

**PERAN KELOMPOK DUKUNGAN SEBAYA DAN PETUGAS
KESEHATAN DENGAN KEPATUHAN MINUM
OBAT PADA PENDERITA HIV/ AIDS
DI RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR
KOTA BUKITTINGGI
TAHUN 2016**

SKRIPSI

*Diajukan Sebagai
Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana keperawatan*



OLEH:

ANCE HENDRIKA
1214202178

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
FORT DE KOCK BUKITTINGGI
TAHUN 2016**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Peran Kelompok Dukungan Sebaya Dan Petugas Kesehatan
Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita HIV/AIDS
Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016

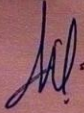
Nama : ANCE HENDRIKA

Nim : 1214202178

Skripsi ini telah disetujui, dan seminarkan dihadapan tim penguji
STIKes Fort De Kock Bukittinggi pada tanggal 27 februari 2016.

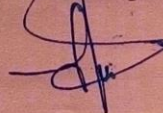
Bukittinggi, 27 februari 2016
Komisi Pembimbing :

Pembimbing I



Ns. Yelmi Reni Putri, S.Kep,MAN

Pembimbing II



Hj. Adriani, S.kp, M.Kes

PENGESAHAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
FORT DE KOCK BUKITTINGGI

KETUA

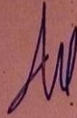


Dr. Hj. Evi Hasnita, S.Pd, Ns, M.Kes

**PANITIA SEMINAR SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
FORT DE KOCK BUKITTINGGI
TAHUN 2016**

Bukittinggi, 27 Februari 2016

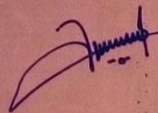
Moderator



Ns. Yelmi Reni Putri, S.Kep, MAN

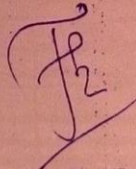
Tim penguji

Penguji I



Ns. Wiwit Febrina, S.Kep.M.Kep

Penguji II



Ns. Firianola Rezkiki, S.Kep.M.Kep

**FORT DE KOCK HEALT SCIENCES COLLEGE NURSING PROGRAM
OF STUDY THE SCIENCES OF NURSING**

Research, February 2016

ANCE HENDRIKA

**The role of group age support and health works on obediene to take drug to
the HIV/AIDS patients in the Dr.Achmad Mochtar Hospital Bukittinggi
2016**

Vii + vi chapters,81 page,4 tables,1 schemes,7 attechments

ABSTRACT

The use of ARV (antiretroviral) in patients with test results HIV positive is an effort to extend the life of life expectancy patients HIV-AIDS known with the term those living with hiv aids.ARV effective used in the combination,not to cure,but to lengthen life living,make them more healthy,and more productive by reducing viraemia and increase the number of cells cd4+besides in the form of combination,the use of ARV have to continuous so very vulnerable experienced it that can grow resistance HIV

This research in a qualitative approach descriptice phenomenology.as many as 8 participants participate recounting her experience.a method of in-depth interviews and observation is a help data collection.data analyzed uses the method colaizi.

Research identifies trhee themes which are (1) compliancein following therapy ARV, (2) the role of support age optimal next,and (3) the role of the nucleus health workers is konselor.hasil of study obtained the role of dominant health workers is as edukator,motivator and counselor to living.

The results of the study suggested health workers and a support group age increase assistance to living because compliance follow therapy antiretroviral improve the quality of life living.

Keyword : groups age support,healt workers,obedience to take drugs

Reading list: 21 (2005-2015)

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN FORT DE KOCK
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Skripsi, Februari 2016

ANCE HENDRIKA

Peran kelompok dukungan sebaya dan petugas kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada penderita HIV/AIDS di Rumas sakit Dr.achmad mochtar Bukittinggi Tahun 2016

Vii + Vi Bab, 81 Halaman, 4 Tabel, 1 Skema, 7 Lampiran

ABSTRAK

Penggunaan ARV (antiretroviral) pada pasien dengan hasil tes HIV positif merupakan upaya untuk memperpanjang umur harapan hidup penderita HIV-AIDS yang dikenal dengan istilah ODHA (orang dengan HIV AIDS). ARV bekerja melawan infeksi dengan cara memperlambat reproduksi HIV dalam tubuh. Umumnya ARV efektif digunakan dalam bentuk kombinasi, bukan untuk menyembuhkan, tetapi untuk memperpanjang hidup ODHA, membuat mereka lebih sehat, dan lebih produktif dengan mengurangi viraemia dan meningkatkan jumlah sel-sel CD4+. Selain dalam bentuk kombinasi, penggunaan ARV harus terus menerus sehingga sangat rentan mengalami ketidak patuhan yang dapat menumbuhkan resistensi HIV.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif fenomenologi. Sebanyak 8 partisipan berpartisipasi menceritakan pengalamannya yang bertujuan untuk mengetahui bagaimana peran kelompok dukungan sebaya dan petugas kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada penderita HIV/AIDS. Metode wawancara mendalam dan observasi merupakan alat bantu pengumpulan data. Data dianalisis menggunakan metode Colaizi

Penelitian ini mengidentifikasi tiga tema yaitu (1) kepatuhan dalam mengikuti terapi ARV, (2) peran kelompok dukungan sebaya yang optimal selanjutnya, dan (3) peran inti petugas kesehatan adalah konselor. Hasil dari penelitian didapatkan peran kelompok dukungan sebaya adalah sebagai edukator, motivator dan konselor, sedangkan peran dominan petugas kesehatan adalah sebagai konselor untuk ODHA.

Hasil penelitian menyarankan agar petugas kesehatan dan kelompok dukungan sebaya meningkatkan pendampingan kepada ODHA karena kepatuhan mengikuti terapi antiretroviral meningkatkan kualitas hidup ODHA.

Kata kunci: KDS, Petugas Kesehatan, kepatuhan terapi Antiretroviral

Daftar Bacaan : 21 (2005-2015)

KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillah bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Peran Kelompok Dukungan Sebaya Dan Petugas Kesehatan Dengan Kepatuhan Minum Obat HIV/AIDS di RSUD Dr. AHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI Tahun 2016.”** dengan baik dan tepat waktu.

Skripsi ini disusun sebagai syarat dalam menyelesaikan S1 Keperawatan. Dalam penyusunan skripsi ini, peneliti mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada :

1. Ibu Dr. Ns. Hj. Evi Hasnita, S.Pd, M. Kes, selaku Ketua STIKes Fort De Kock Bukittinggi yang telah memberikan fasilitas dan sarana kepada penulis selama perkuliahan
2. Ibu Hj. Adriani, S.Kp, M. Kes selaku Ketua prodi S1 keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi yang telah memfasilitasi penulis dan memberikan dukungan moril kepada penulis
3. Direktur serta semua jajarannya yang berada di RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi yang telah mengizinkan saya untuk melakukan penelitian tentang Peran Kelompok Dukungan Sebaya Dan Petugas Kesehatan Dengan Kepatuhan Minum Obat HIV/AIDS di RSUD Dr. AHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI Tahun 2016
4. Ibu Ns. Yelmi Reni Putri S, Kep, MAN sebagai PEMBIMBING I , yang telah banyak mengorbankan waktu, tenaga dan pikiran serta senantiasa sabar dan

bijaksana dalam membimbing dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

5. ibu Hj.Adriani, S.Kp,M.Kes sebagai PEMBIMBING II yang telah banyak mengorbankan waktu, tenaga dan pikiran serta senantiasa sabar dan bijaksana dalam membimbing dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan
6. Sembah sujud penulis kepada kedua orang tua yang telah memberikan do'a restunya kepada penulis secara moril, material dan spiritual serta kasih sayang darinya yang tak terhingga dan dengan ridho dan keihlasanya sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
7. Semua teman sejawat dan semua pihak yang telah mendukung dan membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam proses penyusunan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa dalam pembuatan skripsi ini masih terdapat kekurangan baik isi maupun kalimatnya oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diperlukan demi kesempurnaan skripsi ini.

Bukittinggi, februari 2016

Peneliti

DAFTAR ISI

Halaman

ABSTRACT

ABSTRAK

HALAMAN PENGESAHAN

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR SKEMA	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Kelompok dukungan sebaya	8
B. Kepatuhan	10
C. Terapi ARV	17
D. Kualitas hidup	20
E. Tinjauan teori HIV/AIDS	26
1. Pengertian AIDS	26
2. Pengertian HIV	27
3. Sejarah HIV/AIDS	28
4. Epidemiologi HIV/AIDS	29
5. Pathogenesis HIV/AIDS	29
6. Etiologi HIV/AIDS	31
7. Penularan penyakit HIV/AIDS	33
8. System tahapan infeksi	38
9. Siklus hidup	39
10. Perjalanan penyakit	41
11. Manifestasi klinis	42
12. tinjauan umum tentang upaya pencegahan HIV/AIDS	43
13. Kerangka teori.....	50

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian	51
B. Tempat dan Waktu Penelitian	51
C. Populasi dan Sampel	51
D. Kriteria Sampel	53
E. Teknik Pengumpulan Data	53
F. Analisa Data Kualitatif.....	55
G. Keabsahan Dan Validitas Data.....	56
H. Prinsip-Prinsip Etik Penelitian Kualitatif.....	57

BAB IV HASIL PENELITIAN

A.	Gambaran umum lokasi penelitian	59
B.	Gambaran umum penelitian	60
C.	Gambaran karakteristik penderita HIV/AIDS	60
D.	Hasil wawancara mendalam atau analisa tematik	63

BAB V PEMBAHASAN

A.	Interpretasi hasil penelitian	71
B.	Keterbatasan penelitian	78

BAB VI PENUTUP

A.	Kesimpulan	80
B.	Saran	81

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Distribusi pasien menurut jenis kelamin.....	60
Tabel 1.2. Distribusi pasien menurut umur.....	61
Tbel 1.3 Distribusi pasien menurut factor penyebab	61
Tabel 1.4. Deskripsi subjek penelitian	62

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Pernyataan Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Pedoman Wawancara
- Lampiran 4 Alur Penelitian
- Lampiran 5 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Terdapat sekitar 260.000 orang yang baru terinfeksi HIV dan 300.000 kematian yang berhubungan dengan HIV pada tahun 2007. Lima negara – India, Thailand, Myanmar, Indonesia dan Nepal – merupakan mayoritas dari beban regional ini. Kasus HIV tertinggi terjadi di antara para pekerja seks dan klien mereka, lelaki yang berhubungan dengan sesama jenis, dan para pengguna jarum suntik narkoba. (PBB, 2012).

United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) pada tahun 2013 melaporkan bahwa secara global hingga tahun 2012 tercatat sekitar 35,3 juta orang di dunia menderita HIV, yang terdiri dari 32,1 juta kasus orang dewasa, 17,7 juta wanita, dan sebanyak 3,3 juta kasus kelompok anak-anak yang berusia <15 tahun. Sementara itu untuk kasus yang hanya terjadi pada tahun 2012 saja, terdapat sekitar 2,3 juta orang yang terdiri dari 2,0 juta kasus orang dewasa, dan 260.000 kasus kelompok anak-anak berusia <15 tahun. Data UNAIDS tersebut juga menunjukkan bahwa tercatat kejadian kematian akibat AIDS sebanyak 1,6 juta orang yang terdiri dari sekitar 1,4 juta kasus orang dewasa, dan 210.000 kasus anak usia <15 tahun sepanjang tahun 2012.

Angka kejadian HIV/AIDS di Asia Selatan dan Asia Tenggara menurut UNAIDS (2013) menunjukkan bahwa terdapat sebanyak 3,9 juta penduduk yang menderita HIV sampai dengan tahun 2012, dan 270.000 penduduk yang baru menderita HIV pada tahun 2012. Angka kejadian

HIV/AIDS di Asia Bagian Selatan dan Asia Tenggara ini menempati urutan ketiga tertinggi setelah negara bagian Sub Sahara Afrika dan Afrika Utara (UNAIDS, 2013). Dari bulan Juli sampai dengan September 2014 jumlah AIDS yang dilaporkan baru sebanyak 176 orang. Persentase AIDS tertinggi pada kelompok umur 30-39 tahun (42%), diikuti kelompok umur 20-29 tahun (36,9%) dan kelompok umur 40-49 tahun (13,1%). Rasio AIDS antara laki-laki dan perempuan adalah 2:1. Persentase faktor risiko AIDS tertinggi adalah hubungan seks berisiko pada heteroseksual (67%), LSL (Lelaki Seks Lelaki) (6%), penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun (6%), dan dari ibu positif HIV ke anak (4%). (Dirjen PP&PL Kemenkes RI, 2014).

Jumlah kumulatif penderita HIV pada bulan September 2014 di provinsi Sumatra barat adalah sebanyak 1.136 penderita sedangkan AIDS adalah sebanyak 952 orang penderita (ditjen PP&PL kemenkes RI 2014)

Berdasarkan data dan hasil penelitian dilakukan oleh penulis pada tahun 2015 melalui wawancara dengan ODHA yang berada di RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi, saat ini jumlah penderita HIV/AIDS di Kota Bukittinggi, mencapai lebih kurang 150 orang. Umur para penderita HIV/AIDS tersebut, berkisaran di atas 20 sampai 50 tahun. Akan tetapi pasien HIV/AIDS di RSUD Dr. AHMAD MOCHTAR tepatnya di poliklinik serunai yang tercatat sebagai pasien yang rutin berobat pada bulan oktober 2015 berjumlah 107 orang yang melakukan kunjungan, dan dari data yang peneliti dapatkan jumlah pasien baru yang masuk pada bulan oktober 2015 adalah sebanyak 2 orang berjenis kelamin laki-laki selebihnya ada yang datang pada saat merasakan sakit/gejala dan sudah ada yang hilang

kontak serta dari beberapa pernyataan dari hasil wawancara, dalam menjalani terapi ARV, kelompok dukungan sebaya memang berperan sebagai pemberi motivasi untuk terus menjalani terapi dan dari data yang peneliti dapatkan jumlah pasien yang di katakana adherence atau patuh dalam menjalani terapi terapi ARV dalam bulan oktober 2015 adalah sebanyak 103 orang. Sebanyak 64% laki-laki dan perempuan sebanyak 36% serta pada kelompok umur didapatkan distribusinya yaitu 10-20 tahun 2,3%, 21-30 tahun 23,4%, 31-40 tahun 58% dan 41-50 tahun sebanyak 16,3%, yang menjadi factor penyebab pada pasien HIV/AIDS Di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi adalah penggunaan NAPZA melalui jarum suntik 48 %, Seks Bebas 42%, LSL (Lelaki Seks Lelaki) 8% dan Seks bebas sekaligus pemakaian NAPZA sebanyak 3%.

Salah satu upaya untuk menghindari resistensi terhadap obat adalah dengan mentaati pedoman terapi dan teratur minum obat. Layanan konseling kepatuhan untuk memastikan pasien telah siap menerima dan meneruskan pengobatan dan dapat diberikan bersama pendampingan dan kelompok dukungan sebaya (KDS)(Dep.Kes.RI, 2007).

Kepatuhan sebagai suatu proses yang dinamis, dipengaruhi oleh berbagai faktor yang tidak berdiri sendiri, memerlukan suatu kombinasi strategi promosi, memerlukan sebuah tim yang terdiri dari multidisiplin profesi yang terintegrasi dan dapat bekerjasama dengan baik dalam memberikan perawatan komprehensif berkesinambungan. Perawatan komprehensif berkesinambungan adalah perawatan yang melibatkan suatu tim/ jejaring sumberdaya dan pelayanan dukungan secara holistik untuk

ODHA dan keluarganya, baik di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit sepanjang perjalanan penyakitnya dan seumur hidup (Kemenkes RI,2011).

KDS bermamfaat membantu manajer kasus dalam pemantauan minum obat dan evaluasi ODHA serta merawat ODHA jika sakit, karena kemungkinan keluarga tidak mau merawat.Selain itu menjembatani kebutuhan ODHA pada obat-obatan yang diperlukan dan layanan terhadap VCT.Maka dibutuhkan peran kelompok ini untuk memberikan dukungan dalam kehidupan sehari-hari agar ODHA tidak jatuh dalam kondisi yang mengkhawatirkan secara fisik maupun psikis, dan membantu ODHA dalam pencegahan penularan kepada orang sehat di sekitarnya.

Permasalahan diatas, membuat penulis tertarik untuk menganalisa peran kelompok dukungan sebaya dan petugas kesehatan dengan kepatuhan minum obat HIV/AIDS di RSUD Dr.AHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI tahun 2016.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana peran kelompok dukungan sebaya dan petugas kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada Penderita HIV/AIDS di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016.

C. Tujuan penelitian

Penelitian ini bertujuan Untuk mengeksplorasi peran kelompok dukungan sebaya dan petugas kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada penderita HIV / AIDS di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016

D. Mamfaat penelitian

1. Bagi peneliti

Untuk mengembangkan ilmu pengetahuan, membuat pengamatan yang lebih cermat dan tajam tentang riset keperawatan khususnya tentang peran kelompok dukungan sebaya (KDS) dan tenaga kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada Penderita HIV/AIDS di RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.

2. Bagi petugas kesehatan

- a. Membantu dalam pemberian informasi tentang peran kelompok dukungan sebaya (KDS) dan petugas kesehatan dengan kaptuhan minum obat pada Penderita HIV/AIDSDr. Ahmad Muchtar Bukittinggi di kota bukittinggitahun 2016.
- b. Sebagai bahan masukan bagi rumah sakitDr. Ahmad Mochtar Bukittinggi dan acuan dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien dengan HIV/AIDS

3. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambahkan informasi dan kepustakaan serta sebagai bahan acuan untuk pengembangan dan peningkatan pengetahuan.

E. Ruang lingkup

Ruang lingkup penelitian ini adalah untuk mengetahui peran kelompok dukungan sebaya (KDS) dan petugas kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada penderita HIV/AIDS di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016. Penelitian akan dilaksanakan oleh penulis pada bulan januari sampai dengan bulan November 2016 dengan menggunakan data primer berupa wawancara mendalam dengan penderita HIV/AIDS yang ada di Poliklinik Serunai RSUD Dr. Achmad Mochtar. Peneliti tertarik meneliti ini karena di Kota Bukittinggi sendiri sudah banyak yang terkena HIV/AIDS tersebut, dengan adanya penelitian ini diharapkan bisa mengungkap peran kelompok dukungan sebaya (KDS) dan petugas kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada penderita HIV/AIDS tersebut. Adapun informan dalam penelitian ini adalah seluruh orang yang terkena HIV/AIDS pada tahun 2016 di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dan juga petugas kesehatan, informan yang digunakan yakni sebanyak 7 orang yang tergabung dalam kelompok dukungan sebaya dan

juga 1 orang petugas kesehatan yakni perawat di rumah sakit Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang terkena penyakit HIV/AIDS.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kelompok Dukungan Sebaya (KDS)

Penanggulangan HIV/AIDS sesuai program Kementerian Kesehatan di berbagai layanan kesehatan pemerintah maupun swasta termasuk partisipasi dari seluruh komponen masyarakat. Selain itu dalam perawatan ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) sehari-hari sangat di perlukan adanya pendampingan dari pihak keluarga maupun kelompok sebaya (Pusdiklatnakes, 2012)

Dukungan sebaya adalah dukungan yang diberikan untuk dan oleh orang dalam situasi yang sama. Dukungan sebaya meliputi orang yang menghadapi tantangan yang sama seperti pasien dengan infeksi tertentu, komunitas tertentu, orang-orang dengan permasalahan yang sama misalnya: Dapat juga perempuan dengan HIV dan atau TB MDR, pasangan pasien, orang yang baru didiagnosa HIV dan atau TB MDR dan lainnya. Dukungan sebaya bisa diantara seseorang yang menghadapi tantangan untuk pertama kalinya dengan seseorang yang telah mampu mengelolanya. Ini dapat berarti mengkaitkan seseorang yang baru memulai pengobatan dengan seseorang yang sudah mengelola pengobatan dan efek samping dengan baik. (Alfiyyatur Rohmah. 2012.)

Di Indonesia, dukungan sebaya terbanyak dikoordinasi oleh Yayasan Spiritia dengan cara mengelola kelompok dukungan yang bekerja di tingkat nasional, propinsi, dan kabupaten/ kota. Sistem kelompok dukungan sebaya

ini mencakup pelaksanaan penjangkauan, pendataan, dan pendampingan ODHA. Dengan mekanisme pengembangan yang terus menerus melalui system Kelompok Penggagas (KP) dari Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) sejak tahun 1996 hingga Juni 2011 telah lebih dari 22 ribu ODHA mendapatkan dukungan dalam menjalani kehidupannya. Oleh sebab itu program ini memiliki potensi besar untuk mewujudkan *Total Coverage* bagi ODHA yaitu akses universal bagi ODHA pada akhir tahun 2014. Melalui mekanisme KDS ini program mitigasi sosial juga dapat dilakukan bagi ODHA/ OHIDHA dewasa maupun anak yang terdampak HIV dan AIDS.(Tapip Dwi wahyuni.2014)

Kelompok dukungan sebaya (KDS) lebih mengerti kebutuhan yang diperlukan oleh ODHA, karena mereka adalah termasuk ODHA yang lebih kooperatif terhadap program perawatan dan pengobatan serta berpartisipasi aktif terhadap pencegahan penularan HIV/AIDS.Kelompok sebaya sangat diperlukan, karena kadang ODHA lebih terbuka terhadapnya daripada keluarga atau yang lainnya(Tri johan agus yuwanto.2014).

Hasil penelitian Yuyun Yuniar (2013) menyimpulkan bahwa Kelompok Dukungan Sebaya merupakan faktor eksternal yang memengaruhi kepatuhan terapi ARV.Sedangkan Alfiyyatur Rohmah (2012) menyimpulkan bahwa KDS mempunyai tugas memberikan motivasi dan mendampingi ODHA. Tugas *buddy* atau KDS sebagai pendamping penderita ODHA adalah memberitahukan secara mendalam mengenai penyakit HIV/AIDS.

B. Kepatuhan

1. Pengertian Kepatuhan

Menurut Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional (2003:837),kepatuhan berasal dari kata patuh yang berarti suka menurut, taat, berdisiplin,sedangkan kepatuhan sendiri berarti sifat patuh, ketaatan. Chaplin (2005 : 493) dalam kamus Psikologi mendefinisikan kepatuhan (*submissiveness*) sebagai satu sikap yang mengarahkan seseorang untuk mencari dan menerima dominasi orang lain

Menurut Smet (1994:254) perilaku kepatuhan atau ketaatan sering diartikan sebagai usaha pasien untuk mengendalikan kesehatannya.Sedangkan Sackett dalam Niven (2002 :192) mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai sejauhmana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.

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 R.I.,2011).

Kepatuhan adalah ketaatan pasien dalam melaksanakan tindakanterapi.Kepatuhan pasien berarti bahwa pasien dan keluarganya harusmeluangkan waktu dalam menjalankan pengobatan yang dibutuhkan (Potter& Perry, 2006).

Kepatuhan pada pasien menurut Sackett yaitu “Sejauh mana perilaku individu sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh petugas kesehatan” (Notoatmodjo, 2004).

Kepatuhan sebagai suatu proses yang dinamis, dipengaruhi oleh berbagai factor yang tidak berdiri sendiri, memerlukan suatu kombinasi strategi promosi, memerlukan sebuah tim yang terdiri dari multidisiplin profesi yang terintegrasi dan dapat bekerjasama dengan baik dalam memberikan perawatan komprehensif berkesinambungan. Perawatan komprehensif berkesinambungan adalah perawatan yang melibatkan suatu tim/ jejaring sumberdaya dan pelayanan dukungan secara holistik untuk ODHA dan keluarganya, baik di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit sepanjang perjalanan penyakitnya dan seumur hidup (Kemenkes RI, 2011).

Dalam hubungan dengan terapi ARV pada ODHA, bahwa “kepatuhan” lebih dimaksudkan sebagai proses kerjasama antara klien dengan penyedia layanan. Pasien dikondisikan untuk berperan lebih aktif mengikuti pengobatan dan berkomitmen untuk mengikuti pengobatan yang diberikan sebaik mungkin.

2. Model Kepatuhan

Terdapat beberapa model yang dapat digunakan untuk menjelaskan kepatuhan (Brannon dan Feist) :

a. Model biomedis

Model ini tidak menjelaskan mengapa seorang individu tidak patuh pada saran kesehatan yang telah diberikan oleh dokter. Model ini

hanya menjelaskan faktor-faktor demografik apa saja yang berhubungan atau mempengaruhi kepatuhan seseorang terhadap saran yang diberikan oleh dokter, seperti usia, gender, latar belakang etnik, pendapatan, dan sebagainya (Fisher dalam Brannon dan Feist, 1997:188). Selain itu model ini juga melihat variabel lain yang mungkin mempengaruhi, seperti kompleksitas perawatan, efek samping dari saran yang diberikan, dan tingkat keparahan dari sakit yang diderita. Model ini berasumsi bahwa berbagai karakteristik personal yang dimiliki oleh seorang individu dan karakteristik penyakit yang dideritanya dapat digunakan untuk meramalkan siapa yang akan dan siapa yang tidak akan mematuhi saran dokter.

b. Model behavior

Model behavioral dari kepatuhan adalah berdasarkan prinsip-prinsip *operant conditioning* yang diungkapkan oleh Skinner. Kunci dari *operant conditioning* adalah penghargaan (*reinforcement*) yang sifatnya segera atas semua respon yang menggerakkan individu menuju tingkah laku yang diinginkan, dalam hal ini kepatuhan pada saran yang diberikan oleh dokter.

c. Teori belajar kognitif

Teori belajar kognitif berdasarkan atas berbagai prinsip belajar yang juga menjadi dasar model behavioral, tetapi pada teori belajar kognitif ini ditambahkan juga beberapa konsep tambahan, seperti interpretasi dan evaluasi atas situasi yang dialami oleh individu, respon

emosimereka, dan kemampuan mereka untuk mengkopi simtom-simtom penyakit yang mereka rasakan.

3. Factor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Derajat ketidakpatuhan bervariasi sesuai dengan apakah pengobatan tersebut *kuratif* atau *preventif*, jangka panjang atau pendek. (Scwartz & Griffin dalam Smet) mengemukakan bahwa setiap orang dapat menjadi tidak taat kalau situasinya memungkinkan. Perilaku ketaatan sering diartikan sebagai usaha pasien untuk mengendalikan perilakunya, bahkan jika tidak dilakukan, hal tersebut menimbulkan resiko terhadap kesehatannya. Faktor penting ini sering terlupakan. Banyak dokter beranggapan bahwa pasien akan mengikuti apa yang dinasehatkan, tanpa menyadari bahwa para pasien tersebut akan melakukannya atau tidak (Taylor dalam Smet).

Adapun faktor-faktor yang mendukung kepatuhan pasien (menurut Brannon dan Feist) yaitu :

a. Karakteristik penyakit yang diderita

1) Efek samping dari penanganan medis

Beberapa penelitian menemukan bahwa meningkatnya efek samping tidak menyenangkan yang dirasakan oleh individu diasosiasikan dengan bertambah besarnya kemungkinan individu untuk tidak patuh.

2) Jangka waktu perawatan

Secara umum, semakin lama individu harus mengikuti program perawatan semakin besar kemungkinan mereka untuk menghentikan program perawatan tersebut.

3) Kompleksitas perawatan

Secara umum, semakin bervariasi pengobatan yang harus dijalani oleh seseorang, semakin besar kemungkinan orang tersebut untuk tidak patuh. Haynes (dalam Brannon dan Feist,) melakukan review atas lima penelitian mengenai kepatuhan dan peningkatan dosis harian. Dua dari lima penelitian tersebut menunjukkan bahwa kepatuhan menurun sejalan dengan peningkatan dosis harian (dari satu kali per hari sampai empat kali per hari), tetapi tiga penelitian lainnya tidak menunjukkan adanya hubungan antara kepatuhan dengan jumlah dosis harian.

b. Karakteristik personal

1) Usia

Hubungan antara kepatuhan dengan usia dipengaruhi oleh beberapa faktor. Beberapa faktor yang mempengaruhi hubungan antara kepatuhan dengan usia diantaranya adalah kekhususan penyakit yang diderita, waktu terjangkit penyakit tersebut, dan ketentuan yang berlaku untuk dapat dinyatakan sebagai seorang yang patuh dalam menjalani perawatan, penelitian-penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa kepatuhan dapat meningkat atau menurun sejalan usia.

2) Gender

Para peneliti menemukan bahwa hanya terdapat sedikit perbedaan antara pria dan wanita secara keseluruhan, tetapi ada beberapa perbedaan dalam rekomendasi khusus. Beberapa penelitian menemukan bahwa pria dan wanita kurang lebih memiliki tendensi yang sama untuk tidak menjalankan program latihan mereka. Meskipun demikian, wanita menunjukkan tingkat kepatuhan yang lebih baik pada diet untuk kesehatan dan menjalankan beberapa tipe pengobatan tertentu.

3) Dukungan social

Salah satu prediktor yang paling kuat dari kepatuhan adalah tingkat dukungan sosial yang diterima seseorang dari keluarga dan teman-temannya, tetapi faktor ini memiliki hubungan yang variatif dengan kepatuhan. Secara umum, individu yang terisolasi dari individu-individu lainnya memiliki kecenderungan yang lebih untuk tidak patuh, sedangkan individu yang sehari-harinya memiliki banyak hubungan interpersonal yang dekat cenderung untuk mengikuti saran medis yang diberikan kepadanya.

4) Kepribadian

Tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa kepribadian tertentu lebih memungkinkan untuk menjadi seseorang yang tidak patuh (Brannon dan Feist,).

5) Personal beliefs

Keyakinan personal bahwa tingkah laku seseorang dapat menyebabkan keuntungan dalam hal kesehatan berhubungan secara positif dengan kepatuhan.

c. Norma dan budaya

DiNicola dan DiMatteo (dalam Brannon dan Feist, 1997) mengatakan bahwa seseorang gagal untuk patuh bukan karena mereka memiliki kepribadian yang pada dasarnya tidak dapat bekerjasama, tetapi karena mereka tinggal di dalam suatu budaya yang memegang keyakinan dan tingkah laku tertentu, yang dijalankan bersama oleh pasien, yang tidak kondusif untuk patuh pada tata cara kesehatan tertentu.

d. Interaksi antara pasien dan dokter

1) Komunikasi verbal

Mungkin faktor paling penting yang menentukan pasien untuk tidak patuh adalah kurangnya komunikasi verbal antara dokter dan pasien. Kesalahan dalam berkomunikasi ini dapat dimulai ketika dokter meminta pasiennya untuk mengatakan simtom yang mereka rasakan dan gagal untuk mendengarkan kekhawatiran yang mereka rasakan. Hal yang menyebabkan kekhawatiran pasien mungkin tidak penting bagi proses diagnosis, dan dokter mungkin tidak peduli saat mereka mencoba untuk mengumpulkan informasi yang mereka anggap relevan bagi pembuatan diagnosis.

2) Karakteristik personal dokter

DiNicola dan DiMatteo (dalam Brannon dan Feist,) melaporkan bahwa pasien lebih mengikuti anjuran dokter yang mereka lihat sebagai seorang yang hangat, perhatian, bersahabat, dan memperhatikan kesejahteraan pasiennya. Penelitian yang dilakukan oleh Hall, dkk (dalam Brannon dan Feist,) menunjukkan bahwa pasien berbicara mengenai lebih banyak hal pada dokter wanita dibandingkan dengan dokter laki-laki. Dan jenis kelamin dokter dan pasien berkontribusi pada bentuk komunikasi selama kunjungan.

3) Jumlah waktu menunggu

Prediktor lainnya adalah waktu menunggu pasien ketika ia harus membuat janji pertemuan dengan dokter dan jumlah waktu yang harus mereka habiskan di dalam ruang tunggu dokter. Semakin lama waktu yang mereka habiskan untuk menunggu, semakin besar kemungkinan mereka untuk tidak patuh.

C. Terapi Arv

1. Pengertian Arv

Obat ARV ditemukan pada tahun 1996 dan berhasil menurunkan kematian hingga 80-84% di negara-negara berkembang.

ARV atau antiretroviral adalah obat yang dapat menekan perkembangan HIV dalam tubuh. ODHA yang memerlukan ARV adalah yang mencapai stadium tertentu biasanya berdasarkan level $CD4 < 350/mm^3$. CD4 adalah reseptor yang terdapat di permukaan sel tertentu, misalnya limfosit.

Jumlah CD4 + (*Helper*) limfosit T dalam plasma adalah petunjuk progresivitas penyakit pada infeksi HIV/AIDS. Penggunaan ARV di Indonesia sudah dimulai pada tahun 1990 dengan menggunakan obat paten, baru pada tahun 2001 (bulan Nopember) menggunakan obat generik. Kimia Farma sendiri baru mampu memproduksi ARV generik di pada akhir tahun 2003. Sebelum tahun 2004, ARV harus dibeli dengan harga Rp 380.000,00 hingga Rp 1.050.000,00 per bulan. Sejak Kimia Farma mampu memproduksi ARV, pemerintah telah mengambil alih penyediaan obat ARV (lini pertama maupun ARV lini kedua) dan mendistribusikannya secara gratis ke seluruh di Indonesia.

ART atau antiretroviral sampai saat ini merupakan satu-satu obat yang memberikan manfaat besar dalam pengobatan ODHA. Namun penggunaan ARV menuntut adherence dan kesinambungan berobat yang melibatkan peran pasien, dokter atau petugas kesehatan, pendamping dan ketersediaan obat.

Terapi ARV diharapkan dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas, memperbaiki mutu hidup, memelihara kekebalan tubuh dan menekan replikasi virus semaksimal mungkin. Berdasarkan laporan pengobatan dari Subdit AIDS PMS Ditjen. PP&PL, bahwa dengan terapi ARV kematian ODHA menurun dari 46% pada tahun 2006 menjadi 22% pada tahun 2010. Sebuah penelitian yang dipublikasikan pada majalah *Lancet* (12 Juni 2010), menunjukkan bahwa ODHA yang minum ARV akan mengurangi penularan kepada pasangan heteroseksualnya sebanyak 92%. Penelitian yang dilakukan di sebuah rumah sakit di Jakarta Pusat

menunjukkan keberhasilan pengobatan ARV dimana 77,2 % ODHA yang minum ARV menunjukkan hasil yang positif dengan meningkatnya CD4 hingga diatas 200. Pada 88,7 persen ODHA kadar virus HIV dalam darahnya tidak terdeteksi.

2. Tujuan pengobatan ARV

- a) Mengurangi laju penularan HIV di masyarakat
- b) Memulihkan dan/atau memelihara fungsi imunologis (stabilisasi/ peningkatan selCD4)
- c) Menurunkan komplikasi akibat HIV
- d) Memperbaiki kualitas hidup ODHA
- e) Menekan replikasi virus secara maksimal dan secara terus menerus
- f) Menurunkan angka kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan HIV

3. Mamfaat ARV

Antiretroviral merupakan suatu revolusi dalam perawatan ODHA. Terapi dengan antiretroviral atau disingkat ARV telah menyebabkan penurunan angka kematian dan kesakitan bagi ODHA. Manfaat terapi antiretroviral adalah sebagai berikut :

- a) Menurunkan morbiditas dan mortalitas
- b) Pasien dengan ARV 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, namun ODHA dengan viral load tidak terdeteksi, namun harus dipandang tetap menular
- e) Mengurangi biaya rawat inap dan terjadinya yatim piatu
- f) Mendorong ODHA untuk meminta tes HIV atau mengungkapkan status HIV-nya secara sukarela.

D. Kualitas hidup

1. Pengertian

Kualitas hidup masih menjadi suatu permasalahan, sampai saat ini belum ada suatu pengertian yang dapat diterima secara universal untuk menilai kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup merupakan suatu ide yang abstrak yang tidak terkait oleh tempat atau waktu, bersifat situasional dan meliputi konsep yang saling tumpang tindih (Kinghorn & Gamlin, 2004).

Sedangkan, Farquahar (1995) menjelaskan bahwa kualitas hidup merupakan suatu model konseptual, yang bertujuan untuk menggambarkan perspektif seseorang dengan berbagai macam istilah terhadap dimensi kehidupan. Dengan demikian pengertian kualitas hidup ini akan berbeda bagi orang sakit dan orang sehat.

WHO, *World Health Organisation*, (2002) mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan. Banyak definisi lain yang menjelaskan tentang “kesehatan” dan “Kualitas hidup”

yang telah dicoba, keduanya saling berhubungan dan untuk kualitas hidup biasanya ditekankan pada komponen kesenangan dan kepuasan hidup. Sementara kualitas hidup adalah inklusif, konsep yang luas mencakup semua faktor yang mempengaruhi seseorang (status ekonomi, fungsi sosial, status kesehatan, kepuasan hidup, kesejahteraan), secara khusus berfokus pada kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan.

Kualitas hidup adalah istilah yang populer digunakan untuk menyampaikan rasa keseluruhan kesejahteraan dan mencakup aspek-aspek, seperti saat kebahagiaan dan kepuasan hidup. Kualitas hidup berhubungan baik kepada keadaan kecukupan materi dan perasaan pribadi tentang ini keadaan dengan keseluruhan subjektif perasaan kesejahteraan yang sangat berkaitan dengan semangat, kebahagiaan, dan kepuasan kualitas hidup baru-baru ini ilmiah yang ditetapkan dan telah dianggap sinonim dengan kesehatan, status fungsional, psikologis, kesejahteraan kebahagiaan dengan, kehidupan, kepuasan kebutuhan, dan penilaian satu kehidupan sendiri.

Kualitas merupakan persepsi individu dari posisi mereka dalam kehidupan, konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup. Hasil survey dari *United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) tentang “Indeks stigma pada ODHA di Asia Pasifik pada tahun 2011”, menunjukkan bahwa banyak ODHA pada kenyataannya sejauh ini hidup dilingkungan keluarga yang tidak aman. Berdasarkan data yang didapat, terlihat tingkat kekerasan pada ODHA, baik oleh pasangan dan anggota keluarga lain yang tinggal bersamanya. Alasan anggota keluarga

mempraktekkan diskriminasi sangat bervariasi, tetapi hal ini penting menjadi catatan bahwa banyak keluarga nyatanya merasa dirugikan karena adanya anggota keluarga yang terinfeksi *HIV*. Selain itu terdapat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien *HIV/AIDS* yaitu infeksi, terapi antiretroviral, dukungan sosial, jumlah CD4 , kepatuhan pengobatan, pekerjaan, gender, gejala, depresi dan dukungan keluarga (Pohan, 2006).

Penurunan sistem kekebalan tubuh ini akan menyebabkan ODHA mengalami gejala-gejala menyerupai flu, seperti : lemas, batuk yang berkepanjangan, demam, sakit kepala, nyeri otot, nafsu makan buruk, mual, pembengkakan kelenjar, dan bercak di kulit. Tidak jarang bahwa ODHA mengalami penurunan berat badan secara drastis hingga sering terkapar lemas ditempat tidur akibat dari terinfeksi *HIV*. ODHA akhirnya kan mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, bahkan mereka tidak mampu untuk bekerja lagi. Ketidakmampuan ODHA untuk melakukan aktivitas sehari-hari bahkan ketidakmampuan untuk bekerja telah mengidentifikasikan bahwa ODHA mengalami penurunan Kualitas Hidup.

Sebenarnya kualitas hdiup ODHA tidak hanya mengalami tekanan akibat adanya virus *HIV* yang menyerang sistem kekebalan tubuh saja, tetapi ODHA juga dihadapkan dengan stigma dan diskriminasikan dari keluarga dan juga masyarakat seperti dikucilkan, dan dihindari dari lingkungan sekitar penderita ODHA, dan tanpa

disadari bahwa tindakan tersebut sebenarnya sudah mempengaruhi kondisi psikologis ODHA.

Kualitas hidup merupakan komponen penting dalam evaluasi kesejahteraan dan kehidupan pasien ODHA. Indikator standar kualitas hidup tidak hanya mencakup kekayaan dan lapangan pekerjaan, tetapi juga membangun lingkungan, lingkungan fisik dan mental, psikologis, level ketergantungan pada perawatan dan pengobatan, hubungan sosial, spiritual.

Menurut Maslow dan Mittemann yang disitir Kartono Kartini oleh Sundari (2005) deskripsi kriteria pribadi yang ideal dan normal dengan mental yang sehat adalah sebagai berikut :

- a. Memiliki perasaan aman (*sence of security*) yang tepat. Mampu mengadakan kontak sosial dengan keluarga, bidang kerja dan masyarakat.
- b. Penilaian diri (*self evaluation*) dan wawasan yang rasional. Ada rasa harga diri yang cukup memiliki perasaan sehat secara moral tanpa ada rasa berdosa. Mempunyai kemampuan mengetahui tingkah laku orang lain yang tidak sosial.
- c. Mempunyai spontanitas dan emosional yang tepat. Mampu menciptakan hubungan yang erat, kuat dan lama, misalnya persahabatan dan hubungan cinta. Mampu mengepresikan kebencian, kekesalan hati tanpa kehilangan kontrol. Memiliki untuk mengerti pengalaman dan perasaan orang lain. dapat bergembira dan tertawa, mampu menghayati arti kebahagiaan dan penderitaan tanpa lupa diri.

- d. Mempunyai kontak dengan realitas yang efisien, yaitu kontak dengan dunia fisik tanpa ada fantasi dan angan-angan yang berlebihan. Kontak dengan dunia sosial, berpandangan realitas dan cukup luas dengan dunia manusia. Mampu menerima bermacam-macam percobaan hidup misalnya sakit, fitnah, duka dan nasib buruk. Mampu mengadakan adaptasi dengan lingkungan disekitar.
- e. Mempunyai tujuan hidup yang adekuat. Artinya tujuan dapat dicapai dengan kemampuan sendiri yang sifatnya realitis, dan aktifitas yang baik dan bermanfaat bagi masyarakat.
- f. Ada kesanggupan untuk memuaskan tuntutan-tuntutan dan kebutuhan dari kelompoknya. Mau dan mampu mengekang nafsu dan keinginan yang dianggap tabu, larangan dalam kelompok. Mampu memperlihatkan dan melaksanakan aktifitas yang fundamental dari ambisi kelompok, menunjukkan ketetapan bersikap persahabatan, tanggung jawab, loyalitas, aktifitas rekreasi yang sehat.
- g. Mempunyai sikap emansipasi yang sehat terhadap kelompok organisasi dan individualitas yang khas, dapat membedakan baik dan buruk.

Individu yang normal tidak mutlak sepenuhnya memiliki kriteria secara sempurna, melainkan mendekati tidak menyimpang atau menjauh.

2. Faktor – faktor

Menurut WHO (2002) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup ODHA adalah :

- a. Dukungan Fisik

Dukungan fisik adalah dukungan langsung berupa pertolongan langsung yang diberikan oleh bidan atau tenaga kesehatan, keluarga terhadap sipasien. Dalam faktor fisik ini merupakan aktifitas sehari – hari yang dilakukan oleh ODHA yaitu rasa sakit dan ketidaknyamanan atas penyakit yang diderita, energi dan kelelahan dan melakukan aktifitas, tidur dan istirahat.

b. Dukungan Sosial

Masalah sosial yang timbul pada *HIV* dan *AIDS* adalah diskriminasi, stigmasasi, pemberhentian dari pekerjaan, perceraian, serta beban finansial yang harus ditanggung ODHA. Masalah psikososial dan sosial ekonomi tersebut seringkali tidak saja dihadapi oleh keluarga dan kerabat dekat ODHA. Akhirnya ODHA dilihat sebagai masalah dan bukan sebagai bagian dari solusi untuk mengatasi epidemi *HIV* dan *AIDS*. Hal tersebut secara otomatis dapat menurunkan kualitas hidup ODHA dan dapat memperburuk keadaan fisiologis ODHA. Dengan adanya masalah sosial maka yang dinilai dalam kualitas hidup adalah hubungan pribadi, dukungan sosial, dan aktifitas seksual.

c. Dukungan Lingkungan

Lingkungan merupakan dunia luar yang tidak dikelola oleh suatu sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem tersebut. Adapun aspek – aspek yang nantinya dinilai kualitas hidup

ini adalah keselamatan dan keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, kesempatan untuk memperoleh informasi baru dan keterampilan, partisipasi dalam kesempatan untuk rekreasi atau kegiatan diwaktu luang, lingkungan fisik dan transportasi.

d. Psikologis

Apabila seseorang sudah dinyatakan HIV positif tentu secara otomatis bukanlah hak yang mudah diterima. Seseorang akan merasa bahwa dirinya tidak berguna, tidak ada harapan, takut, sedih, marah dan muncul perasaan lainnya. Adapun faktor – faktor psikologis yang dapat meningkatkan kualitas hidup adalah perasaan positif dan negatif, berfikir, belajar, memori, konsentrasi, harga diri, citra tubuh dan penampilan. Kualitas hidup terdiri dari sebuah pendekatan untuk meningkatkan kesenangan atau keintervensi psikologi yang positif.

e. Domain Level ketergantungan

Level ketergantungan merupakan dimana secara biologis baik secara pengobatan dan perawatan. Adapun faktor – faktornya antara lain mobilitas seseorang untuk menjalani kehidupan sehari – hari, ketergantungan terhadap obat atau perawatan. Dengan tersedianya ARV (Antiretroviral) menjadi lebih nyata hasilnya. ODHA (DEPKES RI, 2007)

f. Domain Spiritual

Dalam bidang spiritual aspek –aspek yang dinilai adalah keprihatinan akan masa depan, pengampunan, memaafkan dan kematian.

E. Tinjauan Teori HIV/AIDS

1. Defenisi AIDS

AIDS (*Immune Deficiency Syndrome*) adalah suatu penyakit retrovirus oportunitik, neoplasma sekunder dan kelainan neurologik. AIDS merupakan stadium akhir dari suatu kelaianan imonologil dan klinis kontinum yang dikenal sebagai spektrum infeksi HIV (Sylvia& Wilson,2005).

Di Indonesia sudah merupakan ancaman dan dalam 10 tahun terakhir merupakan *theemerging infectious disease*. Virus HIV menular ke orang lain terutama melalui:hubungan seksual dengan orang yang terinfeksi, penggunaan obat-obat narkotika denganjarum suntik yang sudah terinfeksi secara bergantian, penularan dari ibu kepada anaknya masa perinatal baik selama kehamilan, melahirkan maupun menyusui atau dapat jugamenular lewat donor darah yang terinfeksi (CDC, 2003).

Diagnosis infeksi HIV/AIDS ditegakkan melalui pemeriksaan laboratorium dengan petunjuk gejala klinis atau adanya perilaku beresiko tinggi. Untuk diagnosis HIV, yang lazim dipakai adalah ELISA, *Western blot* dan PCR. Penderita infeksi HIV dinyatakan AIDS bila dalam perkembangan infeksi HIV selanjutnya menunjukkan infeksi dan kanker

oportunistik yang mengancam jiwa penderita dengan hitungan jumlah $CD4 < 200/mm^3$ (Setyono J, 2004).

2. Defenisi HIV

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan sejenis virus. Virus adalah jasad renik yang terkecil yang dapat mengakibatkan penyakit. Virus dapat berkembang biak hanya di dalam sel – sel tumbuhan atau hewan/manusia (Ronald Hutape, 1995: 6).

AIDS merupakan suatu sindrom atau kumpulan gejala penyakit dengan karakteristik defisiensi kekebalan tubuh yang berat dan merupakan manifestasi stadium akhir infeksi virus HIV (Titi Parwati, 1996).

Virus penyebab AIDS yang menyerang system kekebalan tubuh manusia, sehingga tubuh tidak mampu lagi melindungi. HIV adalah penyakit lain (infeksi oportunistik) dan dapat berlangsung lama/ bertahun-tahun tanpa memberikan gejala. Infeksi oportunistik pada umumnya tidak berbahaya pada orang yang tubuhnya normal namun dapat berakibat fatal pada ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) karena sistem kekebalan tubuhnya lemah (Sylvia & Wilson, 2005).

3. Sejarah AIDS

Pertama kali kasus AIDS dilaporkan oleh *Center For Disease Control* (CDC) di Amerika Serikat pada sekelompok homoseks di California dan New York pada tahun 1981. Pada mereka ditemukan adanya sarkoma kaposi, pneumonia pneumocystis carinii, dan beberapa gejala klinis yang jarang muncul. Gejala penyakit tersebut semakin jelas

sebagai akibat adanya kegagalan sistem imun dan karenanya disebut AIDS. Kasus serupa dilaporkan dari Eropa Barat, Australia, Amerika Latin, Afrika, dan Asia. Teori tentang adanya faktor infeksi sebagai penyebab baru dapat dikonfirmasi pada tahun 1983 dengan diisolasinya virus penyebab AIDS yang sekarang disebut *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (Soekidjo Notoatmodjo, 2007 : 315).

Di Indonesia pertama kali mengetahui adanya kasus AIDS pada bulan April tahun 1987, pada seorang warganegara Belanda yang meninggal di RSUP Sanglah Bali akibat infeksi sekunder pada paru-paru, sampai pada tahun 1990 penyakit ini masih belum mengkhawatirkan, namun sejak awal tahun 1991 telah mulai adanya peningkatan kasus HIV/AIDS menjadi dua kali lipat (*doubling time*) kurang dari setahun, bahkan mengalami peningkatan kasus secara ekponensial (Rasmaliah, 2001).

4. Epidemiologi HIV/AIDS

Dilihat penyebaran penderita HIV/AIDS berdasarkan gender, laki-laki 57,71% dan pada perempuan 42,29%. Penyebaran berdasarkan umur, HIV/AIDS terbanyak mengenai pada kelompok umur produktif (15-60 tahun) dengan jumlah terbesar pada kelompok umur 20-29 tahun (HIV sebesar 55,09%, AIDS sebesar 24,58%) (Soekidjo Notoatmodjo, 2007: 319). Walaupun jumlah kasus infeksi HIV/AIDS di Indonesia yang dilaporkan sampai tahun 2003 mencapai 2.156 orang, namun estimasi jumlah yang sebenarnya saat ini diperkirakan lebih dari 30.000, bahkan ada tim ahli yang memperkirakan saat ini sudah lebih dari 150.000 orang

yang terinfeksi HIV. 2 tim yang berbeda memproyeksikan jumlah penderita infeksi HIV di Indonesia lebih dari 500.000 orang pada tahun 2000. Jadi, infeksi HIV/AIDS menjadi masalah yang serius bagi Indonesia (Soekidjo Notoatmodjo, 2007: 319).

5. Patogenesis HIV/AIDS

Perjalanan khas infeksi HIV yang tidak diobati, berjangka waktu 10 tahun. Tahap-tahapnya meliputi infeksi primer, penyebaran virus ke organ limfoid, latensi klinis, peningkatan ekspresi HIV, penyakit klinis, dan kematian. Setelah infeksi primer, terdapat 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. Respon imun terhadap HIV terjadi 1-3 bulan setelah infeksi, viremia menurun, dan level sel CD4 kembali meningkat. Tetapi, respon imun tidak mampu menyingkirkan infeksi secara sempurna, dan sel-sel yang terinfeksi HIV menetap dalam limfonodi. Masa klinis bisa berlangsung selama 10 tahun. Selama masa ini, terjadi banyak replikasi virus.

Waktu virus dalam plasma sekitar 6 jam, dan siklus hidup virus (dari saat infeksi sel ke saat produksi keturunan baru yang menginfeksi sel berikutnya) rata-rata 2,6 hari. Limfosit TCD4+, target utama yang bertanggung jawab pada produksi virus tampaknya mempunyai angka pembalikan yang sama tinggi. Akhirnya, pasien akan menderita gejala-gejala konstitusional dan penyakit klinis yang nyata, seperti infeksi oportunistik atau neoplasma (Geo, F, 2005: 299).

Dalam tubuh ODHA, partikel virus akan bergabung dengan DNA sel pasien, sehingga orang yang terinfeksi HIV seumur hidup akan tetap terinfeksi. Sebagian pasien memperlihatkan gejala tidak khas seperti demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, atau batuk pada 3-6 minggu setelah infeksi (Sudoyo dalam Nursalam, 2007: 45).

Seiring dengan makin memburuknya kekebalan tubuh, ODHA mulai menampakkan gejala akibat infeksi oportunistik (penurunan berat badan, demam lama, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes dan lain-lain (Sudoyo dalam Nursalam, 2007: 45).

6. Etiologi HIV/AIDS

a. Konsep Virus

Virus adalah suatu mikroorganisme terkecil yang dapat melewati saringan kuman yang memiliki sifat : Mengubah asam ribonukleat (RNA) menjadi asam deoksiribonukleat (DNA).

- 1) Struktur genomic, virus-virus memiliki perbedaan bahwa protein HIV-1, Vpu yang membantu pelepasan virus, tampaknya diganti oleh protein Vpx pada HIV2. Berbentuk sferis yang terdiri atas capsid yang terselimuti dengan envelope yang berupa komponen membran yang berasal dari sel Host.
- 2) Capsid berbentuk pelusru yang terbentuk dari protein p24 dari gen gag, capsid berisi dari dua duplikat atas RNA yang merupakan genom virus.

- 3) RNA virus yang terdapat dalam capsid terdapat protein nukleocapsid p7 dan p9.
- 4) Didalam capsid terdapat enzim reverse transcritase, RNase H, Integrase protease.
- 5) Capsid ini akan dibungkus oleh membran lipid Host yang didapatkan dari budding dari sel yang terinfeksi, sehingga terdapat protein permukaan sel Host pada membran HIV.
- 6) Dibawah membran yang membungkus capsid terdapat matriks yang tersusun oleh protein p17 gag outer care. Protein tersebut pada envelope virus mengalami glikosilasi kuat berupa penambahan kompleks rantai samping karbohidrat oleh enzim seluler selama melewati reticulum endoplasma dan appratus golgi.
- 7) Kegunaan dari rantai samping karbohidrat untuk evasi dari respon antibody host. (Agung Dwi Wahyu Widodo, Maria Inge Lusia, 2007)

HIV yang terdahulu disebut virus limpotrifik sel T manusia tipe III (HTL-, V-III) atau virus Limfadenopati (LAV), adalah suatu retrovirus manusia sitopatik dari famili lentivirus. Retrovirus mengubah RNA menjadi DNA setelah masuk ke sel penjamu.HIV-I dan HIV -2 adalah lentivirus sitopatik dengan HIV-1 menjadi penyebab utama AIDS di seluruh dunia (Sylvia & Wilson, 2005).

b. Anatomi Virus

- a. Reverse transcriptase
- b. Protein luar gp41

- c. Protein luar gp120
- d. Protein kapsul p24
- e. Selaput lipid
- f. Protein matrik p17
- g. RNA

7. Penularan penyakit HIV

HIV hanya dapat hidup di dalam tubuh manusia yang hidup dan hanya bertahan beberapa jam saja di luar tubuh.

HIV tidak dapat menular melalui air ludah, air mata, muntahan, kotoran manusia dan air kencing, walaupun jumlah virus yang sangat kecil terdapat di cairan ini. HIV tidak ditemukan di keringat.

HIV tidak dapat menembus kulit yang utuh dan tidak menyebar melalui sentuhan dengan orang yang terinfeksi HIV, atau sesuatu yang dipakai oleh orang terinfeksi HIV; saling penggunaan perabot makan atau minum; atau penggunaan toilet atau air mandi bergantian.

a. Penularan Melalui Hubungan Seksual

Hubungan seksual, baik secara vaginal, oral, maupun anal dengan seorang pengidap. Ini adalah cara yang paling umum terjadi, meliputi 80-90% dari total kasus sedunia. Penularan mudah terjadi apabila terdapat lesi penyalit kelamin dengan ulkus atau peradangan jaringan seperti herpes genitalis, sifilis, gonorea, klamidia, kankroid, dan trikomoniasis. Risiko pada seks anal lebih besar dibandingkan seks vagina, dan risiko lebih besar pada reseptif daripada insertif (Soekidjo Notoatmodjo, 2007: 315).

Penularan (transmisi) HIV secara seksual terjadi ketika ada kontak antara sekresi cairan vagina atau cairan preseminal seseorang dengan rektum, alat kelamin, atau membran mukosa mulut pasangannya.

Hubungan seksual reseptif tanpa pelindung lebih berisiko daripada hubungan seksual insertif tanpa pelindung, dan risiko hubungan seks anal lebih besar daripada risiko hubungan seks biasa dan seks oral. Seks oral tidak berarti tak berisiko karena HIV dapat masuk melalui seks oral reseptif maupun insertif. Kekerasan seksual secara umum meningkatkan risiko penularan HIV karena pelindung umumnya tidak digunakan dan sering terjadi trauma fisik terhadap rongga vagina yang memudahkan transmisi HIV.

Hubungan seksual secara vagina ,anal, dan oral dengan penderita HIV tanpa perlindungan bisa menularkan HIV. Selama hubungan seksual berlangsung, air mani, cairan vagina, dan darah dapat mengenai selaput lendir vagina, penis, dubur, atau mulut sehingga HIV yang terdapat dalam cairan tersebut masuk ke aliran darah (PELKESI, 1995).

Selama berhubungan juga bisa terjadi lesi mikro pada dinding vagina, dubur, dan mulut yang bisa menjadi jalan HIV untuk masuk ke aliran darah pasangan seksual (Syaiful, 2000).

b. Kontak Langsung dengan Darah, Produk Darah, atau Jarum Suntik

Transfusi darah atau produk darah yang tercemar mempunyai risiko sampai >90%, ditemukan 3-5% total kasus sedunia. Pemakaian jarum suntik tidak steril atau pemakaian bersama jarum suntik dan spuitnya pada pecandu narkotik berisiko 0,5-1%, ditemukan 5-10% total kasus sedunia. Penularan melalui kecelakaan tertusuk jarum pada petugas kesehatan mempunyai risiko 0,5%, dan mencakup <0,1% total kasus sedunia (Arif Mansjoer, 1977: 163).

Alur penularan ini terutama berhubungan dengan pengguna obat suntik, penderita hemofilia, dan resipien transfusi darah dan produk darah. Berbagi dan menggunakan kembali jarum suntik (syringe) yang mengandung darah yang terkontaminasi oleh organisme biologis penyebab penyakit (patogen), tidak hanya merupakan risiko utama atas infeksi HIV, tetapi juga hepatitis B dan hepatitis C. Berbagi penggunaan jarum suntik merupakan penyebab sepertiga dari semua infeksi baru HIV dan 50% infeksi hepatitis C di Amerika Utara, Republik Rakyat Cina, dan Eropa Timur. Risiko terinfeksi dengan HIV dari satu tusukan dengan jarum yang digunakan orang yang terinfeksi HIV diduga sekitar 1 banding 150. Post-exposure prophylaxis dengan obat anti-HIV dapat lebih jauh mengurangi risiko itu.

Pekerja fasilitas kesehatan (perawat, pekerja laboratorium, dokter, dan lain-lain) juga dikhawatirkan walaupun lebih jarang. Jalur

penularan ini dapat juga terjadi pada orang yang memberi dan menerima rajah dan tindik tubuh. Kewaspadaan universal sering kali tidak dipatuhi baik di Afrika Sub Sahara maupun Asia karena sedikitnya sumber daya dan pelatihan yang tidak mencukupi. WHO memperkirakan 2,5% dari semua infeksi HIV di Afrika Sub Sahara ditransmisikan melalui suntikan pada fasilitas kesehatan yang tidak aman. Oleh sebab itu, Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa, didukung oleh opini medis umum dalam masalah ini, mendorong negara-negara di dunia menerapkan kewaspadaan universal untuk mencegah penularan HIV melalui fasilitas kesehatan.

Resiko penularan HIV pada penerima transfusi darah sangat kecil di negara maju. Di negara maju, pemilihan donor bertambah baik dan pengamatan HIV dilakukan. Namun demikian, menurut WHO, mayoritas populasi dunia tidak memiliki akses terhadap darah yang aman dan “antara 5% dan 10% infeksi HIV dunia terjadi melalui transfusi darah yang terinfeksi”.

Jarum suntik yang digunakan di fasilitas kesehatan, maupun yang digunakan oleh para pengguna narkoba (*Injecting Drug User- IDU*) sangat berpotensi menularkan HIV. Selain jarum suntik , pada para pemakai IDU secara bersama – sama juga menggunakan tempat penyampur, pengaduk, dan gelas pengoplos obat, sehingga berpotensi tinggi untuk menularkan HIV (Nursalam, M.Nurs & Ninuk Dian Kurniawati, 2006).

c. Penularan Lewat Air Susu Ibu (ASI)

Penularan ini dimungkinkan dari seorang ibu hamil yang HIV positif, dan melahirkan lewat vagina, kemudian menyusui bayinya dengan ASI. Kemungkinan penularan dari ibu ke bayi (*mother-to-child transmission*) berkisar antara 30%, artinya dari setiap 10 kehamilan ibu HIV positif kemungkinan ada 3 bayi yang lahir dengan HIV positif (Komisi Penanggulangan AIDS, 2010).

Penularan HIV dari ibu juga bisa terjadi pada saat kehamilan (*in utero*).berdasarkan laporan CDC Amerika, prevalensi penularan HIV dari ibu ke bayi adalah 0,01 % sampai 0,7 %. Bila ibu baru terinfeksi HIV dan belum ad gejala AIDS, kemungkinan bayi terinfeksi sebanyak 20% sampai 35%, sedangkan kalau gejala AIDS sudah jelas pada ibu kemungkinan nya mencapai 50% (PELKESI, 1995).

Penularan juga terjadi selama proses persalinan melalui transfusi *fetomaternal* atau kontak antara kulit atau membran mukosa pada bayi dengan darah atau sekresi maternal saat melahirkan (Lily V, 2004).

Semakin lama proses persalinan akan semakin besar resiko penularan. Oleh karena itu, lama persalinan bisa di persingkat dengan operasi *secsio caesaria* (HIS dan STB, 2000).

d. Pemakaian Alat Kesehatan yang Tidak Steril

Alat pemeriksaan kandungan seperti spekulum, tenakulum, dan alat-alat lain yang menyentuh darah , cairan vagina atau air mani

yang terinfeksi HIV, dan langsung digunakan untuk orang lain yang tidak terinfeksi bisa menularkan HIV (PELKESI, 1995).

e. Alat-alat untuk menoreh kulit

Alat tajam dan runcing seperti jarum, pisau, silet, menyuntat seseorang, membuat tato, memotong rambut, dan sebagainya bisa menularkan HIV sebab alat tersebut dipakai tanpa disterilkan terlebih dahulu (Nursalam, M.Nurs & Ninuk Dian Kurniawati, 2006).

HIV tidak menular melalui peralatan makan, pakaian, handuk, sapu tangan, hidup serumah dengan penderita HIV/AIDS, gigitan nyamuk dan hubungan sosial yang lain. (Nursalam, M.Nurs & Ninuk Dian Kurniawati, 2006).

8. Stadium Tahapan Infeksi

Pembagian Stadium :

1. Stadium pertama : HIV

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

2. Stadium kedua : Asimptomatik (tanpa gejala)

Asimptomatik berarti bahwa dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung rata-rata selama 5-10 tahun. Cairan tubuh HIV/AIDS

yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain.

3. Stadium ketiga : pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja , dan berlangsung lebih dari satu bulan.
4. Stadium keempat :AIDS

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit syaraf, dan penyakit infeksi sekunder.(Nursalam, M.Nurs & Ninuk Dian Kurniawati, 2006).

Pada bulan September tahun 2005 World Health Organization (WHO) mengelompokkan tahapan infeksi dan kondisi AIDS untuk pasien dengan HIV-1 sebagai berikut :

- b. Stadium I:infeksi HIV asimtomatik dan tidak dikategorikan sebagai AIDS
- c. Stadium II: termasuk manifestasi membran mukosa kecil dan radang saluran pernafasan atas yang berulang
- d. Stadium III: termasuk diare kronik yang tidak dapat dijelaskan selama lebih dari sebulan, infeksi bakteri parah, dan tuberkulosis.
- e. Stadium IV: termasuk toksoplasmosis otak, kandidiasis esofagus, trakea, bronkus atau paru-paru, dan sarkoma kaposi. Semua penyakit ini adalah indikator AIDS.

9. Siklus Hidup HIV

Seperti virus lain pada umumnya, HIV hanya dapat bereplikasi dengan memanfaatkan sel inang. Siklus hidup HIV diawali dengan penempelan partikel virus (virion) dengan reseptor pada permukaan sel inang, di antaranya adalah CD4, CXCR5, dan CXCR5. Sel-sel yang menjadi target HIV adalah sel dendritik, sel T, dan makrofaga. Sel-sel tersebut terdapat pada permukaan lapisan kulit dalam (mukosa) penis, vagina, dan oral yang biasanya menjadi tempat awal infeksi HIV. Selain itu, HIV juga dapat langsung masuk ke aliran darah dan masuk serta bereplikasi di noda limpa.

Setelah menempel, selubung virus akan melebur (fusi) dengan membran sel sehingga isi partikel virus akan terlepas di dalam sel. Selanjutnya, enzim transkriptase balik yang dimiliki HIV akan mengubah genom virus yang berupa RNA menjadi DNA. Kemudian, DNA virus akan dibawa ke inti sel manusia sehingga dapat menyisip atau terintegrasi dengan DNA manusia. DNA virus yang menyisip di DNA manusia disebut sebagai provirus dan dapat bertahan cukup lama di dalam sel. Saat sel teraktivasi, enzim-enzim tertentu yang dimiliki sel inang akan memproses provirus sama dengan DNA manusia, yaitu diubah menjadi mRNA. Kemudian, mRNA akan dibawa keluar dari inti sel dan menjadi cetakan untuk membuat protein dan enzim HIV. Sebagian RNA dari provirus yang merupakan genom RNA virus. Bagian genom RNA tersebut akan dirakit dengan protein dan enzim hingga menjadi virus utuh.

Pada tahap perakitan ini, enzim protease virus berperan penting untuk memotong protein panjang menjadi bagian pendek yang menyusun inti virus. Apabila HIV utuh telah matang, maka virus tersebut dapat keluar dari sel inang dan menginfeksi sel berikutnya. Proses pengeluaran virus tersebut melalui pertunasan (*budding*), di mana virus akan mendapatkan selubung dari membran permukaan sel inang.

10. Perjalanan Penyakit

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas seluler dan menunjukkan gambaran penyakit yang kronis. Penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningkatan risiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan (Depkes RI, 2003).

Dalam tubuh ODHA, partikel virus akan bergabung dengan DNA sel pasien, sehingga orang 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, kondisi ini dikenal dengan infeksi primer (Sudoyo, 2006).

Infeksi primer berkaitan dengan periode waktu dimana HIV pertama kali masuk ke dalam tubuh. Pada fase awal proses infeksi (imunokompeten) akan terjadi respon imun berupa peningkatan aktivasi imun, yaitu pada tingkat seluler, serum, atau humoral (Hoffmann, Rockstroh, Kamps, 2006).

Selama infeksi primer jumlah limfosit CD4⁺ dalam darah menurun dengan cepat. Target virus ini adalah limfosit CD4⁺ pada nodus limfa dan thymus selama waktu tersebut, yang membuat individu yang terinfeksi HIV akan mungkin terkena infeksi oportunistik dan membatasi kemampuan thymus untuk memproduksi limfosit T. Test antibody HIV menggunakan *enzym linked immunoabsorbent assay* (ELISA) yang akan menunjukkan hasil positif (Calles, N.R,2000).

Seiring dengan makin memburuknya kekebalan tubuh, ODHA mulai menampilkan gejala akibat infeksi oportunistik (penurunan berat badan, demam lama, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes, dan lain-lain (Sudoyo, 2006).

Perjalanan penyakit lebih progresif pada pengguna narkoba. Lamanya penggunaan jarum suntik barbanding lurus dengan infeksi pneumonia dan tuberkulosis. Infeksi oleh kuman lain akan membuat HIV membelah lebih cepat. Selain itu dapat mengakibatkan reaktivasi virus didalam limfosit T sehingga perjalanan penyakit bisa lebih progresif (Sudoyo, 2006).]

11. Manifestasi Klinis

Berbagai gejala AIDS umumnya tidak akan terjadi pada orang-orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang baik. kebanyakan kondisi tersebut akibat infeksi oleh bakteri, virus, fungi, dan parasit, yang biasanya di kendalikan oleh unsur-unsur system kekebalan tubuh yang dirusak HIV. Infeksi oportunistik umumnya di dapati pada penderita AIDS. HIV mempengaruhi hampir semua organ tubuh. Penderita AIDS

juga berisiko lebih besar menderita kanker seperti sarcoma kaposi, kanker leher rahim, dan kanker system kekebalan yang disebut limfoma. Biasanya penderita AIDS memiliki gejala infeksi sistemik seperti : demam, berkeringat, (terutama pada malam hari), pembengkakan kelenjar, kedinginan, merasa lemah, serta penurunan badan. Infeksi oportunitis tertentu yang diderita pasien AIDS, juga tergantung pada tingkat kekerapan terjadinya infeksi tersebut di wilayah geografis tempat hidup pasien (Anderson, 2006 : 232)

12. Tinjauan Umum Tentang Upaya Pencegahan HIV/AIDS

Preventif atau pencegahan penyakit adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan fisik dan mental dan efisiensi, untuk berbagai kelompok dan masyarakat oleh petugas kesehatan masyarakat, untuk perorangan dan keluarga oleh dokter umum dan dokter gigi melalui proses kegiatan perorangan dan masyarakat (Tahir, 2008).

Untuk mengatasi masalah kesehatan termasuk penyakit HIV/AIDS di kenal tiga tahap pencegahan, Pencegahan primer: promosi kesehatan (*health promotion*) dan perlindungan khusus (*specific protection*).

Pencegahan sekunder: diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), dan pembatasan cacat (*disability limitation*). Pencegahan tersier: rehabilitasi.

1. Pencegahan primer dilakukan pada masa individu belum menderita sakit, upaya yang dilakukan ialah:

- a. Promosi kesehatan/*health promotion* yang ditujukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap masalah kesehatan, seperti gaya hidup yang lebih sehat dengan berolah raga,
- b. Perlindungan khusus (*specific protection*): upaya spesifik untuk mencegah terjadinya penularan penyakit HIV/AIDS, seperti penggunaan kondom, tidak berganti-ganti pasangan seks, dll seperti konsep *ABCDE* yang direkomendasikan oleh WHO sebagai berikut :

1) *Abstinent*

Artinya tidak melakukan hubungan seksual. Mayoritas infeksi HIV berasal dari hubungan seksual tanpa pelindung antar individu yang salah satunya terkena HIV. Hubungan homoseksual merupakan salah satu faktor resiko infeksi HIV/AIDS.

Abstinent merupakan salah satu poin dalam seks aman yang memberikan solusi agar terhindar dari HIV/AIDS dengan tidak berhubungan seks, meskipun sebenarnya hal ini tidaklah mudah sebab mengingat salah satu kebutuhan biologis manusia adalah seks.

2) *Be faithful*

Artinya melakukan hubungan seks dengan pasangan saja. *Be faithful* lebih didasari dengan kesetiaan terhadap pasangan, tidak berganti-ganti pasangan seks yang dapat meningkatkan resiko tertular HIV/AIDS.

Bagi waria, memiliki pasangan seks yang setia merupakan satu tantangan tersendiri. Hal ini dipengaruhi karena kondisi mereka yang sering hanya dijadikan sebagai tempat untuk menghasilkan uang saja. Oleh karena itu, sebenarnya penting bagi mereka untuk menanggukuhkan aktifitas seks sampai mereka menemukan pasangan yang dapat diyakini untuk menjalani hubungan jangka panjang dan didasari karena kesetiaan.

Be faithful akan mengurangi resiko tertular HIV. Di Uganda antara 1989-1995, Presiden Museveni melaporkan 20% penurunan mitra seks sejalan dengan 11% penurunan kasus HIV.

3) *Condom*

Kondom oleh *WHO* diakui memiliki keefektifan yang tinggi dalam mencegah transmisi HIV dan AIDS jika digunakan secara benar dan konsisten. Kegagalan kondom biasanya disebabkan oleh penggunaan yang tidak benar atau tidak konsisten selain disamping karena kerusakan ataupun kadaluarsa.

Sekitar tahun 1989, yakni pada saat penyebaran virus HIV dan AIDS mulai merajalela tanpa ada yang bisa membendung, Thailand memberikan satu solusi dengan mensosialisasikan penggunaan kondom yang kemudian diimplementasikan di beberapa negara Asia, seperti Kamboja, Vietnam, China, Myanmar, Philipina, Mongolia dan Republik Laos. Kondom

diyakini mampu sebagai penahan laju wabah ini. Hal ini merujuk pada pendapat beberapa ahli seperti Markus Steiner dan Willard Cates dari Family Health International yang menyatakan bahwa kondom cukup efektif untuk mencegah penularan HIV dan AIDS. Terlebih, hampir separuh dari penderita HIV dan AIDS ini bermula dari hubungan seksual yang tidak sehat baik homo maupun heteroseksual (Tawi, 2008) .

Davis dan welle memperkirakan penggunaan kondom dapat menurunkan penularan HIV/AIDS sebanyak 85% dibanding dengan yang tidak pernah menggunakan kondom. Kondom tidak berfungsi untuk mematikan HIV. Kondom hanya berfungsi mencegah terjadinya kontak penyebaran virus secara langsung melalui penghalangan oleh dinding kondom itu. Namun dengan adanya penghalangan terjadinya kontak cairan kelamin maka penularan virus ini juga dapat dicegah. Oleh karena itu penggunaan kondom saat berhubungan seks tetap dianjurkan dalam rangka mencegah penularan penyakit berbahaya ini (Kompas, 2009).

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh Djoht (2003) Penggunaan kondom di kalangan waria sangat rendah dari 15 Waria hanya 3 yang memakai kondom ketika hubungan seks. Hal ini tentu sangat berisiko mengingat perilaku seks pada waria memiliki tingkat resiko tinggi terjadinya Penyakit menular

seksual salah satunya HIV. Penularan HIV melalui seks anal dilaporkan memiliki risiko 10 kali lebih tinggi dari seks vaginal.

4) *Drugs*

Artinya tolak penggunaan NAPZA. Laporan AIDS di Asia, yang didukung oleh *Asian Development Bank* dan dikoordinasikan dengan *Joint United Nations Programme on HIV and AIDS* (UNAIDS), memperingatkan bahwa pengguna narkoba, bertanggung jawab untuk peningkatan jumlah infeksi HIV di banyak negara di Asia.

Resiko lebih lanjut terletak pada prevalensi tinggi penggunaan narkoba non-suntik, seperti amphetamine stimulan, dimana pengguna sering terlibat dalam perilaku yang menimbulkan risiko tinggi infeksi HIV, terutama melalui hubungan seks.

Pada STBP 2007 diperoleh data Proporsi waria yang menyuntik napza cukup rendah , yaitu hanya 2% atau kurang di empat kota besar yaitu Bandung, Surabaya, Malang, dan Semarang. Hal ini didasari karena waria cenderung lebih menjaga kecantikan kulit mereka, jika harus menggunakan narkoba suntik maka itu berarti akan meninggalkan bekas suntikan di kulit mereka. Sedangkan, proporsi pemakaian napza non suntik pada waria juga tergolong rendah, hanya berkisar 3% di Malang, dan di Jakarta sebesar 17%. Pada dasarnya waria cenderung menggunakan pemanasan hubungan seksual dengan

minuman keras, hirup lem, isap ganja dan nonton VCD porno, serta konsumsi obat-obatan yang tentunya sangat berisiko terhadap kesehatan, apalagi kecenderungan berganti-ganti pasangan lebih mudah dilakukan dalam kondisi hubungan seks yang diselingi dengan minuman dan narkoba yang tentunya berdampak pada resiko penularan HIV/AIDS (Djoht, 2003).

5) *Equipment*

Artinya hindari tindik dan tato di tubuh, karena seringkali sebelum jarum digunakan untuk mentato/menindik seseorang yang sehat, alat itu telah dipakai pada seseorang yang terkena penyakit menular yang salah satunya HIV.

Pada saat sekarang ini tato dan tindik sudah mulai menjadi bagian dari *trend* kehidupan masa sekarang. Berbagai alasan yang melatarbelakangi seseorang memutuskan bersedia di tato atau ditindik antarlain karena pengaruh lingkungan pergaulan, anggapan sebagai bentuk seni dan keindahan, bagian dari adat, atau karena kesenangan seseorang dalam bidang melukis yang kemudian bereksperimen untuk menuangkan hasil karyanya dalam media lainnya yang bukan kertas melainkan kanvas.

Pendindikan menyebabkan pendarahan, luka dan infeksi bakteri. Lokasi penindikan beragam antara lain lidah, hidung, pusar, putting dan telinga bagian atas. Akibat tusukan jarum tato dan tindik, sejumlah orang terkena penyakit AIDS, hepatitis B,C, tetanus, sipilis,TBC, dan penyakit lainnya.

Pembuatan tato di badan dan tindik memberi sumbangan besar dalam penularan HIV/AIDS, hal ini dikemukakan oleh hasil survei Dr. Bob Haley yang dipublikasikan di *journal of medicine* bahwa sebelum jarum dipergunakan untuk mentato dan menindik seseorang yang sehat.

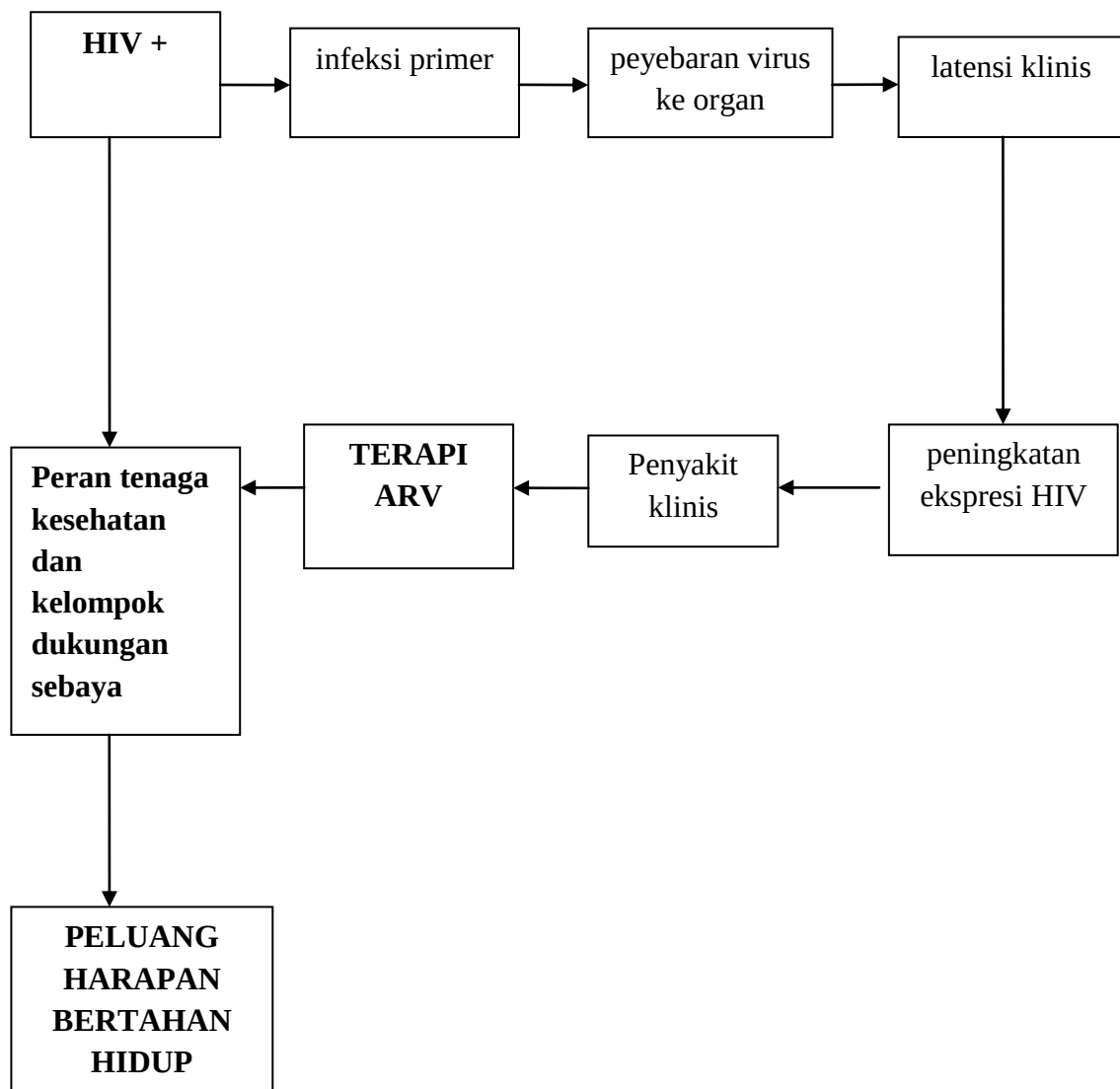
2. Pencegahan sekunder dilakukan pada masa individu mulai sakit.
 - a. Diagnosa dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), tujuan utama dari tindakan ini ialah mencegah penyebaran penyakit bila penyakit ini merupakan penyakit menular, dan untuk mengobati dan menghentikan proses penyakit, menyembuhkan orang sakit dan mencegah terjadinya komplikasi dan cacat. Dalam HIV/AIDS terdapat satu layanan konseling yang dikenal dengan VCT.
 - b. Pembatasan cacat (*disability limitation*) pada tahap ini cacat yang terjadi diatasi, terutama untuk mencegah penyakit menjadi berkelanjutan hingga mengakibatkan terjadinya cacat yang lebih buruk lagi.

3. Pencegahan tersier

Rehabilitasi, pada proses ini diusahakan agar cacat yang di derita tidak menjadi hambatan sehingga individu yang menderita dapat berfungsi optimal secara fisik, mental dan sosial. Adapun skema dari ketiga upaya pencegahan itu dapat di lihat pada gambar dua. Pada gambar dua proses perjalanan penyakit dibedakan atas a) fase sebelum orang sakit: yang ditandai dengan adanya keseimbangan antara agen

(kuman penyakit, bahan berbahaya), host/tubuh orang dan lingkungan
dan b) fase orang mulai sakit: yang akhirnya sembuh atau mati (Joe, 2009)

13. KERANGKA TEORI



Skema 2.1

Kerangka Teori Sumber : Ronald Hutapea, 1995; Nursalam, 2007; Soekidjo Notoatmodjo, 2007; Besral, 2004; Departemen Kesehatan RI, 2006; KPA Nasional, 2010; Geo. F. Brooks, 2005

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian

Desain penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi Menurut Maman (2002;3) penelitian fenomenologi berusaha menggambarkan suatu gejala social, dengan teknik pengumpulan data melalui observasi dan wawancara.

B. Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada bulan Januari sampai dengan Februari 2016

C. Partisipan

1. partisipan

Partisipan adalah bagian dari populasi yang mewakili populasi yang akan diambil (Notoatmojo, 2005). Sampel diambil secara *purposive sampling* sebanyak 7, yang terdiri dari 5 ODHA dan 2 orang KDS dan juga satu orang petugas kesehatan yakni perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang terkena penyakit HIV/AIDS yang juga termasuk dalam kelompok dukungan sebaya (KDS).

2. Duplikasi

Suatu cara yang di tempuh dengan pengambilan sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan obyek penelitian (Nursalam,2008). Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan teknik analisis kualitatif .Prosedur yang dilakukan terkait dengan teknik analisis ini adalah melakukan transkripsi data, pembuatan klasifikasi data dan kategori berdasar tema- tema yang teridentifikasi dalam data yang telah terkumpul.Setelah pembuatan kategori maka kemudian pada setiap kategori diberi kode untuk menunjukkan identitas setiap kategori sehingga pembuatan interpretasi dan kesimpulan dari penelitian bisa dilakukan (Hanurawan, 2012).Validasi kesimpulan dilakukan melalui triangulasi data dengan menggunakan sumber-sumber data yang berbeda melalui wawancara terhadap beberapa informan yang bersedia memberikan informasi tentang subjek (Poerwandari, 1998). Sumber data yang diperoleh berasal dari masyarakat,tenaga kesehatandari poli klinik HIV AIDS tempat penelitian dan teman ODHA yang ikut dalam Kelompok Dukungan Sebayaat.Responden dalam penelitian ini berjumlah 7 orang responden yang terdiri dari 5 ODHA,2 orang KDS dan 1 orang petugas kesehatan.

D. Kriteria partisipan

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari satu populasi yang terjangkau akan diteliti (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini kriteria inklusinya adalah:

- a. Pasien yang terkena HIV/ AIDS di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
- b. Pasien yang bersedia jadi responden yaitu sebanyak 7 orang
- c. Kelompok dukungan sebaya yang bersedia menjadi responden yaitu sebanyak 2
- d. Tenaga kesehatan yang bersedia jadi responden yaitu sebanyak 1 orang
- e. Perwakilan masyarakat yang jadi responden

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sample karena tidak memenuhi syarat sebagai penelitian yang menyebabkan antara lain adalah adanya hambatan etnik, menolak menjadi responden, terdapat keadaan yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian, terdapat keadaan atau penyakit yang mengganggu pengukuran maupun interpretasi penelitian (Nursalam, 2008). Kriteria eksklusif pada penelitian ini adalah: “Pasien yang terkena HIV/ AIDS di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi “.

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Data Primer

a. Wawancara Mendalam (Indepth Interview)

Wawancara pada penelitian kualitatif pembicara yang mempunyai tujuan dan di dahului beberapa pertanyaan informal. Peneliti melakukan wawancara mengeksplorasi perasaan, persepsi dan pemikiran partisipan (Afiyanti & Rechmawati, 2014, p.114)

Wawancara dilakukan secara semi terstruktur dengan menggunakan pedoman wawancara serta pelaksanaannya lebih bebas dan tidak terkait dengan panggilan wawancara yang telah di siapkan. Hal ini bertujuan untuk mendapatn informasi yang lengkap dan lebih mendalam pada para ODHA yang sudah ditetapkan sebagai partisipan.

b. Observasi

Patton (2002) menjelaskan bahwa observasi merupakan metode penumpulan data yang esensial dalam penelitian kualitatif. Kegiatan observasi meliputi memperhatikan dengan seksama, termasuk mendengarkan, mencatat, dan mempertimbangkan hubungan antara aspek dan fenomena yang sedang di amati (Afiyanti & Rachmawati, 2014, p.121) penelitian melakukan observasi kepada partisipan di Kota Bukittinggi.

2. Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan study dokumentasi. Study dokumentasi merupakan salah satu metode

pengumpulan data kualitatif dengan melihat dan menganalisis dokumen yang berhubungan dengan penelitian yang di lakukan. Dokumen tersebut berupa buku, jurnal dan lain-lain.

F. Analisa Data Kualitatif

Analisa data pada pendekatan fenomenologi menurut Creswell (2013) Proses ini di mulai dengan mendengarkan deskripsi verbal para partisipan, di ikuti dengan kegiatan membaca dan membaca kembali transkrip verbatim. Penelitian menganalisis pertanyaan-pertanyaan spesifik. Langkah secara umum proses analisis data pada metode fenomenologi dapat di jelaskan sebagai berikut :

1. Memberikan gambaran pengalaman personal terhadap fenomena yang di teliti dengan mendengarkan deskripsi verbal partisipan, meBaca dan membaca ulang deskripsi tersebut. Selanjutnya, peneliti menganalisis pertanyaan-pertanyaan yang spesifik untuk memberi gambaran tentang pengalamannya sendiri terhadap fenomena yang di teliti.
2. Membuat daftar pertanyaan yang signifikan. Peneliti menemukan pertanyaan pertanyaan tentang bagaimana para partisipan mengalami pengalamannya.
3. Mengelompokan pernyataan yang signifikan tersebut disimpulkan dalam suatu unit data atau informasi yang lebih besar.
4. Menuliskan deskripsi atau interpretasi “apa “ yang di alami para partisipan terkait fenomena yang di teliti, ini disebut “suatu” deskripsi

tekstural “tentang suatu pengalaman apa yang dialami dan dilengkapi dengan contoh-contoh verbatim para partisipan.

5. Menuliskan “bagaimana” pengalaman yang dialami partisipan. Ini yang disebut dengan “deskripsi struktural”, dan peneliti merefleksikan pada setting atau konteks fenomena yang diteliti partisipan.
6. Menuliskan deskripsi gabungan (interpretasi data), yang menggabungkan deskripsi tekstural dan struktural. Ini yang disebut “inti sari” (essense) dari pengalaman para partisipan dan mempresentasikan aspek inti dari study fenomena yang dituliskan peneliti melalui interpretasi data (Afiyanti & Rachmawati, 2014,).

G. Keabsahan Atau Validitas Data

1. Member Check / Feedback Partisipan

Lincoln dan Guba (1985) menguraikan bahwa member check adalah peneliti mencocokkan pemahaman dan interpretasi data yang dihasilkan kepada pemahaman para partisipannya. Peneliti dapat mengamati langsung berbagai reaksi para partisipan terhadap data yang dihasilkan dan meminta para partisipan memberi tanggapan tambahan terhadap data tersebut (Afiyanti & Rachmawati, 2014, p.175)

2. Melakukan Triangulasi

Artinya memperkenalkan peneliti mengeksplorasi fenomena yang diteliti lebih mendalam dengan cara melakukan berbagai variasi metode atau cara dalam memperoleh data untuk meningkatkan pemahaman dan memperjelas yang komprehensif dari data yang dihasilkan. Triangulasi dapat dilakukan peneliti mulai dari merancang

desain penelitian, selama pengumpulan data dan menganalisis data, atau sepanjang proses riset berlangsung

H. Prinsip-Prinsip Etik Penelitian Kualitatif

1. Menghargai Harkat dan Martabat Partisipan

Penerapan prinsip ini dapat dilakukan peneliti untuk memenuhi hak-hak partisipan dengan cara menjaga kerahasiaan identitas partisipan (*anonymity*), kerahasiaan data (*confidentiality*), menghargai *privacy* dan *dignity*, dan menghormati otonomi (*respect for autonomy*).

2. Memperhatikan Kesejahteraan Partisipan

Penerapan prinsip ini dilakukan peneliti dengan memenuhi hak-hak partisipan dengan cara memperhatikan kemanfaatan (*beneficence*) dan meminimalkan resiko (*nonmaleficence*) dari kegiatan penelitian yang dilakukan dengan memperhatikan kebebasan dari bahaya (*free from harm*), eksploitasi (*free from exploitation*), dan ketidaknyamanan (*free from discomfort*)

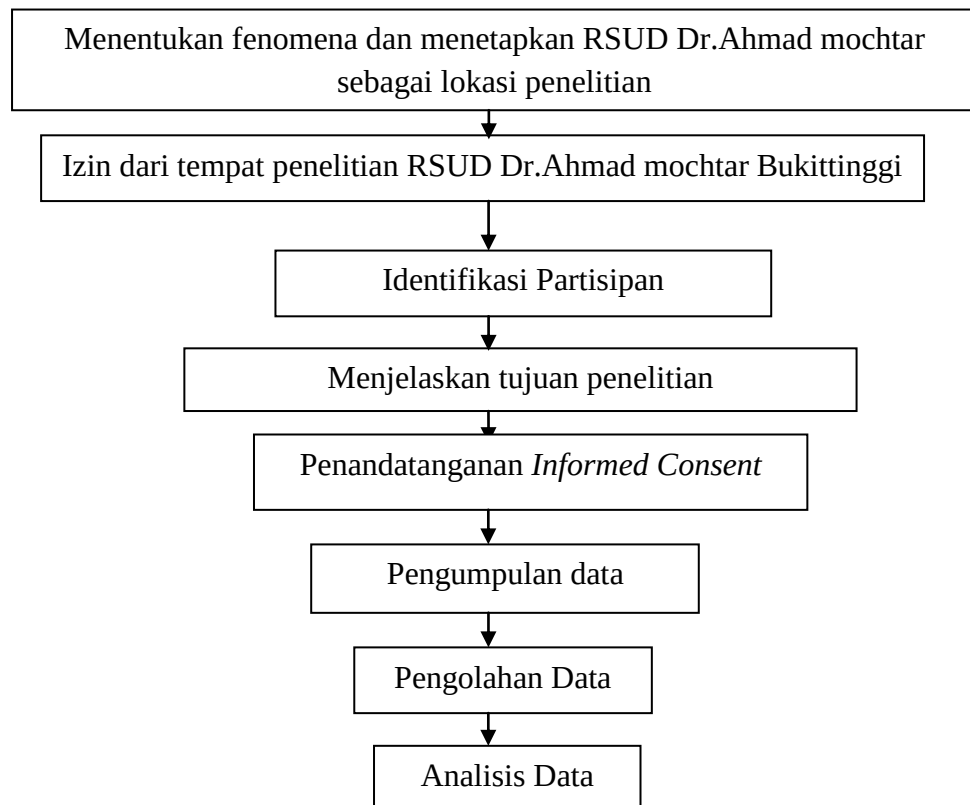
3. Keadilan (*Justice*) untuk Semua Partisipan

Hal ini memberikan semua partisipan hak yang sama untuk dipilih atau berkontribusi dalam penelitian tanpa diskriminasi. Semua partisipan memperoleh perlakuan yang disepakati. Prinsip ini menyatakan bahwa setiap partisipan penelitian memiliki hak untuk diperlakukan adil dan tidak dibeda-bedakan diantara mereka selama kegiatan riset dilakukan tanpa memandang suku, agama, etnis, dan secara sosial.

4. Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

Pendekatan kualitatif pada umumnya menggunakan manusia sebagai subjek penelitian yang diteliti. Proses pendekatan itu sendiri akan menyentuh aspek etik yang berkembang sebagai dampak dari proses penelitian yang dilakukan integritas manusia sebagai subjek yang dipelajari perlu dihormati dan di hargai hak-haknya (Afriyanti & Rachmawati 2014, p.29-32)

I .Alur Penelitian



Skema 3.1
Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi adalah Rumah Sakit Kelas B pendidikan yang terletak di kota Bukittinggi yang berada sejuk dengan ketinggian dari permukaan laut +/- M dan terletak diantara 1002 BT – 10025 BT, 00,76 LS – 00,19 LS. Kota Bukittinggi sendiri berbatasan dengan:Sebelah Utara dengan Nagari Gadut dan Kapau Kec. Tilatang KamangSebelah Selatan dengan Nagari Banuhampa Sunagai PuarSebelah Barat dengan Nagari Sianok, Guguk dan Koto Gadang Kec. IV Koto Sebelah Timur dengan Nagari IV Angkek Canduang.

RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi mempunyai luas 40.000 m² yang terdiri dari :

1. 3 gedungPoli
2. 15 gedungPerawatan
3. 1 IGD
4. 1 OK central
5. 1 gedungKamarJenazah
6. 1 gedungRdiologilengkapdengan CT Scan, Patologianatomi, mikrobiologi, laundry, IPS danGizi
7. 1 gedungrawatanCinduaMato

B. Gambaran Umum Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Pelaksanaan penelitian di mulai pada bulan Januari 2016. Pada saat penelitian, peneliti di dampingi oleh kelompok dukungan sebayadan pengurus / pengelola di Poliklinik Serunai untuk melihat dan berinteraksi.

C. Gambaran Karakteristik Penderita HIV / AIDS

1. Distribusi pasien HIV / AIDS berdasarkan jenis kelamin

Tabel 4.1.

Distribusi pasien menurut jenis kelamin tahun 2015

Jenis kelamin	f	%
Laki-laki	82	64
Perempuan	47	36
Jumlah	129	100

Dari Tabel 1.1 dapat dilihat bahwa dari 129 pasien HIV/AIDS yang paling dominan adalah laki-laki yaitu sebanyak 82 pasien (64%).

2. Distribusi pasien HIV / AIDS berdasarkan umur

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data umur pasien di Poli Klinik Serunai pada bulan Januari 2016 yaitu pada umumnya penderita HIV/AIDS terjadi pada usia reproduktif. Dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.2

Distribusi pasien menurut umur tahun 2015

Kelompok Umur	f	%
0-6 hr	9	2,3
21-30	30	23,4
31-40	75	58
41-50	21	16,3
Jumlah	129	100

Dari Tabel 1.2 dapat dilihat bahwa dari 129 pasien yang telah terdaftar di poliklinik Serunai kelompok umur yang paling banyak adalah 31-40 tahun (58 %).

3. Distribusi pasien HIV/AIDS berdasarkan faktor penyebab tahun

Tabel 4.3

Distribusi pasien menurut factor penyebab 2015

Factor penyebab	f	%
Seks bebas	54	42
NAPZA melalui jarum suntik	63	48

LSL (lelaki seks lelaki)	10	8
Seks bebas dan NAPZA	4	3
Jumla	129	100

Dari Tabel 1.3 dapat dilihat bahwa dari 129 pasien yang terdaftar di poliklinik serunai yang menjadi faktor penyebab yang paling dominan adalah pemakaian NAPZA melalui (48%).

4. Deskripsi subjek penelitian

Pemilihan subjek dalam penelitian ini diperoleh berdasarkan kesediaan ODHA ikut dalam penelitian. Deskripsi subjek dalam penelitian secara lengkap bias dilihat pada tabel 4.4

Tabel 4.4

Karakteristik partisipan

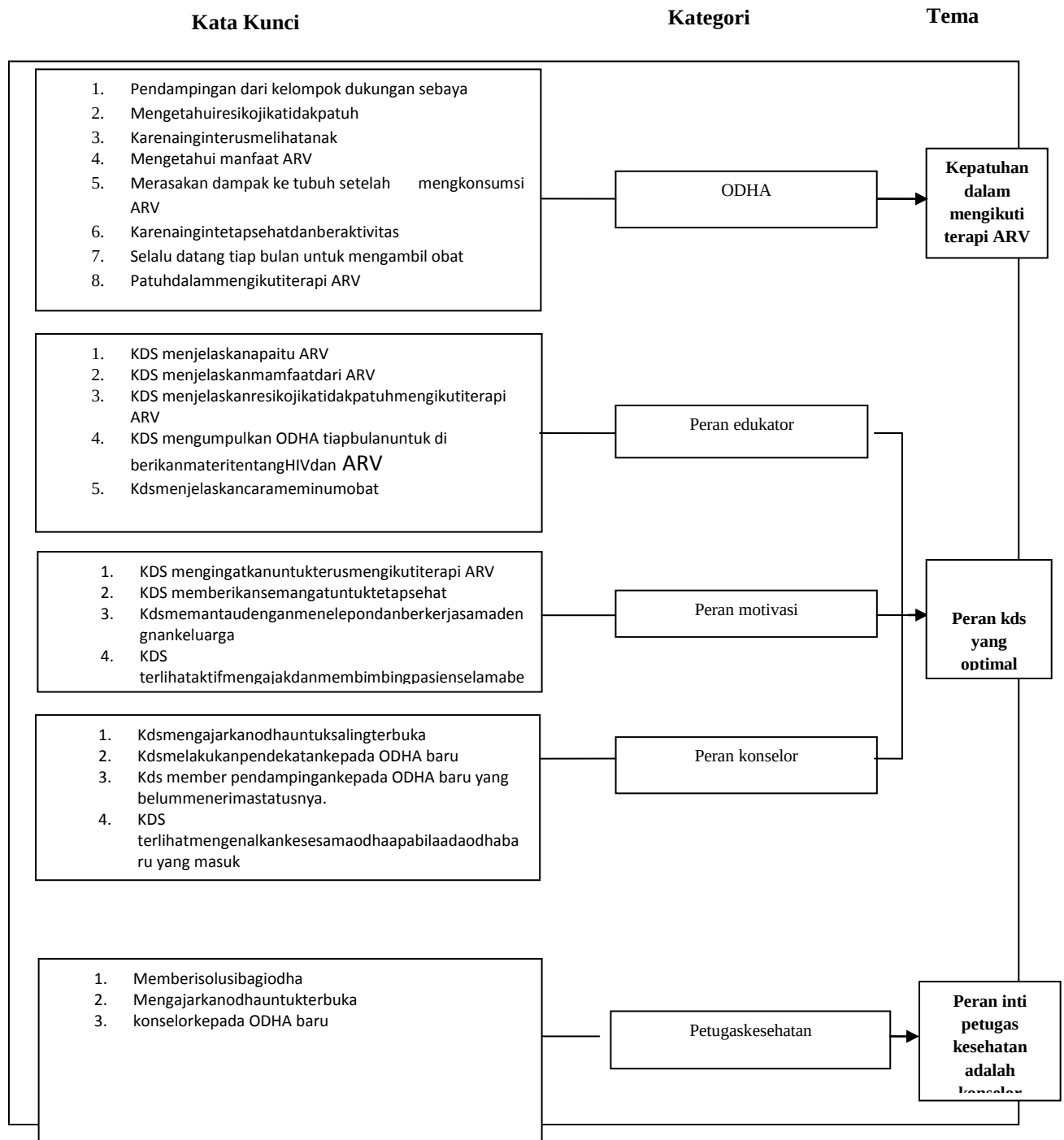
Subjek	Usia	Status	Agama	Pendidikan	Aktivitas	Lama terapi
Tn. AD	37th	Sudah menikah	Islam	SMP	wiraswasta	10 tahun
Ny.	35th	Tidak menikah	Islam	SMA	Ibu rumah tangga	5 tahun
Tn. AG	40 th	Sudah menikah	Islam	SMP	Buruh serabutan	3 tahun
Tn. R	28th	Tidak menikah	Islam	Perguruan tinggi	Kerja di perusahaan swasta	1 tahun
Tn. S	30 th	Tidak menikah	Islam	SMA	wiraswasta	2 tahun

Ny.E	38 th	Sudahmenikah	Islam	SMA	KDS di poliserunai	5 tahun
Ny.A	29 th	Sudahmenikah	Islam	SMA	KDS di poliseruai	4 tahun
Ny.M		Sudahmenikah	Islam	Perguruan tinggi	perawat di poliserunai	

5. Hasil Wawancara Mendalam/ Analisis Tematik

Berdasarkan hasil wawancara mendalam pada penelitian ini diperoleh tiga tema, yaitu pertama kepatuhan odha dalam mengikuti terapi ARV, kedua peran KDS yang optimal, dan yang ketiga peran petugas kesehatan yang paling dominan adalah konselor bagi ODHA.

Analisis tema



1. Kepatuhan dalam mengikuti terapi antiretroviral

Skema 4.1

Kepatuhan dalam mengikuti terapi antiretroviral pada pasien ODHA dapat di lihat dalam wawancara dengan partisipa.Berikut pernyataannya:

“ hmm biar tetap sehat,supayo bisa wak mancaliak anak bini taruih kan” (P1).

“ tau katanya untuk membunuh kuman-kuman itu kan,ya supaya sehat supaya ngak sakit lagi dan jugoanak wak baru ka gadang baru ibo wak mancaliak inyo” (P2)

“ tau supayo ndak berkembang tapi ndak membunuh virus,dek kanai virus dek sakik mako dek minum ubek,hmm karano wak pengen sehat ”(P3).

“ tau supayo ndak berkembang tapi ndak membunuh virus,dek kanai virus dek sakik mako dek minum ubek,hmm karano wak pengen sehat ”(P5).

partisipan mengatakan mereka rutin menjalani terapi ARV dan datang ke poli serunai. Hal yang mendorong mereka untuk tetap mau menjalani terapi ARV karena adanya motivasi dari dalam diri sendiri supaya ingin sehat dan terus beraktivitas,motivasi dari luar yakni ingin terus melihat anak dan juga adanya dukungan dari teman sebaya mereka merasakan dampaknya langsung ke tubuh,mengetahui mamfaat serta mengetahui resiko jika tidak patuh dalam mengikuti terapi ARV serta karena tinginya tingkat pengetahuan seseorang.

Partisipan selanjutnya yaitu partisipan ke 4 patuh dalam menjalani terapi ARV.berikut pernyataannya:

“karena seharusnya tiap hari kita konsumsi untuk menekan jumlah virus kalo misalnya tidak tiap hari kita konsumsi virus ini akan berkembang oo apa akan membentuk virus baru,” (P4).

karena mengetahui dampak jika tidak patuh dalam mengikuti terapi ARV untuk tetap mau menjalani terapi ARV karena dapat menekan jumlah virus agar tidak berkembang

2. Peran kds yang optimal

a. Peran sebagai edukator

Sebagian besar partisipan mengatakan mendapatkan edukator dari KDS ini terlihat dari ungkapan dari partisipan 2,5,6 dan 7, berikut ungkapannya:

“ada, mamfaatnya jika ngak minum obat” (P2).

“ado, memberitahu apa resiko nyobilon dak minum ubek” (P5).

“yo agar selalu menjaga perilaku hidup sehat menjauhi perilaku beresiko selalu patuh dengan terapi ARVnya jangan sampai telat lah jadwal minum obat pokoknya aa kepatuhan itu untuk meningkatkan mutu hidup ODHA. kalo KDS sih kami hanyo bisa kalo tiap bulan tu kami mengumpulkan odha-odha tu secara bergantian aa sebanyak 20 orang di ajak ngumpul tiok bulan tu sebanyak 20 orang kami berikan aa materi dalam pelatihan kami untuk informasi jo untuk inyo agar mereka bisa memberikan ilmu nyo ke tetangga atau orang yang bertanya tentang HIV/AIDS atau siapa saja mengenai HIV/AIDS lah, jadi iyo mengingatkan efek sampingyo jikok seperti iko apo efek sampingnyo di tahan ajo dulu, jan di jadikan efek samping tu sebagai aa sebab untuk

awak ndak minum ndak mengikuti terapi ko terapi ubek ko karena ubek ko baru yang di temukan di dunia aa selalu mnegingatkan caro minumnyo selalu diingekaan kadang ado yang salah walaupun lah tau nyo kan tetapi tetap salah minum aturanya yang di berikan doktermemberikan informasi minum obat seperti ini menjaga kepatuhanberobat jikok ndak berobat iko yang terjadi jiko berobat iko yang terjadiikut memberikan informasi tentang materi tentang sakit atau apa tentang kepatuhan ''(p6).

''seperti tentang hiv tentang TB tentang gi mana cara minum arvaa iya cara minum ARV efek samping ARVtentang kepatuhan minum obat,efek samping obat,paling penyampaian materi nya tentang hiv tentang tb tentang arvbiasanya sih ada dalam sebulan tu ada 2 kali di dalam rumah sakit dan di luar rumah sakit yang di undang ODHA semua''(p7

Perankelompokdukungansebayasebagaiedukatorsangatdi rasakanoleh ODHA karena merekamen dapat akaninformasitentang ARV baiktentangmamfaat ARV efek samping terapiARV, resikojikatidakpatuhdalammenjalaniterapi ARV sertakelompokdukungansebayamenjelaskanmateritentang HIV/AIDS satubulansekali.

b. Peran sebagai motivator

Banyak faktor yang mempengaruhi kepatuhan odha dalam mengikuti terapi ARV, KDS berperan dalam memberikan semangat dalam menjalani terapi ARV serta berperan aktif dalam pemantauan minum obat pasien odha dan juga memberikan pendampingan kepada ODHA, berikut pernyataannya:

“yo dukungan, dukungan moral tibonyo supayo awak samangaik trus untuk minum ubek, patuh berobatselalu memotivasi kawan yang terinfeksi kok dapek itu lah kok dapek jan lah tibonyo kawan-kawan ko lapeh ndak tau kama ujungnyo jadinya putuih nyo ubek eeh ndak tau ubat kontak, supayo nyo tuk nio nyo barubek supayo jan sampai tertularkan ke yang lain atau yo lebihanu lah supayo jan banyak jo yang sakik eeh jan menularkan atau baa” (p1)

“yo membantu sekali memberi semangat kalo penyakit itu semua penyakit pasti ado cuman resiko ini mereka ngasih pandangan bukan kita saja yang kena orang yang ngak tau apa-apa lah juga kena, kadang di sini bisa senyum di rumah kadang putus asa capek gitu kan tapi kalo sudah datang ke sini teman-teman ngasih semangat ngasih motivasi kenapa harus stres kalo kita stres kita sendiri yang rugi” (p2)

“mangadoan acara kumpul-kumpul memberikan semangat di telepon harus patuh di jalehkanyo resiko kalau ndak patuh minum ubek, memberi semangat ntuk terus minum ubek”(p3)

Sabananyo dalam kalo untuk minum ubek tanpa di pantau wak sendiri lah patuh dan menyadari baa pentingnyo minum ubek ko,tapi nyo tetap maagih motivasi untuk taruih minum ubek ko,karena hanyo ubek ko baru yang di temukan di dunia ko”(p5)

“kami KDS pendamping sebaya saja jadi di lempar ke pendamping jadi kami pendamping memantau menemani untuk ke pelayan misalnya nyo ndak tau ke cek labor kami yang ngantar atau nyo di rawat di antar ke ruangan menjenguknyo,setiap pasien tu pasti berbeda-beda cara memotivasi caramemberika n informasi,kadang ado yang ikhlas nyo manarimo penyakik yang di dapek nyo ado yang indak jadi tergantung si klienya sendiri ado nyo menolak kami dampinggi,patuh dengan terapi ARVnya jangan sampai telat lah jadwal minum obat pokoknya aa kepatuhan itu untuk meningkatkan mutu hidup ODHA,mengingatkan siap tu mengingatkan misalnya mendekati jadwal kami menelepon mengingatkan eel ah jadwal atau misalnyo talambek pun kami telepon kok talambek maambik ubek atau nyo ndak datang samo sekali pun kami tetap menghubungi baa kok ndak maambik ubek apo alasanyo selalu begitu dan selalu memberikan aa penjelasan dengan alasan yang di berikan si klien”(P6).

“kita ingatkan untuk tetap minum obat tapi kalau udah berkali-kali ngak mempan apa boleh buat, paling maingekaan tiok bulan kalau sudah jadwalnya minum obat kita telepon bahwa jadwalnya minum obat minggu besok atau tanggal sekian gitu, peran inti yo member support itu member semangat ke ODHA yang belum menerima statusnya”(p7).

kelompok dukungan sebaya
memberikan semangat dan dukungan untuk tetap patuh dalam menjalani terapi ARV seperti mengingatkan untuk terus minum obat, menelepon ODHA untuk mengambil obat seminggu sebelum jadwal pengambilan obat.

c. Peran sebagai konselor

Peran konselor dapat dilihat di percakapan dengan ODHA, berikut pernyataanya:

“tibonyo apo yang wak keluhan tu di jaweknyo”(p1).

“Kita ngak tau yas alingberbagilahtibony ote ntangapo yang wakrasoanefeknyokatubuhko”(P2).

“Kalosakik di ubekiikaloyoharusbarubek”(p3)

“aa mengadakan pendekatan ke keluarga nyo atau orang yang di percayanyo, tu kami mengumpulkan odha-odha tu secara bergantian jadi dalam berkumpul tu di KDS di ajarkan saling terbuka sesama ODHA untuk curhat-curhatan aa di biarakan

menceritakan dirinya dari ma nyo dapek ataukah tertular ataukah dapek sendiri aa di biasakan untuk membuka diri agar nyo bisa menerimo statusnyo.menambahkan oo iyo ubek nyo iko yo baa lai cocok nanyo-nanyo gitu''(p6).

''cara penularanya seperti ini jangan takut kalau menular,cara minum obatnya seperti ini kalau kita patuh minum obat badan kita insya allah sehat,kita ngak banyak beban ngak banyak pikiran insya allah badan kita sehat giru aja sih,jadi odha ko''(p7)

odhamengatakanmerekaseringberkonsultasidenganelompo kdukungansebayakarenainimempengaruhidalamkepatuhanminum obatpada ODHA

3. Peranintipetugaskesehatanadalahkonselor

Odha lebih cenderung terbuka dengan kelompok dukungan sebaya,petugaskesehatan hanya sebatas mengkonseling odha yang pertama terdeteksi menderita hiv,berikut pernyataanya:

''Nyo hanyo menkonseling informasi awal contohnyo katiko orang ingin nio cek aa baa tu suka rela nyo ingin mengetes hiv tu tugas konselor kesehatan mengali informasi dari ma nyo dapek penyakit iko apokah dari jarum suntik dari seks bebas nyo mengali informasi setelah konseling baru lakukan cek labor.pendamping yang menambahkan,dan perawat hanya mengkonseling dan nanti kalo positif baru dokter tapi setelah nyo datang ke layanan lagi baru perawat yang menambahkan oo iyo ubek nyo iko yo

baa lai cocok nanyo-nanyo gitu Nyohanyo menkonseling informasi awal contohnya katiko orang inginniocekaa baa tusukarelanyo ingin mengeteshivtutugas konselorkesehatanmengaliinformasidari ma nyodapekpenyakikikoapokahdarijarumsuntikdariseksbebasnyomengaliinformasisetelahkonselingbarulakukancek labor''(p6).

Partisipanmengatakan bahwapetugaskesehatan melakukan konselor dan mengaliinformasiawaltentangpasiendarimanatertularnyasertamengajak ODHA untuk sharing untukmengaliinformasi-informasidari ODHA danmengajakberkonsultasitentangobat yang akan di minumoleh ODHA.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Interpretasi Hasil Penelitian

Penelitian ini menemukan tiga tema untuk mengungkapkan peran kelompok dukungan sebaya dan petugas kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada pasien *HIV/AIDS*. Gambaran tentang kepatuhan odha dalam terapi ARV teridentifikasi pada tema pertama yaitu kepatuhan dalam mengikuti terapi ARV. Gambaran tentang peran kelompok dukungan sebaya terhadap kepatuhan dalam mengikuti terapi ARV teridentifikasi pada tema kedua yaitu peran kelompok dukungan sebaya yang optimal. Gambaran tentang peran petugas kesehatan dalam kepatuhan mengikuti terapi ARV pada odha teridentifikasi pada tema ketiga yaitu peran inti petugas kesehatan adalah konselor. Berikut adalah penjelasan dari tema-tema tersebut :

1. Kepatuhan dalam mengikuti terapi ARV

Hasil penelitian ini menemukan bahwa ada banyak faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam mengkonsumsi terapi antiretroviral seperti motivasi eksternal seperti adanya dukungan dari kelompok dukungan sebaya mengingatkan untuk terus minum obat serta adanya dukungan untuk tetap sehat, motivasi internal seperti adanya keinginan untuk tetap sehat dan beraktivitas serta adanya dampak yang positif yang dirasakan tubuh dan juga ingin melihat anak, dan tingkat pengetahuan yang tinggi tentang terapi antiretroviral pada penderita *HIV/AIDS*.

Berdasarkan teori health belief model (HBM) suatu perilaku akan terbentuk dari persepsi seseorang terhadap kerentanan dan keparahan penyakit serta persepsi terhadap manfaat dan hambatan yang dihadapi. Pada umumnya ODHA yang menganggap penyakitnya parah dan telah mengalami gejala yang serius, mengetahui manfaat ARV menjadi lebih patuh dalam minum obat namun salah satu hambatan yang dihadapi adalah stigma.

Sesuai dengan penelitian Yuyun Yuniar (2013) dalam Faktor-faktor pendukung kepatuhan orang dengan HIV/AIDS dalam minum obat antiretroviral di Kota Bandung dan Cimahi, Faktor internal utama yang mendukung kepatuhan adalah adanya motivasi dari dalam diri penderita untuk tetap bertahan hidup, tingkat kesadaran tinggi akan fungsi dan manfaat antiretroviral. Motivasi dari dalam diri penderita untuk tetap bertahan hidup, tingkat kesadaran tinggi akan fungsi dan manfaat antiretroviral. Motivasi dari dalam diri penderita untuk sembuh atau bertahan hidup merupakan faktor pendukung kepatuhan yang paling sering dinyatakan oleh responden.

Faktor eksternal utama yang meningkatkan kepatuhan minum antiretroviral adalah ketersediaan dan keterjangkauan obat antiretroviral, dukungan keluarga, kelompok dukungan sebaya (KDS), lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan tenaga kesehatan serta destigmatisasi dan tidak boleh ada diskriminasi oleh teman, masyarakat dan tenaga kesehatan. Meningkatkan keterlibatan keluarga, kelompok dukungan sebaya (KDS), lembaga swadaya masyarakat

(LSM) dan tenaga kesehatan untuk memotivasi ODHA agar hidup lebih berkualitas dan minum ARV secara teratur.

ODHA dengan tingkat pengetahuan tinggi biasanya lebih patuh karena mereka sudah tahu keparahan penyakit yang mereka alami dan kepatuhan terapi ARV telah memberikan perbaikan bagi kualitas hidup mereka baik secara fisik, psikologis maupun sosial. Secara fisik ODHA merasa lebih segar dan tidak lemas.

Menurut asumsi peneliti, adanya motivasi baik motivasi internal atau pun eksternal dan tingkat pengetahuan yang tinggi tentang terapi ARV sangat mempengaruhi tingkat kepatuhan dalam menjalani terapi ARV. penelitian ini menemukan bahwa peran kelompok dukungan sebaya(KDS) sebagai edukator yang membuat partisipan tau tentang terapi antiretroviral(ARV) yang mereka jalani harus di konsumsi seumur hidup serta harus mematuhi terapi ARV,manfaat terapi ARV,dan resiko jika tidak patuh dalam mengkonsumsi terapi ARV. Dalam penelitian ini partisipan mengatakan bahwa KDS memberi informasi yang mendalam mengenai penyakit HIV/AIDS dan juga terapi ARV.

KDS memiliki peran yang bermakna dalam mutu hidup ODHA. ODHA yang mendapat dukungan sebaya berpengaruh pada tingkat kepercayaan diri, pengetahuan tentang HIV, mendapatkan informasi tentang terapi ARV, akses layanan HIV, perilaku pencegahan HIV, dan kegiatan positif yang lebih tinggi dibandingkan ODHA yang tidak mendapat dukungan sebaya.(spirita,2002).

Hal

inisenadadenganpenelitianAffiyaturRohmahdalamtapipdwiwahyuni(2012),bahwaTugas*buddy* atau KDS sebagaiedukatorpenderita ODHA adalah memberitahukansecaramendalammengenaipenyakit HIV/AIDSdanjugaterapi ARV.

Menurut asumsi peneliti, KDS berperan sangat besar terhadap tingkat pengetahuan karena ODHA lebih terbuka terhadap terbuka terhadap KDS di bandingkan petugas kesehatan sehingga KDS lebih optimal dalam memberikan informasi tentang terapi ARV . Cara ini merupakan hal yang sangat positif dan sepatutnya dilakukan oleh KDS untuk meningkatkan kepatuhan dalam mengikuti terapi ARV .

a. Peran motivator

Hasil penelitian ini juga menunjukkan sebagian besar partisipan mengatakan bahwa peran KDS dalam pemantauan minum obat adalah sebagai motivator,karena dengan adanya motivasi dari KDS kepatuhan dalam mengikuti terapi ARV lebih meningkat.

Alfiyyatur Rohmah (2012) menyimpulkan bahwa KDS mempunyai tugas memberikan motivasi dan mendampingi ODHA dalam mengikuti terapi ARV karena terapi ARV harus di konsumsi seumur hidup sehingga perlu motivasi dari semua pihak. ODHA percaya kepada KDS karena KDS pernah merasakan penderitaan yang dialami oleh ODHA, sehingga ODHA lebih

menurut kepada KDS termasuk dalam sistim pengobatan dan minum obat.

Sejalandenganpenelitian Tri johanagussyuwanto (2015)dalamperankelompokdukungansebayadankepatuhanminum obatpadaODHAdiwilayahkecamatanTurenkabupaten Malang.,menyatakanbahwaPeran KDS sangat membantu ODHAterutama dalam hal menjalani pengobatan,memberikan motivasi kepada ODHA untuk selalukooperatif dalam penyuluhan dan pengobatan.peran KDS sangatmembantumemotivasi ODHA dalamkepatuhanmeminumobat.hal senada di ungkapkan olehAlfiyyatur Rohmah (2012)KDS mempunyai tugas memberikan motivasi dan mendampingi ODHADalammenjalanipengobatan.

Hasilpenelitiansenada di ungkapkanyuyunyuniardalamtapip (2013) Cara agar odha selalu patuh dalam mengikuti terapi ARV adalah dengan Meningkatkan keterlibatan keluarga, KDS, LSM dan tenaga kesehatan untuk memotivasi ODHA agar hidup lebih berkualitas dan minum ARV secara teratur.

Menurut asumsi peneliti, peran KDS sebagai motivator sangat berpengaruh dan merupakan hal yang sangat penting karena ODHA yang mendapatkan motivasi dari KDS memiliki kepatuhan yang sangat baik dalam menjalani terapi ARV karena KDS sudah terlatih dalam memberikan motivasi kepada ODHA.

b. Peran sebagai konselor

Dalam penelitian ini juga terungkap bahwa konselor juga termasuk dalam peran yang KDS yang dirasakan oleh pasien, karena ODHA juga di ajarkan untuk saling terbuka, mendengarkan keluhan dari ODHA dalam menjalankan terapi ARV, serta mendengarkan sharing ODHA karena mereka lebih terbuka dengan kelompok dukungan sebaya.

Pengobatan ARV ini merupakan pengobatan yang kompleks dengan medikasi yang lebih dari satu macam dan diminum dalam jangka panjang, seumur hidup. Sehingga sebelum memulai pengobatan ARV, ODHA harus mendapatkan informasi tentang terapi ARV, melalui konseling praterapi ARV yang meliputi biaya dan konsekuensinya terhadap keuangan keluarga, pentingnya kepatuhan optimal, informasi penggunaan ARV pada anggota keluarga, dukungan psikososial, dan informasi obat berupa : tipe, dosis, efek samping, penyimpanan, makanan, interaksi, dan kartu kontrol (Nursalam dan Ninuk, 2013: 106).

Hasil ini sesuai dengan Purwaningtyas A dalam Sugiharti (2012), KDS bertugas mengkoordinasi tim pelayanan HIV-AIDS jika secara klinis pasien mempunyai keluhan. Manajer kasus bertanggung jawab secara langsung jika harus konsultasi kepada dokter, tim dokter, atau psikolog. Bila pasien menghadapi

masalah-masalah sosial, petugas sebagai manajer kasus harus mencari solusi yang tepat.

Menurut asumsi penelitian ini juga tidak kalah pentingnya karena tidak dapat di pungkiri bahwa efek mempengaruhi ketidakpatuhan ODHA dalam perjalanan terapi ARV, dengan adanya KDS sebagai konselor mereka bisa berkonsultasi dan memberikan penjelasan tentang efek obat tersebut.

2. Peran inti petugas kesehatan adalah konselor

Dalam penelitian ini terungkap tema peran petugas sebagai konselor yang paling menonjol yang di rasakan oleh ODHA yang rutin berobat di poli serunai, kelompok dukungan sebaya yang berada di poli serunai juga menyampaikan bahwa peran petugas kesehatan adalah sebagai konselor mereka mengatakan bahwa petugas kesehatan mengali informasi awal dan juga memberikan pemahaman tentang terpai antiretroviral.

Tugas konselor selama perawatan ODHA adalah menerapkan dukungan kepatuhan dan menyampaikan cara kerja dasar obat ARV, terjadinya kegagalan terapi dan cara menghindarkan diri dari ketidakpatuhan, serta cara yang mudah mengakses obat ARV (Kemenkes, 2013: 2). Selain itu, konselor perlu melakukan monitoring terhadap ODHA, yang terdiri atas monitoring berkala, monitoring klinis,

pemeriksaan laboratorium dasar dan monitoring efektivitas ARV (Nursalam dan Ninuk, 2013: 112).

Hasil penelitian Wilfrida Yuliana Sosa dalam hubungan peran konselor dengan kepatuhan ODHA dalam mengonsumsi antiretroviral di VCT RSUD MGR. GABRIEL MANEK, SVD ATAMBUA di dapatkan Peran konselor yaitu konselor memberikan informasi tentang penyakit HIV/AIDS yang diderita, waktu yang tepat untuk mendapatkan obat ARV, cara penggunaan obat, dosis, manfaat, efek samping, akibat yang akan terjadi jika tidak minum obat dan interaksi ARV dengan obat lain serta informasi untuk memantau CD4 setiap 6 bulan sekali. Konselor juga melakukan pemantauan terhadap dosis, frekuensi dan waktu minum obat dari responden.

Menurut asumsi peneliti peran petugas kesehatan sebagai konselor juga tidak kalah pentingnya dalam meningkatkan kepatuhan ODHA dalam mengonsumsi ARV karena petugas kesehatan melakukan konseling kepada ODHA yang baru terdeteksi untuk memberikan pemahaman tentang terapi ARV, dukungan kepatuhan dan menyampaikan cara kerja dasar obat ARV, terjadinya kegagalan terapi dan cara menghindarkan diri dari ketidakpatuhan, serta cara yang mudah mengakses pengobatan.

B. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini tidak terlepas dari berbagai hambatan dan kendala, yang meliputi :

1. Pemilihan tempat wawancara

Peneliti pernah beberapa kali melakukan wawancara di lorong Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi karena partisipan hanya dapat ditemui saat ia mengambil obat di sana. Kondisi rumah sakit yang agak ribut karena banyaknya pengunjung yang lewat membuat konsentrasi peneliti sedikit terganggu ketika melakukan wawancara.

2. Proses adaptasi yang kurang

Proses adaptasi yang kurang disebabkan karena peneliti tidak setiap waktu berada bersama partisipan. Sehingga saat wawancara pertama peneliti agak kesulitan untuk menggali informasi dari partisipan, namun untuk partisipan berikutnya peneliti sudah dapat membina *trust* dengan partisipan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Penderita HIV/AIDS yang paling dominan yaitu laki –laki 82 orang (64%),
2. Penderita HIV/AIDS yang paling banyak ditemukan pada usia 30-40 tahun yaitu sebanyak 75 orang (58%).
3. 42% (54 orang) penderita HIV/AIDS disebabkan oleh perilaku seks bebas.
4. Menurut ke 5 narasumber yang sebagai informan yaitu ODHA yang rutin berobat bahwa peran kelompok dukungan sangat di butuhkan karena mereka adalah termasuk ODHA yang lebih kooperatif terhadap pengobatan dan perawatan, kelompok dukungan sebsya sangat di perlukan

karena odha lebih terbuka terhadapnya dari pada keluarga dan yang lainnya. kelompok dukungan sebaya merupakan faktor eksternal yang mempengaruhi kepatuhan terapi ARV, dan dapat disimpulkan bahwa KDS mempunyai tugas member motivasi dan pendampingan. sedangkan petugas kesehatan dapat disimpulkan mereka menjadi konselor bagi penderita hiv, aids serta berperan sebagai koordinasi dengan KDS dalam pemantauan minum obat pada ODHA

B. Saran

80

1. Bagi partisipan

Peneliti berharap partisipan dapat terus untuk meningkatkan kepatuhan dalam mengikuti terapi ARV karena dengan kepatuhan dalam mengikuti terapi ARV serta kehidupan yang berkualitas tetap diperoleh ODHA dan menjalankan kehidupan untuk masa depan yang lebih cerah meski terdiagnosis *HIV/AIDS*.

2. Bagi Petugas Kesehatan dan KDS

Meningkatkan pendampingan dan mengurangi stigma yang dirasakan odha serta lebih memantau lagi ODHA dalam mengikuti terapi ARV, sehingga ODHA lebih patuh serta meningkatkan hubungan

emosional sehingga memiliki motivasi untuk hidup lebih baik pada ODHA dan kualitas hidup mereka meningkat.

3. Perkembangan ilmu keperawatan

Merupakan bahan masukan bagi institusi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan, sehingga dapat diperoleh gambaran nyata peran petugas kesehatan dalam kepatuhan minum obat pada pasien *HIV/AIDS*. Disamping itu, diharapkan *HIV/AIDS* dapat dijadikan sebagai mata kuliah khusus dalam pembelajaran di perguruan tinggi sehingga dapat meningkatkan pengetahuan pelajar tentang *HIV/AIDS* dengan tepat dan benar, dan akhirnya dapat disampaikan pada masyarakat sebagai upaya menghilangkan stigma terhadap ODHA.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai data dasar bagi peneliti-peneliti selanjutnya terkait topik yang masih berkaitan dengan klien *HIV/AIDS* dan dengan metode yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti & Rachmawati. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset kepetawatan*. Jakarta : PT. Rajagrafindo Persada.
- Alimul,. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Arikunto,. 2002. *Prosedur Penelitian*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Ditjen PPM & PL Kementrian Kesehatan. 2013. *Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia* jakarta :Kementrian Kesehatan.
- Jean R. Anderson Dr, 2008. Yogyakarta : Pustaka Rihana
- Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2010. *Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia* Jakarta :Kementrian Kesehatan.
- Nursalam, Ninuk Dian Kurniawati, 2007:47. *Stadium pada kasus HIV/AIDS*. Jakarta :Kementrian Kesehatan.
- Family Health Internasional, 2010 penggunaan jarum suntik terkontaminasi*. Jakarta :Kementrian Kesehatan
- Hakim, 2005. Tanda-tanda klinis AIDS. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
<http://alwaysnutrition.blogspot.com/2012/02/faktor-penyebab-HIV/AIDS>
- Mansjoer,A2003. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid Edisi 3*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Notoatmojo,S 2007, *penularan masa perinatal. Diagses melalui webside* : [http : eutorikulah.pdf](http://eutorikulah.pdf)
- Nerima. 2012 *diagses melalui website* : <http://otnamharfira.wordpress.com/2010/02/18/og0lexpp/images/39f685dc313/000.jpg>
- National AIDS Commision REPUBLIK OF indonesia, 2009. *Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia* Jakarta : Kementrian Kesehatan
- Nursalam, M Nurs & Ninuk Kurniawati, 2006. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Notoadmodjo, Soekidji. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta Prof. Dr.
- Kusumawijaya Paputungan(2012), *Dinamika Psikologis Pada Orang Dengan HIV Dan AIDS (Odha)*

Sugiyono, 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif, dan R&D* Bandung :ALFABETA.

Yuniar, Yuyun. 2013. Terapi Eksternal dan Kepatuhan Mengonsumsi ARV pada Penderita HIV/AIDS. *Buletin Penelitian Kesehatan*. Vol. 41. No. 2. Jakarta

Alfiyyatur Rohmah. 2012. Peran Buddy Sebagai Pendamping ODHA. <http://www.KOMPAS.com>. Jakarta 2012.

Yuniar Y dkk. Faktor-faktor Pendukung Kepatuhan Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) dalam Minum Obat Antiretroviral di Kota Bandung dan Cimahi. *Buletin Penelitian Kesehatan*. Juni 2013, Vol. 41: 72 – 83.

Spiritia.2002. Kepatuhan ART. www.spiritia.or.id/cst/showartc.php?cst=artpatuh. diakses tgl 2 November 2014.

Kemenkes RI ,2013 ,pedoman penerapan layanan komprehensif HIV-IMS berkesinambungan, Jakarta ,Dirjen PP&PL Kemenkes.

PEDOMAN WAWANCARA

A. Judul Penelitian : peran kelompok dukungan sebaya dan petugas kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada penderita HIV/AIDS di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2015

B. Pewawancara :

C. Waktu / Lokasi :

D. Identitas Partisipan :

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin :

Agama :

E. Panduan Pertanyaan

a. Pertanyaan untuk ODHA

1. Menurut saudara/Bpk/Ibu apa yang di maksud dengan penyakit HIV/AIDS
2. Ketika saudar/Bpk/Ibu sudah dinyatakan positif menderita HIV bagaimana perasaanya.
3. Menurut saudara/Bpk/Ibu kenapa anda harus bersedia melakukan pengobatan antiretroviral?
4. Bagaimana cara KDS memantau anda dalam mengkonsumsi obat?
5. Apa saja yang di lakukan petugas kesehatan untuk mendorong pasien untuk rutin dalam melakukan pengobatan

b. Pertanyaan untuk KDS

1. Apa sebenarnya peran yang di berikan oleh KDS ini untuk ODHA

2. Bagaimana cara anda berkoordinasi dengan petugas kesehatan dalam pemantauan minum obat pada penderita HIV/AIDS

3. Bagaimana cara petugas kesehatan dalam memberi motivasi untuk terus mengkonsumsi ARV

c. Untuk petugas kesehatan

1. Sejauh ini bagaimana kah kepatuhan minum obat dari penderita HIV/AIDS

2. Bagaimanakah tingkat kepatuhan minum obat penderita hiv/aids di sini

3. Apakah ibu/bapak memberikan motivasi untuk ODHA,jika iya motivasi seperti apa yang di berikan.

4. Pengetahuan apa saja yang di berikan kepada pasien HIV/AIDS supaya pasien HIV/AIDS ini bias patuh dalam minum obat.

5. Apakah kendala yang di hadapi oleh petugas selama ini dalam memotivasi pasien HIV/AIDS untuk terus mengkonsumsi obat ARV.

PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah saya membaca dan mendengarkan penjelasan dari peneliti, maka saya bersedia menjadi responden untuk di periksa dan berhak mengundurkan diri bila terdapat sesuatu hal yang dapat merugikan saya

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan tanpa adanya unsur paksaan dari pihak manapun.

Bukitinggi, November 2015

Responden

()

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,
Partisipan penelitian
Di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Study Ilmu Keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi, semester VII yang akan mengadakan penelitian :

Nama : ance hendrika

NIM : 1214202178

Alamat : Kerinci,jambi

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “ peran kelompok dukungan sebaya dan petugas kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada penderita HIV/AIDS di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2015 “. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan Saudara sebagai partisipan. Kerahasiaan semua informasi yang di berikan akan di jaga dan di gunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila Saudara menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembaran persetujuan dan menjawab pertanyaan yang saya ajukan. Atas perhatian Saudara sebagai partisipan saya ucapkan terima kasih.

Bukittinggi, November 2015

Peneliti

(Ance hebdrিকা)

ALUR PENELITIAN

Kegiatan pengumpulan data pada penelitian ini meliputi :

1. Menentukan fenomena atau situasi yang diteliti, yaitu menetapkan RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun sebagai lokasi penelitian.
2. Penelitian memperoleh izin pengambilan data dari STIKes Fort De Kock.
3. Memperoleh akses untuk menemui para calon partisipan yang memiliki pengalaman sesuai dengan fenomena yang diteliti untuk kemudian rapport (hubungan saling percaya) terlebih dahulu atau memperoleh akses tentang lokasi peneliti memperoleh izin dari RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dan mendapat persetujuan dari calon partisipan.
4. Menemukan cara pengambilan sampel atau cara merekrut para partisipan.
Pada kegiatan ini, peneliti merumuskan kriteria inklusi partisipan yang dapat berpartisipasi pada peneliti, menentukan jenis sampel, dan menentukan estimasi besar sampel yang akan diikutsertakan.
5. Menentukan cara mengumpulkan data penelitian. Pada tahap ini peneliti menggunakan wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumen.
6. Merekam dan mencatat data penelitian.
7. Menyimpan data.
8. Menganalisis data.
9. Interpretasi data dan membuat kesimpulan.

MATRIK ANALISA DATA PENELITIAN

Tujuan Khusus	Tema	Kategori	Kata Kunci	P1	P2	P3	P4	P5	P6 kds	P7 kds	P8 perawat
	Kepatuhan dalam mengikuti terapi ARV	Odha	Patuh dalam mengikuti terapi ARV	√	√	√	√	√			
			Selalu datang tiap bulan untuk mengambil obat	√	√	√	√	√			
			Karena ingin tetap sehat dan beraktivitas	√	√	√	√				
			Merasakan dampak ke tubuh setelah mengkonsumsi ARV					√			
			Mengetahui manfaat ARV	√	√	√	√				
			Karena ingin terus melihat anak	√	√			√			
			Mengetahui resiko jika tidak patuh	√	√	√	√	√			
			Pendampingan dari kelompok dukungan sebaya	√	√	√	√	√	√	√	
	Peran kds yang	Peran educator	Kds menjelaskan apa itu terapi ARV				√		√	√	

	optimal		Kds menjelaskan mamfaat terapi ARV		√	√	√		√	√	
			KDS mengumpulkan ODHA tiap bulan untuk di berikan materi tentang HIVdan ARV	√	√	√	√	√	√	√	
			Kds menjelaskan cara meminum obatnyo						√	√	
		Peran motivator	Kds menjelaskan resiko jika tidak patuh dalam mengikuti terapi ARV KDS menjelaskan ARV harus di minum tiap hari								
			Kds mengingatkan untuk terus mengikuti terapi ARV	√	√		√	√	√	√	
			Kds memberikan semangat untuk mengikuti ARV	√	√	√	√	√	√	√	√
			KDS memantau dengan menelepon berkerja sama dengan keluarga	√			√	√	√	√	
					√	√		√	√	√	
		Peran konselor	Kds mengajarkan odha untuk saling terbuka	√	√	√	√	√	√	√	
Kds melakukan pendekatan kepada odha baru			√	√	√	√	√	√			
Kds memberikan pendampingan ke odha baru yang belum menerima statusnya	√		√	√ √	√		√	√	√		

			Mendengarkan keluhan ODHA								
	Peran utama petugas kesehatan adalah konselor	Petugas kesehatan	Melayani odha yang ingin berkonsultasi tentang penyakitnya		√		√		√	√	√
			Odha menceritakan bagaimana proses kenapa bisa terkena hiv		√				√	√	
			Mengajarkan odha untuk saling terbuka						√	√	





PEMERINTAH PROPINSI SUMATERA BARAT
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

JALAN DR. A. RIVAI - BUKITTINGGI
Telp. Hunting (0752) 21720 - 21492 - 21831 - 21322
Fax. (0752) 21321 Telp. Dir. (0752) 33825



08.05.2016

No : 073/2132 /SDM-RSAM/ II /2016
Lamp : -
Hal : Pengembalian Mahasiswa

Bukittinggi, 25 Februari 2016,

Kepada Yth.
Sdr. Ketua STIKes Fort De Kock Bukittinggi.

di -
Bukittinggi.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah selesainya pengambilan data dan penelitian Mahasiswa S1 Keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi, maka bersama ini kami kembalikan ke Institusi Pendidikan atas nama :

N a m a : Anche Hendrika
NIM : 1214202178
Institusi : S1 Keperawatan STIKes Fort De Kock Bukittinggi.

Dengan judul Penelitian " Peran KDS dan Petugas Kesehatan dengan Kepatuhan minum obat pada penderita HIV/AIDS di RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi ".

Untuk keperluan pengembangan Bidang SDM (Seksi Diklit) RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi diharapkan kepada Saudara untuk dapat memberikan hasil Penelitian Mahasiswa tersebut diatas kepada kami sebelum Ijazah yang bersangkutan diberikan.

Demikianlah disampaikan atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terimakasih.

An. Direktur,
Wadir Penunjang & SDM,

Dra. Hj. Trizayenni, Apt.M.Sc
NIP. 19690124 199503 001

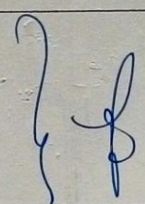
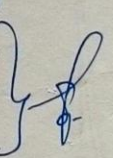
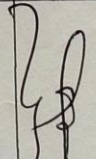
LEMBAR KONSUL

NAMA : Ance Hendrika

NIM : 1214202178

Pembimbing II : Hj. Adriani, S.Kp, M.Kes

Judul : Peran kelompok dukungan sebaya dan petugas kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada penderita HIV/AIDS di Rumah sakit Ahmad Mochtar Bukittinggi 2016

BIMBINGAN KE	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF PEMBIMBING
I	23/2-2016	Transkrip lengkap di lampirkan - setiap Atori Apriki ada wawancara satu Apriki ini - setiap titik sampelnya	
II	24/2	perbaikan suskuit lagi - Andien beka	
III	24/2	Ace 4 ijin	
IV			

08.05.2016

LEMBAR KONSUL

NAMA : Ance Hendrika

NIM : 1214202178

Pembimbing 1 : Ns.Yelmi Reni Putri, S.Kep.MAN

Judul : Peran kelompok dukungan sebaya dan petugas kesehatan dengan kepatuhan minum obat pada penderita HIV/AIDS di Rumah sakit Ahmad Mochtar Bukittinggi 2016

BIMBINGAN KE	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF PEMBIMBING
I	20 - 2 - 16	- Hasil penelitian - pembahasan - daftar pustaka - jurnal referensi	
II		- abstrak bimbingan - cara kunci di abstrak - lian abstrak - cara pengantar	
III	22 - 2 - 16	- daftar pustaka - singkatan dan mabala - pembahasan dg 4 item.	
IV	24 - 2 - 16	acc & diujikan	

08.05.2016