen, ikterik, demam artritis. Penyakit anorektal karena abses dan fistula, ulkus dan inflamasi perianal yang sebagai akibat infeksi dengan efek inflamasi sulit dan sakit, nyeri rectal, gatal-gatal dan diare.
4. Respirasi Infeksi karena pneumocitis, carinii, cytomegalovirus, virus influenza, pneumococcus, dan strongyloides dengan efek nafas pendek, batuk, nyeri, hipoksia, kelelahan, dan gagal nafas.
5. Dermatologik Lesi kulit stafilococcus, virus herpes simpleks dan zoster, dermatitis karena xerosis, reaksi otot, lesi scabies/tuma, dan dekubitus dengan efek nyeri, gatal, rasa terbakar, infeksi sekunder dan sepsis.
6. Sensorik Pada bagian sensorik virus menyebabkan pandangan pada sarcoma kaposi pada konjunktiva berefek kebutaan. Pendengaran pada otitis eksternal dan otitis media, kehilangan pendengaran dengan efek nyeri (Gunawan, 2016).

2.1.9 Peran Perawat dalam Pencegahan Penularan HIV/AIDS

Meningkatnya prevalensi kasus HIV di Indonesia akan berdampak pada tingginya kebutuhan peran perawat untuk memberikan konseling, pendidikan dan perawatan pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) (Chen et al., 2015). Peran perawat dalam memberikan konseling pada ODHA bertujuan untuk mencegah penularan HIV dengan cara mengubah perilaku melalui pemberian dukungan yang dapat menumbuhkan motivasi dan persepsi ODHA yang positif, misalnya melakukan hubungan seksual yang aman, tidak berganti partner seks, dan tidak berganti-ganti jarum suntik. Dengan diberikan konseling diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA dalam segala aspek baik medis, psikologis, sosial dan ekonomi melalui dukungan positif pada ODHA (Nursalam & Kurniawati, 2012; Waluyo, Nurachmah, & Rosakawati, 2012).

Kegiatan konseling juga bertujuan untuk memonitoring secara berkala dan klinis terhadap kepatuhan ODHA dalam terapi ARV. Monitoring berkala meliputi kepatuhan, efek samping dan keberhasilan terapi ARV. Monitoring klinis dilakukan agar didapatkan riwayat penyakit yang jelas dan dilakukan pemeriksaan klinis yang teratur. Pemberian pendidikan kesehatan berupaya agar ODHA memahami dan menyadari cara untuk memelihara kesehatan mereka, menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan

mereka dan kesehatan orang lain, serta mengetahui pencarian pengobatan bila mereka sakit (Notoatmodjo, 2012). Keterlibatan perawat dalam memberikan perawatan klinis psikososial dan fisik secara *dependent* dan *interdependent* dengan tim kesehatan lainnya di layanan kesehatan pada ODHA yang mempunyai masalah kesehatan yang lebih kompleks diharapkan memberikan dampak positif bagi kesehatan ODHA (Chen et al., 2015; Piercy, Bell, Hughes, Naylor, & Bowman, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Ibrahim et al., (2014), menunjukkan bahwa orang dengan HIV membutuhkan perawatan berbasis rumah atau *Home Based Care* (HBC). HBC menawarkan pendekatan yang berfungsi untuk menjembatani kesenjangan perawatan antara rumah sakit, pusat kesehatan, masyarakat setempat dan keluarga. perawatan dasar yang dibutuhkan meliputi menyiapkan makanan, memberi makan, menyiapkan tempat tidur, perawatan kuku, perawatan rambut dan mulut, perawatan kulit dan perawatan luka, kehati-hatian dalam penanganan cairan tubuh dan barang-barang yang terkontaminasi, dan kesehatan lingkungan.

2.2 Motivasi

2.2.1 Pengertian Motivasi

Motivasi adalah keadaan dalam pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan kegiatan-kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan. Motivasi yang ada pada seseorang akan mewujudkan suatu perilaku yang diarahkan pada tujuan mencapai sasaran kepuasan (Supardi, 2014).

Motivasi adalah keadaan secara psikologis yang mendorong seseorang melakukan tindakan sesuai dengan tujuan (Yundini, 2016). Motivasi adalah kondisi psikologis yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu (Sutikno, 2015). Motivasi adalah keadaan internal organisme baik manusia ataupun hewan yang mendorongnya untuk berbuat sesuatu. Dalam pengertian ini, motivasi berarti pemasok daya (*energizer*) untuk bertindak laku secara terarah (Muhibbin, 2012). Usman (2012) menyatakan bahwa motivasi adalah suatu proses untuk memenuhi kebutuhan dan mencapai tujuan. Selanjutnya Ahmadi (2014) mengatakan bahwa motivasi adalah sesuatu kekuatan dalam diri organisme itu bertindak atau berbuat.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa motivasi adalah proses perubahan tenaga yang mendorong individu sehingga ia mau dan ingin melakukan aktivitas-aktivitas tertentu untuk mencapai tujuan.

2.2.2 Fungsi Motivasi

Motivasi memiliki kaitan yang erat dengan tujuan, makin berharga tujuan bagi seseorang makin kuat juga motivasinya. Tiga fungsi motivasi diantaranya yaitu:

1. Mendorong manusia untuk berbuat, jadi sebagai penggerak atau motor yang melepaskan energi. Motivasi dalam hal ini merupakan langkah penggerak dari setiap kegiatan yang akan dikerjakan.
2. Menentukan arah perbuatan yakni ke arah tujuan yang hendak dicapai. Dengan demikian motivasi dapat memberikan arah dan kegiatan yang harus dikerjakan sesuai dengan rumusan tujuannya.
3. Menyeleksi perbuatan, yakni menentukan perbuatan-perbuatan yang harus dikerjakan yang serasi guna mencapai tujuan dengan menyisihkan perbuatan-perbuatan yang tidak bermanfaat bagi tujuan tersebut (Sutikno, 2015).

Manusia memiliki empat peran motivasi dalam kehidupan, yaitu: motivasi sebagai pendorong manusia dalam melakukan sesuatu, motivasi sebagai penentu arah dan tujuan, motivasi sebagai penyeleksi perbuatan yang akan dilakukan oleh manusia dan motivasi sebagai penguji sikap manusia dalam berbuat (Arifin, 2013).

Pendapat lain menyatakan bahwa motivasi mempunyai fungsi sebagai perantara pada organisme atau manusia untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan. Suatu perbuatan dimulai dengan adanya ketidakseimbangan dalam diri individu. Keadaan ketidakseimbangan

ini tidak menyenangkan bagi individu yang bersangkutan sehingga timbul kebutuhan untuk meniadakan ketidakseimbangan itu. Kebutuhan inilah yang menimbulkan dorongan atau motif untuk berbuat sesuatu (Fauzi: 2015).

Berdasarkan uraian di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa fungsi motivasi belajar adalah sebagai pendorong, penggerak, penyeleksi dan juga penentu arah dalam mencapai tujuan pembelajaran. Maka jelaslah bahwa setiap motivasi itu sangatlah berkaitan erat dengan tujuan dan cita-cita.

2.2.3 Cara Memotivasi

Menurut Uno (2015) ada beberapa cara yang tepat dapat diterapkan untuk memotivasi seseorang, diantaranya:

- 1) Memotivasi dengan kekerasan, yaitu menggunakan ancaman hukuman atau kekerasan agar yang dimotivasi dapat melakukan apa yang harus dilakukan.
- 2) Memotivasi dengan bujukan, yaitu cara memotivasi dengan bujukan atau memberi hadiah agar melakukan sesuatu sesuai dengan harapan pemberi motivasi.
- 3) Memotivasi dengan identifikasi, yaitu cara memotivasi dengan menanamkan kesadaran sehingga individu berbuat sesuatu karena adanya keinginan yang timbul dari dalam dirinya sendiri dalam mencapai sesuatu.

2.2.4 Macam-Macam Motivasi

1. Motivasi Intrinsik

1) Minat

Minat diartikan sebagai suatu kondisi yang terjadi apabila seseorang melihat ciri-ciri atau arti sementara situasi yang dihubungkan dengan keinginan-keinginan atau kebutuhan-kebutuhannya sendiri (Sardiman, 2013).

2) Kebutuhan

Kebutuhan adalah kecenderungan-kecenderungan yang permanen dalam diri seseorang yang menimbulkan dorongan dan kelakuan untuk mencapai tujuan. Tujuan ini menyangkut soal kebutuhan-kebutuhan juga dapat diartikan sebagai suatu keadaan internal yang menyebabkan hasil hal tertentu tampak menarik. Suatu kebutuhan yang timbul terpuaskan menciptakan yang merangsang dorongan-dorongan dalam diri individu untuk mencapainya. Dorongan inilah yang menimbulkan perilaku pencarian untuk menemukan tujuan-tujuan tertentu. Dengan demikian, pemberian motivasi tidak dapat dipisahkan dengan kebutuhan manusia. (Sagala, 2015).

3) Harapan

Harapan merupakan sebuah keinginan yang belum terwujud. Harapan merupakan kemungkinan yang dilihat untuk memenuhi suatu kebutuhan seseorang individu yang

didasarkan atas pengalaman yang lalu. Suatu teori menganggap harapan dalam lingkungan menimbulkan bentuk-bentuk tujuan dan tindakan yang mengikutinya. Harapan menggambarkan apa yang akan orang pikirkan mengenai apa yang terjadi pada mereka. Besarnya harapan seseorang akan mendorong orang itu untuk mewujudkan apa yang akan menjadi keinginannya (Sagala, 2015).

2. Motivasi Ekstrinsik

1) Lingkungan

Lingkungan adalah tempat dimana kita berinteraksi dengan orang lain. Perbedaan lingkungan merupakan faktor yang harus diperhatikan dalam motivasi. Hal ini didasarkan pada pertimbangan bahwa setiap orang memiliki perbedaan dan berasal dari lingkungan yang berbeda untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya (Sagala, 2015).

2) Fasilitas

Fasilitas adalah segala hal yang dapat memudahkan keinginan dengan segala kemudahan. Fasilitas yang memadai akan menjadi motivator seseorang untuk memenuhi keinginannya (Sagala, 2015).

2.3 Dukungan Keluarga

2.3.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2015). Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga dan juga pertolongan dan bantuan terhadap anggotanya keluarganya (Friedman, 2015).

Adapun menurut Ali (2015), keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

2.3.2 Fungsi Keluarga

Berdasarkan UU No.10 tahun 1992 PP No. 21 tahun 1994 Setiadi (2012) tertulis fungsi keluarga dalam delapan bentuk yaitu :

1. Fungsi Keagamaan
 - a. Membina norma ajaran-ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga.

- b. Menerjemahkan agama kedalam tingkah laku hidup sehari-hari kepada seluruh anggota keluarga.
- c. Memberikan contoh konkrit dalam hidup sehari-hari dalam pengamalan dari ajaran agama.
- d. Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang kurang diperolehnya disekolah atau masyarakat.
- e. Membina rasa, sikap, dan praktek kehidupan keluarga beragama sebagai pondasi menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

2. Fungsi Budaya

- a. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma-norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan.
- b. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai.
- c. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia.
- d. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya dapat berpartisipasi berperilaku yang baik sesuai

dengan norma bangsa Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi.

- e. Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras dan seimbang dengan budaya masyarakat atau bangsa untuk menjunjung terwujudnya norma keluarga kecil bahagia sejahtera.

3. Fungsi Cinta Kasih

- a. Menumbuhkembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antar anggota keluarga ke dalam simbol-simbol nyata secara optimal dan terus-menerus.
- b. Membina tingkah laku saling menyayangi baik antar keluarga secara kuantitatif dan kualitatif.
- c. Membina praktek kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ukhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang.
- d. Membina rasa, sikap dan praktek hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

4. Fungsi Perlindungan

- a. Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga.
- b. Membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar.

- c. Membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

5. Fungsi Reproduksi

- a. Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik bagi anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya.
- b. Memberikan contoh pengamalan kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pendewasaan fisik maupun mental.
- c. Mengamalkan kaidah-kaidah reproduksi sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara dua anak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
- d. Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

6. Fungsi Sosialisasi

- a. Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak pertama dan utama.
- b. Menyadari, merencanakan dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpainya baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat.
- c. Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan

kedewasaan (fisik dan mental), yang kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat.

- d. Membina proses pendidikan dan sosialisasi yang terjadi dalam keluarga sehingga tidak saja bermanfaat positif bagi anak, tetapi juga bagi orang tua, dalam rangka perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

7. Fungsi Ekonomi

- a. Melakukan kegiatan ekonomi baik di luar maupun di dalam lingkungan keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga.
- b. Mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga.
- c. Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan secara serasi, selaras dan seimbang.
- d. Membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

8. Fungsi Pelestarian Lingkungan

- a. Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan internal keluarga.
- b. Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan eksternal keluarga.

- c. Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan yang serasi, selaras dan seimbang dan antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya.
- d. Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju keluarga kecil bahagia sejahtera (Setiadi, 2012).

2.3.3 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Friedman (2015) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu:

1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan

keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan sekitar keluarga.

3. Memberikan keperawatan anggota keluarga yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
4. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. Keluarga memainkan peran yang bersifat mendukung anggota keluarga yang sakit. Dengan kata lain perlu adanya sesuatu kecocokan yang baik antara kebutuhan keluarga dan asupan sumber lingkungan bagi pemeliharaan kesehatan anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada). Hubungan yang sifatnya positif akan memberi pengaruh yang baik pada keluarga mengenai fasilitas kesehatan. Diharapkan dengan hubungan yang positif terhadap pelayanan kesehatan akan merubah setiap perilaku anggota keluarga mengenai sehat sakit.

2.3.4 Bentuk Dukungan

Bentuk dukungan keluarga modifikasi Sarafino dan Friedman (2015) adalah sebagai berikut:

1. Dukungan Penghargaan

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian dengan baik dan juga sumber masalah dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif. Dukungan penghargaan ini dalam bentuk memberikan support, kepercayaan, pujian, mengingatkan, pengakuan dan penghargaan.

2. Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan

nyata (instrumental support material support), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi masalah individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

Bentuk dukungan ini merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung seperti pemberian uang, pemberian barang, makanan serta pelayanan. Bentuk dukungan ini dapat langsung mengurangi kecemasan karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi. Dukungan instrumental sangat diperlukan dalam mengatasi masalah yang dianggap dapat dikontrol atau dengan lebih mudah. Dukungan instrumental ini berupa pemberian materi atau uang, tenaga dan memfasilitasi sarana.

3. Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau

umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stresor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan *feed back*. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi. Dukungan informasional ini berupa pencarian informasi, diskusi, saran dan nasehat.

4. Dukungan Emosional

Selama terapi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, dan cemas. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami cobaan, bantuan dalam bentuk semangat, empati, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat untuk mencurahkan permasalahan dan memberikan semangat. Dukungan emosional ini berupa kepedulian, keyakinan, perasaan senang, pemberian semangat.

Sedangkan dukungan menurut Sarafino (2014) adalah sebagai berikut:

1. Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan terjadi melalui ekspresi penghargaan yang positif melibatkan pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performa orang lain yang berbanding positif antara individu dengan orang lain.

2. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental merupakan dukungan yang diberikan secara langsung yang meliputi bantuan material seperti memberikan tempat tinggal, meminjamkan atau memberikan uang dan bantuan dalam mengerjakan tugas rumah sehari-hari.

3. Dukungan Informasional

Dukungan informasi terjadi dan diberikan dalam bentuk nasehat, saran dan diskusi tentang bagaimana cara mengatasi atau memecahkan masalah yang ada.

4. Dukungan Emosional

Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional. Dengan tingkah laku yang mendorong perasaan dan mengarahkan individu untuk percaya bahwa ia dipuji, dihormati, dan dicintai, dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian.

2.4 Kepatuhan

2.4.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan (*adherence*) adalah suatu bentuk perilaku yang timbul akibat adanya interaksi antara petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien mengerti rencana dengan segala konsekwensinya dan menyetujui rencana tersebut serta melaksanakannya (Kemenkes RI, 2014). Kepatuhan pada pasien yaitu sejauh mana perilaku individu sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh petugas kesehatan (Notoatmodjo, 2015).

Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat. Patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah atau aturan. Sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin (Niven, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Haryatiningsih (2017) mengenai kepatuhan minum obat pada penderita HIV di klinik teratai RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung didapatkan hasil bahwa kepatuhan pada terapi ARV merupakan suatu keadaan pasien sadar sendiri dan bukan semata-mata karena mematuhi perintah dokter untuk menjalani pengobatan.

2.4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Niven (2015) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah :

1. Faktor Internal

1) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Tingginya pendidikan seorang dapat meningkatkan kepatuhan dalam melaksanakan kewajibannya, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

2) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

3) Motivasi

Motivasi paling kuat adalah dalam diri individu sendiri. Motivasi individu ingin tetap mempertahankan kesehatannya sangat berpengaruh terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penderita dalam mengontrol penyakitnya.

2. Faktor Eksternal

1) Dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tentram apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya, karena dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan lebih baik, serta penderita mau menuruti saran-saran yang diberikan oleh keluarga untuk menunjang pengelolaan penyakitnya.

2) Dukungan sosial

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga lain merupakan faktor-faktor yang penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis, keluarga dan lingkungan sekitar dapat mengurangi kecemasan yang disebabkan oleh penyakit tertentu dan dapat mengurangi godaan terhadap ketidakpatuhan.

3) Dukungan petugas kesehatan

Dukungan petugas kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan. Dukungan mereka terutama berguna saat pasien menghadapi bahwa perilaku sehat yang baru tersebut merupakan hal penting.

Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien, dan secara terus menerus memberikan penghargaan yang positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya (Niven, 2015).

2.4.3 Kepatuhan Pengobatan

Pengobatan yang memerlukan jangka waktu yang panjang ataupun seumur hidup akan memberikan pengaruh pada klien diantaranya yaitu:

1. Merupakan suatu tekanan psikologis bagi seorang klien tanpa keluhan atau gejala penyakit saat dinyatakan sakit dan harus menjalani pengobatan sekian lama.
2. Bagi klien dengan keluhan atau gejala penyakit setelah menjalani pengobatan 1-2 bulan atau lebih lama, keluhan akan segera berkurang atau hilang sama sekali, klien akan merasa sembuh dan malas untuk meneruskan pengobatan kembali.
3. Datang ke tempat pengobatan selain waktu yang tersisa juga menurunkan motivasi yang akan semakin menurun dengan lamanya waktu pengobatan.
4. Pengobatan yang lama merupakan beban dilihat dari segi biaya yang harus dikeluarkan.

5. Efek samping obat walaupun ringan tetap akan memberikan rasa tidak enak terhadap klien.
6. Sukar untuk menyadarkan klien untuk terus melakukan kontrol selama jangka waktu yang ditentukan (Niven, 2015).

2.4.4 Pengukuran Kepatuhan

Karena jangka waktu pengobatan yang ditetapkan lama maka terdapat beberapa kemungkinan pola kepatuhan klien yaitu klien patuh dan klien tidak patuh dalam pengobatan. Kepatuhan dalam pengobatan biasanya dikatakan tidak patuh apabila tidak melakukan pengobatan selama 3 kali berturut-turut dengan asumsi pengobatan dilakukan sehari sekali. Apabila pengobatan dilakukan dalam kurun waktu tertentu, dikatakan tidak patuh apabila setiap 1 bulan ada 3 kali tidak melakukan pengobatan (Niven, 2015).

2.4.5 Kepatuhan Minum Obat ARV

Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang mengikuti terapi ARV memiliki perilaku dan kebiasaan yang berbeda dan terapi ARV memungkinkan mereka hidup dalam kehidupan yang lebih berkualitas dan produktif disebabkan *adherence* atau kepatuhan yang tepat membuat ODHA tidak akan masuk ke dalam fase AIDS lebih cepat. Pemahaman akan tahap dan proses perubahan, akan menolong individu memahami bagaimana cara perubahan berjalan dan apa yang dapat dialami selama terjadi perubahan untuk mengubah perilaku,

seseorang terlebih dulu memikirkan perilaku apa yang ada pada dirinya. Seseorang biasanya mengubah perilaku yang buruk dalam menentukan perilaku yang ingin diubah ini dapat digunakan inventori ataupun pengalamannya selama ini (Kemenkes RI, 2014).

Alasan utama terjadinya kegagalan terapi ARV adalah kepatuhan atau adherence yang buruk. Kepatuhan merupakan kecenderungan penderita melakukan instruksi medikasi yang dianjurkan. Kepatuhan minum obat diartikan sebagai riwayat pengobatan penderita berdasarkan pengobatan yang sudah ditetapkan (National Institute for Health and Clinical Excellence : Gough, 2014).

2.4.6 Kegagalan Terapi ARV

Kegagalan terapi kemungkinan dapat terjadi apabila setelah memulai terapi ARV dengan kepatuhan yang tinggi dan tidak terjadi respon terapi yang diharapkan. Kegagalan terapi tersebut diantaranya :

Tabel 2.1

Kegagalan Terapi ARV

Kegagalan terapi	Kriteria	Keterangan
Kegagalan klinis	a. Terapi ARV telah berjalan selama minimal 6 bulan	Selalu evaluasi kemungkinan adanya interaksi obat.
	b. Kepatuhan pasien: 80%<N<95%.	Kriteria yang harus ada adalah a, b dan c.
	c. Ada interaksi obat yang menyebabkan penurunan kadar ARV darah	
	d. PPE atau pruriog timbul kembali	
	e. Penurunan Hb>1 gr/dl	

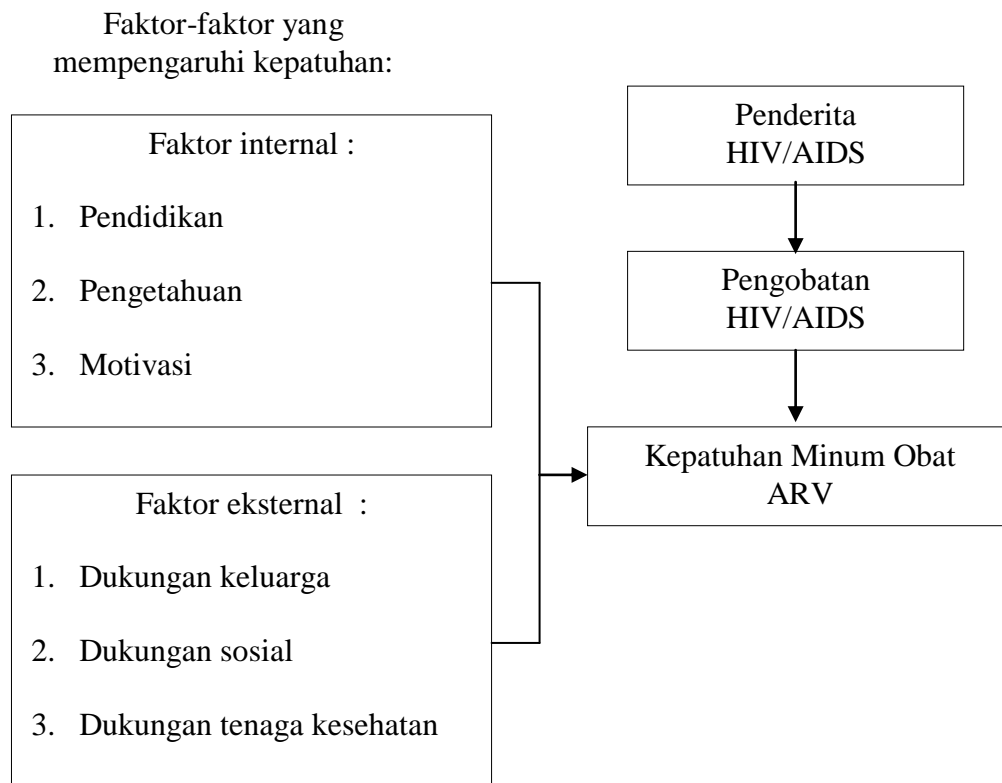
Kegagalan terapi	Kriteria	Keterangan
Kegagalan imunologis	a. Penurunan CD4 kembali seperti awal sebelum pengobatan b. Penurunan sebesar 50% dari nilai CD4 tertinggi yang pernah dicapai c. Jumlah CD4 tetap $<100 \text{ sel/mm}^3$ setelah satu tahun pengobatan dengan ARV	WHO menyatakan bahwa jumlah CD4 bukan merupakan prediktor yang baik dalam menentukan kegagalan pengobatan. Sekitar 8-40% pasien yang memiliki kegagalan imunologis, terbukti masih dalam kondisi virological suppression dan tidak memerlukan perpindahan ke lini ke-2. Kriteria a hanya bisa dipakai jika ada data mengenai kriteria b.
Kegagalan virologis	a. Pasien telah terapi ARV minimal 6 bulan b. Pemeriksaan Viral Load diulang setelah 4-8 minggu c. Viral Load > 5000 kopi/ml	Viral Load dapat digunakan sebagai prediktor kepatuhan minum obat. Viral load diharapkan menjadi undetectable (<50 kopi/ml) dalam waktu 6 bulan pengobatan.

Sumber: WHO, 2015 dalam Ninuk, 2016

2.5 Kerangka Konseptual

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah dijelaskan maka bentuk kerangka konseptual dapat dijelaskan sebagai berikut :

Bagan 2.1
Kerangka Konseptual



Sumber: Niven (2015)