

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep Dasar tentang HIV/AIDS

a. Pengertian HIV/AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang menyebabkan penyakit *AIDS*, dan untuk memudahkannya disebut sebagai penyakit HIV/AIDS, yang merupakan penyakit kelamin yang pada mulanya dialami oleh kelompok kaum homoseksual. *AIDS* adalah kumpulan penyakit yang disebabkan oleh virus HIV yang merusak sistem kekebalan tubuh sehingga tubuh mudah diserang penyakit-penyakit lain karena sistem kekebalan tubuhnya menurun terus secara drastis. Virus yang menyebabkan penyakit ini adalah HIV (*Human Immune-deficiency Virus*) (Dianawati, 2008).

b. Cara Transmisi

HIV ditransmisikan dengan cara terbatas, antara lain melalui kontak seksual, komponen darah, dan secara perinatal (Peter dan Esther, 1997). HIV telah diisolasi dari sejumlah cairan tubuh, termasuk darah, saliva, urin, cairan serebrospinal, dan keringat. Virus HIV seringkali menginfeksi sel limfosit T helper (juga dikenal dengan nama T4+, CD4+, OKT4+). Walaupun begitu temuan tersebut tidak berarti bagi kesehatan. Tidak ada bukti yang menyatakan bahwa kontak dengan saliva atau air mata penderita dapat menyebabkan seseorang terinfeksi (Departemen Pemberdayaan Perempuan, 2010).

Kegiatan dan/atau perilaku yang dianggap mempunyai resiko tinggi dan seringkali ada hubungannya dengan infeksi HIV antara lain hubungan seksual melalui vagina dan atau hubungan seksual melalui anal serta kegiatan seksual lainnya yang potensial dapat menyebabkan seseorang terinfeksi oleh HIV. Kegiatan seksual lain yang mungkin dapat menyebabkan terjadinya infeksi HIV antara lain: (Departemen Pemberdayaan Perempuan, 2010)

- 1) *Anilingus* : menginduksi hubungan intim di daerah anal dengan menggunakan lidah.
- 2) *Cunnilingus* : menginduksi hubungan intim di daerah vagina/kitoris dengan menggunakan lidah (resiko lebih tinggi saat menstruasi)
- 3) *Fellatio* : menginduksi hubungan intim pada daerah genital pria dengan menggunakan lidah dan penghisapan (resiko lebih tinggi bila ejakulasi terjadi di dalam mulut).
- 4) *Fisting* : memasukkan atau meletakkan tangan, kepalan tangan, ataupun lengan bawah ke dalam rektum atau vagina.
- 5) *Urolagnia* : menginduksi hubungan intim dengan cara mengeluarkan urin ke dalam kulit (lebih berisiko bila terdapat luka terbuka pada kulit, oral, vagina, atau rektum).
- 6) Memakai benda-benda seks pada rektum dan/atau vagina.
- 7) Bergantian menggunakan jarum suntik dan penggunaan yang sering pada pecandu obat.
- 8) Penderita hemofilia dan mereka yang menerima transfusi darah terutama sebelum pertengahan tahun 1985.

- 9) Transmisi ibu-janin: wanita yang terinfeksi HIV menularkan HIV ke janin yang dikandungnya baik saat dalam kandungan maupun saat melahirkan (25% atau 35% kasus).

Kegiatan dan/atau perilaku yang dianggap mempunyai risiko dan seringkali tak ada hubungannya dengan infeksi HIV antara lain:

- 1) Transmisi okupasi: dari bukti yang terkumpul dapat disimpulkan bahwa tenaga kesehatan mempunyai resiko terhadap transmisi okupasi (misalnya melalui jarum suntik) (kurang dari 0.4% atau 1:200), dan
- 2) Kontak yang tak disengaja: tidak ada bukti yang menyatakan bahwa AIDS atau HIV dapat ditransmisikan melalui udara, makanan, air cairan muntahan, artherooda (nyamuk), atau melalui kontak yang tak disengaja (misalnya berpelukan atau berciuman).

c. Epidemiologi

AIDS merupakan kumpulan berbagai gejala penyakit akibatnya turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan oleh virus HIV (Anonymous, 2007). Orang yang terinfeksi virus HIV belum tentu AIDS. Perlu waktu 3-10 tahun untuk menjadi AIDS. HIV positif belum tentu AIDS, tetapi akhirnya akan menjadi AIDS, dan status HIV positif tidak pernah berubah menjadi HIV negatif.

Menurut Nasaronudin (2007), tahapan perubahan dari HIV ke AIDS yaitu :

1) Fase 1

Pada fase ini individu sudah terpapar dan terinfeksi, tetapi ciri-ciri infeksi belum terlihat meskipun dilakukan tes darah, namun bisa juga

mengalami gejala ringan, seperti flu (biasanya 2-3 hari dan sembuh sendiri). Umur infeksi 3 – 6 bulan.

2) Fase 2

Umur infeksi 3–10 tahun setelah terinfeksi HIV. Pada fase ini individu sudah positif HIV, tapi belum menampakkan gejala sakit (atau bisa saja menampakkan gejala ringan, misalnya flu 2 – 3 hari dan sembuh sendiri) dan sudah dapat menularkan kepada orang lain.

3) Fase 3

Gejala-gejala penyakit mulai muncul, antara lain keringat yang berlebihan di malam hari, diare terus-menerus, pembengkakan kelenjar getah bening, flu yang tidak sembuh-sembuh, nafsu makan berkurang dan badan menjadi lemah, serta berat badan terus berkurang, dan sistem kekebalan tubuh mulai berkurang. Pada fase ini belum disebut sebagai gejala AIDS.

4) Fase 4

Sudah masuk pada fase AIDS, dan timbul infeksi-infeksi oportunistik. Ada gejala utama dan gejala minor. Jika seseorang memiliki minimal dua dari tiga gejala utama dan satu dari lima gejala minor, maka dapat disimpulkan menderita AIDS.

Gejala utama yaitu :

- 1) Demam berkepanjangan lebih dari tiga bulan,
- 2) Diare kronis lebih dari satu bulan (berulang maupun terus-menerus),
- 3) Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam tiga bulan.

Gejala minor yaitu :

- 1) Batuk kronis lebih dari satu bulan
- 2) Infeksi pada mulut dan tenggorokan yang disebabkan oleh candida albicans
- 3) Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh
- 4) Munculnya Herpes Zoster yang berulang
- 5) Adanya bercak-bercak gatal di seluruh tubuh.

Kelompok populasi yang berisiko terhadap HIV dan AIDS yaitu Wanita Pekerja Seks (WPS), pelanggan WPS dan pasangannya, pengguna jarum suntik dan pasangannya, waria dan pelanggan waria, laki-laki suka laki-laki, dan narapidana. Meskipun risiko penularan kecil tetapi risiko tetap ada bagi kelompok pekerjaan berisiko terpapar HIV seperti petugas kesehatan, petugas laboratorium, dan orang yang bekerja dengan spesimen atau bahan yang terinfeksi HIV, terutama bila menggunakan benda tajam. Berbagai penelitian multi-institusi menyatakan bahwa risiko penularan HIV setelah kulit tertusuk jarum atau benda tajam lainnya yang tercemar oleh darah seseorang yang terinfeksi HIV adalah sekitar 0,3%, sedangkan risiko penularan HIV akibat paparan bahan yang tercemar HIV ke membran mukosa atau kulit yang mengalami erosi adalah sekitar 0,09% (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2009).

d. Patofisiologi

Penyakit AIDS disebabkan oleh Virus HIV. Masa inkubasi AIDS diperkirakan antara 10 minggu sampai 10 tahun. Diperkirakan sekitar 50% orang yang terinfeksi HIV akan menunjukkan gejala AIDS dalam 5 tahun pertama, dan mencapai 70% dalam sepuluh tahun akan mendapat AIDS.

Berbeda dengan virus lain yang menyerang sel target dalam waktu singkat, virus HIV menyerang sel target dalam jangka waktu lama. Supaya terjadi infeksi, virus harus masuk ke dalam sel, dalam hal ini sel darah putih yang disebut limfosit. Materi genetik virus dimasukkan ke dalam DNA sel yang terinfeksi. Di dalam sel, virus berkembangbiak dan pada akhirnya menghancurkan sel serta melepaskan partikel virus yang baru. Partikel virus yang baru kemudian menginfeksi limfosit lainnya dan menghancurkannya.

Virus menempel pada limfosit yang memiliki suatu reseptor protein yang disebut CD4, yang terdapat di selaput bagian luar. CD4 adalah sebuah marker atau penanda yang berada di permukaan sel-sel darah putih manusia, terutama sel-sel limfosit. Sel-sel yang memiliki reseptor CD4 biasanya disebut sel CD4+ atau limfosit T penolong. Limfosit T penolong berfungsi mengaktifkan dan mengatur sel-sel lainnya pada sistem kekebalan (misalnya limfosit B, makrofag dan limfosit T sitotoksik), yang kesemuanya membantu menghancurkan sel-sel ganas dan organisme asing. Infeksi HIV menyebabkan hancurnya limfosit T penolong, sehingga terjadi kelemahan sistem tubuh dalam melindungi dirinya terhadap infeksi dan kanker.

Seseorang yang terinfeksi oleh HIV akan kehilangan limfosit T penolong melalui 3 tahap selama beberapa bulan atau tahun. Seseorang yang sehat memiliki limfosit CD4 sebanyak 800-1300 sel/mL darah. Pada beberapa bulan pertama setelah terinfeksi HIV, jumlahnya menurun sebanyak 40-50%. Selama bulan-bulan ini penderita bisa menularkan HIV

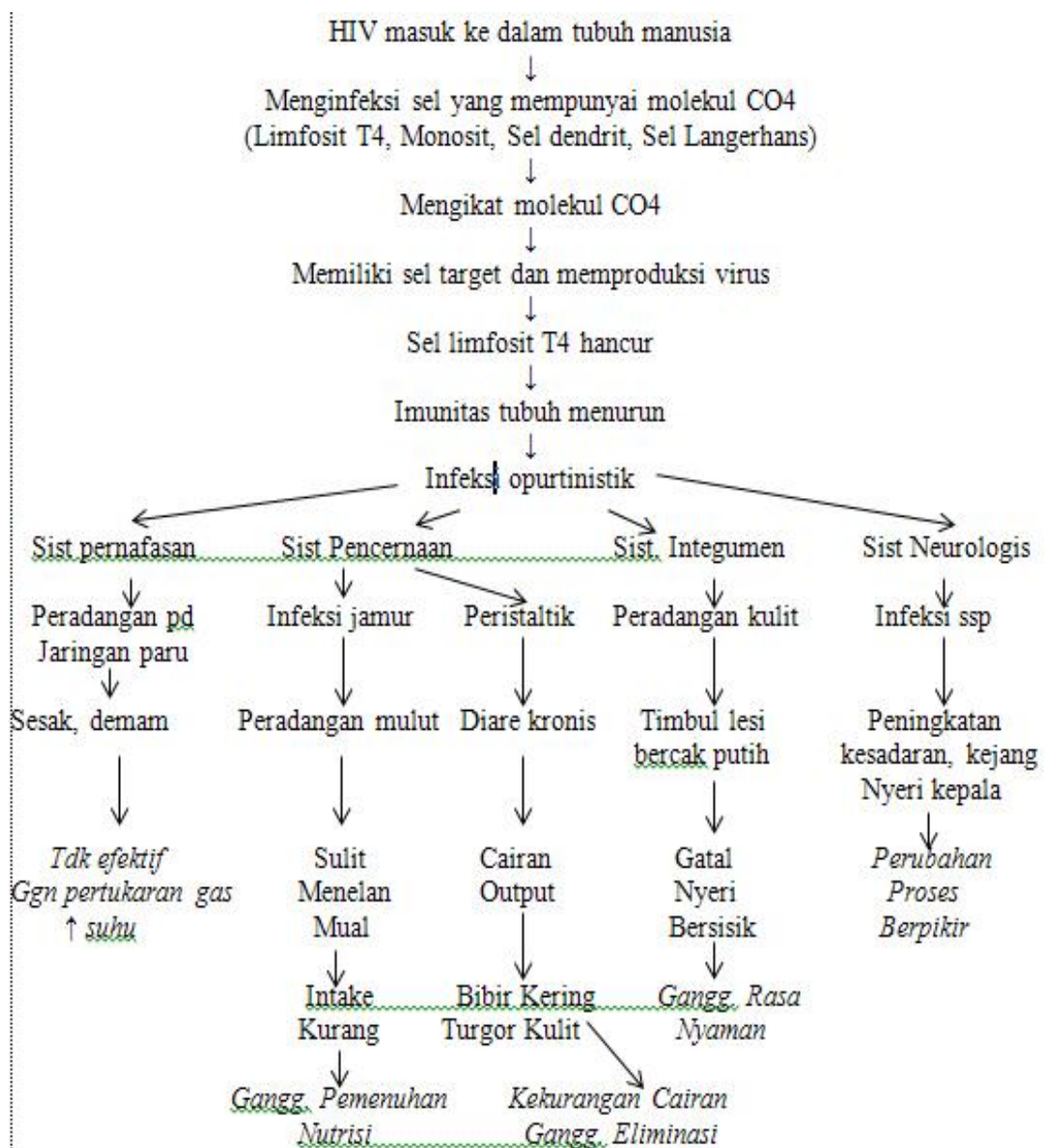
kepada orang lain karena banyak partikel virus yang terdapat di dalam darah. Meskipun tubuh berusaha melawan virus, tetapi tubuh tidak mampu meredakan infeksi. Setelah sekitar 6 bulan, jumlah partikel virus di dalam darah mencapai kadar yang stabil, yang berlainan pada setiap penderita. Perusakan sel CD4⁺ dan penularan penyakit kepada orang lain terus berlanjut. Kadar partikel virus yang tinggi dan kadar limfosit CD4⁺ yang rendah membantu dokter dalam menentukan orang-orang yang beresiko tinggi menderita AIDS. 1-2 tahun sebelum terjadinya AIDS, jumlah limfosit CD4⁺ biasanya menurun drastis. Jika kadarnya mencapai 200 sel/mL darah, maka penderita menjadi rentan terhadap infeksi.

Infeksi HIV juga menyebabkan gangguan pada fungsi limfosit B (limfosit yang menghasilkan antibodi) dan seringkali menyebabkan produksi antibodi yang berlebihan. Antibodi ini terutama ditujukan untuk melawan HIV dan infeksi yang dialami penderita, tetapi antibodi ini tidak banyak membantu dalam melawan berbagai infeksi oportunistik pada AIDS. Pada saat yang bersamaan, penghancuran limfosit CD4⁺ oleh virus menyebabkan berkurangnya kemampuan sistem kekebalan tubuh dalam mengenali organisme dan sasaran baru yang harus diserang.

Setelah virus HIV masuk ke dalam tubuh dibutuhkan waktu selama 3-6 bulan sebelum titer antibodi terhadap HIV positif. Fase ini disebut “periode jendela” (*window period*). Setelah itu penyakit seakan berhenti berkembang selama lebih kurang 1-20 bulan, namun apabila diperiksa titer antibodinya terhadap HIV tetap positif (fase ini disebut fase laten) Beberapa tahun kemudian baru timbul gambaran klinik AIDS yang

lengkap (merupakan sindrom/kumpulan gejala). Perjalanan penyakit infeksi HIV sampai menjadi AIDS membutuhkan waktu sedikitnya 26 bulan, bahkan ada yang lebih dari 10 tahun setelah diketahui HIV positif (Price, 2005).

Untuk menggambarkan patofisiologi HIV/AIDS, dapat dijelaskan dalam gambar berikut :



Gambar 2.1. Pathway HIV/AIDS

e. Pemeriksaan Diagnostik untuk HIV

Ada tiga pemeriksaan yang sering dipakai untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap HIV, yaitu :

1) ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*)

ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*) bereaksi terhadap antibodi yang ada dalam serum dengan memperlihatkan warna yang lebih tua jika terdeteksi antibodi virus dalam jumlah besar. Pemeriksaan ELISA mempunyai sensitifitas 93% dan sampai 98% dan spesifitasnya 98% sampai 99% (Kuhnl, 1985). Tetapi hasil positif palsu (atau negatif palsu) dapat berakibat luar biasa, karena akibatnya sangat serius. Oleh sebab itu, pemeriksaan ELISA diulang dua kali, dan jika keduanya menunjukkan hasil positif, dilanjutkan dengan pemeriksaan yang lebih spesifik, yaitu *Western Blot*.

2) Pemeriksaan *Western Blot*

Pemeriksaan *Western blot* juga dilakukan dua kali. Pemeriksaan ini lebih sedikit memberikan hasil positif palsu atau negatif palsu.

3) Pemeriksaan Klinis dan Imunologik

Jika seseorang telah dipastikan mempunyai seropositif terhadap HIV, maka dilakukan pemeriksaan klinis dan imunologik untuk menilai keadaan penyakit, dan mulai dilakukan usaha untuk mengendalikan infeksi.

4) *Rapid Test*

Berbagai macam *Rapid tes* digunakan berdasarkan bermacam teknik termasuk aglutinasi partikel, *lateral flow membrane*; melalui

aliran membran dan berdasarkan sistem *assay comb* atau *dipstick*. Rapid test sekarang banyak digunakan terutama layanan kesehatan kecil dimana hanya memproses beberapa contoh darah setiap hari. Rapid test lebih cepat dan tidak memerlukan alat khusus. *Rapid test*, perdefinisi memerlukan waktu 10 menit. Sebagian besar immuniassay noda darah atau aglutinasi tidak membutuhkan alat atau pelatihan khusus dan hanya menyita waktu 10-20 menit. Sebagian besar Rapid test mempunyai sensitivitas dan spesifisitas diatas 99% dan 98%.

Menurut Suharto (Jawa Pos, Sabtu 30 November 2013) ada 3 kemungkinan yang bisa terjadi setelah menjalani tes yaitu:

- 1) Negatif, bukan jendela. Bila seseorang tidak sedang dalam periode jendela dan hasil tesnya negatif, bukan berarti dia terbebas dari HIV seumur hidup sehingga boleh berperilaku bebas.
 - 2) Negatif, dalam jendela. Pada kasus ini, penderita jelas-jelas melakukan kontak yang bisa tertular HIV. Namun virus ini belum muncul dalam tes, untuk itu perlu observasi mendalam. Golongan penderita ini perlu mengulangi tes dalam jangka waktu 3 bulan kemudian, untuk kepastian status HIV-nya. Pengulangan tes ini dilakukan terus hingga status HIV-nya pasti.
 - 3) Positif, penderita telah terinfeksi HIV/AIDS.
- f. Penularan, Pencegahan HIV/AIDS, Aspek Psikososial, Hak dan Tanggung Jawab ODHA (orang dengan HIV/AIDS)
- 1) Teknik Penularan virus HIV/AIDS (Depkes RI, 2007)

Menurut Depkes RI (2007), penularan virus HIV/AIDS dapat ditularkan melalui beberapa cara, yaitu :

a) Darah

Contoh : Tranfusi darah, terkena darah hiv+ pada kulit yang terluka, terkena darah menstruasi pada kulit yang terluka, jarum suntik, atau alat-alat yang tercemar HIV.

b) Cairan Semen, Air Mani, Sperma dan Peju Pria. Contoh : Laki-laki berhubungan badan tanpa kondom atau pengaman lainnya, oral seks.

c) Cairan Vagina pada Perempuan. Contoh : Wanita berhubungan badan tanpa pengaman, bergantian menggunakan alat bantu seks, oral seks.

d) Air Susu Ibu / ASI. Contoh : Bayi minum asi dari wanita hiv+, Laki-laki meminum susu asi pasangannya, dan lain sebagainya.

Adapun cairan tubuh yang tidak mengandung Virus HIV pada penderita HIV+ (Depkes RI, 2007) :

- 1) Air liur / air ludah / saliva
- 2) Air mata
- 3) Air keringat
- 4) Air seni / air kencing / air pipis / *urine*

AIDS tidak ditularkan lewat :

- 1) Hidup serumah dengan penderita AIDS (asal tidak mengadakan hubungan seks).
- 2) Bersenggolan dengan penderita.

- 3) Bersentuhan dengan pakaian dan barang yang dipakai orang terkena HIV/AIDS.
- 4) Berjabat tangan.
- 5) Penderita AIDS batuk atau bersin di dekat kita.
- 6) Makan, minum bersama dari satu piring atau gelas.
- 7) Gigitan nyamuk atau serangga lain.

2) Pencegahan Penyakit HIV/AIDS

Cara pencegahan penularan HIV yang paling efektif adalah dengan memutuskan rantai penularan. Tentu saja hal ini tidak mudah. Ada beberapa cara yang bisa dilakukan untuk mencegah penularan, yaitu :

- 1) Tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah.
- 2) Tidak berganti-ganti pasangan.
- 3) Selalu menggunakan kondom secara tepat dan konsisten.
- 4) Selalu memastikan mendapatkan darah yang aman untuk transfusi.
- 5) Tidak menggunakan jarum suntik secara bergantian.
- 6) Pendidikan atau *edukasi*.

Dalam konteks kesehatan umum, tindakan mencegah merupakan tindakan yang lebih baik daripada mengobati, oleh karena itu dorongan melakukan tindakan preventif dan promotif ditekankan untuk membantu masyarakat merubah perilaku yang lebih selaras dengan kaidah-kaidah hidup yang sehat *UNAIDS*, sebuah lembaga PBB yang khusus menangani HIV/AIDS, memperkenalkan formula pencegahan HIV/AIDS yang disebut sebagai kombinasi ABC yang telah diadopsi dari berbagai sumber, pola atau model pencegahan ini

telah dikenal cukup lama dan diterapkan oleh berbagai institusi dalam pencegahan HIV/AIDS.

Pola ABC ini dapat dikembangkan dilanjutkan sebagai berikut (Depkes RI, 2007):

- a) A (*Abstinence*) artinya berpantang hubungan seks atau tidak berhubungan seks. Dalam konteks ini berpantang berarti menunda hubungan seks sampai pernikahan.
- b) B (*Befaithful*) artinya saling setia dengan satu pasangan dan tidak memperpanjang jaring pasangan seksual. Hal ini bermakna himbauan untuk tidak melakukan poligami dan peringatan untuk tidak melakukan aktifitas seksual diluar pernikahan.
- c) C (*Condom*) artinya selalu pakai kondom saat berhubungan seksual dengan pasangan tetapnya maupun pasangan yang baru dikenalnya. Kondom adalah upaya manusia untuk menurunkan risiko transfer beberapa substansi renik (sperma, kuman, virus, gizi mikro) dari orang ke orang selama melakukan penetrasi. Ditemukan kondom dalam ukuran dan kerapatan yang ada di pasaran, menurunkan risiko penularan HIV/AIDS sebanyak 90 - 98 persen bila dipakai secara benar.

Menurut Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (2007), bahwa infeksi HIV/AIDS dapat dihindari melalui beberapa cara. Beberapa cara tersebut adalah :

- a) *Abstinentia* (Puasa) atau berpantang melakukan hubungan seks.
Cara ini paling aman untuk menghindari infeksi melalui hubungan seks.

b) *Be Faithful* (Setia pada pasangan)

Seseorang yang telah aktif secara seksual, dapat menghindari infeksi HIV dengan tidak melakukan hubungan seks dengan orang lain selain pasangannya. Ini berarti seorang laki-laki harus tetap melakukan hubungan seks dengan seorang perempuan saja.

c) *Condom* (Menggunakan Kondom)

Kondom adalah alat kontrasepsi yang diandalkan saat ini untuk melindungi diri dan pasangan dari infeksi HIV.

d) Hindari menggunakan jarum suntik dan alat bekas.

Rata-rata pengguna narkoba suntik (penasun) menyuntikan narkoba secara bergantian. Sehingga memudahkan penularan HIV. Selain itu banyak orang ketika menggunakan alat-alat tajam tidak lagi apakah alat itu steril atau tidak. Para tukang cukur rambut tradisional sering menggunakan alat cukurnya yang tidak steril ketika akan menggunakannya.

e) Edukasi

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan HIV/AIDS melalui penyuluhan, pelatihan kecakapan hidup (*life skill education*) baik pada kelompok berisiko tinggi dan kelompok risiko rendah.

HIV/ AIDS terutama dapat terjadi melalui hubungan seksual, sehingga pencegahan perlu difokuskan pada hubungan seksual, dalam hal ini langkah pencegahan yang dianjurkan untuk dilakukan adalah :
Manuaba (2011)

- a) Melakukan hubungan monogami seumur hidup. Secara statistik dapat diperhitungkan bahwa dengan melakukan hubungan seks dengan pasangan yang terbatas maka resiko terinfeksi kuman penyebab IMS dan virus HIV juga akan berkurang.
- b) Berhubungan seks yang aman, yaitu dengan :
 - (1) Lebih berhati-hati dalam memilih pasangan, yaitu yang beresiko rendah terhadap infeksi kuman IMS, HIV dan AIDS.
 - (2) Hindarkan berganti-ganti pasangan.
- c) Mempraktekan *protective sex*, yaitu hubungan seksual yang tidak terdapat pertukaran atau kontak dengan semen, cairan vagina atau darah antar pasangan. Termasuk dalam kategori ini adalah penggunaan kondom.

Di samping itu, secara medis pencegahan yang sudah ditempuh diantaranya dengan adanya konseling dan tes HIV sukarela yang dikenal sebagai *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV dan AIDS berkelanjutan. Program VCT dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan klien dengan memberikan layanan dini dan memadai baik kepada mereka dengan HIV positif maupun negatif. Layanan ini termasuk pencegahan primer melalui konseling dan KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) seperti pemahaman HIV, pencegahan penularan dari ibu ke anak (*Prevention of Mother To Child Transmission – PMTCT*) dan akses

terapi infeksi oportunistik, seperti tuberkulosis (TBC) dan infeksi menular seksual (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2006).

Test HIV dilakukan setelah klien terlebih dahulu memahami dan menandatangani *informed consent* yaitu surat persetujuan setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan benar (Anonymous, 2009).

3) Aspek Psikososial ODHA (orang dengan HIV/AIDS)

Karena kurang pengetahuan masyarakat terhadap cara penularan AIDS dan rasa takut yang berlebihan, ODHA sering mengalami deskriminasi. Jenis deskriminasi yang dapat dialami ODHA antara lain :

- a) Lingkungan keluarga menjadi takut terkena aib sehingga keadaan ODHA dirahasiakan, malah kadang–kadang diusir dari rumah.
- b) Lingkungan sekolah mendeskriminasi ODHA dan mengeluarkannya dari sekolah.
- c) Lingkungan tempat tinggal, mengusir ODHA dari tempat tinggalnya.
- d) Lingkungan tempat kerja mengeluarkan ODHA dari tempat kerja.
- e) Masyarakat sering melupakan bahwa ODHA mempunyai hak dan kewajiban yang sama dengan warga negara lain.

4) Hak dan tanggung jawab ODHA

a) Hak ODHA

ODHA mempunyai hak sebagaimana anggota masyarakat lain, antara lain:

- (1) Hak untuk konfidensialitas.

- (2) Hak untuk menginformasikan atau tidak menginformasikan statusnya kepada orang lain.
- (3) Hak untuk mendapatkan kesempatan bekerja dan berpartisipasi dalam masyarakat.
- (4) Hak untuk mendapat dan memilih jenis layanan kesehatan yang sesuai dengan kehendaknya.
- (5) Hak untuk diperlakukan manusiawi dan tidak diskriminatif dalam layanan kesehatan, layanan sosial, dan lain-lain.
- (6) Hak untuk mendapatkan pendidikan dan penghasilan yang sesuai dengan pekerjaannya.
- (7) Hak untuk mendapatkan informasi yang benar mengenai keadaan atau status kesehatannya.
- (8) Hak untuk menentukan bersama tenaga kesehatan tindakan medis yang perlu dilakukan pada dirinya.

b) Tanggung jawab ODHA

Selain hak, ODHA juga mempunyai tanggung jawab antara lain:

- (1) Mencegah penularan HIV/AIDS kepada orang lain.
- (2) Menjaga kesehatan dirinya sebaik mungkin.
- (3) Memberikan informasi yang jelas dan benar kepada orang yang memerlukan.
- (4) Menjadi mitra kerja tenaga kesehatan dalam program pengobatan.

(5) Membantu dan mendukung program pemerintah dalam penanggulangan HIV/AIDS.

2. Dukungan Keluarga

a. Pengertian

Keluarga adalah sekumpulan dua individu atau lebih yang terikat oleh hubungan darah, perkawinan maupun adopsi yang tinggal dalam satu rumah, jika tempat tinggal terpisah tetap saling memperhatikan saling memperhatikan (Muhlisin, 2012). Dukungan keluarga merupakan bentuk pemberian dukungan terhadap anggota keluarga lain yang mengalami permasalahan, yaitu memberikan dukungan pemeliharaan, emosional untuk mencapai kesejahteraan anggota keluarga dan memenuhi kebutuhan psikososial (Potter, 2009).

Dukungan keluarga merupakan salah satu jenis dari dukungan sosial dan penting bagi seorang penderita, dukungan keluarga yang baik atau yang kurang dapat membantu kestabilan medikasi (Chambers *et al*, 2010). Dukungan sosial keluarga menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi dalam kehidupan (Friedman, 2008).

b. Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Safarino (2006), menjelaskan bahwa dukungan keluarga memiliki 4 (empat) jenis antara lain :

1) Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai kolektor informasi tentang dunia yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah, misalnya memberikan nasehat, petunjuk, atau saran pada pasien HIV/AIDS.

2) Dukungan penilaian

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi masalah serta sebagai sumber validator identitas anggota keluarga, diantaranya : memberikan *support*, pengakuan, penghargaan dan perhatian.

3) Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya : bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti materi, tenaga, dan sarana.

4) Dukungan emosional

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

c. Faktor yang mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Purnawan (2009), faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga yaitu :

1) Faktor Internal

a) Tahap Perkembangan

Dukungan dapat ditentukan dengan pertumbuhan dan perkembangan faktor usia, dengan demikian setiap rentang usia memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

b) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Latar belakang pendidikan, pengetahuan, dan pengalaman masa lalu akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk keyakinan adanya penting dukungan keluarga.

c) Tahap emosi

Emosi mempengaruhi setiap individu dalam memberikan respon dukungan. Respons saat stres cenderung melakukan hal yang mengkhawatirkan dan merugikan, tetapi saat respons emosionalnya kecil akan lebih tenang dalam menanggapi.

d) Aspek Spiritual

Aspek ini mencakup nilai dan keyakinan seseorang dalam menjalani hubungan dengan keluarga, teman dan kemampuan mencari arti hidup.

2) Faktor Eksternal

a) Menerapkan fungsi keluarga

Sejauh mana keluarga mempengaruhi pada anggota keluarga lain saat mengalami masalah kesehatan serta membantu dalam memenuhi kebutuhan.

b) Faktor Sosial Ekonomi

Setiap individu membutuhkan dukungan terhadap kelompok sosial untuk mempengaruhi keyakinan akan kesehatannya dan cara pelaksanaannya. Biasanya individu dengan ekonomi di atas rata-rata akan lebih cepat tanggap terhadap masalah kesehatan yang sedang dihadapi.

c) Latar Belakang Budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi nilai, keyakinan dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan dan cara mengatasi masalah kesehatan.

d. Dampak Penyakit pada Peran Keluarga

Ada beberapa jenis peran dalam keluarga sebagai pencari nafkah, pembuat keputusan, anak, saudara kandung dan orang tua. Saat terjadi sakit, orang tua dan anak beradaptasi terhadap perubahan akibat seseorang anggota keluarga sedang sakit. Pembalikan peran sering ditemui, jika orang tua jatuh sakit dan tidak dapat menjalankan aktivitas hariannya, anak akan mengambil alih tanggung jawab orangtuanya. Pembalikan peran ini dapat menimbulkan stress, tanggung jawab yang berat dan mengambil keputusan sering menimbulkan konflik. Individu dan keluarganya sering membutuhkan konseling dan bimbingan untuk membantu menghadapi perubahan peran (Potter, 2009).

e. Penilaian Dukungan Keluarga

Penilaian atas dukungan keluarga kepada responden dengan mengajukan pertanyaan melalui kuesioner. Kuesioner dengan 25 pertanyaan, menggunakan skala likert dengan rentang skala 1-2. Nilai tertinggi 100% nilai terendah 0. Instrumen yang digunakan dengan menggunakan median sebagai *cut of point*, yaitu 70%, adapun penilaiannya adalah :

- 1) Baik, apabila nilainya $\geq 70\%$.
- 2) Tidak baik, apabila nilai $\leq 70\%$. (Azwar, 2011)

3. Kepatuhan

a. Konsep Kepatuhan

Kepatuhan atau ketaatan (*compliance/adherence*) adalah tingkat melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain (Smet, 2009). Kepatuhan pasien sebagai sejauh mana perilaku pasien dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan (Niven, 2006). Kepatuhan terhadap pengobatan membutuhkan partisipasi aktif pasien dalam manajemen perawatan diri dan kerja sama antara pasien dan petugas kesehatan. Kepatuhan dalam pengobatan penderita *tuberculosis paru* merupakan perilaku peran sakit, yaitu tindakan/kegiatan yang dilakukan penderita agar dapat sembuh dari penyakit. Kepatuhan dalam menjalankan aturan pengobatan bagi penderita *Tuberkulosis paru* sangat penting untuk dapat mencapai kesembuhan yang optimal sehingga penularan kemasyarakatan dapat dihindari (Widagdo 2010).

Kepatuhan diartikan sebagai riwayat pengobatan penderita berdasarkan pengobatan yang sudah ditetapkan. Kepatuhan minum obat sendiri kembali kepada kesesuaian penderita dengan rekomendasi pemberi pelayanan yang berhubungan dengan waktu, dosis, dan frekuensi pengobatan selama jangka waktu pengobatan yang dianjurkan. Sebaliknya, “ketekunan” mengacu pada tindakan untuk melanjutkan pengobatan untuk jangka waktu yang ditentukan sehingga dapat didefinisikan sebagai total panjang waktu penderita mengambil obat, dibatasi oleh waktu antara dosis

pertama dan terakhir (Peterson dalam *Agency for Healthcare Research and Quality*, 2012).

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan menurut Muliawan (2008) adalah :

- 1) Variabel demografi seperti usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosio ekonomi dan pendidikan.
- 2) Variabel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi.
- 3) Variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan.
- 4) Variabel psikososial seperti intelegensia, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan, atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya dan biaya finansial.

c. Jenis ketidakpatuhan (*Non Compliance*)

- 1) Ketidakpatuhan yang disengaja (*Intentional non Compliance*).

Ketidakpatuhan yang disengaja dapat disebabkan oleh :

- a) Keterbatasan biaya pengobatan.
- b) Sikap apatis pasien
- c) Ketidakpercayaan pasien akan efektifitas obat

- 2) Ketidakpatuhan yang tidak disengaja (*Unintentional non Compliance*)

Ketidakpatuhan yang tidak disengaja dapat disebabkan karena :

- a) Pasien lupa minum obat

b) Ketidaktahuan akan petunjuk pengobatan

c) Kesalahan dalam hal pembacaan etiket

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan (*Non Compliance*)

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian menurut Niven (2002) (dalam Evarina,dkk, 2011) antara lain :

1) Pemahaman tentang intruksi

Tak seorang pun dapat mematuhi intruksi jika ia salah paham tentang intruksi yang diberikan kepadanya.

2) Kualitas Interaksi

Kualitas interaksi antara professional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

3) Isolasi sosial dan dukungan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta juga dapat menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima.

4) Keyakinan, sikap dan kepribadian

Pendapat Becker, et al (1979) yang dikutip Dinna (2009) telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Lima faktor yang perlu diperhatikan untuk menghindari ketidakpatuhan pasien adalah (Spiritia, 2012):

a) Penyakit pasien

- b) Individu pasien
- c) Sikap dokter
- d) Obat yang diberikan
- e) Lingkungan pengobatan

e. Akibat ketidakpatuhan

Menurut Spiritia (2012), Ketidakpatuhan dapat memberikan akibat pada program terapi yang sedang dijalankan, diantaranya :

- 1) Bertambah parahnya penyakit atau penyakit cepat kambuh lagi
- 2) Terjadinya resistensi
- 3) Keracunan

f. Cara untuk mengetahui ketidakpatuhan

Terdapat beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengetahui ketidakpatuhan, yaitu (Dinna, 2009):

- 1) Melihat hasil terapi secara berkala.
- 2) Memonitor pasien kembali datang untuk membeli obat pada periode selanjutnya setelah obat itu habis.
- 3) Melihat jumlah sisa obat.
- 4) Langsung bertanya kepada pasien mengenai kepatuhannya terhadap pengobatan.

g. Mengukur tingkat kepatuhan

Tingkat ketidakpatuhan seseorang dalam menjalankan terapi dapat diukur dengan beberapa metode (Dinna, 2009) :

- 1) Metoda pengukuran langsung (pengukuran konsentrasi obat atau metabolitnya dalam darah atau urin).
- 2) Metoda pengukuran tidak langsung meliputi wawancara dengan pasien, penilaian hasil pemeriksaan klinis.

h. Strategi untuk meningkatkan kepatuhan

Pendapat Smet (1994) yang dikutip Ika Silvitasari (2014) berbagai strategi telah dicoba untuk meningkatkan kepatuhan adalah :

1) Dukungan profesional kesehatan

Dukungan profesional kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contoh yang paling sederhana dalam hal dukungan tersebut adalah dengan adanya teknik komunikasi. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik diberikan oleh professional kesehatan baik dokter/perawat dapat menanamkan ketaatan bagi pasien.

2) Dukungan sosial

Dukungan social yang dimaksud adalah keluarga. Para profesional kesehatan yang dapat meyakinkan keluarga pasien untuk menunjang peningkatan kesehatan pasien maka ketidakpatuhan dapat dikurangi.

3) Perilaku sehat

Modifikasi perilaku sehat sangat diperlukan. Untuk pasien dengan hipertensi diantaranya adalah tentang bagaimana cara untuk menghindari dari komplikasi lebih lanjut apabila sudah menderita hipertensi. Modifikasi gaya hidup dan control secara teratur atau minum obat anti hipertensi sangat perlu bagi pasien hipertensi.

4) Pemberian informasi

Pemberian informasi yang jelas pada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya.

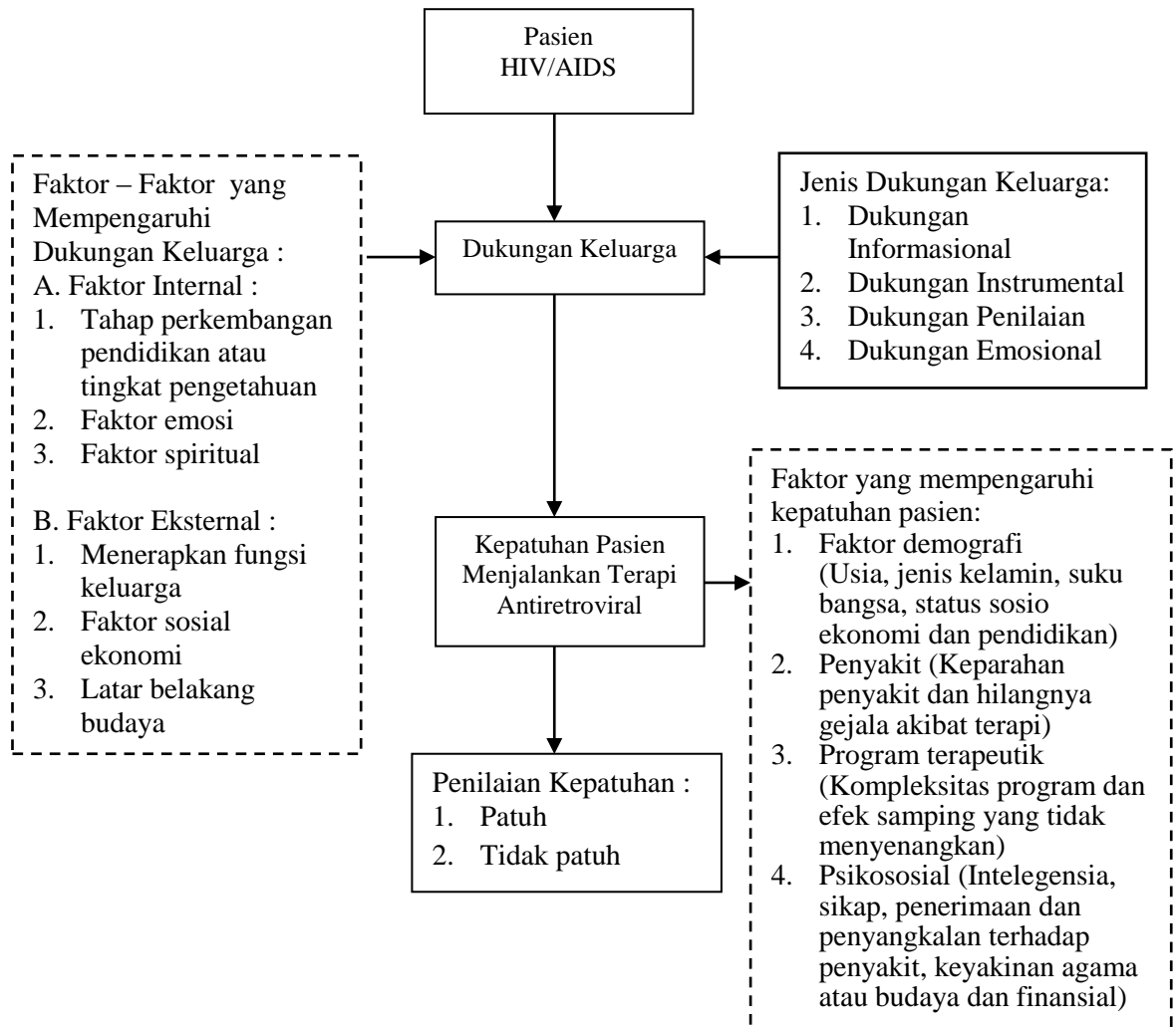
i. Penilaian Kepatuhan

Penilaian kepatuhan, dengan memberikan pernyataan dari kuesioner baku *Morinsky Medication Adherence Scale* (MMAS) yang terdiri dari 8 pernyataan yang sudah dialih bahasakan ke dalam bahasa Indonesia. Penentuan jawaban kuesioner menggunakan skala *Guttman*; dimana yaitu jawaban responden hanya terbatas pada dua jawaban, ya atau tidak. Nilai tertinggi 0 dan terendah 8. Variabel kepatuhan mengadopsi dari interpretasi kuesioner asli oleh Morinsky yang dimodifikasi yakni dengan 2 kategori, dimana 2 sebagai *cut of point*. Semakin sedikit total nilai yang dijumlah menandakan semakin patuh. Hasil dari variabel ini dibagi menjadi 2 kategori, yaitu: (Fitri, 2014).

- 1) Patuh apabila nilainya ≤ 2 .
- 2) Tidak patuh apabila nilainya > 2 (Fitri, 2014).

B. Kerangka Teori

Secara skematis kerangka teori dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1.
Kerangka Teori

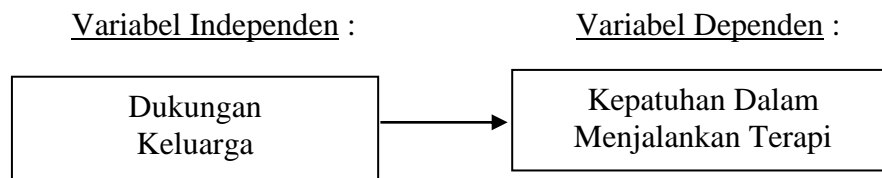
Sumber : Notoatmodjo (2010), Safarino (2006) , dan Depkes RI (2006).

Keterangan :

----- : Yang tidak diteliti.

———— : Yang diteliti.

C. Kerangka Teori



Gambar 2.2.
Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam menjalankan terapi antiretroviral pada pasien HIV/AIDS di Poliklinik VCT (*Voluntary Counseling Test*) Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta.