

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. HIV/AIDS

a. Definisi

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah suatu spektrum penyakit yang menyerang sel-sel kekebalan tubuh yang meliputi infeksi primer, dengan atau tanpa sindrom akut, stadium asimptomatis hingga stadium lanjut (Hidayati, 2019). *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah sejenis virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia (Ardhiyanti, Lusiana, & Megasari, 2015). *Acquired Immunodeficiency sindrom* (AIDS) adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala yang menyebabkan turunnya atau hilangnya sistem kekebalan tubuh manusia dan merupakan tahap akhir dari infeksi virus HIV ketika sistem kekebalan tubuh sudah rusak (Abrori & Qurbaniah, 2017). *Acquired Immunodeficiency sindrom* (AIDS) adalah sekumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV (*human Immunodeficiency Virus*) yang termasuk family retroviridae dan merupakan tahap akhir dari infeksi HIV (Nurarif & Kusuma, 2017).

b. Penyebab

Infeksi HIV AIDS merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh infeksi human immunodeficiency virus yang merupakan kelompok retrovirus (Anwar, 2018). Retrovirus mengubah asam

rebonuklet (RNA) menjadi asam deoksiribonukleat (DNA) setelah masuk ke dalam sel penjamu. Virus ini ditularkan melalui hubungan seksual yang tidak terlindungi, jarum suntik, tato, tindik yang tidak steril dan digunakan bergantian, transfusi darah yang mengandung virus HIV, ibu penderita HIV kepada bayinya ketika dalam kandungan atau saat melahirkan (Nurarif & Kusuma, 2017).

c. Faktor Resiko

Menurut (Nasronudin, 2020) faktor resiko epidemiologis infeksi HIV adalah :

- 1) Perilaku beresiko tinggi seperti hubungan seksual dengan pasangan beresiko tinggi tanpa menggunakan kondom, pengguna narkotika dengan injeksi, pemakaian jarum bersama sama dan tidak steril, hubungan seksual yang tidak aman (multi partner, pasangan seks yang terinfeksi HIV, kontak seks per anal).
- 2) Mempunyai riwayat infeksi menular seksual.
- 3) Riwayat transfusi darah berulang tanpa tes penapisan.
- 4) Riwayat perlukaan kulit yaitu tindik, tato, atau sirkumsisi dengan alat yang tidak steril.

d. Patofisiologi

Virus masuk ke dalam tubuh manusia melalui perantara darah, semen, dan secret vagina. Target utama HIV adalah limfosit CD4 karena virus memiliki afinitas terhadap molekul permukaan CD 4. Virus ini akan mengubah informasi genetiknya ke dalam bentuk yang terintegrasi di dalam informasi genetic dari sel yang diserangnya yaitu

merubah bentuk RNA (*ribonecleic acid*) menjadi DNA (*deoxyribonucleic acid*) menggunakan enzim reverse transcriptase. Virus HIV masuk ke tubuh manusia diperantarai benda tajam yang mampu menembus dinding pembuluh darah atau secara tidak langsung melalui kulit atau mukosa yang tidak intak mencapai ke sirkulasi sistemik (Hidayati, 2019).

Selama dalam sirkulasi sistemik terjadi viremia dengan disertai gejala dan tanda infeksi virus akut seperti panas tinggi mendadak, nyeri kepala, nyeri sendi, nyeri otot, mual, muntah, sulit tidur, batuk pilek dan lain lain. Keadaan ini disebut sindrom retroviral akut. Pada fase ini mulai terjadi penurunan CD 4 dan peningkatan HIV-RNA *viral load*. *Viral load* akan meningkat dengan cepat pada awal infeksi dan menurun sampai pada waktu tertentu. Saat *viral load* meningkat akan diikuti penurunan hitung CD 4 secara perlahan dalam waktu beberapa tahun sebelum akhirnya jatuh pada stadium AIDS. Infeksi akut awal ditandai oleh infeksi sel T CD 4+ memori, reseptor 5 (CCR5) dalam jaringan limfoid mukosa dan kematian banyak sel terinfeksi (Nasronudin, 2020).

Setelah infeksi akut berlangsunglah fase kedua dimana kelenjar getah bening dan limfa merupakan tempat replikasi virus dan destruksi jaringan secara terus menerus sehingga jumlah virus menjadi sangat banyak dan jumlah sel T CD4 menurun, fase ini disebut fase laten. Sel yang menjadi target HIV adalah sel yang mampu mengekspresikan reseptor CD4. Mekanisme masuknya virus HIV ke sel target menyebabkan penurunan imun sehingga pertahanan individu terhadap

mikroorganisme pathogen jadi lemah dan meningkatkan resiko terjadinya infeksi sekunder sehingga masuk ke stadium AIDS (Nasronudin, 2020).

Setelah HIV menginfeksi sel target , terjadi proses replikasi yang menghasilkan virus virus baru (virion) yang jumlahnya berjuta juta (Soegijanto, 2016). Viremia dari banyaknya virion memicu munculnya sindrom infeksi akut dengan gejala mirip flu yang juga mirip infeksi mononukleosa (Nasrunodin, 2020). Infeksi akut terjadi 3 sampai 6 minggu dengan gejala umum yaitu demam, faringitis, limfadenopati, atralgia, myalgia, letargi, malaise, nyeri kepala, mual muntah, diare, penurunan berat badan. HIV juga sering menimbulkan kelainan pada system saraf meskipun paparan HIV terjadi pada infeksi awal yaitu terjadinya meningitis, encephalitis, neuropati perifer, dan mielopati. Gejala dermatologi yaitu ruam makropapuler eritematosa dan ulkus mukokutan. Pada fase akut terjadi penurunan limfosit T yang dramatis dan kemudian terjadi kenaikan dikarenakan mulai terjadi respon imun (Nasronudin, 2020).

Pembentukan respon imunspesifik HIV dan terperangkapnya virus dalam sel dendritik folikuler (SDF) di pusat germinativum kelenjar limfe menyebabkan virion dapat dikendalikan, gejala hilang, dan mulai memasuki fase laten. Pada fase ini jarang ditemukan virion di plasma sehingga jumlah virion di plasma menurun karena sebagian besar virus terakumulasi di kelenjar limfe dan terjadi replikasi di kelenjar limfe, sehingga penurunan limfosit T terus terjadi walaupun virion di plasma jumlahnya sedikit. Pada fase ini meskipun telah

terjadi serokonversi positif individu umumnya belum menunjukkan gejala klinis (asimtomatis). Beberapa pasien terdapat sarkoma Kaposi, herpes simpleks, sinusitis bacterial, herpes zoster, dan pneumonia yang sering berlangsung tidak terlalu lama. Fase ini berlangsung sekitar 8 sampai 10 tahun (dapat 3 sampai 13 tahun) (Nasronudin, 2020).

Pada tahun ke 8 setelah terinfeksi gejala HIV akan muncul gejala klinis yaitu demam, banyak keringat di malam hari, kehilangan berat badan kurang dari 10%, diare, lesi pada mukosa kulit dan infeksi kulit berulang, gejala ini merupakan tanda awal munculnya infeksi opportunistik yang menandakan bahwa pasien memasuki fase kronis (Nasronudin, 2020). Selama berlangsungnya fase ini, di dalam kelenjar limfe terus terjadi replikasi virus yang diikuti kerusakan dan kematian SDF karena banyaknya virus. Fungsi kelenjar limfe menurun atau bahkan hilang dan virus dicurahkan ke dalam darah. Pada fase ini terjadi peningkatan jumlah virion secara berlebihan dalam sirkulasi sistemik (Nasronudin, 2020).

Respon imun tidak mampu meredam jumlah virion yang berlebihan sehingga sistem imun semakin menurun dan pasien semakin rentan terhadap infeksi sekunder dan secara progresif mendorong ke arah AIDS. Infeksi sekunder yang sering menyertai yaitu pneumonia, TBC, sepsis, toksoplasmosis ensefalitis, diare, infeksi virus cytomegalo, virus herpes, kandidiasis, kadang kadang ditemukan beberapa jenis kanker yaitu kanker kelenjar getah bening, dan kanker sarcoma Kaposi (Nasronudin, 2020).

Selama masa klinis progresif, respon imun terhadap infeksi lain akan merangsang produksi HIV dan mempercepat destruksi sel T. Selanjutnya penyakit menjadi progresif dan mencapai fase AIDS. Pada saat destruksi sel T dalam jaringan limfoid perifer lengkap dan jumlah sel T dalam darah tepi menurun hingga di bawah 200/mm³. Viremia meningkat drastis karena repiklasi virus di bagian tubuh lain meningkat. Pasien menderita infeksi opportunistic, kakeksia, keganasan dan degenerasi susunan saraf pusat. Selain fase di atas, ada masa jendela yaitu periode dimana pemeriksaan tes antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif walaupun virus sudah ada dalam tubuh pasien dalam jumlah banyak. Antibodi terhadap HIV biasanya muncul dalam 3 sampai 6 minggu hingga 12 minggu setelah infeksi primer (Paranta, 2018).

e. Manifestasi Klinis

WHO (*World Health Organization*) dalam Nurarif & Kesuma 2017, membagi manifestasi klinis dari HIV AIDS menjadi 4 fase klinis:

1) Fase klinik 1

Tanpa gejala, limfadenopati (gangguan kelenjar/pembuluh limfe) menetap dan menyeluruh.

2) Fase klinik 2

Penurunan BB kurang dari 10 % tanpa sebab, infeksi saluran pernafasan atas (sinusitis, otitis media, pharyngitis) berulang. Herpes zoster, infeksi sudut bibir, ulkus mulut berulang, popular pruritic eruptions, dermatitis seboroik, infeksi jamur pada kuku.

3) Fase klinik 3

Penurunan BB lebih dari 10% tanpa sebab, diare kronik sampai lebih dari 1 bulan, demam menetap (intermiten atau menetap), TB pulmonal, plak putih pada mulut, infeksi bakteri berat seperti pneumonia, empyema, meningitis, bakteriemia, gangguan inflamasi berat pada daerah pelvis, stomatitis, gingivitis atau periodontitis, anemia yang tidak diketahui suatu penyebabnya, neutropenia, dan trombositopenia kronik.

4) Fase klinik 4

Gejala menjadi kurus (*HIV wasting syndrome*), pneumocystis pneumonia, pneumonia bakteri berulang, infeksi herpes simpleks kronik, oesophageal candidiasis, TBC ekstrapulmonar, cytomegalovirus, toksoplasma di SSP, HIV encephalopathy, meningitis, infection progresif multivocal, lymphoma, Invasive cervical carcinoma, leukoencephalopathy.

f. Pemeriksaan dan tata laksana setelah HIV ditegakkan.

Berdasarkan pedoman nasional tatalaksana klinis infeksi HIV dan terapi *antiretroviral* Kementerian Kesehatan (2021), Setelah dinyatakan terinfeksi HIV maka pasien perlu dirujuk untuk menjalankan serangkaian layanan yang meliputi :

1) Penilaian stadium klinis.

Stadium klinis harus dinilai pada saat kunjungan awal dan setiap kali kunjungan untuk penentuan ARV dengan lebih tepat waktu.

2) Penilaian immunologi (pemeriksaan jumlah CD4)

Jumlah CD4 adalah cara untuk menilai status imunitas ODHA.

Pemeriksaan CD4 melengkapi pemeriksaan klinis untuk menentukan pasien yang memerlukan pengobatan profilaksis infeksi oportunistik dan terapi ARV. Rata rata penurunan CD4 adalah sekitar 70 – 100 sel/mm³/tahun. Jumlah limfosit total (TLC) tidak dapat menggantikan pemeriksaan CD4.

3) Pemeriksaan laboratorium sebelum memulai terapi.

Pemantauan laboratorium atas indikasi gejala gejala yang ada sangat dianjurkan untuk memantau keamanan dan toksisitas pada ODHA yang menerima terapi ARV. Pemeriksaan laboratorium yang ideal dilakukan adalah darah lengkap, jumlah CD4, SGOT/SGPT, kreatinin serum, urinalisa, HbsAg, Anti HCV, profil lipid serum gula darah, VDRL/TPHA/PRP, tes kehamilan, pap smear.

2. *Antiretroviral (ARV)*

a. Pengertian

Terapi *Antiretroviral* (ARV) merupakan terapi yang digunakan dalam dunia medis untuk mengobati para penderita HIV atau yang biasa dikenal dengan ODHA atau orang dengan HIV AIDS. ARV adalah obat yang dapat menekan perkembangan HIV dalam tubuh (Hidayati, 2019). Terapi ARV adalah terapi yang sangat diperlukan untuk membantu memulihkan imunitas sehingga dapat mengurangi kemungkinan infeksi opportunistic, meningkatkan kualitas hidup serta mengurangi kesakitan dan kematian (Banna & Pademme, 2019).

b. Tujuan Terapi ARV

Menurut Nasronudin (2020) tujuan pemberian terapi ARV adalah :

- 1) Menurunkan angka kesakitan akibat HIV dan menurunkan angka kematian akibat AIDS.
- 2) Memperbaiki dan meningkatkan kualitas hidup penderita seoptimal mungkin.
- 3) Mempertahankan dan mengembalikan status imun ke fungsi normal.
- 4) Menekan replikasi virus serendah dan selama mungkin sehingga kadar HIV plasma < 50 kopi/ml.

c. Prinsip pemberian terapi ARV

Menurut Nasronudin (2020) prinsip pemberian ARV meliputi :

- 1) Indikasi
ARV harus ditetapkan pemberiannya sesuai indikasi pengobatan yang tepat.
- 2) Kombinasi.
Antiretrovirus harus diberikan secara kombinasi , paling tidak melibatkan 3 jenis obat untuk memberikan efek optimal serta memperkecil resistensi.
- 3) Pilihan obat.
Pemilihan obat obatan lini pertama diprioritaskan baru kemudian dipilih lini kedua atau obat lain bila dipandang perlu guna meminimalkan munculnya mutan yang resisten.

4) Kompleksitas.

Terapi antiretrovirus sangat kompleks karena beberapa obat dapat mengalami interaksi dan efek samping termasuk potensi interaksi dengan obat non ARV. Mengkonsumsi ARV dalam waktu yang tidak terbatas juga tanpa hambatan. Seringkali ARV diberikan bersama obat untuk mengatasi infeksi sekunder.

5) Resistensi.

Resistensi dapat terjadi ARV lini yang sama atau resistensi silang yang dapat terjadi antara NNRTIs dan sebagian dari PIs dan NRTIs.

6) Informasi.

Sebelum memulai terapi ARV, penderita perlu diberikan informasi lengkap maksud dan tujuan terapi ARV. Informasi tentang efek samping, resistensi obat, serta kerugian jika menghentikan ARV secara sepihak. Pentingnya informasi tentang monitoring pemberian ARV secara klinis, laboratoris dan radiologis secara berkala.

7) Motivasi.

Motivasi untuk mengkonsumsi harus ada. Penderita perlu diingatkan, disadarkan diposisikan secara wajar bahwa di tubuhnya terdapat virus yang perlu dieliminasi dengan upaya pemberian ARV.

8) Monitoring.

Efikasi pengobatan antivirus ditentukan dan dimonitor melalui pemeriksaan klinis berkala, disertai pemeriksaan laboratoris, guna menentukan HIV RNA virus dan hitung CD4 secara periodik dan

teratur. Efek samping dan resisten ARV juga perlu dimonitor secara cermat dan hati hati.

9) Target pengobatan.

Target pengobatan ARV adalah target virologis, target immunologis, Target terapeutik, target klinis, serta target epidemiologis.

10) Efikasi

Pengobatan *antiretroviral* dilakukan berkesinambungan. Penderita diharapkan memperoleh hasil maksimal dan efikasi klinis, virologis, dan immunologis yang nyata.

d. Tata laksana pemberian ARV

Tata laksana pemberian ARV berdasarkan pedoman nasional tatalaksana infeksi dan HIV dan terapi *antiretroviral* Kementerian Kesehatan RI (2021) adalah :

1) Saat memulai terapi.

Untuk memulai terapi ARV perlu dilakukan pemeriksaan jumlah CD4 jika ada dan penentuan stadium klinis infeksi HIV nya. Hal tersebut adalah untuk menentukan apakah penderita penderita sudah memenuhi syarat terapi ARV atau belum.

a) Jika tidak tersedia pemeriksaan CD4.

Jika tidak tersedia pemeriksaan CD4, maka penentuan mulai terapi ARV adalah didasarkan pada penilaian klinis.

b) Tersedia pemeriksaan CD4

Jika tersedia pemeriksaan CD4 maka direkomendasikan untuk memulai ARV pada semua pasien dengan jumlah CD4 <350

sel/mm³ tanpa memandang stadium klinisnya serta terapi ARV dianjurkan pada semua pasien TB paru aktif, ibu hamil, dan koinfeksi hepatitis B tanpa memandang jumlah CD4.

- 2) Memulai terapi ARV pada keadaan infeksi oportunistik yang aktif, Infeksi oportunistik dan penyakit terkait HIV lainnya yang perlu pengobatan atau direddakan sebelum terapi ARV yaitu :
 - a) Infeksi progresif multifocalencephalopathy, sarcoma Kaposi, mikrosporidiosis, CMV, *criptosporidiosis* terapi ARV diberikan langsung setelah diagnosis infeksi ditegakkan.
 - b) Tuberkulosis, PCP, kriptokokosis, MAC, terapi ARV diberikan setidaknya 2 minggu setelah pasien mendapatkan pengobatan infeksi oportunistik.
- 3) Panduan ARV lini pertama yang dianjurkan.
 - a) Pada orang dewasa dan anak-anak pilihan *antiretroviral* yang direkomendasikan adalah AZT atau TDF + 3TC (atau FTC) + EFV atau NVP merupakan pilihan paduan yang sesuai untuk sebagian besar pasien. Gunakan FDC jika tersedia.
 - b) Pada perempuan hamil pilihan *antiretroviral* yang direkomendasikan adalah AZT + 3CT + EVF atau NVP dengan catatan EVF tidak boleh diberikan pada trimester pertama, TDF merupakan pilihan.
 - c) Pada ko-infeksi HIV/TB direkomendasikan AZT atau TDF + 3TC (FTC) + EFV. Terapi ARV segera setelah terapi TB dapat ditoleransi antara 2 minggu hingga 8 minggu. Gunakan NVP atau triple NRTI bila EFV tidak dapat digunakan.

- d) Ko infeksi HIV/ hepatitis B kronik aktif direkomendasikan pemberian TDF + 3TC (FTC) + EFV atau NVP dengan catatan pertimbangkan pemeriksaan HbsAg terutama bila TDF merupakan paduan lini pertama. Penggunaan 2 ARV yang memiliki aktifitas anti HBV diperlukan untuk ini.

3. Kepatuhan

a. Pengertian

Kepatuhan berasal dari kata patuh. Menurut kamus besar bahasa Indonesia (KBBI) patuh berarti suka menuruti perintah, taat kepada perintah atau aturan dan berdisiplin. Kepatuhan berarti sifat patuh, ketaatan tunduk pada ajaran dan aturan (Rosa, 2018). Menurut Fauzi & Nishaa (2018) kepatuhan pasien adalah pemenuhan (*compliance*) dan ketaatan (*adherence*). *Medication adherence* adalah sebuah aksi yang dilakukan oleh pasien untuk mengambil obat ataupun pengulangan resep obat tepat waktu, sedangkan *Medication compliance* adalah aksi yang dilakukan oleh pasien untuk mengkonsumsi obat sesuai jadwal minumnya ataupun sesuai yang diresepkan dokter.

b. Teori Kepatuhan Pasien

Ada berbagai macam teori kepatuhan yang disebutkan dari berbagai sumber diantaranya adalah :

1) *Health belief model theory*

Dalam model *health belief model theory* suatu perilaku kesehatan akan bergantung pada keyakinan seseorang atau persepsi yang dimiliki seseorang tentang penyakit yang dideritanya dan strategi

apa yang bisa dilakukan untuk menurunkan tingkat keparahan penyakitnya (Fauzi & Nisha, 2018). Perubahan perilaku dibagi menjadi tiga bagian yaitu faktor persepsi individu yang terdiri dari kerentanan atau kerentanan yang dirasakan, persepsi keseriusan, persepsi ancaman, manfaatn yang dirasakan, isyarat untuk tindakan,faktor pengubah serta faktor kemungkinan tindakan (Puspita, et. al, 2017). dalam model *health belief* ini juga mempertimbangkan aspek *cues to action* (suatu peristiwa individu di lingkungan sosial sekitar dan pengalaman lain pasien yang akan mempengaruhi seseorang untuk merubah prilaku), faktor motivasi individu dan *self efficacy* (Fauzi & Nisha, 2018).

2) Teori *social cognitive (self efficacy theory)*

Self efficacy merupakan suatu keyakinan yang ada pada individu tentang kemampuan dirinya untuk melakukan suatu prilaku dalam rangka agar berhasil mencapai tujuan tertentu serta akan mempengaruhi kepatuhan individu dalam pengobatannya (Fauzi & Nisha, 2018). *Self Efficacy* adalah penilaian diri apakah dapat melakukan tindakan yang baik atau buruk, tepat atau salah, bisa atau tidak, mengerjakan sesuai dengan yang dipersyaratkan. Dalam teori ini perilaku seseorang dipengaruhi faktor individu yang meliputi kognitif, afektif individu dan faktor lingkungan. *Self efficacy* yang tinggi dapat membentuk emosi atau perasaan tenang dalam melakukan aktivitas yang sulit. Sebaliknya, ketika seseorang memiliki *self efficacy* yang rendah akan membentuk perasaan

depresi, kecemasan, stress, dan berpandangan sempit dalam menghadapi permasalahan yang dimilikinya, terutama masalah kesehatan dan pengobatan (Fauzi & Nisha, 2018).

3) *The theory of reasoned action and planned behavior.*

Theory Of Reasoned Action menjelaskan bahwa keyakinan dapat mempengaruhi sikap dan norma sosial yang mana akan merubah bentuk keinginan berperilaku baik dipandu ataupun terjadi begitu saja pada perilaku individu. Teori ini memiliki manfaat dalam memperkirakan prilaku yang dilakukan oleh individu berdasarkan sikap dan keyakinan yang dimiliki (Fauzi & Nisha, 2018). Pada teori ini perilaku seseorang dapat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu sikap dan norma subyektif serta adanya keterlibatan personel lain dalam keluarga atau komunitas serta teori ini dapat mengidentifikasi variabel variabel yang berperan dalam tiga komponen pembentukan perilaku (Fauzi & Nisha, 2018).

4) *The transtheoretical model.*

Model ini merupakan salah satu model perubahan perilaku seseorang untuk menjadi perilaku yang lebih positif ataupun menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya dalam hal perilaku kesehatan (Fauzi & Nisha, 2018). *Transtheoretical model* menyebutkan bahwa perubahan perilaku adalah proses yang terjadi secara bertahap, berusaha untuk mengubah perilaku untuk bergerak melalui tahapan yang berbeda menggunakan berbagai proses untuk mendapatkan perubahan dari satu tahap ke tahap berikutnya sampai

perilaku yang diinginkan tercapai (Handayani, et all, 2020). Pengambilan keputusan individu adalah titik focus dari model ini. Adanya keterlibatan penilaian emosi, pengetahuan, dan perilaku individu akan mempengaruhi penilaian individu terhadap dirinya sendiri yang berdampak pada pengambilan keputusan atas permasalahan kesehatan yang dihadapi. Model ini bersifat terintegrasi yaitu satu langkah yang dilakukan pasien akan mempengaruhi langkah selanjutnya dalam perubahan perilakunya (Fauzi & Nisha, 2018).

5) *Applied behavior analytic theory (ABA).*

Applied behavior analytic theory atau analisi perilaku terapan merupakan suatu deskripsi sistematis dan implementasi intervensi therapeutic untuk mengubah perilaku tertentu yang didasarkan pada prinsip prinsip ilmu pengetahuan dan perilaku (Fauzi & Nisha, 2018). Applied behavior theory (ABA) merupakan ilmu terapan yang mengurai, mempelajari dan memodifikasi perilaku. Teori ini memiliki tujuh dimensi yaitu *applied* (terapan), *behavior* (perilaku), *analytic* (analisis), *technological* (pemanfaatan teknologi), *conceptually systematic* (konsep yang sistematik), *effective* (efektif), dan *generalizable* (dapat digeneralisasi). Teori ini menjelaskan pentingnya perubahan perilaku yang di analisis secara gamblang dan bertanggung jawab terhadap suatu perubahan perilaku melalui penelitian yang dimanipulasi (Fauzi & Nisha, 2018)

c. Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kepatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum ARV diantaranya adalah :

1) Sosial Ekonomi

Sosial ekonomi dapat menggambarkan tingkat kehidupan seseorang di dalam masyarakat. Tingkat ekonomi meliputi pendidikan, pendapatan, dan pekerjaan yang merupakan penyebab secara tidak langsung dari masalah kesehatan. Faktor ekonomi sangat penting dalam dalam perubahan pengetahuan dan perilaku, begitu juga kepatuhan pengobatan (Sanusi dkk., 2017).

2) Pelayanan Kesehatan

Faktor pelayanan kesehatan adalah penilaian penderita terhadap upaya yang diselenggarakan oleh unit pelayanan kesehatan untuk melayani penderita meliputi ketersediaan obat, sikap petugas kesehatan, penyuluhan, lokasi serta kunjungan rumah. Penyuluhan kesehatan adalah sesuatu hal untuk memberikan informasi tentang kesehatan agar masyarakat baik yang sakit maupun yang tidak dapat mengerti bagaimana hidup sehat serta gejala penyakit. Lokasi sebagian besar masyarakat Indonesia mencari pelayanan yang mudah dan terjangkau dari wilayah sekitarnya, adanya akses kendaraan yang mudah dan dengan tarif yang mahal membuat pilihan tersendiri untuk pelayanan kesehatan. Penderita yang memerlukan waktu kunjungan yang banyak harus bolak balik ke rumah sakit, akan mempengaruhi kondisi keuangan dan akan mempengaruhi kepatuhan pasien dalam berobat (Sanusi dkk., 2017).

3) Gejala Klinis Pasien

Gejala klinis pasien HIV adalah sangat penting untuk memulai terapi ARV. Pasien dengan stadium 1 atau 2 biasanya tidak memiliki gejala defisiensi kekebalan tubuh yang显著, sedangkan pada stadium 3 atau 4 biasanya memiliki penurunan kekebalan tubuh yang berat. Sebagian besar pasien memulai terapi pada stadium klinis lanjut yaitu pada kondisi klinis 3 dan 4, karena pada stadium awal infeksi HIV, seseorang akan mengalami infeksi akut seperti flu biasa. Gejala awal tidak khas yang menyebabkan pasien tidak datang berobat dan ketika sudah dalam keadaan resiko tinggi terkena infeksi baru meminta pengobatan (Ningrum, 2015).

4) Efek Samping Pengobatan

Efek samping pengobatan ARV atau toksisitas merupakan salah satu aspek yang perlu diperhatikan dalam regimen terapi. Toksisitas atau efek samping dari regimens terapi sering menjadi alasan untuk penggantian terapi. Selain itu, adanya toksisitas juga terkadang membuat pasien menghentikan sendiri terapinya karena adanya efek samping. Hal ini bisa mempengaruhi kepatuhan pengobatan (Kemenkes RI, 2020).

5) Internal/Dari Diri Pasien

Faktor dari diri pasien atau faktor internal yang mempengaruhi kepatuhan terapi adalah karakteristik diri dan persepsi diri pasien. Apabila keinginan pasien untuk sembuh berkurang maka persepsi pasien tentang pengobatan akan berespon negatif sehingga kepatuhan pengobatan menjadi tidak teratur

(Gunawan dkk., 2019). Motivasi atau keinginan yang kuat dari dalam diri sendiri menjadi faktor utama pada tingginya tingkat kepatuhan pasien dalam menjalankan terapi. Motivasi seseorang untuk tetap mempertahankan kesehatannya, sangat mempengaruhi terhadap faktor yang berhubungan dengan perilaku pasien dalam mengontrol penyakitnya. Serta keyakinan dalam diri sendiri merupakan dimensi spiritual yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien (Pameswari dkk., 2016).

d. Pengukuran Kepatuhan

Pengukuran kepatuhan minum obat dapat dinilai menggunakan metode skala Morisky teridentifikasi yang dikenal dengan *Morisky Medication Adherence quistionare* (MMAS 8) yaitu metode yang berisikan 7 pertanyaan pasif dan 1 pertanyaan panjang (Aulia, 2019). Pertanyaan ini berfokus pada perilaku pasien selama pengobatan dan faktor faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam pengobatan. Metode ini memiliki validitas dan reliabilitas yang tinggi khusunya pada pasien penyakit kronis. Berikut ini merupakan tebel pertanyaan pada skala MMAS 8 :

Tabel 2.1 Kuisioner MMAS 8 :

No	Pertanyaan	Jawaban/Skor
1	Apakah anda kadang kadang / pernah lupa minum obat	Ya : 0 / tidak : 1
2	Kadang kadang orang lupa minum obat karena alasan tertentu (selain lupa). Coba diingat ingat lagi, apakah dalam 2 minggu, terdapat hari dimana anda tidak minum obat.	Ya : 0 / tidak : 1
3	Jika anda merasa keadaan anda bertambah buruk/tidak baik dengan meminum obat, apakah anda berhenti minum obat tersebut	Ya : 0 / tidak : 1

No	Pertanyaan	Jawaban/Skor
4	Ketika anda bepergian meninggalkan rumah, apakah kadang kadang anda lupa membawa obat	Ya : 0 / tidak : 1
5	Apakah kemaren anda minum obat	Ya : 0 / tidak : 1
6	Jika anda merasa kondisi anda lebih baik, apakah anda pernah menghentikan/tidak menggunakan obat	Ya : 0 / tidak : 1
7	Minum obat setiap hari kadang membuat orang tidak nyaman. Apakah anda pernah merasa terganggu memiliki masalah dalam mematuhi rencana pengobatan anda	Ya : 0 / tidak : 1
8	Seberapa sering anda mengalami kesulitan dalam mengingat penggunaan obat :	
	a. Tidak pernah / sangat jarang	1
	b. Sesekali	0,75
	c. Kadang kadang	0,5
	d. Biasanya	0,25
	e. Selalu / sering	0

Keterangan : penilaian skala Ya : 0 dan tidak : 1 untuk pertanyaan nomor 1 – 7. Sedangkan pertanyaan nomor 8 memiliki 5 jawaban, jika jawaban tidak pernah nilainya 1, sesekali nilainya 0,75, kadang kadang nilainya 0,5, Biasanya nilainya 0,25 dan selalu atau sering nilainya 0.

Nilai skor pada MMAS 8 adalah :

- 1) Skor < 6 : kepatuhan rendah
- 2) Skor $6 - 7$: kepatuhan sedang
- 3) Skor > 7 : Kepatuhan tinggi

4. *Viral load*

Viral load atau beban virus merupakan ukuran kuantitatif jumlah virus yang ada dalam darah pasien dengan infeksi HIV. Semakin tinggi *viral load*, semakin besar kemungkinan pasien menularkan HIV ke orang lain, serta semakin cepat terjadinya penurunan sistem kekebalan tubuh

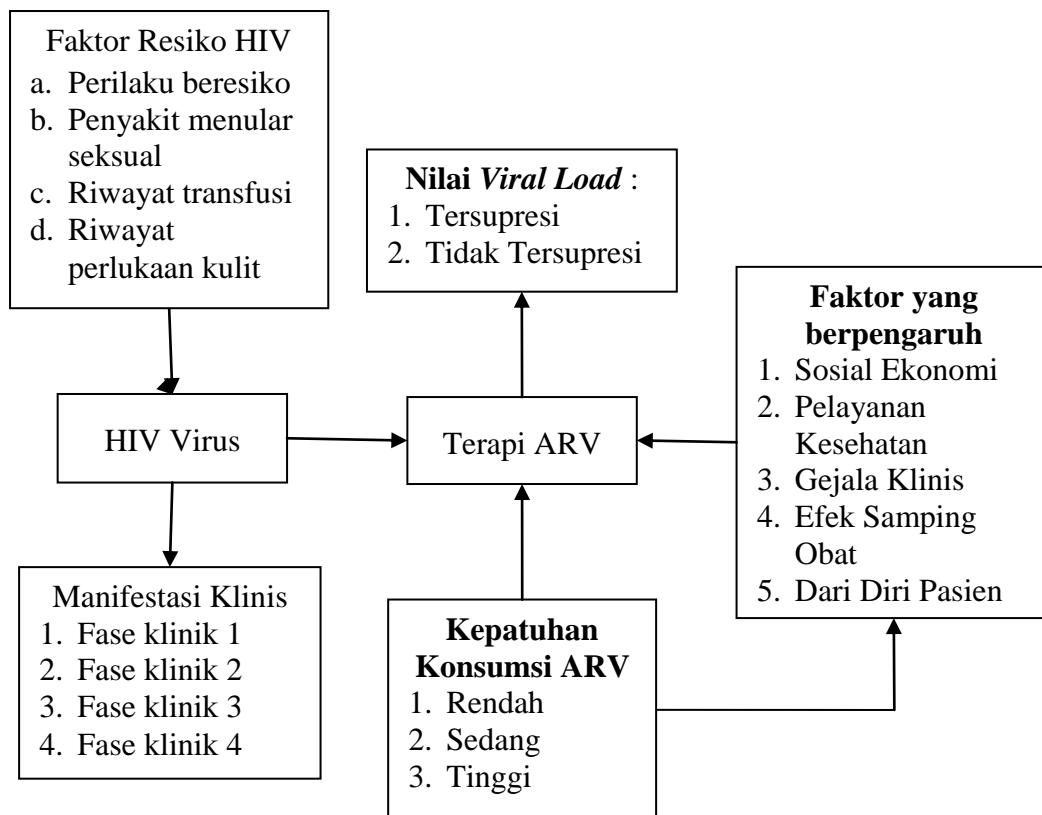
pasien. Oleh karena itu, pengukuran *viral load* merupakan tes yang penting dalam manajemen HIV dan digunakan untuk memantau efektivitas terapi ARV pada pasien HIV. Keuntungan utama dari tes *viral load* adalah penggerjaannya yang tidak rumit, waktu penyelesaian yang cepat dan fleksibilitas hasil yang rendah atau tinggi (Murni, 2020).

Berdasarkan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2021 dari hasil interpretasi hasil alat dikategorikan lagi menjadi :

- a. Tersupresi : $\text{HIV-1} \leq 1000 \text{ kopi/ml}$
- b. Tidak Tersupresi : $\text{HIV-1} > 1000 \text{ kopi/ml}$

B. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan teori dan apa yang telah diuraikan maka di gunakan kerangka teori dalam bentuk bagan sebagai berikut :



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Nasronudin (2020), Nurarif & Kesuma (2017), Kementerian Kesehatan RI (2021), Aulia (2019), Sanusi dkk. (2017), Ningrum (2015), Gunawan dkk. (2019), Pameswari dkk. (2016), Hidayati (2019), Ardhiyanti dkk (2015), Abrori (2017), Anwar (2018), Soegijanto (2016), Paranta (2018), Banna (2019), Rosa (2018), KBBI, Fauzi (2018), Puspita (2017), Murni (2020)