

DISERTASI

**COACHING SUPORTIF TRANSPERSONAL PADA ODHIV
MENGUNGKAP PENGALAMAN DAN EFEKTIFITASNYA
DALAM MENINGKATKAN KADAR SEROTONIN
DAN KUALITAS HIDUP**

***TRANSPERSONAL SUPPORTIVE COACHING OF PLHIV REVEALS
EXPERIENCE AND EFFECTIVENESS IN INCREASING
SEROTONIN LEVELS AND QUALITY OF LIFE***



MUH. YUSUF TAHIR

C013201005

PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2023

DISERTASI

**COACHING SUPORTIF TRANSPERSONAL PADA ODHIV MENGUNGKAP
PENGALAMAN DAN EFEKTIFITASNYA DALAM MENINGKATKAN KADAR
SEROTONIN DAN KUALITAS HIDUP**

**TRANSPERSONAL SUPPORTIVE COACHING FOR ODHIV REVEALS
EXPERIENCE AND EFFECTIVENESS IN INCREASING SEROTONIN LEVEL
AND LIFE QUALITY**

Disusun dan diajukan
Oleh

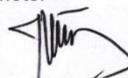
Muh. Yusuf Tahir
C013201005

*Telah dipertahankan di hadapan Penilai Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Studi Program Studi Doktor Ilmu Kedokteran
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
pada tanggal, 17 Oktober 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan*

Menyetujui
Promotor,


dr. Firdaus Hamid, Ph.D, Sp.MK(K)
Nip.19771231 200212 1 002

Co. Promotor


Dr. dr. Risna Halim Mubin, Sp.PD-KPTI
Nip. 19750517 200812 2 002

Co. Promotor


Kusrini S. Kadar, S.Kp, MN, Ph.D
Nip. 19760311 200501 2 003

Ketua Program Studi S3
Ilmu Kedokteran,


Dr. dr. Irfan Idris, M.Kes
Nip.19671103 199802 1 001

Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin,


Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, M.Kes, Sp.PD-KGH, FINASIM Sp.GK
Nip.19680530 199603 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muh. Yusuf Tahir
NIM : C013201005
Program Studi : Doktor Ilmu Kedokteran
Jenjang : S3

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

Coaching Suportif Transpersonal Pada ODHIV Mengungkap Pengalaman dan Efektifitasnya Dalam Meningkatkan Kadar Serotonin dan Kualitas Hidup

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain, bahwa Disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan Disertasi ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 12 Oktober 2023

Yang Menyatakan,


Muh. Yusuf Tahir

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur dipanjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan segala rahmat dan hidayah-Nya yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul: “**Coaching Suportif Transpersonal Pada ODHIV Mengungkap Pengalaman Dan Efektifitasnya Dalam Meningkatkan Kadar Serotonin Dan Kualitas Hidup**”.

Penulis juga menyadari sepenuhnya bahwa banyak pihak yang telah membantu selama proses penyusunan disertasi ini. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-sebesarannya kepada kedua orang tua Bapak tercinta **Muh. Tahir, S.P** dan Ibunda **Hj. Tasmawati, S.Pd**, kepada kedua mertua **H. Dahri** dan **Hj. Rusnani**, kepada Istri tercinta **dr. Daryuni Dahri S.Ked** dan anak tercinta **Muh. Dzaky Pranaja Yusuf** dan **Syifa Khadijah Yusuf** yang selalu memberikan dorongan, motivasi, terutama doa serta materi kepada penulis dalam penyusunan disertasi ini. Tidak lupa penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak **Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc** selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Ibu **Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, M.Kes, Sp.PD-KGH., Sp.GK., FINASIM** selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
3. Bapak **Dr. dr. Irfan Idris, M.Kes** selaku Ketua Program Studi Doktor Kedokteran Universitas Hasanuddin

4. Bapak **dr. Firdaus Hamid, Ph.D, Sp.MK(K)** selaku Promotor yang dengan sabar memberikan arahan dan dorongan dalam menyelesaikan Disertasi ini.
5. Ibu **Dr. dr. Risna Halim Mubin, Sp.PD., KPTI** selaku Co-Promotor yang dengan sabar memberikan arahan dan dorongan dalam menyelesaikan Disertasi ini
6. Ibu **Kusrini S. Kadar, MN., Ph.D** selaku Co-Promotor yang dengan sabar memberikan arahan dan dorongan dalam menyelesaikan Disertasi ini
7. Ibu **Martina Sinta Kristianti, S.Kep., Ns., M.N., Ph.D** selaku Penguji Eksternal yang dengan sabar memberikan arahan dan dorongan dalam menyelesaikan Disertasi ini
8. Ibu **Prof. Dr. dr. Suryani As'ad, M.Sc., Sp.GK(K)** selaku Penguji yang dengan sabar memberikan arahan dan dorongan dalam menyelesaikan Disertasi ini
9. Ibu **Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si** selaku Penguji yang dengan sabar memberikan arahan dan dorongan dalam menyelesaikan Disertasi ini
10. Ibu **Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes** selaku Penguji yang dengan sabar memberikan arahan dan dorongan dalam menyelesaikan Disertasi ini

11. Bapak **Dr. dr. Andi Alfian Zainuddin, M.KM** selaku Penguji yang dengan sabar memberikan arahan dan dorongan dalam menyelesaikan Disertasi ini
12. Bapak **Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.Psi, M.A.** selaku Penguji yang dengan sabar memberikan arahan dan dorongan dalam menyelesaikan Disertasi ini
13. **Dosen dan staf Program Studi S3 Kedokteran** yang telah dengan sabar memberikan pengarahan yang tiada henti-hentinya dan dorongan baik spiritual maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan Disertasi ini.
14. Penulis mengucapkan terima kasih kepada **Lembaga Pengelola Dana Penelitian (LPDP)** yang telah memberikan beasiswa untuk melanjutkan Pendidikan di Program Studi S3 Kedokteran Universitas Hasanuddin
15. Penulis mengucapkan terima kasih kepada **Yayasan Perawat Sulawesi Selatan, Ketua STIKES Panakkukang Makassar, Dosen, Staf dan seluruh Civitas Akademika** yang tidak henti-hentinya memberikan dukungan moril.
16. Penulis mengucapkan terima kasih kepada **AIPNI Pusat, AIPNI Regional XII Sulawesi, Dewan Pengurus Wilayah PPNI Provinsi Sulawesi Selatan** yang tidak henti-hentinya memberikan support sehingga penulis bisa menyelesaikan penelitian ini.

17. Penulis mengucapkan terima kasih kepada **STIK Sint Carolus Jakarta, Akper Fatima Pare-Pare** yang tidak henti-hentinya memberikan semangat.
18. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada **Yayasan Peduli Kelompok Dukungan Sebaya (YPKDS) Sulawesi Selatan, Yayasan Pendamping Kesehatan Terpadu Kota Pare-Pare dan Laboratorium HUM-RC RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar** yang telah menyediakan tempat penelitian.
19. Penulis juga tak lupa mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada **H. Syaharuddin Alrif, S.IP., MM** Wakil Ketua I DPRD Propinsi Sulawesi – Selatan yang memberikan motivasi dan semangat yang tiada henti-hentinya sehingga penulis bisa menyelesaikan penelitian ini dengan baik.
20. Penulis juga tak lupa mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada **Dr. Andi Agus Mumang, SKM., M.Kes, Ns. Dewi Yuliani Hanaruddin, S.Kep., M.Kes, Zulqadri Suaib, S.IP, M.M, LCPC** dan **Ns. Andriani, S.Kep., M.Kes** yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini
21. Teman **angkatan 2020 batch 1 S3 Ilmu Kedokteran FK Unhas** yang telah memberikan semangat, serta memberikan support dalam penyusunan disertasi ini.

Dengan kerendahan hati penulis menyadari bahwa dalam proses penelitian ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu masukan dan

berupa saran dan kritik yang membangun dari para penguji maupun pembaca akan sangat membantu. Semoga disertasi ini bisa bermanfaat bagi kita semua dan pihak-pihak terkait terutama penulis.

Makassar, 23 Oktober 2023

Penulis

Muh. Yusuf Tahir

ABSTRAK

MUH. YUSUF TAHIR. *Coaching Suportif Transpersonal pada ODHIV Mengungkap Pengalaman dan Efektifitasnya dalam Meningkatkan Serotonin dan Kualitas Hidup* (dibimbing oleh Firdaus Hamid, Risna Halim Mubin, Kusri S Kadar).

Penelitian ini bertujuan mengetahui efektifitas *coaching suportif* transpersonal terhadap kadar serotonin dan kualitas hidup ODHIV. Perawatan suportif merupakan suatu pendekatan perawatan multidimensi pada ODHIV mengalami banyak masalah meliputi tekanan fisik, psikologis, dan spiritual, serta kebutuhan sosial dan informasional. Penelitian ini menggunakan *Mixed Method Research Exploratory* dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Jumlah sampel sebanyak 54 orang terdiri dari kelompok intervensi dan dua kelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*. Tahapan penelitian ini terdiri dari wawancara mendalam, pengambilan sampel darah, mengukur kualitas hidup, dan *coaching suportif*. Hasil penelitian kualitatif preintervensi, pengalaman ODHIV, dan pendamping selama menjalani pengobatan menunjukkan tingkat ketergantungan ODHIV terhadap pendamping cukup tinggi. Penelitian kuantitatif kadar serotonin dan kualitas hidup sebelum dan setelah tindakan *coaching suportif* transpersonal menunjukkan nilai p-value kadar serotonin (0,001) dan nilai p-value kualitas hidup (0.002), ada perbedaan sebelum dan setelah tindakan *coaching suportif* transpersonal dilakukan. Penelitian kualitatif post intervensi melalui *joint display* menunjukkan tiga kategori yaitu terjadi penurunan kualitas hidup dan serotonin meningkat, peningkatan kualitas hidup dan serotonin menurun serta peningkatan kualitas hidup dan serotonin. *Coaching suportif* Transpersonal terbukti efektif dalam meningkatkan kadar serotonin dan kualitas hidup pada ODHIV. Hal tersebut dapat menyangga efek negatif dari stres pada kadar serotonin dan meningkatkan emosi positif yang mengarah pada peningkatan kadar serotonin. *Coaching suportif* interpersonal meningkatkan kualitas hidup ODHA secara umum. Kualitas hidup yang meningkat berkaitan dengan peningkatan kesehatan dari aktivitas fisik (misalnya peningkatan vitalitas, peningkatan suasana hati, dan kesenangan pribadi) atau model pencegahan penyakit.

Kata kunci: *coaching suportif* transpersonal, kualitas hidup, serotonin, ODHIV



ABSTRACT

MUH. YUSUF TAHIR. *Transpersonal Supportive Coaching for ODHIV Reveals Experience and Effectiveness in Increasing Serotonin Level and Life Quality* (supervised by: Firdaus Hamid, Risna Halim Mubin, Kusri S. Kadar)

The research aims at investigating the effectiveness of the Transpersonal Supportive Coaching on the serotonin level and life quality of PLHIV. The supportive care is a multidimensional care approach in PLHIV experiencing many problems including the physical, psychological, and spiritual distresses, as well as the social and informational needs. The research used the Mixed Method Research Exploratory with the quantitative and qualitative approaches. The sample size was 54 people consisting of the intervention group and two control groups. The samples were selected using the purposive sampling technique. The stages of this study consisted of the in-depth interview, blood sampling, measuring quality of the life and supportive coaching. The research result indicates that the pre-intervention qualitative research on the experience of ODHIV and caregivers during the treatment shows the high level of dependence of ODHIV on the caregivers. The quantitative research on the serotonin level and life quality before and after the transpersonal supportive coaching indicates the p-value of the serotonin level (0.001) and the p-value of the life quality (0.002). There is the difference before and after the transpersonal supportive coaching. The post-intervention qualitative research through the joint display shows three categories, namely the decrease in the life quality and the serotonin increase, the increase in the life quality, the serotonin decrease and the increase in the life quality and serotonin. The Transpersonal Supportive Coaching is proven to be the effective in increasing the serotonin level and life quality in PLHIV. It can buffer the negative effect of stress on the serotonin level and the increase positive emotion that leads to the increased serotonin level. The Interpersonal supportive coaching improves the general life quality of PLHIV. The improved life quality is associated with the health improvement from the physical activity (e.g., increased vitality, improved mood, and personal enjoyment) or disease prevention model.

Key words: Transpersonal Supportive Coaching, life quality, serotonin, PLHIV



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Rumusan Masalah.....	6
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.4. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 HIV/AIDS	8
2.2 Etiologi.....	11
2.3 Patofisiologi	12
2.4 Klasifikasi	17
2.5 Manifestasi Klinis.....	23
2.6 Pemeriksaan Laboratorium & Diagnostik	30
2.7 Penatalaksanaan.....	33
2.8 Pencegahan Penularan Infeksi HIV Dengan Pengobatan ARV.....	41
2.9 Komplikasi	42
2.10 Penatalaksanaan Medis	42
2.11 Area Perawatan Paliatif Care	46
2.12 Kualitas Hidup	66
2.13 Peran <i>Coaching</i> terhadap Kualitas Hidup dan Viral Load ODHIV .	76
2.14 Serotonin	77
2.15 Teori Jean Watson “Philosophical and Science of Caring”	83
2.16 Kerangka Teori.....	92
2.17 Serotonin Process In Newly Infected HIV Positive Cases	93
2.18 Biosintesis Serotonin Mood Induction.....	94
2.19 Kerangka Konsep.....	95
2.20 Hipotesis Penelitian	96
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	97

3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	100
3.3	Sampel	100
3.4	Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	101
3.5	Izin Subyek Penelitian	101
3.6	Cara Kerja	101
3.7	Tahap Penelitian Kuantitatif.....	104
3.8	Tahap Penelitian Kualitatif	110
3.9	Definisi Operasional Dan Kriteria Obyektif	117
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		
4.1	Hasil Penelitian Tahap Kualitatif	125
4.2	Hasil Penelitian Tahap Kuantitatif.....	135
4.3	Hasil Penelitian Tahap Kualitatif	184
4.4	Pembahasan	194
BAB V PENUTUP		
5.1.	Kesimpulan.....	216
5.2.	Saran.....	217
Daftar Pustaka		
Lampiran		

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 <i>CDC Classification System For HIV-Infected Adults And Adolescent</i> .18	
Tabel 2.2 WHO Clinical Staging HIV/AIDS Untuk Dewasa Dan Remaja20	
Tabel 2.3 Manifestasi Klinik AIDS Berdasarkan System Organ Yang Terinfeksi 23	
Tabel 2.4 Jenis Obat ARV Dan Efek Samping44	
Tabel 2.5 Lapisan Spektrum Integratif Kualitas Hidup.....70	
Tabel 3.1 Studi Aim Data Collection.....98	
Tabel 3.2 Definisi Operasional 117	
Tabel 4.1 Rangkuman Karakteristik Informan 125	
Tabel 4.2 Rangkuman Hasil Analisis Tematik Dampingan 126	
Tabel 4.3 Rangkuman Hasil Analisis Tematik Pendamping 127	
Tabel 4.4 Karakteristik Umum Responden..... 135	
Tabel 4.5 Analisis Univariat Kadar Serotonin Dan Kualitas Hidup 140	
Tabel 4.6 Analisis Univariat Dimensi Kualitas Hidup 141	
Tabel 4.7 Analisis Bivariat Karakteristik Demografi Dan Status Penularan..... 141	
Tabel 4.8 Perbandingan Kadar Serotonin Pasien Pre Dan Post Intervensi 146	
Tabel 4.9 Perbandingan Kadar Serotonin Pre Dan Post Intervensi Pada Seluruh Kelompok 147	
Tabel 4.10 Perbandingan Kadar Serotonin Pre Dan Post Intervensi Masing-Masing Kelompok 148	
Tabel 4.11 Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Pre Dan Post Intervensi 151	
Tabel 4.12 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Umum Pasien Pre Dan Post Intervensi..... 152	
Tabel 4.13 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Fisik Pre Dan Post Intervensi 153	
Tabel 4.14 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Psikologi Pre Dan Post Intervensi..... 153	

Tabel 4.15 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Independen Pre Dan Post Intervensi.....	154
Tabel 4.16 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Hubungan Sosial Pre Dan Post Intervensi.....	155
Tabel 4.17 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Lingkungan Pre Dan Post Intervensi.....	156
Tabel 4.18 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Spiritual Pre Dan Post Intervensi	157
Tabel 4.19 Perbandingan Kualitas Hidup Pre Dan Post Intervensi Pada Seluruh Kelompok	158
Tabel 4.20 Perbandingan Kualitas Hidup Pre Dan Post Intervensi Pada Masing-Masing Kelompok	158
Tabel 4.21 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Umum Pre Dan Post Intervensi Pada Seluruh Kelompok	161
Tabel 4.22 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Umum Pre Dan Post Intervensi Pada Masing-Masing	161
Tabel 4.23 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Fisik Pre Dan Post Intervensi Pada Seluruh Kelompok	164
Tabel 4.24 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Fisik Pre Dan Post Intervensi Pada Masing-Masing Kelompok	164
Tabel 4.25 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Psikologis Dan Post Intervensi Pada Seluruh Kelompok	166
Tabel 4.26 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Psikologis Pre Dan Post Intervensi Pada Masing-Masing Kelompok	167
Tabel 4.27 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Independen Pre Dan Post Intervensi Pada Seluruh Kelompok.....	169
Tabel 4.28 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Independen Pre Dan Post Intervensi Pada Masing-Masing Kelompok	170
Tabel 4.29 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Hubungan Sosial Pre Dan Post Intervensi Pada Seluruh Kelompok.....	172
Tabel 4.30 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Hubungan Sosial Pre Dan Post Intervensi Pada Masing-Masing Kelompok	173
Tabel 4.31 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Lingkungan Pre Dan Post Intervensi Pada Seluruh Kelompok.....	175

Tabel 4.32 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Lingkungan Pre Dan Post Intervensi Pada Masing-Masing Kelompok	176
Tabel 4.33 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Spiritual Pre Dan Post Intervensi Pada Seluruh Kelompok	178
Tabel 4.34 Perbandingan Kualitas Hidup Dimensi Spiritual Pre Dan Post Intervensi Pada Masing-Masing Kelompok	179
Tabel 4.35 Analisis Multivariat Pengaruh Intervensi <i>Coaching</i> Suportif Transpersonal Terhadap Perubahan Kadar Serotonin Dan Kualitas Hidup.....	181
Tabel 4.36 Gambaran Kondisi Kualitas Hidup Dan Kadar Serotonin ODHIV Informan/Partisipan Penelitian Tahap II	183
Tabel 4.37 Rangkuman Karakteristik Informan Penelitian Tahap II	185
Tabel 4.38 Rangkuman Hasil Analisis Konten Data Wawancara	186
Tabel 4.39 Analisis Konten Hasil FGD	188
Tabel 4.40 Tabel Joint Display Hasil Penelitian Terintegrasi Efek <i>Coaching</i> Dan Pengalaman ODHIV	189
Tabel 4.41 Tabel Joint Display Dimensi Kualitas Hidup Kelompok Intervensi Dengan Hasil Kualitatif.....	193

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Struktur HIV	9
Gambar 2.2 Siklus Hidup HIV	10
Gambar 2.3 Patofisiologi.....	14
Gambar 2.4 Tahapan Replikasi HIV.....	16
Gambar 2.5 Perjalanan Penyakit HIV-AIDS	30
Gambar 2.6 Perawatan Suportif.....	48
Gambar 2.7 Model Konseptual Kesehatan dan Pembangunan Berkelanjutan ..	67
Gambar 2.8 Model Kualitas Hidup	68
Gambar 2.9 Quality Of Life	72
Gambar 2.10 Sistem Serotonin.....	78
Gambar 3.1 Prinsip Metode ELISA	93
Gambar 3.2 Alur studi kualitatif	110

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) menimbulkan masalah yang cukup luas pada individu yang terinfeksi yakni meliputi masalah fisik, psikologis, sosial, finansial, dan spiritual. Masalah secara fisik terjadi akibat penurunan daya tahan tubuh progresif yang mengakibatkan ODHIV (orang dengan HIV/AIDS) rentan terhadap berbagai penyakit terutama penyakit infeksi dan keganasan seperti TBC, Pneumoni, Herpes Simpleks, Diare kronis, Hepatitis dan Infeksi/kelainan Neurologi yang dikenal dengan infeksi oportunistik (Tahir, 2015).

AIDS awalnya dianggap sebagai penyakit akut saat ini memiliki kecenderungan pada penyakit kronis, hal ini disebabkan oleh terapi antiretroviral (ART) yang sangat aktif, yang memungkinkan peningkatan kualitas pengobatan dengan harapan meningkatkan QOL (*Quality of Life*). Gambaran kualitas hidup ini mencakup karakteristik multifaktorial, yang mencerminkan pengalaman pasien baik secara individu dan kolektif, gambaran pengetahuan, nilai-nilai, budaya dan waktu sosial yang dijalani. Dalam perspektif ini, kita dapat melihat berbagai dimensi seperti kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, dan hubungan sosial dalam spektrum QOL. Dengan karakteristik ini, kualitas hidup ODHIV menjadi penting, terutama karena perkembangan infeksi, kebutuhan akan pengobatan, peningkatan kelangsungan hidup, dan stigmatisasi (Medeiros.et.all, 2017).

Populasi terinfeksi HIV terbesar di dunia adalah di benua Afrika (25,7 juta orang), kemudian di Asia Tenggara (3,8 juta), dan di Amerika (3,5 juta). Sedangkan yang terendah ada di Pasifik Barat sebanyak 1,9 juta orang. Tingginya populasi orang terinfeksi HIV di Asia Tenggara mengharuskan Indonesia untuk lebih waspada terhadap penyebaran

dan penularan virus ini, data kasus HIV AIDS di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun, terlihat bahwa selama sebelas tahun terakhir jumlah kasus HIV di Indonesia mencapai puncaknya pada tahun 2019, yaitu sebanyak 50.282 kasus. Provinsi Sulawesi Selatan sendiri menempati urutan ke 9 di Indonesia dengan jumlah kasus HIV yaitu sebanyak 1.537 kasus (UNAIDS, 2019). Data kaskade HIV dan ART Tahun 2020 Kemkes RI menunjukkan data Estimase ODHIV: 543.000, ODHIV yang ditemukan : 418.961, ODHIV ditemukan masih hidup 316.191 dan 102.770 meninggal dunia, ODHIV pernah memulai ART 345.623. Sedangkan ODHIV pernah mulai ART dan masih hidup 264.621 dan 81.002 meninggal dunia, dan ODHIV yang masih on ART sebanyak 142.871 dengan data *Lost Follow Up* sebanyak 65.772 (SIHA Kemenkes RI 2020).

Masalah multi-dimensi yang dialami ODHIV berdampak sangat sistemik, sebagian besar pasien pengguna ART mengalami masalah pada dimensi fisik seperti neuropati perifer dan masalah gastrointestinal. Efek pengobatan ini memerlukan penghentian obat atau perubahan pengobatan. Hampir semua sistem tubuh mengalami gangguan akibat dampak dari penyakit ini (Medeiros et al., 2017). Selain perubahan dimensi fisik, juga terjadi perubahan dimensi yang lain diantaranya finansial, aspek sosial dan aspek ekonomi, aspek tersebut mengalami perubahan karena dampak pengobatan yang lama dengan resiko infeksi oportunistik. Penyebab transmisi penularan yang berpotensi terhadap stigma dan diskriminasi merupakan akumulasi yang harus dirasakan oleh ODHIV selama menjalani proses pengobatan. Dampak multi dimensi ini akan mempengaruhi perubahan kualitas hidup ODHIV secara progresif (Sánchez Sánchez, 2016).

Dari survey yang dilakukan pada Tahun 2015 di Kota Makassar, pasien AIDS yang menjalani perawatan di Rumah Sakit, mendapatkan perawatan yang hanya berfokus pada masalah fisik saja, dampak penyakit AIDS selain masalah fisik juga menghadapi masalah sosial

yang cukup memprihatinkan sebagai dampak dari adanya stigma. Hal ini disebabkan oleh karena penyakit ini identik dengan perilaku-perilaku tidak bermoral seperti seks bebas, penyalahgunaan narkoba dan seks sesama jenis (homoseksual), sehingga pasien dianggap pantas untuk mendapatkan hukuman akibat perbuatannya tersebut. Kondisi ini akan mengakibatkan penderita ODHIV mendapatkan stresor yang lebih banyak yang dibarengi penurunan fungsi tubuh sehingga pasien mengalami kondisi stres dan depresi. Depresi akan semakin memperburuk kondisi kesehatan pasien. Keadaan depresi akan membuat pasien pesimis akan masa depan, memandang dirinya tidak berharga dan sebagai orang yang dikutuk oleh Tuhan. Akibatnya kondisi tersebut dapat memperburuk derajat kesehatannya dan berdampak pada penurunan kualitas hidup pasien (Tahir, 2015).

Perawatan paliatif merupakan pendekatan yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya yang menghadapi penyakit yang mengancam jiwa melalui pencegahan dan pemulihan penderitaan melalui identifikasi awal dan penilaian yang sempurna. Seperti pengobatan nyeri dan masalah fisik, psikososial dan spiritual. Konsep perawatan paliatif sebagai komponen terintegrasi penuh dari sistem perawatan yang menekankan kualitas hidup pasien dengan memastikan pengendalian gejala dan terapi suportif yang digabungkan, jika memungkinkan, dengan terapi khusus penyakit. Pemberian perawatan paliatif juga dianggap penting dalam kerangka perawatan berbasis komunitas dan rumah yang terintegrasi. Perawatan paliatif mengacu pada filosofi perawatan yang mencakup pereda nyeri, pengendalian gejala, dan terapi suportif untuk pasien dewasa anak serta keluarganya (WHO, 2002).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan perawatan paliatif (yaitu, penilaian dan pengendalian masalah fisik, psikologis, spiritual dan sosial dalam penyakit yang berpotensi membatasi hidup)

menjadi komponen penting dari manajemen klinis HIV dari diagnosis sampai kematian jika itu terjadi (WHO,2002).

Area perawatan paliatif suportif care mendeskripsikan perawatan suportif sebagai pendekatan pengobatan untuk mengurangi efek samping dari pengobatan dan perawatan primer lainnya. Sejak didiagnosis, pasien ODHIV mengalami banyak masalah, termasuk tekanan fisik, psikologis, dan spiritual, serta kebutuhan sosial dan informasional. Masalah perawatan suportif ini ditangani oleh berbagai disiplin ilmu, termasuk penyakit dalam, perawatan paliatif, psikologi, dan pekerjaan sosial. Tim interdisipliner khusus seperti perawatan paliatif dan hospis menangani kebutuhan perawatan suportif multidimensi dari pasien ODHIV, *cancer*, bahkan keluarganya. Fokus pada pengelolaan efek samping terkait pengobatan jangka panjang dan memberikan dukungan psikososial dan pendidikan pasien (Yodang, 2013)

Perawatan suportif yang telah berjalan selama ini khususnya di Kota Makassar adalah Kelompok Dukungan Sebaya yang dirintis oleh Yayasan Kelompok Dukungan Sebaya (YPKDS) Makassar. Dukungan Sebaya adalah proses tindak lanjut bagi orang yang baru saja mengetahui status HIV nya yang dilakukan petugas pendukung sebaya, untuk menindak lanjuti rujukan perawatan dan pengobatan, termasuk profilaksis dan pemantauan kondisi kesehatan (CD4, dan identifikasi TB) di luar rumah sakit. Proses ini sebagai pemberian informasi hidup dengan HIV secara positif, informasi layanan rujukan, informasi dasar pengobatan, meningkatkan percaya diri, dorongan kepatuhan, dukungan efek samping dan dukungan psikososial lainnya dalam kelompok dukungan sebaya termasuk pencegahan positif. Kegiatan dukungan juga untuk menindaklanjuti pasien- pasien layanan CST/ART yang hilang kontak (*lost follow up*) guna pemantauan kesehatan dan rujukan layanan kesehatan lainnya.

Dari hasil interview dengan penanggung jawab YPKDS Makassar pada tanggal 15 Januari 2021, menunjukkan bahwa data ODHIV yang

mendapat dukungan sebaya pada tahun 2020 bulan Januari–Juli 2020: 389 ODHIV, Agustus–Desember: 563 ODHIV. Pada awal pengobatan ODHIV, khususnya menjelang pengobatan lini pertama, mereka masih mengalami gejala yang kompleks, penolakan terhadap lingkungan, keluarga, bahkan stigma dari layanan kesehatan kadang masih menjadi momok dan menganggap bahwa HIV adalah penyakit kutukan. Sehingga tidak sedikit dari mereka yang enggan menjalani pengobatan bahkan menolak pengobatan ARV dan tidak sedikit dari mereka mengalami depresi. Depresi berat sangat umum terjadi pada pasien HIV-positif. Prevalensi depresi berkisar 81%, hal ini disebabkan oleh faktor biologis (disfungsi hipotalamus-hipofisis-tiroid, perilaku depresi yang diinduksi oleh protein Tat), faktor psikososial (stigma HIV, disabilitas kerja, perubahan citra tubuh, isolasi dan kelemahan) (Arseniou,2014). Dukungan suportif sebaya menjadi salah satu cara yang bisa dilakukan dengan pendampingan ODHIV selama pengobatan lini pertama, khususnya dukungan psikososial.

Berdasarkan Teori Kubler-Ross (1969, dalam Gregory, 2019 dalam Ismonah, 2020) pasien dengan penyakit kronik atau terminal menolak bahwa kematian akan terjadi dalam hidupnya. Hal ini dapat menstimulasi munculnya reaksi marah dan dendam. Seiring gejalanya waktu, mereka berpikir bahwa kematian dapat ditunda. Namun, ketika seseorang tidak dapat mengontrol penolakan terhadap penyakitnya, ketika kondisi fisiknya semakin memburuk hal ini menyebabkan pasien menjadi pasrah atau mati rasa. Pasien yang masih memiliki banyak waktu (belum menghadapi kematian) dan mendapat pertolongan perhatian seperti dukungan suportif psikososial dalam masa masa sulit yang dialaminya, dia akan masuk ke masa dimana dia tidak marah ataupun depresi dengan takdir yang akan dihadapinya, fase inilah yang disebut fase penerimaan. Salah satu dukungan suportif yang efektif dapat meningkatkan kualitas hidup ODHIV adalah *coaching*, menurut Budhawani Henna (2020), terapi *coaching* yang dilakukan selama tiga

bulan menunjukkan peningkatan kualitas hidup ODHIV dengan penurunan nilai viral load ODHIV. *Coaching* merupakan proses perjalanan menjelajahi diri, pikiran, perasaan yang diikuti oleh tindakan yang berasal dari dalam diri *coachee* melalui hubungan antara *coach* dan *coachee*. Perjalanan menjelajahi diri, pikiran, dan perasaan akan menemukan berbagai macam potensi yang tersimpan dalam diri yang merupakan bagian dari dukungan emosional secara psikologis.

Dukungan psikologis seperti *coaching* suportif erat kaitannya dengan pemberian psikoterapi yang akan memperbaiki kualitas hidup termasuk meningkatkan *five years survival rate*. Psikoterapi realitas merupakan bentuk pengobatan yang direkomendasikan pertama kali untuk depresi. Psikoterapi membantu pasien depresi dengan memahami tingkah laku, emosi, dan ide yang berperan pada keadaan depresinya. Menurut Cipta (2016), terdapat pengaruh psikoterapi terhadap kadar serotonin pada pasien yang juga berdampak terhadap meningkatkannya kualitas hidup pasien kronis. Dengan memahami dan mengidentifikasi masalah-masalah atau peristiwa dalam hidup yang berperan didalam depresi penderita penyakit kronis dan membantu penderita memahami aspek-aspek dari masalah ini sehingga mereka dapat menyelesaikan dan memperbaikinya (Anggraeni, Respati, & Soetrisno, 2015).

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dikemukakan di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah; Bagaimana Efektifitas *Coaching* Suportif Transpersonal terhadap Kadar Serotonin Dan Kualitas Hidup ODHIV di Kota Makassar?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Diketuinya Efektifitas *Coaching* Suportif Transpersonal terhadap Kadar Serotonin Dan Kualitas Hidup ODHIV di Kota Makassar.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1.3.2.1. Diketuainya pengalaman dan tingkat keberhasilan ODHIV selama menjalani dukungan sebaya.
- 1.3.2.2. Diketuainya kadar serotonin ODHIV sebelum dan setelah dilakukan *coaching* suportif transpersonal.
- 1.3.2.3. Diketuainya kualitas hidup sebelum dan setelah dilakukan *coaching* suportif transpersonal.
- 1.3.2.4. Diketuainya pengalaman dan dampak *coaching* suportif transpersonal terhadap kadar serotonin dan kualitas hidup ODHIV.

1.4. Manfaat penelitian

1.4.1. Bagi pelayanan

Hasil penelitian ini dapat mengembangkan keilmuan tentang *Coaching* Suportif Transpersonal pada ODHIV di awal pengobatan atau area suportif care pada perawatan paliatif ODHIV

1.4.2. Bagi pendidikan

Memberikan guideline baru terkait *Coaching* Suportif Transpersonal Pada ODHIV pada awal pengobatan atau area suportif care untuk memandirikan dan meningkatkan kualitas hidup ODHIV.

1.4.3. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai guideline untuk pengembangan perawatan area suportif care berbasis digital.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV/AIDS

AIDS merupakan gejala-gejala penyakit yang yang disebabkan oleh berbagai macam mikroorganismes serta keganasan lain akibat menurunnya daya tahan/kekebalan tubuh penderita.

2.1.1. Definisi

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus sitopatik dari family retrovirus yang terintegrasi dalam material genetik pada sejumlah besar sel, merubah proviral DNA dan encoding struktur, regulasi dan asesori protein pada sel. Virus ini bersifat menyerang sistem kekebalan tubuh sehingga dapat menyebabkan AIDS (*Aquired Immuno Deficiency Syndrome*) (Lewis Sharon, 2011 & Dewit Kumagai, 2013).

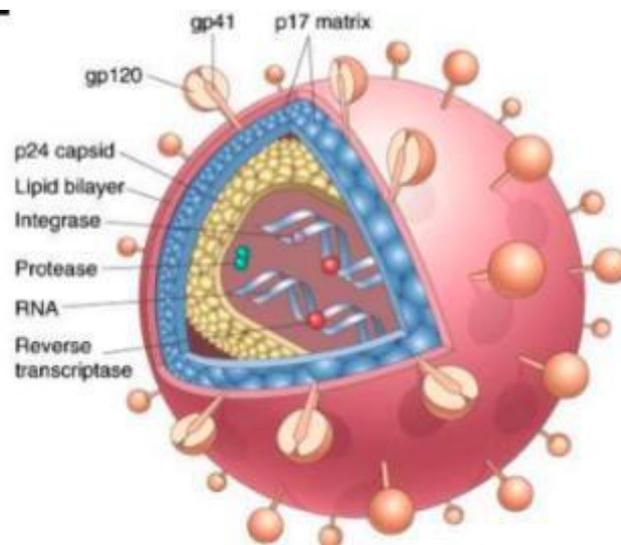
Aquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) adalah penyakit defisiensi imun yang sangat berat atau biasa disebut sebagai stadium lanjut/akhir dari infeksi kronis oleh HIV (Lewis Sharon, 2011; Dewit Kumagai, 2013; Price & Wilson, 2012).

2.1.2. Struktur HIV

Bagian luar HIV diliputi oleh suatu selubung yang disebut envelope dan dibagian dalam terdapat sebuah inti (core) (Syaifuddin, 2012), lihat gambar 2.1.

1. Envelope: HIV bergaris tengah 1/10.000 mm dan mempunyai bentuk bulat seperti bola. Lapisan paling luar disebut envelope, terdiri dari dua lapisan molekul lemak yang disebut lipids. Lapisan ini diambil dari sel manusia ketika partikel virus yang baru terbentuk dengan membentuk tonjolan dan lepas dari sel tersebut. Selubung virus terisi oleh protein yang berasal dari sel induk, termasuk 72 turunan

(rata-rata) protein HIV kompleks yang menonjol dari permukaan selubung. Protein ini disebut Env, terdiri atas sebuah tutup (*cap*) terbuat dari 3-4 molekul *glycoprotein* (gp)120, dan sebuah batang yang terdiri atas 3-4 molekul gp41 sebagai rangka struktur dalam *envelope* virus. Banyak penelitian untuk mengembangkan vaksin HIV menggunakan protein *envelope* ini.



Sumber : Yulianasari 2017

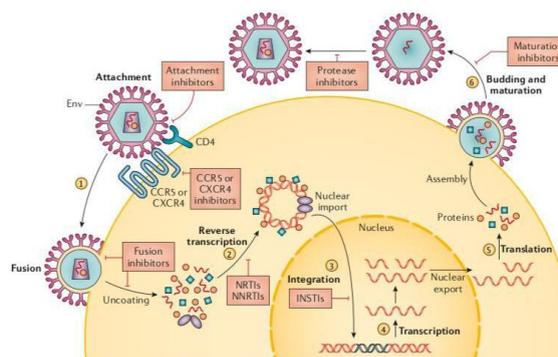
Gambar 2.1. Struktur HIV

2. **Inti (Core):** Dalam *envelope* partikel HIV yang sudah matang terdapat inti berbentuk peluru yang disebut *capsid*, terbentuk dari 2000 turunan protein virus lainnya. *Capsid* tersebut mengelilingi dua helaian tunggal RNA HIV, yang masing-masing memiliki 9 gen dari virus. Tiga diantaranya adalah: *gag*, *pol* dan *env*, mengandung informasi yang diperlukan untuk membuat protein terstruktur untuk partikel virus baru. Gen *env*, mengkode protein gp160 yang dipecah oleh enzim virus untuk membentuk gp120 dan gp41, yang merupakan komponen *Env*. Tiga buah gen pengatur, *tat*, *rev* dan *nef*, dan tiga gen tambahan, *vif*, *vpr* dan *vpu*, mengandung informasi yang diperlukan untuk memproduksi protein yang mengatur

kemampuan HIV menginfeksi suatu sel, membuat turunan virus baru atau menimbulkan penyakit. Protein yang dikode oleh *nef*, menyebabkan virus dapat melakukan replikasi secara efisien, dan protein yang dikode oleh *vpu* berpengaruh terhadap pelepasan partikel virus baru dari sel yang diinfeksi. Inti HIV juga mencakup sebuah protein yang disebut p7, yaitu protein *nucleocapsid* HIV; dan tiga buah enzim yang berperan dalam langkah berikutnya dalam siklus hidup virus, yaitu: *reverse transcriptase*, integrase dan protease.

2.1.3. Siklus Hidup HIV

HIV merupakan retrovirus obligat intraselular dengan replikasi sepenuhnya di dalam sel host. Perjalanan infeksi HIV di dalam tubuh manusia diawali dari interaksi gp120 pada selubung HIV berikatan dengan reseptor spesifik CD4 yang terdapat pada permukaan membran sel target (kebanyakan limfosit T-CD4+). Sel target utama adalah sel yang mampu mengekspresikan reseptor CD4 (astrofit, mikroglia, monosit-makrofag, limfosit, Langerhan's dendritik) Siklus HIV/AIDS dapat dilihat pada Gambar 2.2.



Sumber: Steven G. Deeks, 2015

Gambar 2.2 Siklus Hidup HIV

2.2 Etiologi

Penyebabnya adalah *Human Immunodeficiency Virus type 1 & 2*. Penyebaran/penularan HIV tidak menyebar begitu saja. Virus ini tidak dapat ditularkan melalui pelukan, *dry kissing*, berjabat tangan, menggunakan toilet duduk bersama, air mata, urine, sputum, keringat, feses, droplet. HIV adalah virus yang rapuh sehingga hanya dapat ditransmisikan melalui hubungan seks tanpa kondom seksual (vagina atau anus), dan oral seks dengan orang yang terinfeksi, transfusi darah yang terkontaminasi, dan berbagi jarum yang terkontaminasi, jarum suntik atau alat tajam lainnya. Hal ini juga dapat ditularkan antara ibu dan bayi selama kehamilan, melahirkan dan menyusui (WHO, 2013).

Penularan melalui hubungan seksual. Hubungan seksual yang tidak menggunakan pelindung dengan orang yang terinfeksi HIV adalah penularan yang paling umum terjadi. Aktivitas seksual termasuk kontak dengan sperma, cairan vagina dan atau darah, yang kesemuanya memiliki limfosit yang berisi HIV. Berdasarkan hasil penelitian systematic review yang dilakukan oleh Weller SC & Davis-Beatty K. (2002), terhadap 14 penelitian kohort dikatakan bahwa efektifitas penggunaan kondom untuk mengurangi proporsional kejadian infeksi HIV sebesar 80%.

Kontak dengan darah dan produk darah. HIV dapat disebarkan selama paparan darah atau peralatan yang digunakan saat pengobatan. Penularan perinatal. Penularan ini yang paling umum terjadi pada rute infeksi anak-anak. Transmisi terjadi dari ibu yang terinfeksi HIV ke anaknya, hal ini terjadi selama kehamilan, proses kelahiran dan menyusui. Sekitar 25% bayi lahir dari ibu terinfeksi HIV tidak terawat/ tidak terobati infeksi HIVnya. Dengan penggunaan ART (*antiretroviral therapy*) selama kehamilan, resiko penularan dapat diturunkan lebih dari 2%. Menurut penelitian Tahir Nasifa Batool, et al. (2011) terhadap 65 pasien yang menderita HIV/AIDS, dengan metode descriptive pada bulan February 2008 sampai July 2011 di Anti

Retroviral Centre, Kohat. Informan yang diwawancarai terdiri dari 47 (72%) laki-laki dan 18 (28%) perempuan, dengan rata-rata usia 41 tahun. Lima laki-laki dan 3 perempuan belum menikah, sedangkan 57 sisanya menikah. Mengenai transmisi, 40 (61,54%) mengalami penularan secara heteroseksual, 4 (6,20%) adalah penularan dari ibu ke anak, salah satu memiliki sejarah prosedur gigi sebelum tertular infeksi sedangkan 4 memiliki riwayat transfusi darah. Dari 40 transmisi heteroseksual, 24 berasal dari pekerja seks, 15 dari suami kepada istri dan satu dari istri kepada suami. Mengenai kecanduan, 21 (32,3%) menggunakan kecanduan tembakau, 2 (3,1%) ganja, 2 (3,1%) perokok, 2 (3,1%) pengguna narkoba suntikan dan sisanya tidak memiliki kecanduan.

2.3 Patofisiologi

Virus HIV ditransmisikan melalui hubungan seksual, darah atau produk yang terinfeksi atau cairan tubuh tertentu serta melalui perinatal. Virus ini tidak dapat ditularkan melalui kontak biasa seperti berpegangan tangan, bersalaman, cium pipi. Virus masuk dalam tubuh manusia dan menempel pada dinding sel reseptor CD4 yang terdapat pada limfosit dan beberapa monosit (sel darah putih). Sel target yang lain adalah makrofag, sel dendrite, sel langerhans dan sel mikroganglia. Setelah mengikat molekul CD4, virus masuk ke sel target dan melepaskan selubung luarnya. RNA retrovirus ditranskripsikan menjadi DNA melalui transkripsi terbalik. Beberapa DNA yang baru terbentuk saling bergabung dan masuk ke dalam sel target dan membentuk provirus. Provirus ini dapat menghasilkan protein virus baru yang bekerja menyerupai pabrik/pusat pembuatan virus-virus baru. Sel target normal akan membelah dan memperbanyak diri seperti biasanya dan dalam proses ini provirus ikut menyebarkan virus-virus baru tadi. Patofisiologi HIV/AIDS dapat dilihat pada Gambar 2.3

2.3.1 Penularan dan Masuknya Virus

HIV dapat di isolasi di cairan serebrospinalis, semen, air mata, sekresi vagina atau serviks, urine. Tiga cara utama penularan adalah kontak dengan darah dan kontak seksual dan kontak ibu bayi setelah virus di tularkan akan terjadi serangkaian proses yang kemudian akan menyebabkan infeksi (Price & Wilson, 2012).

2.3.2 Perlekatan Virus

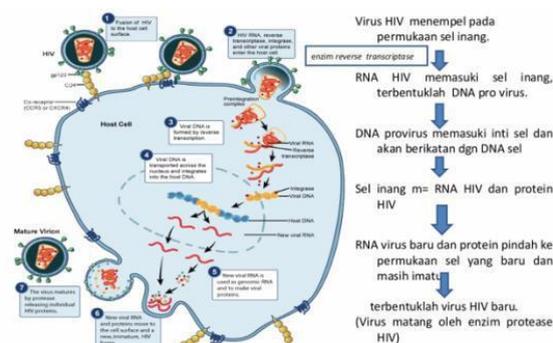
Virus HIV matang memiliki bentuk hampir bulat. Selubung luarnya atas kapsul viral, terdiri dari lemak lapis ganda yang mengandung banyak tonjolan protein. Duri-duri ini terdiri dari dua glikoprotein, gp 120 atau gp41. Gp mengacu pada Glikoprotein, dan angka mengacu kepada massa protein dalam ribuan Dalton. Gp 120 selubung permukaan eksternal duri dan gp41 adalah bagian transmembran.

Terdapat suatu protein matrik yang disebut p17 yang mengelilingi segmen bagian dalam membran virus. Sedangkan inti dikelilingi oleh suatu protein kapsul yang disebut p24. Di dalam kapsid, p24, terdapat dua untai RNA identik dan molekul transcriptase, integrasi, dan protease yang sudah terbentuk. HIV adalah suatu retrovirus, sehingga materi genetik berada dalam bentuk RNA bukan DNA. Reverse transcriptase adalah enzim yang mentranskripsikan RNA virus menjadi DNA setelah virus masuk ke sel sasaran. Enzim-enzim langsung yang menyertai RNA adalah integrasi dan protease.

HIV menginfeksi sel dengan mengikat permukaan sel sasaran yang memiliki molekul reseptor membrane sel sasaran CD4. Sejauh ini, sasaran yang disukai oleh HIV adalah limfosit T-helper CD4+ atau sel T4 (limfosit CD4 +), gp 120 HIV berikatan dengan kuat dengan limfosit CD4+ sehingga gp41 dapat melakukan fusi membrane virus ke membrane sel. Baru-baru ini

di temukan bahwa dua koreseptor permukaan sel. CCR5 atau CXCR4 di permukaan, agar glikoprotein gp120 dan gp41 dapat berikatan dengan receptor CD4+ (Doms Paieper, 1997 dalam Price & Wilson 2012). Koreseptor ini menyebabkan perubahan-perubahan konformasi sehingga gp41 dapat masuk ke membrane sel sasaran. Individu yang mewarisi dua salinan defektif gen reseptor CCR5 (Homozigot) resisten terhadap timbulnya AIDS, walaupun berulang kali terpajan HIV. Individu yang Heterozigot untuk gen detektif ini (18 % sampai 20 %) tidak terlindungi dari AIDS, tetapi awitan penyakit agak melambat. Belum pernah di temukan homozigot pada populasi Asia atau Afrika, yang mungkin dapat membantu menerangkan mengapa mereka lebih rentan terhadap infeksi HIV (Obrien.D, Dean, 1997 dalam Price & Wilson 2012).

Sel-sel lain yang mungkin rentan terhadap infeksi HIV mencakup monosit dan makrofag. Monosit dan makrofag yang terinfeksi dapat berfungsi sebagai reservoir untuk HIV tetapi tidak di hancurkan oleh virus HIV bersifat politrofik dan dapat menginfeksi beragam sel manusia (Levy, 1994 dalam Price & Wilson 2012), seperti sel natural killer (NK) limfosit B, sel endotel, sel epitel, sel langerhans, sel dendritik (yang terdapat di permukaan mukosa tubuh), sel microglia, dan berbagai jaringan tubuh.



Sumber: WHO, 2013

Gambar 2.3 Patofisiologi

Setelah virus berfusi dengan limfosit CD4+, maka berlangsung serangkaian proses kompleks yang apabila berjalan lancar, menyebabkan terbentuknya partikel-partikel baru dari sel yang terinfeksi. Limfosit CD4+ yang terinfeksi mungkin akan tetap laten dalam keadaan provirus atau mungkin mengalami siklus-siklus replikasi sehingga menghasilkan banyak virus. Infeksi pada CD4+ juga dapat menimbulkan sipatogenisitas melalui beragam mekanisme, termasuk apoptosis (kematian sel terprogram), anergi (pencegahan fusi sel lebih lanjut), atau pembentukan sinsitium (fusi sel).

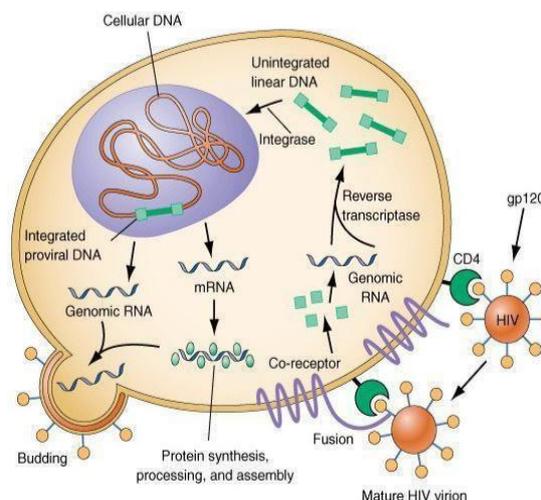
2.3.3 Replikasi HIV

Setelah terjadi fusi sel virus, RNA virus masuk ke bagian tengah sitoplasma limfosit CD4+, setelah nukleokapsid di lepas terjadi transkripsi terbalik (reverse transcription) dari satu untai tunggal RNA menjadi DNA salinan (cDNA) untai ganda virus. Integrasi HIV membantu insersi cDNA virus ke dalam inti sel penjamu. Apabila sudah terintegrasi ke dalam kromosom penjamu, maka dua untai DNA sekarang menjadi provirus (Greene, 1993 dalam Price & Wilson 2012). Provirus menghasilkan RNA messenger (mRNA) yang meninggalkan inti sel dan masuk ke dalam sitoplasma. Protein-protein virus dihasilkan dari mRNA yang lengkap dan telah mengalami splicing (penggabungan) setelah RNA genom dibebaskan ke dalam sitoplasma. Tahap akhir produksi virus membutuhkan suatu enzim virus yang disebut HIV protease, yang memotong dan menata protein virus menjadi segmen-segmen kecil yang mengelilingi RNA virus, membentuk partikel virus yang menonjol dari sel yang terinfeksi. HIV yang baru terbentuk sekarang dapat menyerang sel-sel rentan lainnya di seluruh tubuh.

Replikasi HIV berlanjut sepanjang periode latensi klinis, bahkan saat hanya terjadi aktivitas virus yang minimal di dalam

darah (Embretson Pantaleo et al. 1993 dalam Price & Wilson 2012) HIV di temukan dalam jumlah besar di dalam limfosit CD4+ dan makrofag diseluruh sistem limfoid pada semua tahap infeksi. Partikel-partikel virus juga telah di hubungkan dengan sel-sel dendritik folikuler, yang mungkin memindahkan infeksi sel-sel selama migrasi melalui folikel-folikel limfoid. Replikasi HIV/AIDS dapat dilihat pada Gambar 2.4

Walaupun selama masa latensi klinis tingkat viremia dan replikasi virus di sel-sel mononukleus darah perifer rendah, namun pada infeksi ini tidak ada latensi yang sejati. HIV secara terus menerus terakumulasi dan berimplikasi di organ-organ limfoid. Sebagian data menunjukkan bahwa terjadi replikasi dalam jumlah yang sangat besar dan pertukaran sel yang sangat cepat, dengan waktu paruh virus dan sel penghasil virus didalam plasma sekitar 2 hari (wei et al ,1995 :Ho et al,1995 dalam Price & Wilson 2012). Aktivitas ini menunjukkan bahwa terjadi pertempuran antara virus dan sistim imun pasien (Price & Wilson, edisi 6, 2012).



Sumber: (Silbernagl & Lang, 2007)

Gambar 2.4 Tahapan Replikasi HIV

2.3.4 Respon Imun Terhadap Infeksi HIV

Segera setelah terpejan HIV, individu akan melakukan perlawanan imun yang intensif. Sel-sel B akan menghasilkan

antibodi-antibodi yang spesifik terhadap berbagai protein virus. Antibody IgG adalah antibodi utama yang digunakan dalam uji HIV. Namun antibodi HIV tidak menetralkan HIV atau menimbulkan perlindungan terhadap infeksi lebih lanjut.

Produksi imunoglobulin diatur oleh limfosit T CD4+. Limfosit T CD4+ diaktifkan oleh sel penyaji antigen (APC) untuk menghasilkan berbagai sitokin seperti interleukin-2 (IL-2), yang membantu merangsang sel B untuk membelah dan berdiferensiasi menjadi sel plasma. Sel plasma ini kemudian menghasilkan imunoglobulin yang spesifik untuk antigen yang merangsangnya. Sitokin IL-2 hanyalah salah satu dari banyak sitokin yang mempengaruhi respon imun baik hormonal maupun seluler. Sel NK adalah sel yang penting karena dalam keadaan normal sel-sel inilah yang akan mengenali dan menghancurkan sel yang terinfeksi oleh virus dengan mengeluarkan perforin yang serupa dengan yang dihasilkan oleh sel CD8 (Price & Wilson 2012).

2.4 Klasifikasi

CDC Classification Sistem for HIV-Infected Adults and Adolescents, merupakan klasifikasi yang menggambarkan kondisi asimtomatik dan kondisi simptomatik seorang remaja yang terinfeksi HIV atau orang dewasa yang memenuhi setidaknya satu dari kriteria-kriteria CDC. CDC Categories dapat dilihat pada Tabel 2.1

Tabel 2.1

CDC Classification Sistem for HIV-Infected Adults and Adolescents

CD4 Cell Count Categories	Clinical Categories		
	A	B*	C
	Asymptomatic, Acute HIV or PGL	Symptomatic, Condition not A or C	AIDS Indicator Conditions
1. ≥500 cells/μL	A1	B1	C1
2. 200-499 cells/μL	A2	B2	C2
3. <200 cells/μL	A3	B3	C3

Sumber: *Center for Disease Control and Prevention, 2008*

Keterangan :

1. **Kategori B Kondisi Simtomatik:** didefinisikan sebagai kondisi asimtomatik terjadi pada seorang remaja yang terinfeksi HIV atau orang dewasa yang memenuhi setidaknya satu dari kriteria berikut:
 - a. Mereka yang dikaitkan dengan infeksi HIV atau mengindikasikan adanya kerusakan pada imunitas diperantarai sel.
 - b. Mereka dianggap memiliki perjalanan klinis atau manajemen yang rumit oleh infeksi HIV.
2. **Kategori C AIDS Indikator Kondisi**
 - a. Pneumonia bakteri, berulang (dua atau lebih episode dalam 12 bulan)
 - b. Kandidiasis pada bronkus, trakea, atau paru-paru
 - c. Kandidiasis, esofagus

- d. Karsinoma serviks, invasif, dikonfirmasi dengan biopsi
 - e. Coccidioidomycosis, disebarluaskan atau di luar paru
 - f. Kriptokokosis, paru
 - g. Cryptosporidiosis, kronis usus (> 1 bulan dalam durasi)
 - h. Penyakit Cytomegalovirus (selain hati, limpa, atau kelenjar)
 - i. Ensefalopati, terkait HIV
 - j. Herpes simpleks: ulkus kronis (> 1 bulan dalam durasi), atau bronkitis, pneumonitis, atau esofagitis
 - k. Histoplasmosis, disebarluaskan atau di luar paru
 - l. Isosporiasis, kronis usus (> 1 bulan dalam durasi)
 - m. Sarkoma Kaposi
 - n. Limfoma, Burkitt, immunoblastic, atau primer sistem saraf pusat
 - o. Mycobacterium avium complex (MAC) atau Mycobacterium kansasii, disebarluaskan atau di luar paru
 - p. Mycobacterium tuberculosis, paru atau di luar paru
 - q. Mycobacterium, spesies lain yang tidak teridentifikasi disebarluaskan atau diluar paru.
 - r. Pneumocystis jiroveci (sebelumnya carinii) pneumonia (PCP)
 - s. Salmonella septicemia, berulang (nontyphoid)
 - t. Toksoplasmosis otak
 - u. Wasting syndrome yang disebabkan oleh HIV (paksa penurunan berat badan > 10% dari berat badan awal) terkait dengan baik diare kronis (dua atau lebih mencret per hari selama \geq 1 bulan) atau kelemahan kronis dan demam didokumentasikan selama \geq 1 bulan
- WHO Clinical Staging HIV/AIDS, adalah klasifikasi HIV/AIDS asimtomatik dan simtomatik berdasarkan tahap-tahap proses infeksi untuk dewasa dan remaja, dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2

WHO *Clinical Staging* HIV / AIDS untuk Dewasa dan Remaja

Primer Infeksi HIV
<ul style="list-style-type: none"> Asintomatik Sindrom retroviral akut
Klinik Tahap 1
<ul style="list-style-type: none"> • Asintomatik • Limfadenopati generalisata persisten
Klinik Tahap 2
<ul style="list-style-type: none"> • Dijelaskan penurunan berat badan sedang (<10% dari berat badan diduga atau diukur) • Infeksi pernapasan berulang (sinusitis, tonsilitis, otitis media, dan faringitis) • Herpes zoster • Angular cheilitis • Sariawan berulang • Letusan pruritus popular • Dermatitis seboroik • Infeksi jamur kuku
Klinis Tahap 3
<ul style="list-style-type: none"> • Penurunan berat badan yang parah Unexplained (> 10% dari berat badan diduga atau diukur) • Unexplained diare kronis selama > 1 bulan • Demam persisten yang tidak dapat dijelaskan selama > 1 bulan (> 37.6 ° C, intermiten atau konstan) • Kandidiasis oral persisten (thrush) • Oral hairy leukoplakia • Tuberkulosis paru (saat ini)

-
- Infeksi bakteri dianggap berat (misalnya, pneumonia, empiema, pyomyositis, tulang atau infeksi sendi, meningitis, bakteremia)
 - Akut necrotizing stomatitis ulseratif, gingivitis, atau periodontitis
 - Anemia Unexplained (hemoglobin <8 g / dL)
 - Neutropenia (neutrofil <500 sel / uL)
 - Trombositopenia kronis (trombosit <50.000 sel / uL)
-

Klinis Tahap 4

- Sindrom wasting HIV, seperti yang didefinisikan oleh CDC (Lihat Tabel 2.1_, di atas)
 - Pneumonia Pneumocystis
 - Berulang pneumonia bakteri parah
 - Herpes simpleks kronis infeksi (situs Orolabial, kelamin, atau dubur untuk > 1 bulan atau herpes visceral di situs manapun)
 - Kandidiasis esofagus (atau kandidiasis trakea, bronkus, atau paru-paru)
 - Tuberkulosis
 - Sarkoma Kaposi
 - Infeksi sitomegalovirus (retinitis atau infeksi organ lain)
 - Central sistem saraf toksoplasmosis
 - Ensefalopati HIV
 - Kriptokokosis, ekstrapulmoner (termasuk meningitis)
 - Disebarluaskan dinyatakan bukan tuberkulosis infeksi mikobakteri
 - Candida dari trakea, bronkus, atau paru-paru
 - Cryptosporidiosis kronis (diare)
-

-
- **Isosporiasis kronis disebarluaskan mikosis (misalnya, histoplasmosis, coccidioidomycosis, penicilliosis)**
 - **Berulang Salmonella nontyphoidal bakteremia**
 - **Limfoma (otak atau sel B non-Hodgkin)**
 - **Karsinoma serviks invasif**
 - **Atypical leishmaniasis disebarluaskan**
 - **Gejala nefropati terkait HIV**
 - **Gejala terkait HIV kardiomiopati reaktivasi Amerika trypanosomiasis (meningoencephalitis atau miokarditis)**

Sumber: Permenkes 2014

2.5 Manifestasi Klinis

Berdasarkan (WHO,2013) manifestasi klinik AIDS sesuai sistem organ yang terinfeksi, dapat dilihat pada Tabel 2.3

Tabel 2.3

Manifestasi klinik AIDS berdasarkan sistem organ yang terinfeksi

Manifestasi Klinik AIDS

No	Kemungkinan Penyebab	Kemungkinan efek
1	Manifestasi Oral	
	Lesi-lesi karena: <i>candida</i> , herpes simpleks, sarcoma kaposi's; kutil papilomavirus oral, ginginitis peridontitis HIV; leukoplakia oral	Lesi-lesi karena: <i>candida</i> , herpes simpleks, sarcoma kaposi's; kutil papilomavirus oral, ginginitis peridontitis HIV; leukoplakia oral
2	Manifestasi Neurologic	
	a. Kompleks dimensia AIDS karena: serangan langsung HIV pada sel-sel syaraf	Perubahan kepribadian, kerusakan kognitif, konsentrasi dan penilaian, kerusakan kemampuan motorik, kelemahan perlu bantuan dengan ADL atau tidak mampu melakukan ADL, tidak mampu untuk berbicara atau mengerti, paresis/plegia ,

	inkontinensia urin, menyusahkan pemberi perawatan, ketidak mapuan untuk mematuhi regimen medis, ketidakmampuan untuk bekerja, isolasi sosial
b. Enselofati akut karena	
1) Reaksi obat-obat terapeutik	1) Sakit kepala
2) Takar lajak obat	2) Malaise
3) Hipoksia	3) Demam
4) Hipoglikemi karena pankreatitis akibat obat	4) Paralysis total atau parsial; kehilangan kemampuan kognisi, ingatan, penilaian, orientasi atau afek yang sesuai, penyimpangan sensorik;
5) Ketidakseimbangan elektrolit	5) kejang, koma dan kematian
6) Meningitis atau ensefalitis yang diakibatkan oleh <i>cryptococcus</i> , virus herpes simpleks, sitomegalovirus, <i>mycobacterium tuberculosis</i> , sifilis, <i>candida</i> , <i>toxoplasma gondii</i>	
7) Limfoma Infarks serebral akibat vasculitis, sifilis meningovaskuler, hipotensi sistemik, maranik endokarditis	
c. Neuropati karena inflamasi demielinasi diakibatkan serangan HIV langsung, reaksi obat, lesi sarcoma kaposi's	Kehilangan control motorik; ataksia, kebas bagian perifer, kesemutan, rasa terbakar,

	depresi refleks, ketidakmampuan untuk bekerja, isolasi sosial
3	Manifestasi gastrointestinal
a. Diare	Penurunan berat badan, anoreksia, Demam, dehidrasi, malabsorpsi, (malaise, kelemahan dan keletihan) Kehilangan kemampuan untuk melakukan fungsi social karena ketidakmampuan meninggalkan rumah Inkontinesia
<i>cryptosporidium, isopora belli, microsporidium, sitomegalo virus, virus herpes simpleks, mycobacterium avium intacelulare, strongiloides stercoides, enterovirus, adenovirus, salmonella, shigella campylobacter, vibrio parahaemiliticus, candida, histoplasma capsulatum, giardia, entamoba histolytica, pertumbuhan cepat flora normal, limfoma dan sarcoma kaposi's</i>	
b. Hepatitis	Anoreksia, mual, muntah, nyeri abdomen, ikterik, demam, malaise, kemerahan, nyeri persendian, keletihan (hepatomegali, gagal hepatic, kematian)
<i>mycobacterium avium intacelulare, cryptococcus, sitomegalovirus, histoplasma, coccidiomycosis, microsporidium, virus epsten-barr, virus-virus hepatitis(A, B, C, D) dan E, limfoma, sarcomakaposi's, penggunaan obat illegal, penggunaan alcohol, penggunaan obat golongan sulfa</i>	
c. Disfungsi biliari	

kolangitis akibat sitomegalovirus dan *cryptosporidium*: Nyeri abdomen, anoreksia, mual dan muntah
limfoma dan sarcoma kaposi's ikterik

d. Penyakit anorectal

Karena abses dan fistula, ulkus dan *inflamasi* perianal yang diakibatkan dari infeksi oleh *chlamydia*, *lymphogranulum venereum*, gonore, sifilis, *shigella*, *campylobacter*, *M.tuberculosis*, herpes simpleks, *candida*, herpes simpleks, sitomegalovirus, obstruksi *candida albicans* karena limfoma sarcoma kaposi's; kutil papilomavirus

Eliminasi yang sulit dan sakit, nyeri rectal, gatal-gatal, diare

4 Manifestasi respiratori

Infeksi *Pneumocytis carinii*, *mycobacterium avium intracelulare*, *Mtuberculosis*, *Candida*, *Chlamydia*, *histoplasma capsulatum*, *toxoplasma gondii*, *coccidioides immitis*, *Cryptococcus neoforms*, sitomegalovirus, virus-virus influenza, *pneumococcus*, *strongyloides* limfoma dan sarcoma kaposi's

Napas pendek, batuk, nyeri(hipoksia, intoleransi aktifitas, kelelahan;gagal respiratori, kematian)

5 Manifestasi dermatologic

- a. Lesi-lesi kulit stafilokokus (bullous impetigo, etkima, folikulitis), dan perubahan citra diri Nyeri, gatal-gatal, rasa terbakar, infeksi sekunder dan sepsis, cacat
- b. Lesi-lesi virus herpes simpleks (oral, fasial, anal dan vulvovaginal)
- c. Herpes zoster
- d. Lesi-lesi miobakteri kronik timbul diatas nodus-noduls limfe atau sebagai ulserasi atau macula hemoragik
- e. Lesi lain berhubungan dengan infeksi *pseudomonas aeruginosa*, *molluscum contangiosum*, *candida albicans*, cacing gelang, *Cryptococcus*, *sporotichosis*(dermatitis yang disebabkan oleh xerosis reaksi obat terutama sulfa
- f. Lesi dari parasit seperti scabies atau tuma ; sarcoma kaposi's, dekubitus, dan kerusakan integritas kulit akibat lamanya tekanan dan inkontinens

6 Manifestasi sensorik

- a. Pandangan

Kebutaan

Sarcoma kaposi's pada konjungtiva atau kelopak mata,
retinis sitomegalovirus

b. Pendengaran

Otitis eksternal akut dan otitis media; kehilangan
pendengaran yang berhubungan dengan mielopati,
meningitis, sitomegalo virus dan reaksi-reaksi obat

Nyeri dan kehilangan pendengaran

Sumber: Permenkes 2014

Semua organ manusia bisa terserang HIV karena virus ini menyerang sel. Tergantung pada sel target mana yang terkena. Berdasarkan waktu terjadi infeksi, manifestasi yang muncul pada penderita HIV dapat dibedakan menjadi 2 fase yaitu akut dan kronis (Lewis, et all. 2011).

1. Infeksi akut (acut retroviral sindrom 1-3 minggu)

Terjadi ketika antibody HIV spesifik berkembang, dengan sindrom panas/demam, pembesaran kelenjar limpa, sakit pada tenggorokan, sakit kepala, lelah, mual, nyeri tulang dan sendi, diare dan atau kemerahan. Hal ini bisa berkembang dan menyebabkan komplikasi seperti meningitis, peripheral neuropati, facial palsy atau GBS. Selama periode akut terdapat virus yang tinggi dan jumlah CD4+T sel yang turun secara bertahap namun kembali dengan cepat ke nilai dasar/normal. Pada tahap ini, biasanya pasien didiagnosa sebagai gejala flu biasa.

2. Infeksi kronis

a. *Early Chronic Infection*

Pada fase ini sering disebut sebagai penyakit asimtomatik. Meskipun sakit kepala, kelelahan, berkeringat diwaktu malam, demam, persistant generalized lymphadenopathy (PGL) bisa saja terjadi. Kadar CD4+ sel T = 500 sel/UL.

b. *Intermediate Chronic Infection*

Gejala yang diperlihatkan menjadi persisten seperti demam, diare kronis, sakit kepala berulang, kelelahan yang sangat. Masalah lain yang termasuk adalah infeksi local, lymphadenopati dan manifestasi sistem saraf. Kadar CD4+ sel T = 200 - 500 sel/UL.

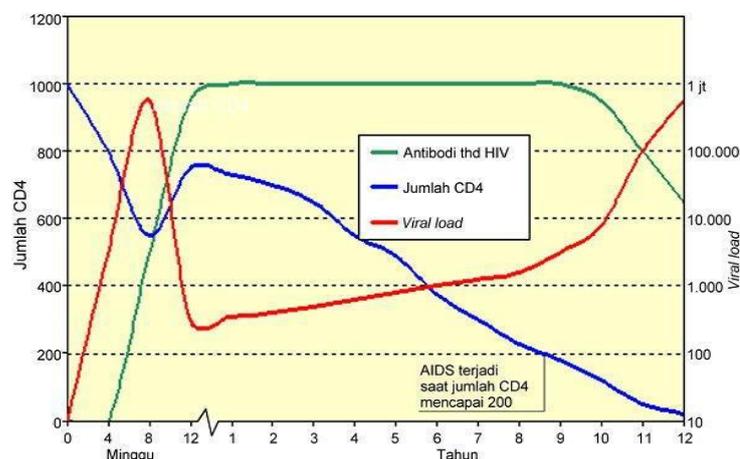
c. *Late Chronic Infection*

Tidak dapat ditegakkan sampai pasien mendapat criteria dengan CDC. Criteria diagnosis untuk AIDS adalah AIDS

didiagnosis ketika individu dengan infeksi HIV berkembang lebih dari satu kondisi sebagai berikut:

- 1) Kadar CD4+ sel T turun sampai 200-500 sel/UI
- 2) Terdapat satu infeksi opportunistic
- 3) Terdapat satu tanda opportunistic cancer
- 4) Terdapat wasting syndrome yaitu kehilangan 10% lebih dari ideal masa tubuh
- 5) Terdapat AIDS Demensia kompleks.

Perjalanan Penyakit HIV/AIDS berdasarkan grafik antibodi terhadap HIV, jumlah CD4, viral load dapat dilihat pada Gambar 2.5.



Sumber: Naif H, 2013

Gambar 2.5. Perjalanan Penyakit HIV – AIDS

2.6 Pemeriksaan Laboratorium & Diagnostik

Diagnosis infeksi HIV dengan cara mendeteksi adanya antibody dan atau antigen HIV dalam darah. Jenis pemeriksaan yang dapat dilakukan antara lain (Shetty Shibani, et all, 2011):

1. Serologi : HIV -1 antibody screening assays:
 - a. Enzyme Linked Immunoasorbant Assay [ELISA]. Pengujian immunoassay untuk mendeteksi antibodi melawan HIV. Keuntungan: Sensitivitas adalah > 99,5%, berguna dalam menyaring sejumlah besar sampel darah. Mudah dilakukan,

biaya efektif, dan spesifik. Kekurangan: Menunjukkan tingginya insiden positif palsu bila reaksi digunakan untuk orang di daerah rendah risiko infeksi.

b. *Home access HIV -1 test sistem/dried blood spot.*

Keuntungan: cepat, murah, sederhana, tidak memerlukan penggunaan organik pelarut atau prosedur ekstraksi. Koleksi sampel ini disederhanakan karena hanya membutuhkan sejumlah kecil darah, pengolahan sampel. Waktu berkurang, dan juga memberikan sensitivitas dan spesifisitas tinggi.

c. Rapid tests, meliputi :

- 1) Agglutination tests
- 2) Flow through cassettes
- 3) Solid phase tests
- 4) Immunochromatographic strip (ICS) tests

d. Rapid latex agglutination assay.

Keuntungan: Menunjukkan kepekaan tinggi dan spesifisitas tinggi. Hal ini sederhana, cepat, membutuhkan minimum reagen dan teknis keterampilan.

e. Dot blot assay. Keuntungan: mudah, spesifisitas dan sensitifitas setara dengan ELISA.

2. HIV-1 antibody confirmatory antibody assays:

a. Western blot

Sebuah uji yang lebih spesifik untuk adanya antibodi HIV pada serum, dan merupakan tes konfirmasi yang umum digunakan. Keuntungan: Ini menunjukkan sensitivitas sekitar 96%, sangat spesifik dan mendefinisikan profil gen antibodi terhadap produk virus tertentu.

Kekurangan: mahal, kebutuhan tenaga kerja yang intensif dan keahlian untuk menafsirkan, membutuhkan waktu lama sehingga tidak digunakan sebagai tes skrining.

b. Indirect immunofluorescence assay.

Untuk mendeteksi virus tertentu IgG atau IgA atau antibodi IgM.

- c. Radio immunoprecipitation assay [RIPA]
Tes alternatif yang kadang-kadang digunakan sebagai uji konfirmasi atas western blot.
 - d. Line immunoassay
3. Alternative Antibody Testing Technologies
 - a. Cairan mulut. Air liur saluran kelenjar atau transudat mukosa adalah specimen yang dapat digunakan untuk mendeteksi antibodi terhadap HIV dalam cairan oral.
 - b. Analisa urin
 - c. Mukosa vagina
 4. Viral Identification Assays:
 - a. Polymerase Chain Reaction (PCR). Merupakan cara untuk mengetahui amplifikasi gen dan transkrip RNA. Keuntungannya spesififikasi dan sensitivitas 97-98%.
 - b. Virus culture
 - c. p24 antigen capture assay
 5. Test monitoring
 - a. Analisis limphosit
 - b. Tes HIV-2
 6. Laboratory diagnosis of HIV in infants
 - a. Viral culture
 - b. HIV-1 p24 antigen detection
 - c. HIV-1 DNA detection
 - d. HIV-1 RNA detection
 - e. Enzyme linked immunospot assay (ELISPOT) and In vitro antibody production (IVAP)
 - f. HIV specific IgA
 - g. IgG capture EIA

Hasil abnormal pemeriksaan darah yang umum terjadi pada pasien dengan infeksi HIV, penyakit oportunistik atau komplikasi terapi diantaranya adalah: (Lewis, et all, 2011).

- a. Penurunan jumlah leukosit, khususnya netrophile
- b. Trombositopenia yang disebabkan karena infeksi HIV, adanya antibody trombosit, atau efek terapi
- c. Anemia yang dihubungkan dengan proses penyakit kronis dengan efek pemberian ART (antiretrovirus therapy)
- d. Gangguan fungsi hepar yang disebabkan infeksi HIV, pengobatan atau adanya infeksi hepar yang umum terjadi. Deteksi dini adanya hepatitis B atau C menjadi penting karena infeksi ini menjadi perhatian penting pada penderita HIV dalam penggunaan ART yang dapat menyebabkan kesakitan bahkan kematian.

Selain pemeriksaan laboratorium dan diagnostic, terdapat dua macam pendekatan untuk tes HIV, yaitu:

- a. Konseling dan tes HIV sukarela (KTS-VCT = Voluntary Counseling & Testing)
- b. Tes HIV dan konseling atas inisiatif petugas kesehatan (KTIP – PITC = Provider-Initiated Testing and Counseling)

2.7 Penatalaksanaan

Menurut WHO, 2013 upaya menanggulangi penyakit HIV AIDS melalui Program penanggulangan AIDS di Indonesia yang terdiri dari 4 pilar, dan semuanya menuju pada paradigma Zero new infection, Zero AIDS-related death dan Zero Discrimination. Empat pilar tersebut adalah:

1. Pencegahan (prevention); yang meliputi pencegahan penularan HIV melalui transmisi seksual dan alat suntik, pencegahan di lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan, pencegahan HIV dari ibu ke

bayi (Prevention Mother to Child Transmission, PMTCT), pencegahan di kalangan pelanggan penjaja seks, dan lain-lain.

2. Perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP); yang meliputi penguatan dan pengembangan layanan kesehatan, pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik, pengobatan antiretroviral dan dukungan serta pendidikan dan pelatihan bagi ODHIV. Program PDP bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian dan meningkatkan kualitas hidup.
3. Mitigasi / pencegahan berupa dukungan psikososio-ekonomi.
4. Penciptaan lingkungan yang kondusif (creating enabling environment) melalui penguatan kelembagaan dan manajemen, manajemen program serta penyelarasan kebijakan.

Dengan semakin meningkatnya jumlah penderita HIV AIDS yang tidak memandang usia, jenis kelamin, status social ekonomi maka setiap daerah diharapkan menyediakan semua komponen layanan HIV yang terdiri dari :

1. Informed consent untuk tes HIV seperti tindakan medis lainnya.
2. Mencatat semua kegiatan layanan dalam formulir yang sudah ditentukan
3. Anamnesis dan pemeriksaan fisik lengkap oleh dokter.
4. Skrining TB dan infeksi oportunistik
5. Konseling bagi ODHIV (Orang Dengan HIV AIDS) perempuan usia subur tentang KB dan kesehatan reproduksi termasuk rencana untuk mempunyai anak.
6. Pemberian obat kotrimoksasol sebagai pengobatan pencegahan infeksi oportunistik.
7. Pemberian ARV untuk ODHIV yang telah memenuhi syarat.
8. Pemberian ARV profilaksis pada bayi segera setelah dilahirkan oleh ibu hamil dengan HIV.
9. Pemberian imunisasi dan pengobatan pencegahan kotrimoksasol pada bayi yang lahir dari ibu dengan HIV positif.

10. Anjuran rutin tes HIV, malaria, sifilis dan IMS lainnya pada perawatan antenatal (ANC).
11. Konseling untuk memulai terapi.
12. Konseling tentang gizi, pencegahan penularan, narkotika dan konseling lainnya sesuai keperluan.
13. Menganjurkan tes HIV pada pasien TB, infeksi menular seksual (IMS), dan kelompok risiko tinggi beserta pasangan seksualnya, sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
14. Pendampingan oleh lembaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien

Rekomendasi WHO, pengobatan penderita HIV AIDS dengan ART (Antiretroviral Therapy). ART ini terdiri dari kombinasi lebih dari 3 ARV (Antiretroviral) untuk memaksimalkan supresi virus HIV dan menghentikan progresi penyakit HIV. Kapan memulai ARV, menurut kemenkes, (2019) ARV diindikasikan pada semua ODHIV berapapun jumlah CD4-nya. Selama ini pemberian ARV seringkali dianggap sebagai pengobatan yang tidak harus dilakukan segera. Telaah sistematis menunjukkan bahwa sekitar 20-30% pasien yang mempunyai indikasi memulai ARV ternyata terlambat atau bahkan tidak memulai terapi ARV. Proses yang panjang dan rumit, waktu tunggu yang lama, dan kunjungan klinik berulang sebelum memulai ARV, merupakan alasan utama dari keterlambatan atau keputusan untuk tidak memulai ARV. Sebelum memutuskan untuk memulai ARV, kesiapan ODHIV harus selalu dipastikan. Bukti yang ada menunjukkan bahwa memastikan kepatuhan yang baik sejak fase awal pengobatan ARV sangat penting untuk menentukan keberhasilan terapi jangka panjang. Berbagai studi menunjukkan pada daerah dengan sumber daya terbatas, faktor utama yang berpengaruh pada kepatuhan terapi adalah kesiapan memulai ARV selain obat gratis dan kemudahan menggunakan ARV. Beberapa ODHIV tidak mempunyai akses untuk pengetahuan tentang HIV

yang akurat, efektivitas terapi ARV, dan berbagai tantangan yang akan dihadapi supaya tetap patuh pada pengobatan. Karena itu, diperlukan konseling untuk memastikan pengetahuan ODHIV tentang ARV, termasuk penggunaan seumur hidup, efek samping yang mungkin terjadi, bagaimana memonitor ARV, dan kemungkinan terapi selanjutnya jika terjadi kegagalan, pada saat sebelum memulai terapi ARV dan saat diperlukan obat tambahan sesudah memulai ARV.

Dalam pemberian ART perlu pemeriksaan laboratorium untuk memantau kondisi penderita. Menurut WHO, 2013 pemeriksaan laboratorium yang ideal sebelum memulai ART apabila sumber daya memungkinkan:

1. Darah lengkap*
2. Jumlah CD4*
3. SGOT / SGPT*
4. Kreatinin Serum*
5. Urinalisa*
6. HbsAg*
7. Anti-HCV (untuk ODHIV IDU atau dengan riwayat IDU)
8. Profil lipid serum
9. Gula darah
10. VDRL/TPHA/PRP
11. Rontgen dada (utamanya bila curiga ada infeksi paru)
12. Tes Kehamilan (perempuan usia reproduktif dan perluanamnesis mens terakhir)
13. PAP smear / IFA-IMS untuk menyingkirkan adanya Ca Cervix yang pada ODHIV bisa bersifat progresif)
14. Jumlah virus / Viral Load RNA HIV** dalam plasma (bila tersedia dan bila pasien mampu).

Catatan:

1. Ada pemeriksaan yang minimal perlu dilakukan sebelum terapi ARV karena berkaitan dengan pemilihan obat ARV.
2. Pemeriksaan jumlah virus memang berguna untuk memantau perkembangan dan menentukan keadaan gagal terapi.

Proses pemberian informasi, konseling dan dukungan kepatuhan harus dilakukan oleh petugas kesehatan. Tiga langkah yang harus dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan antara lain:

1. Memberikan informasi
Klien diberi informasi dasar tentang pengobatan ARV, rencana terapi, kemungkinan timbulnya efek samping dan konsekuensi ketidakpatuhan.
2. Konseling perorangan
Petugas kesehatan perlu membantu klien untuk mengeksplorasi kesiapan pengobatannya. Sebagian klien sudah jenuh dengan beban keluarga atau rumah tangga, pekerjaan, tidak siap untuk membuka status nya kepada orang lain sehingga tidak dapat menjamin kepatuhan berobat. Dalam kondisi seperti ini, pasien membutuhkan dukungan dari oranglain baik keluarga, orang terdekat maupun masyarakat sekitar.
3. Mencari penyelesaian masalah praktis dan membuat rencana terapi.
Setelah memahami keadaan dan masalah klien, perlu dilanjutkan dengan diskusi untuk mencari penyelesaian masalah tersebut secara bersama dan membuat perencanaan praktis. Hal-hal praktis yang perlu didiskusikan antara lain:
 - a. Di mana obat ARV akan disimpan?
 - b. Pada jam berapa akan diminum?
 - c. Siapa yang akan mengingatkan setiap hari untuk minum obat?
 - d. Apa yang akan diperbuat bila terjadi penyimpangan kebiasaan sehari-hari?

Harus direncanakan mekanisme untuk mengingatkan klien berkunjung dan mengambil obat secara teratur sesuai dengan kondisi pasien. Perlu dibangun hubungan yang saling percaya antara klien dan petugas kesehatan. Perjanjian berkala dan kunjungan ulang menjadi kunci kesinambungan perawatan dan pengobatan pasien. Sikap petugas yang mendukung dan peduli, tidak mengadili dan menyalahkan pasien, akan mendorong klien untuk bersikap jujur tentang kepatuhan makan obatnya.

Pengobatan penderita HIV AIDS ini berlangsung seumur hidup, sehingga sangat membutuhkan kerjasama yang baik antara penderita dengan petugas kesehatan. Penderita benar-benar perlu disiapkan secara fisik mental, psikologis, social dan ekonomi. Adapun dalam mempersiapkan penderita memulai terapi ARV dapat dilakukan dengan cara: Mengutamakan manfaat minum obat daripada membuat pasien takut minum obat dengan semua kemungkinan efek samping dan kegagalan pengobatan.

1. Membantu pasien agar mampu memenuhi janji berkunjung ke klinik
2. Mampu minum obat profilaksis IO secara teratur dan tidak terlewatkan
3. Mampu menyelesaikan terapi TB dengan sempurna.
4. Mengingatkan pasien bahwa terapi harus dijalani seumur hidupnya.
5. Jelaskan bahwa waktu makan obat adalah sangat penting, yaitu kalau dikatakan dua kali sehari berarti harus ditelan setiap 12 jam.
6. Membantu pasien mengenai cara minum obat.
7. Membantu pasien mengerti efek samping dari setiap obat tanpa membuat pasien takut terhadap pasien, ingatkan bahwa semua obat mempunyai efek samping untuk menetralkan ketakutan terhadap ARV.

8. Tekankan bahwa meskipun sudah menjalani terapi ARV harus tetap menggunakan kondom ketika melakukan aktifitas seksual atau menggunakan alat suntik steril.
9. Sampaikan bahwa obat tradisional (herbal) dapat berinteraksi dengan obat ARV yang diminumnya.
10. Menanyakan cara yang terbaik untuk menghubungi pasien agar dapat memenuhi janji/jadwal berkunjung.
11. Membantu pasien dalam menemukan solusi penyebab ketidakpatuhan tanpa menyalahkan pasien atau memarahi pasien jika lupa minum obat.
12. Mengevaluasi sistem internal rumah sakit dan etika petugas dan aspek lain diluar pasien sebagai bagian dari prosedur tetap untuk evaluasi ketidakpatuhan pasien.

Mengingat ART merupakan obat dengan berbagai kombinasi ARV yang memiliki efek samping tertentu maka dibutuhkan pemantauan kondisi pasien. Pemantauan yang dilakukan antara lain:

1. Pemantauan klinis

Frekuensi Pemantauan klinis tergantung dari respon terapi ARV. Pemantauan klinis minimal perlu dilakukan pada minggu 2, 4, 8, 12 dan 24 minggu sejak memulai terapi ARV dan kemudian setiap 6 bulan bila pasien telah mencapai keadaan stabil.

Penilaian klinis yang dilakukan antara lain tanda dan gejala efek samping obat atau gagal terapi dan frekuensi infeksi (infeksi bakterial, kandidiasis dan atau infeksi oportunistik lainnya).

2. Pemantauan laboratoris

- a. Pemantauan CD4 secara rutin setiap 6 bulan, atau lebih sering bila ada indikasi klinis. Angka limfosit total (TLC = Total Lymphocyte Count) tidak direkomendasikan untuk digunakan memantau terapi karena perubahan nilai TLC tidak dapat digunakan untuk memprediksi keberhasilan terapi.

- b. Untuk pasien yang akan memulai terapi dengan AZT maka perlu dilakukan pengukuran kadar Hemoglobin (Hb) sebelum memulai terapi dan pada minggu ke 4, 8 dan 12 sejak mulai terapi atau ada indikasi tanda dan gejala anemia.
 - c. Pengukuran ALT (SGPT) dan kimia darah lainnya perlu dilakukan bila ada tanda dan gejala. Akan tetapi bila menggunakan NVP untuk perempuan dengan CD4 antara 250-350 sel/mm³ maka perlu dilakukan pemantauan enzim transaminase pada minggu 2, 4, 8 dan 12 sejak memulai terapi ARV, dilanjutkan dengan pemantauan berdasar gejala klinis.
 - d. Evaluasi fungsi ginjal (ureum, creatinin).
 - e. Pemeriksaan gula darah dan profil lipid secara reguler lebih diutamakan untuk dilakukan atas dasar tanda dan gejala.
 - f. Pengukuran Viral Load (VL) digunakan untuk membantu diagnosis gagal terapi. Hasil VL dapat memprediksi gagal terapi lebih awal dibandingkan dengan hanya menggunakan pemantauan klinis dan pemeriksaan jumlah CD4. Jika pengukuran VL dapat dilakukan maka terapi ARV diharapkan menurunkan VL menjadi tidak terdeteksi (undetectable) setelah bulan ke 6.
3. Pemantauan jumlah sel CD4

Pemberian terapi ARV akan meningkatkan jumlah CD4. Keadaan tersebut, kadang tidak terjadi, terutama pada pasien dengan jumlah CD4 yang sangat rendah pada saat mulai terapi. Meskipun demikian, pasien dengan jumlah CD4 yang sangat rendah tetap dapat mencapai pemulihan imun yang baik tetapi memerlukan waktu yang lebih lama. Pada pasien yang tidak pernah mencapai jumlah CD4 yang lebih dari 100 sel/mm³ dan atau pasien yang pernah mencapai jumlah CD4 yang tinggi tetapi kemudian turun secara progresif tanpa ada penyakit/kondisi medis lain maka perlu dicurigai adanya keadaan gagal terapi secara

imunologis. Data jumlah CD4 saat mulai terapi ARV dan perkembangan CD4 yang dievaluasi tiap 6 bulan sangat diperlukan untuk menentukan adanya gagal terapi secara imunologis.

4. Kematian dalam Terapi Antriretroviral

Sejak dimulainya terapi ARV, angka kematian yang berhubungan dengan HIV semakin turun. Secara umum, penyebab kematian pasien dengan infeksi HIV disebabkan karena penanganan infeksi oportunistik yang tidak adekuat, efek samping ARV berat (Steven Johnson Syndrome), dan keadaan gagal fungsi hati stadium akhir (ESLD - End Stage Liver Disease) pada kasus ko-infeksi HIV/HVB. Paradigma baru yang menjadi tujuan global dari UNAIDS adalah Zero AIDS-related death. Hal ini dapat tercapai bila pasien datang di layanan HIV dan mendapat terapi ARV secepatnya.

2.8 Pencegahan Penularan Infeksi HIV Dengan Pengobatan ARV

Studi HIV prevention trial network (HPTN) 052 membuktikan bahwa terapi ARV merupakan pencegahan penularan HIV paling efektif saat ini. Pemberian ARV lebih dini dapat menurunkan penularan HIV sebesar 93% pada pasangan seksual non-HIV (pasangan serodiskordan). Supresi kadar viral load dengan menggunakan ARV terbukti berhubungan dengan konsentrasi virus pada sekresi genital yang rendah. Upaya pencegahan dengan menggunakan ARV ini merupakan bagian dari treatment as prevention (TasP) (Kemenkes, 2019).

Sangat penting untuk disadari bahwa penurunan jumlah virus akibat terapi ARV harus disertai dengan pengurangan perilaku berisiko, sehingga penggunaan ARV secara konsisten dengan paduan yang tepat, penggunaan kondom yang konsisten, perilaku seks dan NAPZA yang aman, pengobatan infeksi menular seksual yang konsisten dengan paduan yang tepat, mutlak diperlukan untuk pencegahan

penularan HIV. Upaya ini yang disebut dengan positive prevention. (Kemenkes,2019).

2.9 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan HIV AIDS adalah multiorgan atau multi sistem yaitu antara lain:

1. Sistem pernapasan: PCP (Pneumonia Pneumocystis Pulmonary), CMV, TBC
2. Sistem saraf: stroke, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, penurunan kemampuan motorik
3. Sistem gastrointestinal: diare
4. Sistem perkemihan: gagal ginjal akut, nefritis, Nephrogenic systemic fibrosis
5. Sensori: buta, tuli
6. Dermatologi: lesi kulit

2.10 Penatalaksanaan Medis

Pengobatan HIV belum ada yang dapat menyembuhkan HIV/AIDS. Sampai saat ini pengobatan yang ada hanya mampu memperlambat perkembangan HIV, dan memperlambat kerusakan pada sistem kekebalan tubuh tetapi belum ada cara untuk memberantas HIV dari tubuh penderita. Terapi juga ditujukan untuk pencegahan atau pengobatan infeksi oportunistik. Obat antiretrovirus (ARV) juga mengurangi timbulnya infeksi oportunistik namun masih ada beberapa infeksi oportunistik yang sulit diobati. Kendala dari konsep pengobatan tersebut adalah respon sistem kekebalan tubuh. Respon tubuh akan hilang kecuali bila memakai obat antiretrovirus (ARV) meskipun infeksi HIV juga tetap melaju (Steven G. Deeks, 2015)

1. Tujuan pemberian ARV
 - a. ARV diberikan pada pasien HIV/AIDS dengan tujuan untuk:
 - Menghentikan replikasi HIV
 - Memulihkan sistem imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik

- c. Memperbaiki kualitas hidup
 - d. Menurunkan morbiditas dan mortalitas karena infeksi HIV
2. Jenis Obat-obat ARV
- a. Nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) Obat ini dikenal sebagai analog nukleosida yang menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA.
 - b. Nucleotide reverse transcriptase inhibitor (NtRTI) Yang termasuk golongan ini adalah tenofovir (TDF)
 - c. Non nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) Golongan ini juga bekerja dengan menghambat proses perubahan RNA menjadi DNA dengan cara mengikat reverse transcriptase sehingga tidak berfungsi, yang termasuk golongan NNRTI adalah Nevirapine (viramune), delavirdine (rescriptor), efavirenz (sustiva)
 - d. Protease inhibitor (PI)
 - e. Menghalangi kerja enzim protease yang berfungsi memotong RNA yang dibentuk oleh virus dengan ukuran yang benar untuk memproduksi virus baru, contoh obat ini adalah indinavir, nelfinavir, zidovudine, ritonavir, amprenavir dan lopinavir.
3. Saat memulai terapi ART
- Semakin cepat pengobatan dimulai, semakin baik hasilnya. Obat akan bekerja dengan baik bila sistem kekebalan juga bekerja dengan baik melawan virus. Namun demikian, waktu memulai terapi ARV harus dipertimbangkan dengan seksama karena ART diberikan dalam jangka panjang.
4. Efek samping antiretroviral
- Pasien yang sedang mendapatkan HAART umumnya menderita efek samping. Sebagai akibatnya, pengobatan infeksi HIV merupakan tindakan yang kompleks antara menyeimbangkan keuntungan supresi HIV dan resiko toksisitas obat. Jenis obat ARV dan efek samping penggunaannya dapat dilihat pada Tabel 2.5.

Tabel 2.4
Jenis obat ARV dan efek sampingnya pada penggunaanya

Jenis Obat		Efek Samping
NRTI	Zidovudine	Anemia, neutropenia, intoleransi gastrointestinal, sakit kepala, sulit tidur, miopati, asidosis laktat dengan steatosis hepatitis (jarang)
	Lamivudine	Sedikit toksisitas, asidosis laktat dengan steatosis hepatitis (jarang)
	Stavudine	Neuropati perifer, pankreatitis, lipodistrofi (efek samping jangka panjang), asidosis laktat dengan steatosis hepatis (jarang)
	didanosine	Pankreatitis, Neuropati perifer, lipoatrofi, asidosis laktat dengan steatosis hepatis (jarang)
NNRTI	NVP	Ruam kulit berat, heptitis
	EFV	SSP, Teratogenik (jangan diberikan pada usia muda dalam usia reproduksi tanpa metode KB yang aman)
PI	Nelfinavir	Diare, hiperglikemia, perpindahan lemak (lipodistrofi), kelainan lipid

Sumber: (Steven G. Deeks, 2015)

Pasien HIV yang melaporkan mengalami efek samping obat yang signifikan, cenderung untuk tidak patuh pada Pasien HIV yang melaporkan mengalami efek samping obat yang signifikan, cenderung untuk tidak patuh pada pengobatan (Ammassari, 2001 dalam Kasper et al 2006). Hal ini sangat mmerugikan pasien karena bisa menimbulkan resistensi obat dan memburuknya kondisi klien. Karena itu peran perawat sangat penting dalam memberikan

konseling dan pendidikan kesehatan tentang efek samping ARV dan perawatannya, pentingnya kepatuhan, interaksi obat dan segala sesuatu hal yang menyangkut pengobatan ARV.

5. Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perilaku pasien dalam minum obat secara benar tentang dosis, frekuensi dan waktunya. Supaya patuh, pasien dilibatkan dalam memutuskan apakah minum atau tidak. Sedangkan compliance adalah pasien mengerjakan apa yang telah diterangkan oleh dokter. Adapun kiat penting untuk mengingat minum obat adalah meminum obat pada waktu yang sama setiap hari, harus selalu tersedia obat dimanapun biasanya penderita berada, menggunakan peralatan seperti jam maupun HP yang berisi alarm yang bisa diatur agar bisa berbunyi setiap waktunya dan mempergunakan pelayanan pager untuk mengingatkan waktu saatnya minum obat.

a. Monitoring

Selain adanya kesadaran pasien untuk mematuhi peraturan ART, diperlukan juga adanya monitoring yang dilakukan oleh pihak yang berwenang atau pihak yang berhubungan dengan ODHIV lainnya. Upaya monitoring terdiri atas:

- 1) Monitoring berkala, terbagi menjadi tiga jenis yaitu monitoring kepatuhan, monitoring efek samping ART dan monitoring keberhasilan ART
- 2) Monitoring klinis, dimana kegiatannya berupa follow up pertama setelah satu atau dua minggu, lebih awal jika terjadi efek samping, kunjungan bulanan sesudahnya, tiap kunjungan tanyakan tentang gejala, kepatuhan, masalah yang berhubungan dengan HIV dan non HIV, pemeriksaan fisik, berat badan dan suhu.

- b. Pemeriksaan laboratorium dasar, yaitu hitung darah lengkap dan hitung jenis Hb, leukosit dan TLC- Total Limfosit count tiap 3 bulan dan pada awal pemakaian ARV, SGOT dan SGPT, Hitung CD4, dilakukan pada awal terapi dan tiap 6 bulan.
- c. Monitoring efektivitas, ARV dinilai efektif apabila gejala menurun atau menghilang, meningkatnya berat badan, menurunnya frekuensi/beratnya IO, menurunnya lesi kaposi, meningkatnya TLC, meningkatnya hitung CD4⁺ dan supresi VL yang bertahan lama.

2.11 Area Perawatan Paliatif Care

Perawatan paliatif merupakan perawatan total yang dilakukan secara aktif terutama pada pasien yang menderita penyakit yang membatasi hidup, dan keluarga pasien, yang dilakukan oleh tim secara interdisiplin, dimana penyakit pasien tersebut sudah tidak dapat berespon terhadap pengobatan atau pasien yang mendapatkan intervensi yang memperpanjang masa hidup.

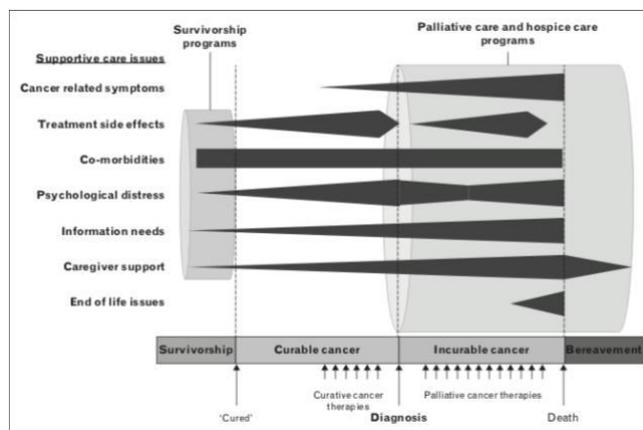
Area perawatan paliatif care dideskripsikan menjadi; supportive care dan end of life care. Perawatan suportif juga digunakan sebagai kata alternative untuk menggantikan kata perawatan paliatif. Namun saat ini, istilah supportive care digunakan lebih luas lagi termasuk untuk rehabilitas dan dukungan psikososial. Jadi supportive care memiliki makna yang serupa dengan perawatan paliatif dalam arti yang lebih luas dan umum.

2.11.1 Perawatan Suportif

1. Definisi

Perawatan suportif adalah untuk mencegah atau mengobati sedini mungkin gejala suatu penyakit, efek samping yang disebabkan oleh pengobatan suatu penyakit, dan masalah psikologis, sosial, dan spiritual yang berkaitan dengan suatu penyakit atau pengobatannya. Juga disebut perawatan kenyamanan,

perawatan paliatif, dan manajemen gejala. Perawatan suportif adalah istilah umum yang mencakup berbagai layanan, yang disediakan oleh berbagai individu dan organisasi. Layanan ini mencakup bantuan mandiri dan dukungan sebaya, penyediaan informasi dan pendidikan, dukungan dan terapi psikologis, pengendalian nyeri dan gejala, dukungan sosial, rehabilitasi, terapi pelengkap, dukungan spiritual, perawatan paliatif, dan perawatan berkabung (Hui, 2014).

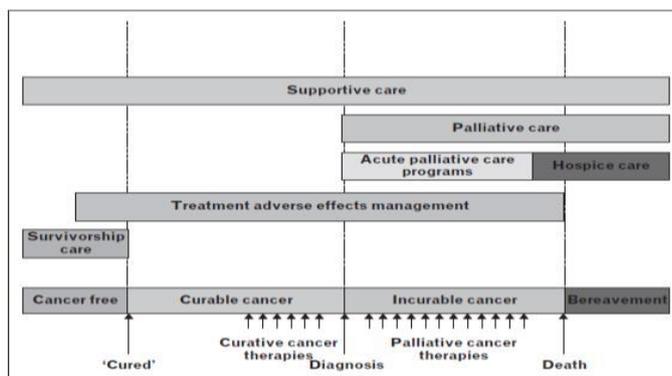


Sumber: Hui 2014

Gambar 2.6 Perawatan Suportif

Masalah perawatan suportif untuk pasien kronis. Sejak saat diagnosis, pasien mengalami banyak masalah perawatan suportif, termasuk tekanan fisik, psikologis, dan spiritual, serta kebutuhan sosial dan informasi. Menggambarkan intensitas relatif dari masalah pada berbagai tahap penyakit. Masalah perawatan suportif ini ditangani oleh berbagai disiplin ilmu, termasuk onkologi, penyakit dalam, perawatan paliatif, psikologi, dan pekerjaan sosial. Tim interdisipliner khusus seperti perawatan paliatif dan rumah sakit menangani kebutuhan perawatan suportif multidimensi pasien dan keluarga mereka. Program Survivorship berfokus pada

pengelolaan efek samping terkait pengobatan jangka panjang dan memberikan dukungan psikososial dan pendidikan pasien untuk survivor.



Sumber: Hui 2014

Gambar 2.7 Perawatan Suportif

Model konseptual untuk perawatan suportif, perawatan paliatif, dan perawatan hospice. Perawatan suportif mencakup ruang lingkup layanan terluas, mulai dari program penyintas kanker hingga perawatan berduka untuk pengasuh yang berduka. Perawatan paliatif memberikan perawatan suportif kepada pasien dengan stadium lanjut dan keluarga mereka dan mencakup program perawatan paliatif di fasilitas perawatan akut dan program perawatan hospice di masyarakat. Ahli sering terlibat dalam manajemen berbagai efek samping terkait pengobatan akut dan kronis dan dapat melibatkan disiplin ilmu lain berdasarkan rujukan (misalnya obat paru untuk penyakit paru-paru interstitial). Program survivorship berfokus pada penyediaan perawatan kepada individu yang bertahan.

2. Klasifikasi

Menurut Hui, (2014) klasifikasi untuk layanan perawatan suportif, perawatan suportif dapat dibagi menjadi tiga tingkat berdasarkan tingkat spesialisasi:

- a. Perawatan suportif primer disampaikan oleh tim perawatan primer dan ahli di lini depan. Misalnya, ahli onkologi sering memberikan rekomendasi untuk profilaksis dan manajemen untuk efek samping terkait perawatan, dan beberapa secara konsisten memulai diskusi prognostik dan perencanaan perawatan di muka dengan pasien mereka. Karena keterbatasan waktu klinik, pelatihan, kemampuan untuk mengikuti literatur perawatan yang mendukung dan sumber daya klinik, mereka mungkin tidak dapat sepenuhnya mengatasi masalah perawatan yang mendukung pada pasien yang kompleks dan perlu merujuk pasien ke tim perawatan suportif sekunder.
- b. Perawatan suportif sekunder melibatkan tim khusus yang membahas satu atau lebih domain perawatan yang mendukung, seperti psikiatri, kedokteran paru, perawatan luka dan ostomi, dan tim perawatan paliatif. Layanan ini dapat diakses melalui konsultasi rawat inap atau klinik rawat jalan atau keduanya.
- c. Perawatan suportif tersier melibatkan tim khusus ini memberikan perawatan kepada pasien dengan kebutuhan perawatan suportif yang paling kompleks dalam pengaturan perawatan tersier, seperti unit perawatan paliatif akut. Tim-tim ini juga secara aktif terlibat dalam penelitian dalam perawatan suportif dan juga mendidik profesional lain dalam masalah perawatan yang mendukung.

2.11.2 Coaching

"Coaching is partnering with clients in a thought-provoking and creative process that inspires them to maximize their personal and professional potential"

Sering kali kami menerima banyak pertanyaan mengenai *coaching*. Mulai dari perbedaan seorang *coach* dengan profesi pengembangan SDM lainnya seperti motivator, trainer, konsultan, konselor, cara menjadi *coach*, sampai menghadapi situasi *coaching* yang menantang Kami akan memulainya dengan potential. memaparkan konsep dasar *coaching* (Amalia & Siregar, 2016).

Kami merasakan bahwa *coaching* adalah proses perjalanan menjelajahi diri, pikiran, perasaan yang diikuti oleh tindakan yang berasal dari dalam diri *coachee* melalui hubungan antara *coach* dan *coachee* (orang yang dicoach) (Amalia & Siregar, 2016). Sepertinya sangat indah diungkapkan, bagaimana penerapannya?

Mari kita bahas satu per satu:

1. **Proses**-Serangkaian langkah sistematis, atau tahapan yang jelas dan dapat dilakukan berulang kali, untuk mencapai hasil yang diinginkan. Dalam proses *coaching* terdapat tahapan yang jelas mengenai *coaching*.
2. **Perjalanan menjelajahi diri, pikiran, dan perasaan** - Ungkapan yang menyatakan bahwa dalam proses *coaching* terdapat proses mengenali diri sendiri, pikiran, merasakan perasaan, dan menemukan berbagai macam potensi yang tersimpan di dalam diri.
3. **Hubungan coach dan coachee** - Seorang *coach* akan menemani *coachee* dalam proses penjelajahan diri ini. Hubungan kemitraan ini memiliki landasan kolaborasi yang

sangat kuat dengan hubungan yang terjalin dengan aman dengan penuh keakraban.

4. **International Coach Federation menjelaskan bahwa *Coaching*** sebagai bentuk kemitraan bersama klien (*Coachee*) dalam proses yang memprovokasi pikiran dan proses kreatif yang menginspirasi mereka untuk memaksimalkan potensi personal dan profesional.

"Coaching is partnering with clients in a thought-provoking and creative process that inspires them to maximize their personal and professional potential."

Fungsi dan keuntungan dari *coaching* kami rangkum dalam tiga poin berikut:

1. **Kemitraan** adalah bekerja sama dengan klien, memosisikan diri sebagai mitra sejajar, menjaga netralitas hubungan dan saling menghargai satu sama lain. Kapan seorang *coach* dan *coachee* merasakan memiliki kemitraan yang sejajar? Ketika antara *coach* dan *coachee* dapat merasakan sebuah kolaborasi tanpa beban, paksaan, penilaian dan merasakan satu sama lain adalah sama dan memiliki keterbukaan, memahami, dan menerima satu sama lain.
2. **Proses yang menstimulasi pemikiran dan kreatif-**
Coach membantu *coachee* dalam menstimulasi, memprovokasi, menginspirasi pemikirannya sendiri melalui proses *coaching* dengan menggunakan seluruh kompetensi *coach* dalam membuat *coachee* menemukan jawaban dan solusi dari pikirannya sendiri. Dalam *coaching*, proses stimulasi dan provokasi pikiran melalui pertanyaan yang diajukan *coach* pada *coachee*. Selain itu dibutuhkan juga kompetensi *coach* untuk menstimulasi

pikiran, perasaan, keyakinan yang menghasilkan tindakan dan akselerasi kemajuan *coachee*.

3. **Memaksimalkan potensi pribadi dan profesional** - Setiap orang memiliki potensi dalam dirinya melalui pribadinya maupun profesionalismenya. Proses *coaching* membantu *coachee* untuk memaksimalkan potensi yang ada di dalam dirinya. *Coaching* menciptakan rasa kepemilikan, akuntabilitas dan komitmen dari *coachee* yang memungkinkan potensinya tergal lebih luas dan mencapai prestasi yang lebih besar dalam pekerjaan, bisnis maupun kehidupan.

Beberapa definisi *coaching* yang dapat dipakai adalah sebagai berikut:

1. Sir John Whitmore, '*Coaching for Performance*' "*Coaching is unlocking a person's potential to maximise his or her own performance. Its helping them to learn rather than teaching them.*" *Coaching* membuka kunci dari potensi seseorang untuk memaksimalkan performanya. Hal tersebut membantu mereka untuk belajar melalui proses *coaching* bukan dengan mengajarkan mereka. *Coaching* membantu *coachee* menggali pikirannya dan membuat proses belajar dari diri mereka. Seorang *coach* yang baik akan membuat proses belajar datang dari pikiran dan kesadaran mereka dari pada mengajari mereka. Hal ini dikarenakan ketika ide-ide datang dari pikiran mereka sendiri dan kesadaran mereka sendiri, mereka akan memaknai tindakannya dan mendorong mereka untuk memberikan performa terbaik dari diri mereka.
2. Natalie Ashdown, '*Bring out Their Best*' "*Coaching is a powerful technique of listening and questioning that enables a person to gain awareness and identify where*

they want to be, where they are now, what options they have to move forward and what they will actually do to move forward." *Coaching* adalah teknik yang sangat kuat dalam mendengarkan dan bertanya yang memungkinkan seseorang mendapatkan kesadaran dan mengidentifikasi mereka ingin menjadi seperti apa, di mana mereka sekarang, apa pilihan yang mereka miliki untuk membuat mereka bergerak maju dan apa tindakan yang benar-benar akan dilakukan untuk bergerak maju.

2.11.3 Filosofi *Coaching*

Sebagai landasan dari cara pandang kami terhadap *coaching* itu sendiri, kami mempercayai bahwa setiap manusia itu adalah ciptaan Tuhan dengan keunikan dan potensi yang sangat dahsyat (Amalia & Siregar, 2016).

Setiap manusia memiliki tubuh, pikiran, perasaan, jiwa yang terintegrasi yang mampu digali dan dioptimalkan.

Di Loop Institute of *Coaching*, kami menciptakan filosofi *coaching* dalam cara kami memandang setiap orang pada berbagai situasi, kami menyebutnya RICH. Diciptakan oleh Ina Rizqie Amalia, PCC dan Kurnia Siregar, PCC (Amalia & Siregar, 2016).

1. Respect (Penghargaan)

Saling menghargai dan menghormati adalah hal penting dalam filosofi kami. Dengan saling menghargai dan menghormati, perasaan positif, nilai diri menjadi kuat dan lebih memaknalkan kehadiran seseorang, situasi dan lingkungan di sekitar dan dunia kita. Kami menghargai dengan cara:

- a. menghormati perbedaan, bahwa setiap orang itu unik dan memiliki perbedaan,

- b. menghargai pilihan dan keputusan setiap orang dalam hidupnya,
- c. menghargai cara hidup dan gaya hidup orang lain,
- d. menghormati keyakinan setiap individu,
- e. menghargai nilai hidup setiap individu.

2. Integrity (Integritas)

Integritas merupakan sebuah konsep dari tindakan, nilai, metode, ukuran, prinsip, harapan, dan hasil yang diinginkan. Integritas merupakan pilihan personal, sebuah hal yang tidak dapat dikompromikan dan meletakkan komitmen pada penghargaan diri, etika, spiritual, nilai diri dan prinsip. Integritas dapat berupa:

- a. Keberanian untuk melakukan sesuatu hal yang benar berdasarkan apa yang diyakini.
- b. Menjadi diri sendiri.
- c. Keutuhan atau kelengkapan.
- d. Kesadaran diri dan kepedulian.

3. Creative Process & Continues Learning (Proses Kreatif & Pembelajaran Terus-Menerus)

Dalam proses *coaching*, *coach* dan *coachee* akan bekerja sama dalam proses kreatif dan pembelajaran yang berlanjut. Dalam proses kreatif terdapat pengayaan pikiran, ide-ide, menciptakan sesuai yang baru, memodifikasi dengan lebih baik, mengakselerasi, dan mendorong (Amalia & Siregar, 2016).

Pada proses pembelajaran yang terus-menerus, setiap individu memiliki kebutuhan untuk memenuhi pembelajaran diri mereka, mengembangkan diri, mendapatkan pengalaman, pengetahuan baru, makna kehidupan, dan lainnya. Filosofi dalam pembelajaran terus-menerus adalah:

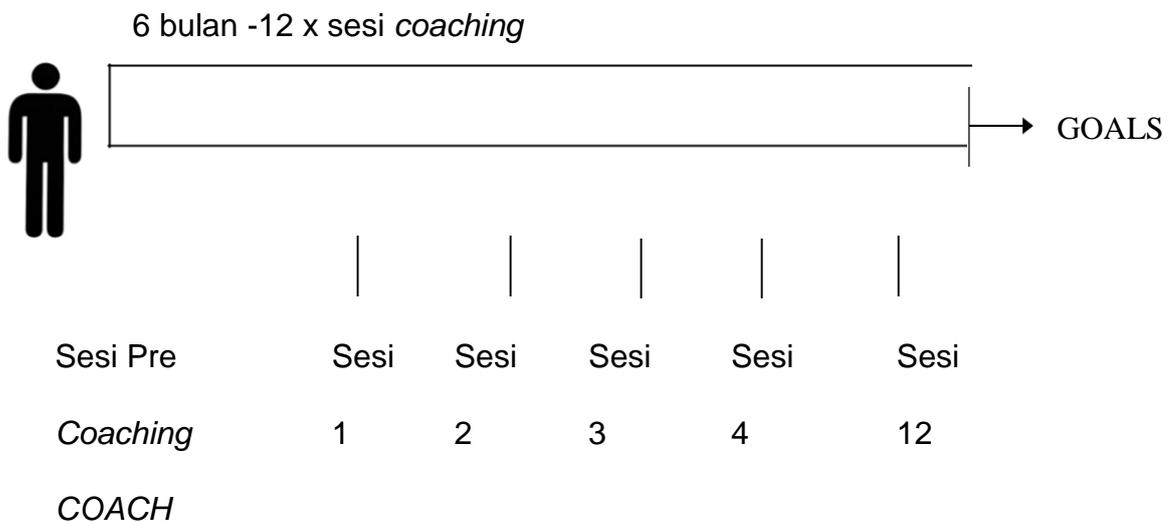
- a. Setiap orang memiliki rasa ingin tahu dan selalu mencari tahu melalui informasi.
 - b. Setiap orang tidak pernah berhenti belajar dalam hidupnya.
 - c. Setiap orang belajar dari banyak sumber dan pendekatan.
 - d. Setiap orang belajar dari situasi, kondisi; dari diri mereka sendiri, pengalaman, lingkungan, dan dunianya.
4. Human Potential (Potensi Manusia)

Setiap manusia memiliki potensi yang tersimpan dalam dirinya. Potensi terus bertumbuh dan berkembang. Setiap orang lahir dengan natur terus berkembang dan tumbuh dalam hidupnya. Setiap orang memiliki potensi dan pertumbuhan melalui:

- a. Perkembangan fisik dan mental.
- b. Spiritual dan pemaknaan hidup.
- c. Transformasi atau perubahan.
- d. Akselerasi.
- e. Kepemilikan, dan lainnya.

2.11.4 Bagaimana Proses *Coaching* Dilakukan

Coaching dilakukan secara reguler dan berkesinambungan, bisa terjadwal per-minggu, per-dua minggu atau satu bulan sekali, baik melalui tatap muka maupun via telepon atau video call serta pada waktu, tempat yang telah disepakati bersama oleh *coach* dan *coachee* (Amalia & Siregar, 2016).

Gambar Proses *Coaching*

Berikut proses *coaching* profesional:

1. Pengenalan tentang *coaching*

Dalam tahapan pengenalan, *coach* wajib menyampaikan apa itu *coaching*, proses, mekanisme, kode etik, peran dan tanggung jawab masing-masing. Selain itu *coach* dan *coachee* akan berkenalan lebih dalam mengenai diri masing-masing, agar dapat merasakan kecocokan di kedua belah pihak. Hal ini dapat kita sebut "Chemistry Check".

2. Perjanjian *coaching*

Apabila *coach* dan *coachee* telah sepakat untuk melakukan kerja sama *coaching*, maka *coach* dan *coachee* akan membuat perjanjian tertulis yang mencakup:

- a. Definisi *coaching* dan apa yang mencakup maupun yang tidak mencakup area *coaching*.
- b. Kewajiban dan tanggung jawab *coach* dan *coachee*.
- c. Kerahasiaan dan batasan-batasannya.

- d. Proses dan mekanisme *coaching*, durasi, berapa kali pertemuan, dan logistik.
- e. Komersial aspek, pembayaran, biaya, dan lainnya,
- f. Goal atau area *coaching* yang akan dijalani.
- g. Hal-hal lain yang terkait dengan kesepakatan ke depan antara *coach* dan *coachee*.

3. Pre *coaching* (persiapan *coaching*)

Dalam proses ini, *coach* dan *coachee* mempersiapkan proses *coaching* ke depannya, antara lain melakukan assessment atas *coachee* pada hal yang ingin ia tingkatkan.

Coach dan *coachee* juga mendiskusikan fokus tujuan *coachee*, ukuran pencapaian dan juga target jangka panjang maupun pendek dalam program *coaching* ini.

4. Sesi *coaching*

Coachee akan membawa sebuah isu atau agenda tujuan yang ingin dicapai pada setiap sesinya. *Coach* membantu *coachee* untuk menemukan jawaban dari *coachee* sendiri dan membantu *coachee* melihat ke berbagai perspektif dan opsi opsi solusi dari isu atau agenda tujuan yang dibahas, melalui percakapan dan dialog yang intensif di mana seorang *coach* akan mengajukan banyak pertanyaan yang diharapkan mampu menggugah pikiran dan perasaan *coachee*.

"*Coach* dan *coachee* akan berkenalan lebih dalam mengenai diri masing masing, agar dapat merasakan kecocokan. Hal ini disebut dengan "Chemistry Check". Setiap sesi, *coachee* akan membawa rencana aksi dan komitmen diri untuk pengembangan dirinya. Sesi *coaching* berikutnya akan dimulai dengan review dari rencana aksi yang telah dijalankan *coachee* dan pencapaiannya,

setelah itu baru dilanjutkan dengan sesi *coaching* dengan pembahasan baru atau lanjutan dari pembahasan sesi yang dulu.

Melalui kompetensi seorang *coach* yang profesional, *coachee* diajak untuk melihat berbagai kemungkinan dan membuka kesadaran diri yang lebih dalam untuk mencapai hasil yang diinginkan oleh *coachee*. *Coach* selalu mendukung *coachee* untuk selalu berkomitmen pada aksi-aksi dan pencapaian serta akuntabilitasnya.

2.11.5 Percakapan *Coaching*

Model percakapan ini berfokus pada pencapaian tujuan dengan mengajak *coachee* melihat secara keseluruhan situasi yang ada, kesenjangan, kebermungkinan, rencana aksi, dan menjaga akuntabilitas *coachee*.

Adapun penjelasan dari F.I.R.A adalah:

1. Fokus Tujuan (Goal)
2. Identifikasi G.P.S - Kesenjangan (Gap), Kemungkinan (Posibilities), Solusi (Solution)
3. Rencana Aksi (Action Plan)
4. Akuntabilitas & Komitmen (Accountability & Commitment)

Coaching Conversation model FIRA©*

F

Fokus Tujuan (Goal)

Coach dan *coachee* mendiskusikan tentang sasaran *coachee* dan fokus pengembangan diri *coachee* berbasiskan KPI.

Coach menanyakan:

1. Agenda (Sasaran KPI/kinerja) yang akan didiskusikan.
 2. Fokus sasaran individu *coachee* yang akan dicapai.
-

-
3. Ukuran sukses dari sesi ini.
 4. Apa yang membuat pencapaian sasaran itu penting untuk *coachee*.
-

Identifikasi GPS

I *Coach* dan *coachee* mendiskusikan kesenjangan (*Gap*), Kemungkinan (*Possibilities*) dan Solusi (*Solution*) yang datang dari *Coachee*:

Coach menanyakan:

1. Skala 1-10, di mana 1 jauh dari sasaran dan 10 sudah sampai sasaran. Di mana Anda sekarang?
2. Apa kesenjangan/*gap* yang ada sekarang (untuk mencapai tujuan)?
3. Apa kemungkinan/peleuang yang dimiliki sekarang untuk mencapai tujuan tersebut?
4. Apa peluang/kemungkinan yang bisa diambil?
5. Apa pro kontra/dampak dari masing masing hal di atas?
6. Apa hambatan/ancaman yang mungkin terjadi dalam mencapai tujuan?
7. Apa saja solusi-solusinya?

Rencana Aksi

R *Coach* dan *coachee* mendiskusikan rencana aksi yang akan dilakukan oleh *coachee*, berdasarkan diskusi sebelumnya.

Coach menanyakan:

-
1. Apa rencana aksi untuk mencapai sasaran Anda?
 2. Bagaimana Anda mengatur prioritasnya?
 3. Bagaimana strategi dalam menjalankannya?
 4. Bagaimana perencanaan waktu (*Time Frame*) dari rencana Aksi Anda?
 5. Apa ukuran sukses dari rencana aksi?
 6. Bagaimana mengantisipasi hambatan dari rencana aksi Anda?
 7. Apa sumber daya/dukungan yang Anda butuhkan untuk mencapai sasaran?

A

Akuntabilitas

Akuntabilitas, Komitmen, dan Tindak Lanjut *Coach* dan *Coachee* mendiskusikan komitmen, akuntabilitas, dan tindak lanjut. *Coach* menanyakan:

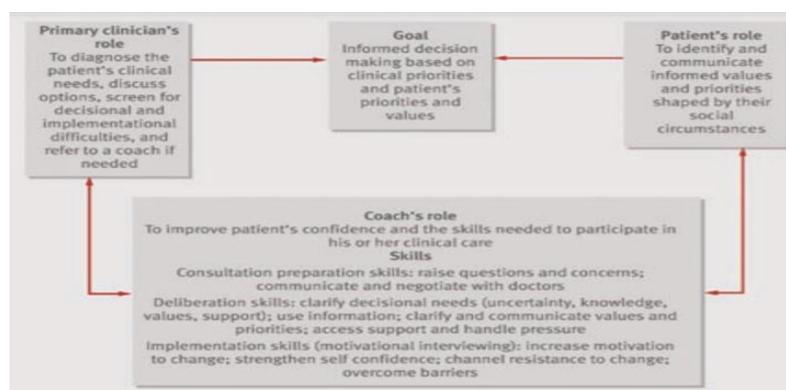
1. Apa kesimpulan dari sesi *coaching* ini?
Bagaimana Anda memonitor dan menjaga akuntabilitas rencana aksi Anda
2. Bagaimana komitmen Anda dalam mencapai tujuan?
3. Tindak lanjut berikutnya -> Tentukan tanggal dan waktu pertemuan selanjutnya serta agenda pengembangan berikutnya

Model percakapan *Coaching* FIRA © dikembangkan oleh Ina Rizqie Amalia, PCC dan Kurnia Siregar, PCC (Loop Institute of *Coaching*)

2.11.6 *Coaching* dalam tinjauan kesehatan dan perawatan

Coaching dapat mengembangkan kemampuan pasien dalam mempersiapkan konsultasi, pertimbangan pilihan, dan implementasi perubahan (perilaku). Fasilitator terlatih (*Coach*) adalah mereka yang mendukung atau memberi arahan tapi tidak membuat keputusan untuk pasien. *Coach* sering kali adalah perawat, tetapi mereka mungkin juga profesional kesehatan atau orang lain yang terlatih. Pelatihan disediakan dalam bentuk tatap muka antara individu atau kelompok, atau juga dapat melalui telepon atau e-tools (O'Connor et al., 2008)

Coaching dapat digunakan untuk kondisi kronis dimana tantangannya terletak pada menemukan kesamaan antara prioritas klinis dan pribadi dan menerapkan perubahan. Fasilitator terlatih (*coach*) terlibat ketika kepercayaan dan keterampilan pasien dalam mempersiapkan konsultasi, mempertimbangkan pilihan, atau menerapkan perubahan perlu dikembangkan. Berikut ditampilkan ilustrasi *coaching* dalam tinjauan kesehatan dan perawatan secara umum (*coach's role*) (O'Connor et al., 2008).



2.11.7 Peran pelatih dalam perawatan kolaboratif dan pengambilan keputusan bersama

Salah satu diantara strategi yang muncul untuk membantu individu berhasil mengubah perilaku kesehatan mereka adalah *Health and Wellness Coaching* (HWC) (Wolever et al., 2013). Secara umum merupakan disiplin baru dalam manajemen treatment penyakit kronis dan upaya pembentukan perilaku kesehatan (Sforzo et al., 2017;2019). HWC lebih dikenal dan sering digunakan dengan frasa "*health coaching*" dan telah diartikan dengan berbagai cara selama dekade terakhir (Wolever et al., 2013). Meskipun demikian, istilah "*wellness coaching*" juga digunakan pada literatur (Swarbrick et al., 2013).

Palmer et al. (2003) mendefinisikan *health coaching* sebagai praktik pendidikan dan promosi kesehatan dalam konteks pembinaan, untuk meningkatkan kesejahteraan individu dan untuk memfasilitasi pencapaian tujuan terkait kesehatan mereka.

Butterworth et al. (2016) juga mendefinisikan *health coaching* sebagai layanan di mana penyedia memfasilitasi peserta dalam mengubah perilaku terkait gaya hidup untuk peningkatan kesehatan dan kualitas hidup, atau menetapkan dan mencapai tujuan promosi kesehatan

Lebih lanjut didefinisikan sebagai pembinaan yang menekankan kolaborasi dalam membimbing orang menuju perubahan perilaku yang sukses dan konsisten melalui dukungan dan penguatan individual (Swarbrick et al., 2013).

Selain itu, *health coaching* menggunakan percakapan terampil berbasis bukti, strategi klinis, dan intervensi untuk secara aktif dan aman melibatkan klien dalam perubahan perilaku kesehatan untuk mengelola sendiri kesehatan mereka,

risiko kesehatan, dan kondisi kesehatan akut atau kronis yang lebih baik sehingga menghasilkan hasil kesehatan yang optimal, peningkatan hasil kesehatan, penurunan risiko kesehatan, dan penurunan biaya perawatan kesehatan. Adapun *wellness coaching* menekankan bimbingan dan inspirasi yang diberikan kepada individu “sehat” yang ingin mempertahankan atau meningkatkan status kesehatan umum mereka secara keseluruhan (Huffman, 2016).

2.11.8 *Coaching* suportif sebagai implementasi dari Health *Coaching*

Health coaching menerapkan *coaching* kolaboratif dengan maksud mengubah perilaku individu secara konsisten melalui dukungan dan penguatan individual. *Health coaching* berorientasi pada pasien dan memotivasi mereka untuk mengubah perilaku mereka. Tujuan *health coaching* adalah untuk memotivasi pasien untuk mencapai tujuan yang meningkatkan kualitas hidup mereka dan meningkatkan kesehatan mereka (Kivelä et al., 2014).

Dengan demikian, diantara bentuk implementasi dari *health coaching* dengan penekanan pada dukungan dan penguatan individual untuk meningkatkan kualitas hidup dapat diistilahkan sebagai *coaching* suportif.

Coaching suportif menggambarkan model pembinaan yang luas dan beragam yang menggabungkan komponen emosional/relasional dan struktural/instrumental yang berbeda namun saling terkait. Pembinaan suportif dapat memainkan peran positif dengan memberikan bimbingan dalam proses memperjuangkan tujuan (perubahan perilaku) dan memelihara pengembangan mental (konsistensi) (Nicolas et al., 2011). Peran pelatih *coaching* suportif sebagai bentuk implementasi dari *health coaching* adalah membantu pasien

mempertimbangkan pilihan, membuat pilihan dan merencanakan serta mengidentifikasi tantangan untuk membantu mereka berubah menjadi lebih baik. Peran tersebut meliputi mendengarkan, memahami, memfasilitasi, memuji, mendukung, memotivasi, dan memberikan umpan balik kepada pasien (Kivelä et al., 2014).

Selanjutnya, atribut dari *coaching* suportif secara umum dapat dirujuk dari *health coaching* sebagai berikut (Huffman, 2016):

- a. Client-centered, self-goal-directed process
- b. Health-focused, evidence-based practice interventions untuk kondisi penyakit kronis dan/atau risiko kesehatan moderat-tinggi
- c. Health teaching
- d. Client autonomy
- e. Client empowerment and self-discovery
- f. Kemitraan kolaboratif
- g. Keterlibatan klien
- h. Motivational interviewing
- i. Pengukuran hasil kesehatan akuntabilitas klien
- j. Perawat umumnya sebagai *health coaches*
- k. Evaluasi efektivitas *coaching*

Coaching suportif menekankan pada dukungan dan penguatan individual pada beberapa aspek *health coaching* yang penting yang menurut Lindner et al. (2003) terdiri dari tiga indikator independen utama: (1) pendidikan yang berhubungan dengan penyakit, (2) dukungan psikososial dan (3) strategi perubahan perilaku. Namun, peran independen semata dianggap kurang efektif. Dilaporkan bahwa studi yang hanya menerapkan pendekatan berbasis pendidikan penyakit saja kurang efektif dibandingkan dengan yang dipasangkan dengan

strategi perubahan perilaku. Mereka juga menerangkan bahwa manajemen diri, atau kemampuan individu untuk mengambil kepemilikan atas perubahan perilaku sehat mereka juga merupakan bagian dari perilaku penting untuk menargetkan perubahan. Penelitian yang menggunakan strategi perubahan perilaku sebagai bagian dari pembinaan dan secara khusus berfokus pada efikasi diri dan penetapan tujuan menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam kemampuan individu untuk mengelola sendiri kondisi kronis mereka. Penelitian yang memanfaatkan dukungan psikososial sebagai bagian dari pembinaan, yang didefinisikan sebagai aktivitas tatap muka dengan menghadirkan individu setiap minggu untuk mendengarkan dan memberikan dukungan emosional, juga menunjukkan peningkatan kepatuhan pengobatan peserta (Finn et al. 2017). Oleh karena itu dalam aplikasi *coaching* suportif sebagai model implementasi dari *health coaching* perlu mempertimbangkan efektivitas dari seluruh aspek-aspek tersebut secara komprehensif dan sinergis.

Dalam membangun hubungan *coaching* yang bersifat suportif terhadap individu yang paling berisiko, pelatih kesehatan profesional bersertifikat dapat memfasilitasi perubahan perilaku dan perubahan pola pikir ke arah pilihan dan kegiatan yang lebih sehat, sehingga mengurangi risiko penyakit kronis. Sementara pelatih kesehatan sering menempatkan tanggung jawab perubahan perilaku tepat di pundak individu, maka diperlukan pendekatan pelatih yang lebih luas yang mengoptimalkan dan mendukung determinan sosial kesehatan.

Kompetensi Inti *Health Coaching* yang dapat diterapkan pada *coaching* suportif

- a. Semangat hubungan pembinaan kesehatan dan kemitraan 50/50 pasien/penyedia dalam kesehatan
- b. Keterlibatan pasien/klien melalui wawancara motivasi dan empati
- c. Memandu agenda dan penetapan tujuan
- d. Gaya komunikasi
- e. Kompetensi budaya
- f. Mendengarkan secara aktif
- g. Mindfulness
- h. Memfasilitasi perubahan perilaku
- i. Intervensi praktik berbasis bukti untuk kesehatan, pencegahan, dan kondisi kesehatan kronis

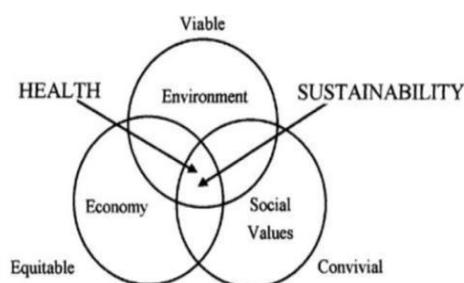
2.12 Kualitas Hidup

Kualitas hidup di definisikan sebagai konsep ekonomi, sosiologi dan ilmu pengetahuan yang mencakup kesejahteraan spiritual (emosional), sosial dan fisik seseorang. Konsep ini berasal dari Eropa Barat pada pertengahan tahun 20-an abad ketika upaya dilakukan untuk mengidentifikasi kepentingan material masyarakat dan kebutuhan yang baru berkembang dibandingkan dengan potensi masyarakat.

2.12.1 Definisi Kualitas Hidup

Konsep "kualitas hidup" pertama kali digunakan oleh AC Pigou dalam bukunya tentang kesejahteraan ekonomi pada tahun 1920. Tidak ada reaksi terhadap hal ini dan diabaikan hingga akhir Perang Dunia II. Saat itu Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) Perluas definisi kesehatan dan memasukkan konsep kesejahteraan fisik, psikologis dan sosial. WHO mendefinisikan kualitas hidup (QOL) sebagai sistem nilai dan budaya yang selaras dengan tujuan individu di mana seseorang hidup, relatif terhadap tujuan, harapan, standarhidup, dan minat mereka Ini adalah konsep lengkap

yang menggabungkan kesehatan fisik dan psikologis individu, tingkat kemandirian mereka, hubungan sosial mereka dan bagaimana mereka berhubungan dengan lingkungan sekitarnya. Kualitas hidup adalah bidang studi yang semakin menarik minat. Model dan instrumen konseptual kualitas hidup untuk penelitian, evaluasi dan pengujian telah dikembangkan sejak pertengahan abad lalu. Namun, filsuf Yunani sedang mencari makna hidup yang dapat membantu orang mengejar tingkat eksistensial yang lebih tinggi dalam hidup mereka. Pada abad yang lalu, kualitas hidup ditentukan sebagai kesejahteraan materi atau kekayaan. Kemudian, perubahan persepsi tentang makna hidup dan nilai mempengaruhi konsepsi hidup dan semua faktor berubah. Evaluasi kualitas hidup harus mencakup semua elemen. Hasil evaluasi faktor kualitas kehidupan dapat berupa kemungkinan untuk membuat program sosial, implementasi dan pengembangan dalam organisasi, di tingkat nasional atau internasional



Gambar 2.7 Model konseptual kesehatan dan pembangunan berkelanjutan

Sumber : (StrLiverpool_2014_QualituOfLife_J.Ruzevicius.Pdf, n.d.)

2.12.2 Model Kualitas Hidup



Gambar 2.8 Model Kualitas hidup

Sumber : (StrLiverpool_2014_QualituOfLife_J.Ruzevicius.Pdf, n.d.)

Kualitas hidup juga bergantung pada faktor eksternal.

Kondisi atau keadaan hidup yang baik akan menentukan kualitas hidup yang tinggi, tetapi jika kondisi ini bervariasi, kepuasan individu terhadap kualitas hidup juga akan berbeda. Kualitas hidup oleh berbagai faktor dan kondisi, seperti: akomodasi, pekerjaan, pelayanan, kesejahteraan materi, sikap moral, kehidupan pribadi dan keluarga, dukungan sosial, stres dan krisis, kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan, pelayanan kesehatan, kondisi kerja, makanan, kesempatan pendidikan, hubungan dengan lingkungan, faktor lingkungan, dan lain-lain. Model kualitas hidup pada Gambar 1. Kualitas hidup adalah:

1. Keadaan fisik (kesehatan, beban kerja, stamina, gizi).
2. Keadaan materi (kesejahteraan, kondisi kehidupan, kualitas ekonomi; pendapatan rata-rata, daya beli, kondisi kerja dan rekreasi, dll.)
3. Situasi psikologis, perilaku, nilai, harga diri, kepuasan stres psikologis dalam keluarga, organisasi, komunitas, bangsa.

4. Pendidikan dan pengembangan diri.
5. Hubungan sosial (hubungan dengan orang, keluarga, dukungan).
6. Ekspresi diri ekspresi dan waktu luang (rekreasi, hobi, kreasi, hiburan)
7. Keselamatan dan lingkungan pribadi, fisik badan, hukum, lingkungan kerja, lingkungan, ekonomi, politik.

2.12.3 Indikator Kualitas Hidup

Kualitas hidup dikaji dengan menggunakan indikator obyektif dan indikator subyektif. Indikator subjektif kualitas hidup mengacu pada., feeling good dan secara umum individu merasa puas dengan kehidupan yang dijalaninya. Indikator subjektif kualitas hidup lebih pada kemampuan memenuhi tuntutan-tuntutan sosial terkait materi, status sosial, dan kesejahteraan fisik (Quality of Life Research Center dalam Susniene, 2009). Indikator objektif dapat diobservasi oleh lingkungan sosial dan dapat diukur dengan mudah, sedangkan indikator subjektif hanya diketahui oleh individu yang bersangkutan sehingga peneliti harus mengajukan beberapa pertanyaan terkait indicator tersebut.

Kualitas hidup terdiri dari empat spektrum dan dibagi menjadi dua bagian, yaitu kualitas hidup secara subyektif dan kualitas hidup secara obyektif. Spektrum berupa lapisan dari dalam ke luar. Lingkaran paling luar menunjukkan kualitas hidup yang terkait dengan lingkungan paling luar sementara lingkaran paling dalam terkait dengan kondisi personal dari individu tersebut. Spektrum kualitas hidup secara subyektif dari dalam ke luar adalah pemaknaan terhadap hidup, kebahagiaan, kepuasan hidup dan kesejahteraan. Sementara spektrum kualitas hidup secara objektif dari lapisan dalam keluar adalah kondisi biologis, kemampuan menunjukkan

potensi yang dimiliki, kemampuan mencukupi kebutuhan hidup dan faktor obyektif seperti nilai dan norma budaya. Selain spektrum integritas kualitas hidup, diketahui ada beberapa lapisan spektrum integratif kualitas hidup. Spektrum integratif kualitas hidup ini dijelaskan dalam Tabel 2.5.

Tabel 2.5. Lapisan Spektrum Integratif Kualitas Hidup

Lapisan	Indikator	Contoh
Global	1. Lingkungan luar 2. Politik	Lingkungan yang bersih, penghargaan terhadap hak- hak hidup
Eksternal	1. Pekerjaan 2. Tempat tinggal	Jenis pekerjaan. Jumlah pendapatan, kondisi tempat tinggal
Interpersonal	1. Keluarga 2. Hubungan interpersonal	Struktur dan fungsi dalam hubungan sosial, hubungan dengan keluarga, orang tua, dengan orang lain teman
Personal	1. Kondisi fisik 2. Kondisi psikologis 3. Kondisi spiritual	Tumbuh kembang personal, kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari, kemampuan mencari makna hidup

Sumber: Susniene (2009)

2.12.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi

Beberapa faktor yang menentukan kualitas hidup adalah sebagai berikut (Handayani & Dewi, 2017) : Jenis kelamin, etnis/ras, status pernikahan, pendidikan, penghasilan, status pekerjaan, asuransi kesehatan, serta faktor kesehatan.

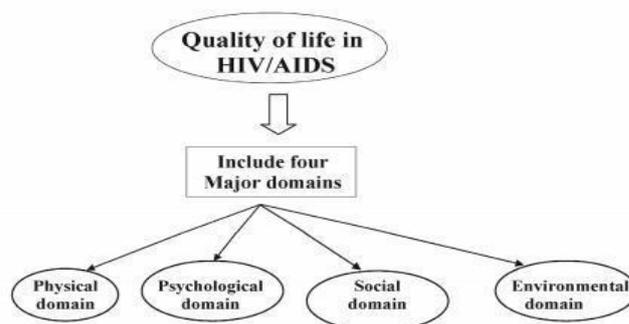
Faktor tersebut di atas dapat dibedakan menjadi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang berpengaruh terhadap kualitas hidup sebagai berikut: 1). Jenis kelamin, wanita mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dibanding laki-laki, 2). Umur, penduduk dengan usia > 75 tahun (33,2%) mempunyai kualitas hidup yang buruk dibandingkan usia muda 18-24 tahun hanya (7,5%) 3). Etnis

ras. 4). Faktor kesehatan, yaitu adanya penyakit kronik yang dialami seseorang akan menurunkan kualitas hidup. Faktor eksternal yang berhubungan dengan kualitas hidup sebagai berikut : 1) status pernikahan, yakni individu yang belum menikah bercerai mempunyai kualitas hidup lebih buruk dibandingkan individu yang berstatus menikah, 2) pendidikan, individu dengan pendidikan sekolah menengah ke bawah mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan individu yang berpendidikan tinggi, 3) penghasilan, penduduk dengan penghasilan yang tidak bisa mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari mempunyai kualitas hidup yang buruk, 4) status pekerjaan, seseorang yang sudah pensiun dan orang yang tidak bekerja mempunyai kualitas hidup yang buruk dibanding orang yang bekerja, 5) asuransi kesehatan, seseorang yang tidak mempunyai asuransi kesehatan mempunyai kualitas hidup yang buruk, 6) nilai dan kepercayaan keluarga. Faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup sangat banyak seperti keuangan, kesehatan, keamanan, keadaan lingkungan, dukungan keluarga, dan lingkungan sekitarnya (Handayani & Dewi, 2017).

2.12.5 Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS

Basavaraj et al., (2010) penelitian ini telah menunjukkan bahwa orang yang hidup dengan HIV / AIDS di lingkungan kami, mengalami kualitas hidup yang buruk, bahkan dengan ketersediaan anti-reroviral obat-obatan. Upaya yang bertujuan untuk meningkatkan psikologis kesejahteraan memadai melalui dukungan sosial dan perawatan yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup yang positif. Ada kebutuhan untuk memastikan kualitas dan pemerataan pelayanan perawatan kesehatan mental untuk menangani

terkait masalah emosional dan psikologis. Unit konseling harus dibentuk di semua tingkatan perawatan, dengan tujuan memulai konseling sukarela yang hidup dengan HIV / AIDS. Penelitian Ini, selain mengurangi momok HIV / AIDS di masyarakat pedesaan melalui kampanye peningkatan kesadaran dan berkelanjutan, akan meningkatkan harga diri dan lebih baik pemahaman tentang masalah tersebut, dengan kerinduan untuk meningkatkan kualitas hidup melalui penundaan. Juga, strategi yang bertujuan untuk menghilangkan hambatan militating terhadap akses gratis untuk obat virus anti-retroviral di banyak daerah harus ditingkatkan.



Gambar 2.9 Quality of life – major domains

Sumber: (Basavaraj et al., 2010)

Dalam penelitian Handayani & Dewi, (2017) diketahui juga bahwa dari beberapa karakteristik demografi yang diteliti secara signifikan berhubungan dengan kualitas hidup yaitu jenis kelamin: perempuan dengan HIV/AIDS memiliki kualitas hidup lebih buruk dibandingkan dengan pria, status marital, tingkatan pendidikan, pekerjaan, pada ODHIV yang berstatus menikah, berpendidikan tinggi, dan bekerja mempunyai kualitas hidup yang baik, lama menderita : semakin lama menderita sakit kualitas hidupnya semakin

buruk, jumlah CD 4 dan viral load, serta yang nilai korelasinya paling tinggi adalah derajat klinis penyakit.

Selain itu, kualitas hidup ODHIV, juga dipengaruhi oleh masalah psikososial. Khususnya masalah depresi yang merupakan masalah psikososial terbesar yang dialami ODHIV, memerlukan penanganan yang serius karena dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup (Handayani & Dewi, 2017). Pada ODHIV dengan tahap infeksi HIV positif, kondisi fisik yang tidak stabil dan cenderung menurun diikuti dengan munculnya gejala-gejala fisik serta tekanan sosial yang begitu hebat yang didapatkan dari lingkungan dapat menjadi sumber stres yang dapat menyebabkan ODHIV mengalami depresi. Selanjutnya bagi ODHIV yang telah memiliki tahap AIDS, semakin rentan untuk mengalami depresi dikarenakan kondisi kesehatan yang semakin memburuk dan mengancam kehidupan yang mengganggu aktivitas sehari-hari dan menyebabkan ia tergantung dengan orang lain sehingga seringkali mengharuskan ia menjalani perawatan khusus di rumah sakit yang menyebabkan mereka kehilangan kontak sosial yang biasa ditemui sehari-hari di rumah. Selain itu, pasien juga sering merasa bahwa hidupnya tinggal sebentar lagi sehingga apapun yang dilakukan akan sia-sia. Hal ini berdampak pada kualitas hidupnya.

2.12.6 Dimensi dalam Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS

Menurut Basavaraj et al., (2010) terdapat enam dimensi yang dapat dijadikan landasan untuk menilai kualitas hidup orang yang hidup dengan HIV/AIDS diantaranya sebagai berikut :

1. Kesehatan atau kesejahteraan fisik

Yaitu kemampuan organ tubuh untuk berfungsi secara optimal sehingga dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Adanya infeksi virus HIV yang menyerang organ tubuh yang vital yaitu sistem imun seseorang akan berdampak cukup fatal bagi kesehatan fisik seseorang. Dimana pada kondisi ini seseorang harus berusaha mencegah dirinya terinfeksi kuman atau virus lain yang dapat memperburuk keadaannya. Pada kondisi ini, seseorang masih dapat bertahan hidup melakukan kegiatan sehari-hari seperti biasa sampai dinyatakan positif menderita AIDS, yang mana perjalanan HIV menjadi AIDS secara umum bervariasi 3-13 tahun, tetapi ada juga sebagian orang yang mengalami waktu terpendek antara 3 bulan- 3 tahun. Selain itu, juga mengatakan kesejahteraan fisik didapatkan dari kepuasan pasien terhadap adaptasi atau terbebas dari keluhan fisik yang dirasakan terkait penyakit seperti nyeri, kelemahan, kualitas tidur, dan gejala lain terkait infeksi oportunistik yang diderita.

2. Kesejahteraan psikologis/emosional

Yaitu kemampuan untuk menciptakan perasaan senang dan puas terhadap suatu peristiwa atau kejadian yang dialami dalam kehidupan seseorang sehingga terhindar dari timbulnya masalah-masalah psikologis. Kondisi emosional ODHIV yang tidak stabil karena adanya berbagai keterbatasan membuat ODHIV merasa frustrasi atau kecewa dan akhirnya menimbulkan masalah depresi, yang merupakan masalah psikologis terbesar pada ODHIV. Masalah psikologis lainnya yang juga sering dialami ODHIV adalah kecemasan, paranoid, mania,

irritabel, harga diri rendah, body image yang buruk, ketidakmampuan berkonsentrasi, dan psikosis. Berbagai masalah psikologis ini akan mempengaruhi kemampuan ODHIV untuk berpartisipasi secara penuh dalam pengobatan dan perawatan dirinya sehingga akan berdampak terhadap kualitas hidup ODHIV

3. Kesejahteraan sosial

Yaitu kemampuan seseorang untuk membina hubungan interpersonal dengan orang lain, dimana hubungan yang terbina adalah hubungan yang mempunyai kerekatan dan keharmonisan. Bagi ODHIV, salah satu masalah sosial terbesar yang dialaminya adalah isolasi sosial dari keluarga maupun masyarakat. Stigma yang berkembang di masyarakat terhadap ODHIV membuat masyarakat cenderung bersikap mengucilkan ODHIV. Kondisi ini akan membuat ODHIV semakin menutup dirinya dari kehidupan sosialnya sehingga memperburuk kondisi ODHIV, terutama ODHIV yang sebelum terinfeksi virus HIV adalah seorang pekerja. ODHIV yang dikeluarkan dari pekerjaannya setelah diketahui terinfeksi HIV, akan mengalami masalah sosial yang cukup serius dan dapat mempengaruhi kualitas hidupnya.

4. Kesejahteraan fungsional

Yaitu kemampuan seseorang untuk berfungsi secara optimal dan mandiri dalam kehidupannya sehari-hari meliputi bekerja, melakukan transaksi di bank, belanja, belajar, membersihkan rumah, merawat diri, berpakaian, menyiapkan makan dan toileting. Orang dengan HIV/AIDS mempunyai berbagai keterbatasan fungsi, sehingga membutuhkan dukungan sosial dari berbagai

pihak, khususnya orang-orang yang berada di sekitarnya seperti pasangan, anak, keluarga, atau teman dekat.

5. Kepuasan terhadap lingkungan

Yaitu kepuasan terhadap keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber finansial, pelayanan kesehatan, akses informasi, kesempatan untuk ikut dalam aktivitas rekreasi, lingkungan fisik (polusi, bising, cuaca, dan lain-lain), serta saran transportasi.

6. Kesejahteraan spiritual

Meliputi kemampuan dalam menemukan arti kehidupan dan menjalankan ibadah sesuai dengan agama yang dianutnya secara bebas. ODHIV yang menyadari penyakit yang dideritanya adalah merupakan cobaan dari Tuhan untuk menguji umatnya, maka akan lebih meningkatkan keimanannya sehingga memperbaiki dirinya dengan lebih mendekatkan dirinya dengan lebih mendekatkan diri pada Tuhannya. Hal ini akan berdampak pada kualitas hidup ODHIV.

2.13 Peran *Coaching* terhadap Kualitas Hidup dan Viral Load ODHIV

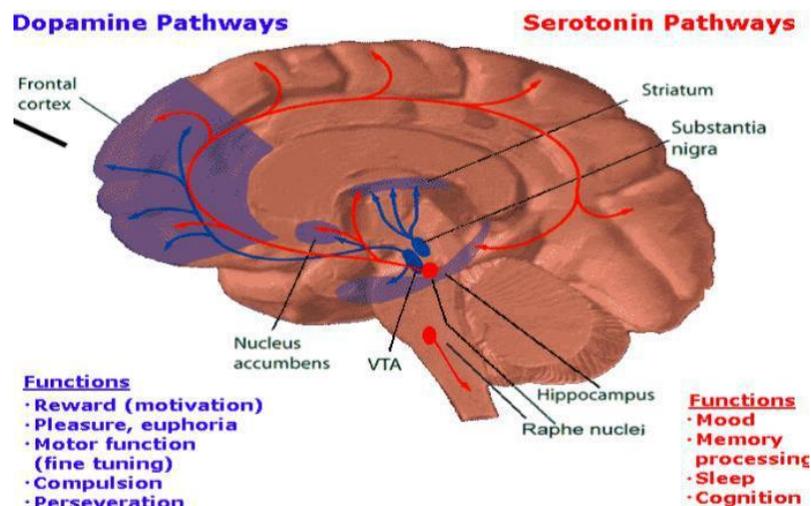
Menurut Budhawani Henna (2020), terapi *coaching* yang dilakukan selama tiga bulan menunjukkan peningkatan kualitas hidup ODHIV dengan penurunan nilai viral load ODHIV. *Coaching* merupakan proses perjalanan menjelajahi diri, pikiran, perasaan yang diikuti oleh tindakan yang berasal dari dalam diri *coachee* melalui hubungan antara *coach* dan *coachee*. Perjalanan menjelajahi diri, pikiran, dan perasaan akan menemukan berbagai macam potensi yang tersimpan dalam diri yang merupakan bagian dari dukungan emosional secara psikologis.

Menurut Saad (2019), mengatakan penggunaan virtual *coaching* meningkatkan 77% keaktifan dari pengguna aplikasi *coaching* dan 67% mampu menyelesaikan penilaian secara mandiri.

Peningkatan 5% penekanan virus dari hasil viral load selama 2 tahun dan 88% pengguna merekomendasikan penggunaan aplikasi *coaching* pada orang lain.

2.14 Serotonin

Serotonin (5-hydroxytryptamine, 5-HT) adalah salah satu neurotransmitter utama dalam otak manusia. Serotonin berperan mengatur perilaku dan respon psikologis terhadap stressor lingkungan dan telah lama terlibat dalam patofisiologi terjadinya depresi. Faktor yang memiliki peran penting terjadinya depresi adalah serotonin transporter. Protein serotonin transporter, dikodekan oleh gen transporter serotonin, bertanggung jawab untuk reuptake serotonin dari ruang ekstraselular ke dalam neuron presinaptik, dan berfungsi sebagai tombol pengatur sinyal serotonergik (Jasinska A, 2012).



Gambar 2.10 Sistem Serotonin

Sumber: Sommer (2009).

2.14.1 Sintesis Serotonin

Serotonin disintesis di neuron-neuron serotonergis dalam sistem saraf pusat. Hormon ini dipercaya sebagai pemberi perasaan nyaman dan senang. Serotonin juga merupakan hormon / senyawa kimia yang berfungsi sebagai penghantar pesan (neurotransmitter) dari satu bagian otak

kebagian otak yang lain. Serotonin diduga turut berperan aktif dalam pengiriman pesan emosi, hasrat dan keinginan yang diwujudkan dalam beberapa sikap sosial. Serotonin dibentuk di dalam otak melalui proses biokimia yang unik. Serotonin terbentuk dari tryptophan yang berkombinasi dengan tryptophan hydroxylase sebagai reaktor kimia (Coplan J, 2014).

Serotonin berasal dari dorsal dan median raphe nukleus yang terletak di otak tengah. Saat terjadi paparan stres akut, aktivitas serotonergik meningkat akibat menurunnya kadar serotonin, hal ini dibuktikan dengan meningkatnya ekspresi gen di DRN. Banyak juga literatur yang menyebutkan bahwa konsentrasi cairan ekstraseluler serotonin meningkat di kedua DRN dan target kortikolimbik sistem serotonin, termasuk amygdala dan hipocampus. Sekresi serotonin terjadi akibat adanya stres dan akan dibawa dari ruang ekstraseluler oleh serotonin transporter. Serotonin transporter memiliki peran penting dalam menentukan besarnya dan durasi aktivitas serotonin pada reseptor presinaptik dan postsinaptik juga ekstrasinaptik dalam mengatur kadar serotonin transmisi.

Besarnya pelepasan serotonin yang disebabkan oleh stres akan tergantung sebagian pada jumlah serotonin yang tersedia di terminal presinaptik. Pada tikus, sintesis serotonin dari L-tryptophan dalam otak dikendalikan oleh enzim tryptophan hydroxylase tipe 2 (Tph2). Hilangnya fungsi single nucleotide polymorphisme dalam gen manusia yang memiliki tryptophan hydroxylase tipe 2 dikaitkan dengan peningkatan kejadian depresi meskipun belum jelas apakah hubungan ini melampaui subpopulasi pasien tertentu. Selain itu dengan menggunakan pencitraan resonansi magnetik fungsional Hariri dan rekan baru-baru ini menunjukkan bahwa gen single nucleotide polymorphisme di daerah promotor gen Tph2

memprediksi respons amygdala yang berlebihan. Akhirnya, terbukti bahwa tryptophan hydroxylase gen 218A polymorphisme berkaitan dengan meningkatnya gangguan kecemasan dan depresi. Secara keseluruhan, data ini memberikan gagasan bahwa variasi genetik dalam pengendalian sintesis serotonin, melalui Tph2 dapat mempengaruhi hubungan stres dengan perilaku. Tryptophan hydroxylase isoform (Tph1) sebagian besar mengatur sintesis serotonin perifer. Sesudah di sintesis, serotonin disimpan di dalam vesikel sekretorik dan dibawa ke terminal presinaptik sebelum di sekresi. Vesikular monoamine transporter tipe 2 memiliki peran penting dalam proses ini. Indikasi bahwa vesikular monoamine transporter tipe 2 berperan terhadap stres berkaitan dengan ditemukannya penghambatan vesikular monoamine transporter yaitu reserpin menimbulkan gejala depresi (Li Y, 2013).

Percobaan pada tikus, dilakukan test berenang secara paksa, kemudian dilakukan pemeriksaan kadar serotonin dan didapatkan penurunan kadar serotonin. Hal ini menguatkan pendapat bahwa pada kondisi stres akut kadar serotonin akan menurun kemudian dengan mekanisme kompensasi kadar serotonin meningkat. Tetapi pada kondisi stres yang berlangsung lama di mana sistem serotonergik tidak dapat mengkompensasi sehingga kadar serotonin menjadi rendah (Li Y, 2013).

2.14.2 Sekresi serotonin

Serotonin adalah neurotransmitter utama, perannya ditentukan oleh berbagai sintesis dan katabolisme enzim, reseptor pra dan pascasinaptik, dan molekul intraseluler dan ekstraseluler. Serotonin berasal dari dorsal dan median raphe nukleus yang terletak di otak tengah. Saat terjadi paparan

stres, aktivitas serotonin meningkat, terbukti dengan meningkatnya ekspresi gen di DRN (Coplan J et al, 2014).

2.14.3 Serotonin reuptake

Serotonin transporter memiliki peran penting dalam menentukan besarnya dan durasi aktivitas serotonin pada reseptor presinaptik dan postsinaptik. Sekresi serotonin terjadi akibat adanya stres dan akan dibawa dari ruang ekstraselular oleh serotonin transporter yang memiliki peran penting ekstrasinaptik dalam mengatur kadar serotonin transmisi. Terdapat bukti bahwa kadar serotonin dalam medial prefrontal cortex (mPFC) dan amygdala menurun pada pasien yang mengalami depresi, perubahan kadar serotonin reuptake merupakan mekanisme penting di mana sistem serotonin dapat mengatur jumlah serotonin sinaptik yang ditimbulkan oleh stres (Coplan J et al, 2014).

2.14.4 Degradasi Serotonin

Serotonin dibersihkan dari ruang ekstraselular oleh serotonin transporter dan kembali ke sel dan mengalami deaminasi oksidatif menjadi inert metabolit oleh enzim monoamine oxidase A (MAOA) di mitokondria. Kadar MAOA di tentukan oleh ketersediaan serotonin (Coplan J et al, 2014).

2.14.5 Reseptor Serotonin dan Depresi

Sistem serotonin telah diinvestigasi secara luas sebagai elemen kunci dalam patofisiologi depresi dan bunuh diri, dan sebagai mediator kerja terapeutik anti depresan. Meskipun sistem serotonin memiliki banyak komponen, tiga molekul serotonin yang diyakini paling berhubungan dengan neurobiologi mood adalah transporter serotonin, reseptor serotonin 1a, dan reseptor serotonin 2a. Penelitian pada subyek dengan riwayat MDD yang meninggal secara alami mengalami peningkatan pengikatan reseptor serotonin 2a

pada korteks prefrontal. Penemuan ini telah mengarahkan beberapa peneliti untuk mengajukan hipotesis bahwa reseptor serotonin 1a post sinapsis dan reseptor reseptor serotonin 2a memiliki efek yang berlawanan secara fungsional, sehingga keseimbangan yang terganggu pada reseptor tersebut dapat memberikan kontribusi pada patofisiologi depresi, dan mengembalikan keseimbangan ini diperlukan untuk kerja psikoterapi.

Hubungan penting lain antara depresi dan stres adalah fakta bahwa kedua sistem LHPA dan serotonin, selain terlibat dalam patofisiologi depresi, juga merupakan kontributor penting terhadap neurobiologi stres. Oleh karena itu, mempelajari neurobiologi stres dengan fokus pada kedua sistem tersebut telah memberi kita petunjuk penting ke dalam patofisiologi penyakit yang berpengaruh, membuka jalan terhadap kerja antidepresan, dan mulai membuka bagaimana stres dan gangguan mood berhubungan (Juan, 2002).

2.15 Jurnal pendukung terkait serotonin dan depresi

Telah diketahui bahwa secara umum fungsi sistem serotonergik adalah memungkinkan organisme untuk menangkal perasaan takut, tidak berdaya, dan depresi (Meltzer, 1990). Gangguan pada sistem serotonergik diduga menjadi sebab terjadinya depresi. Serotonin merupakan neurotransmitter yang berperan penting dalam fungsi sistem ini.

“Hipotesis serotonin” dari depresi klinis hampir berusia 50 tahun. Hipotesis ini mengusulkan bahwa aktivitas yang menurun pada jalur serotonin memainkan peran kausal dalam patofisiologi depresi (Cowen, 2015). Diantara bukti yang paling meyakinkan untuk peran 5-HT terhadap depresi adalah efek dari depresi itu sendiri menurunkan konsentrasi 5-HT otak pada pasien depresi dan normal

(Meltzer, 1990). Beberapa penjelasan ringkas terkait peran depresi dan serotonin (Carr, 2010):

1. Bukti paling awal melaporkan bahwa terjadi penurunan kadar metabolit 5-HT dalam cairan serebrospinal (CSF) pada pasien depresi tetapi sebagian besar asosiasi mungkin sebenarnya didasarkan pada perilaku bunuh diri daripada depresi.
2. Beberapa laporan menemukan bahwa ketersediaan L-triptofan dalam plasma secara signifikan lebih rendah pada subjek dengan MDD.
3. Penipisan triptofan, dan penurunan 5-HT otak, dapat menyebabkan gejala depresi sementara pada individu yang rentan terhadap depresi, berdasarkan riwayat depresi pribadi atau keluarga mereka
4. Pada pasien depresi yang menerima SSRI, deplesi triptofan akut menyebabkan kembalinya gejala depresi yang signifikan secara klinis. Sebaliknya, pasien depresi yang sembuh yang dirawat dengan antidepresan trisiklik kurang rentan untuk remisi setelah penipisan triptofan. Meskipun temuan ini menunjukkan bahwa sintesis 5-HT diperlukan untuk pemeliharaan remisi yang disebabkan oleh SSRI, temuan ini juga konsisten dengan munculnya gejala penarikan sementara setelah pengobatan SSRI kronis.
5. Kerentanan serotonergik telah digunakan dalam penelitian yang mengukur hormon sekresi HPA aksis setelah pemberian prekursor 5-HT, obat yang merangsang pelepasan 5-HT atau langsung mengaktifkan reseptor 5-HT. Khususnya, reseptor 5-HT 1A, 5-HT 2A dan 5-HT 2C merangsang kortisol dan sekresi prolaktin pada manusia. Pada pasien dengan MDD, respon tumpul prolaktin tampaknya mendukung bukti untuk penurunan fungsi reseptor 5-HT 1A dan peningkatan tanggapan kortisol untuk meningkatkan fungsi 5-HT 2A dan reseptor 5-HT 2C.

Selain itu, dalam literatur Nemeroff dan Owens (2009) juga dijelaskan bahwa terdapat bukti yang cukup besar dalam dua dekade terakhir yang mendukung hipotesis bahwa perubahan fungsi saraf serotonergik di sistem saraf pusat terjadi pada pasien dengan depresi berat. Temuan ini meliputi: Penurunan konsentrasi asam 5-hidroksiindoleasetat (5-HIAA) cairan serebrospinal (CSF), metabolit utama serotonin (5-HT) pada pasien depresi bebas intervensi obat.

1. Penurunan konsentrasi 5-HT dan 5-HIM pada jaringan otak postmortem pada pasien depresi dan (atau) pasien yang ingin bunuh diri
2. Penurunan konsentrasi triptofan plasma pada pasien depresi dan kekambuhan mendalam pada pasien depresi yang telah sembuh yang telah merespon antidepresan serotonergik ketika ketersediaan triptofan otak berkurang
3. Secara umum, semua antidepresan yang berkhasiat secara klinis meningkatkan neurotransmisi 5-HT setelah pengobatan kronis
4. Tindakan antidepresan yang berkhasiat secara klinis oleh semua penghambat penyerapan 5-HT;
5. Peningkatan kepadatan situs pengikatan 5-HT₂ di jaringan otak postmortem pasien depresi dan korban bunuh diri, serta trombosit pasien depresi bebas obat
6. Penurunan jumlah tempat pengikatan transporter 5-HT di jaringan otak postmortem korban bunuh diri dan pasien depresi dan di trombosit pasien depresi bebas intervensi obat.

2.16 Teori Jean Watson “Philosophical and Science of Caring”

Jean Watson lahir pada tahun 1940, dia adalah BS dalam keperawatan, MS dalam Psychiatric-Mental Health Nursing dari University of Colorado, Denver, dan PhD dalam Educational Psychology. Watson adalah pengarang banyak artikel, chapter buku dan buku lainnya. Penelitiannya tentang perawatan manusia dan

kehilangan. Teorinya yang telah dipublikasikan dalam keperawatan adalah Human Science and Human Care. Dia percaya bahwa focus utama dalam keperawatan adalah pada carative factor dimana ia berasal dari Humanistik perspective yang dikombinasikan dengan dasar ilmu pengetahuan ilmiah. Untuk perawat pengembangan humanistic filosofi dan system nilai, serta latar belakang seni yang kuat itu perlu. Filosofi dan system nilai akan memberikan fondasi yang kokoh untuk ilmu asuhan keperawatan. Dasar seni dapat membantu perawat untuk mengembangkan visi mereka serta nilai-nilai dunia dan untuk mengembangkan ketrampilan berfikir kritis. Pengembangan ketrampilan ini dibutuhkan dalam asuhan keperawatan dimana focusnya lebih kepada peningkatan kesehatan daripada pengobatan penyakit.

2.16.1 Konsep Caring Science “Jean Watson”

Caring science merupakan suatu orientasi human science dan kemanusiaan terhadap proses, fenomena, dan pengalaman human caring. Caring science, seperti juga science lainnya, meliputi seni dan kemanusiaan. Transpersonal Caring mengakui kesatuan dalam hidup dan hubungan-hubungan yang terdapat dalam lingkaran caring yang konsentrik – dari individu, pada orang lain, pada masyarakat, pada dunia, pada planet Bumi, pada alam semesta (Watson, 2004)

Watson (1988) dalam George (1990) mendefinisikan caring lebih dari sebuah eksistensial philosophy, ia memandang sebagai dasar spiritual, baginya caring adalah ideal moral dari keperawatan. Manusia akan eksistensi bila dimensi spiritualnya meningkat ditunjukkan dengan penerimaan diri, tingkat kesadaran diri yang tinggi, kekuatan dari dalam diri (intuitif). Caring sebagai esensi dari keperawatan berarti juga pertanggungjawaban hubungan

antara perawat-klien, dimana perawat membantu partisipasi klien, membantu memperoleh pengetahuan dan meningkatkan kesehatan. Teori human caring yang dikembangkan oleh Watson antara tahun 1975-1979, hanya berkisar pada sepuluh carative factors sebagai suatu kerangka untuk memberikan suatu bentuk dan fokus terhadap fenomena keperawatan. Watson menganggap istilah “factors” terlalu stagnan terhadap sensibilitas di masa kini. Ia pun kemudian menawarkan suatu konsep yang lebih sesuai dengan evolusi teorinya dan arahnya di masa depan. Konsep tersebut adalah “clinical caritas” dan “caritas processes”, yang dianggapnya lebih cocok dengan ide-ide dan arah perkembangan teorinya (Watson, 2004).

Asumsi dasar teori Watson terletak pada 7 asumsi dasar yang menjadi kerangka kerja dalam pengembangan teori; yaitu:

1. Caring dapat dilakukan dipraktekkan secara interpersonal.
2. Caring meliputi faktor-faktor caratif yang dihasilkan dari kepuasan terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia.
3. Caring yang efektif akan meningkatkan status kesehatan dan perkembangan individu dan keluarga.
4. Respon caring adalah menerima seseorang tidak hanya sebagai seseorang berdasarkan saat ini tetapi seperti apa dia mungkin akan menjadi dimasa depannya.
5. Caring environment, menyediakan perkembangan potensi dan memberikan keluasaan memilih kegiatan yang terbaik bagi diri seseorang dalam waktu yang telah ditentukan.

6. Caring bersifat "healthogenic" daripada sekedar curing. Praktek caring mengintegrasikan pengetahuan biopsikal dan perilaku manusia untuk meningkatkan kesehatan. Dan untuk membantu pasien yang sakit, dimana caring melengkapi curing.
7. Caring merupakan inti dari keperawatan. (Tomey, AM, Alligood, MR.2006).

2.16.2 Konsep Caring

Teori Swanson adalah teori yang bersifat middle range dan merupakan aplikasi dari grand teori Watson's mengenai teori "Human Caring". Asal teori Swanson dapat ditemukan dalam wawancaranya yang dilakukannya pada wanita yang mengalami keguguran, orangtua yang memiliki anak di unit perawatan intensif, dan ibu yang secara sosial berisiko dan telah melalui system untuk menerima berbagai macam bentuk perawatan kesehatan (Potter et al. 2005).

Melalui wawancara ini, Swanson mampu memahami ruang lingkup caring secara keseluruhan dan pada saat yang sama menguraikan dimensi spesifik dari apa yang diperlukan seorang perawat untuk merawat pasien. Salah satu hal paling penting yang memberikan kontribusi pada teori keperawatan dalam hal ini, yaitu argumen bahwa pasien seharusnya tidak hanya dilihat sebagai individu yang terpisah, melainkan sebagai manusia seutuhnya, yang saat ia menulis "berada di tengah-tengah dan yang menjadi keutuhan dibuat nyata dalam pikiran, perasaan dan perilaku "(Swanson, 1993). Hal yang menarik tentang pengertian pasien ini adalah bahwa Swanson selalu menempatkan peran perawat dalam proses becoming tersebut. Jadi dalam aspek kesehatan becoming tersebut, perawat tidak hanya menjadi dispenser pengobatan

medis, tetapi juga merupakan mitra dalam membantu pasien lebih dekat dengan tujuannya (well-being).

Teori caring Swanson menyajikan permulaan yang baik untuk memahami kebiasaan dan proses karakteristik pelayanan. Teori caring Swanson menjelaskan tentang proses caring yang terdiri dari bagaimana perawat mengerti kejadian yang berarti di dalam hidup seseorang, hadir secara emosional, melakukan suatu hal kepada orang lain sama seperti melakukan terhadap diri sendiri, memberi informasi dan memudahkan jalan seseorang dalam menjalani transisi kehidupan serta menaruh kepercayaan seseorang dalam menjalani hidupnya.

Swanson (1991) menjelaskan middle range theory of caring. Caring didefinisikan sebagai "a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility". Kata kunci dari definisi tersebut adalah memberikan asuhan keperawatan yang bernilai kepada klien dengan penuh rasa komitment dan tanggung jawab.

Secara umum, proses yang terjadi sebagai berikut, pertama perawat membantu klien mempertahankan keyakinannya, yang berarti bahwa perawat mendorong pasien dan membantu untuk memperkuat harapan mereka mengatasi kesulitan saat ini. Hal ini sangat penting terutama dalam kasus di mana pasien menghadapi penyakit yang mengancam nyawa seperti kanker, atau peristiwa yang sangat traumatis seperti keguguran (Swanson & Wojnar, 2004) Sebagai pelengkap dan langkah berikutnya dalam proses untuk mempertahankan keyakinan, adalah "knowing". Dalam proses "knowing", perawat berusaha untuk memahami apa arti situasi yang terjadi saat ini bagi pasien, hal ini muncul

dalam bentuk latihan sebagai seorang perawat, yang menciptakan seseorang dengan rasa tertentu bagaimana kondisi fisik dan psikologis dapat mempengaruhi seseorang secara keseluruhan. Dengan mengetahui apa yang dialami pasien, perawat kemudian dapat melanjutkan proses "do for", ada untuk memberikan tindakan terapi dan intervensi bagi pasien. Proses "do for", diikuti dengan proses "enabling" yang memungkinkan pasien untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraannya.

Menurut Swanson penampilan perilaku perawat yang dapat berdampak pada kepuasan pasien adalah perawat yang memiliki jiwa caring yang senantiasa dipelihara diperbaharui secara terus menerus sehingga dapat memperbaiki citra softskill dari perawat yang positif, dan terdiri dari 5 hal yaitu maintaining belief, knowing, being with, doing for, dan enabling. Seseorang perawat yang memiliki caring berarti perawat tersebut mempunyai jiwa empati yang sangat baik, memiliki kepedulian terhadap orang lain, mampu menghadirkan rasa nyaman bagi orang yang berada disampingnya.

2.16.3 Pendekatan *coaching* suportif transpersonal berdasarkan 5 pilar teori swanson

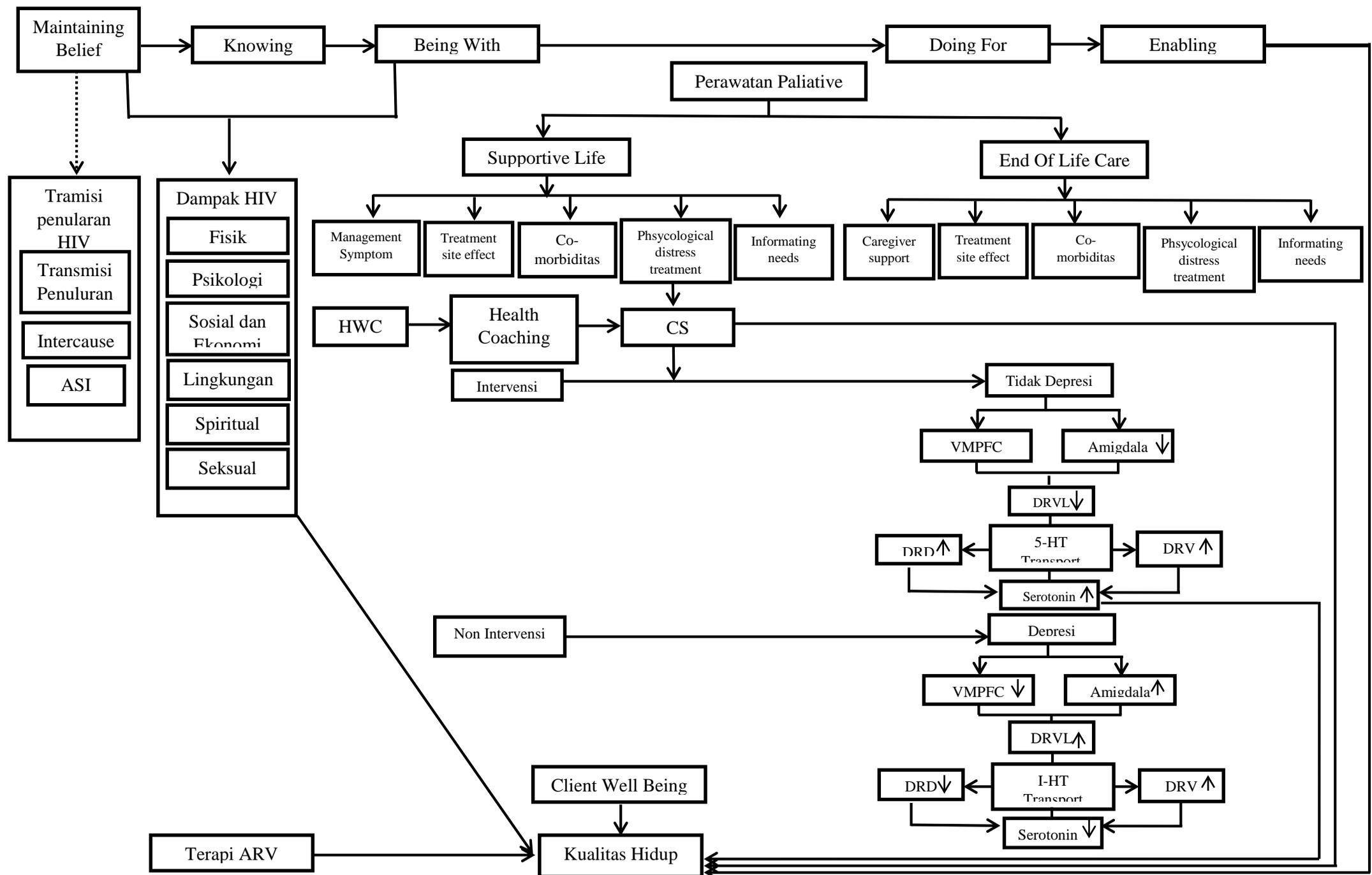
No	Konsep Keperawatan Caring	<i>Coaching</i> Model FIRA	Pendekatan <i>Coaching</i> Suportif Transpersonal
1.	<i>Maintaining Belief</i> yaitu menumbuhkan keyakinan seseorang dalam melalui setiap peristiwa hidup dengan penuh keyakinan, meyakini kemampuan orang lain, menumbuhkan sikap optimis, membantu menemukan arti atau mengambil hikmah dari setiap peristiwa	Fokus tujuan (<i>Goals</i>) Mendiskusikan tentang sasaran <i>coachee</i> dan fokus pengembangan diri <i>coachee</i> berbasiskan KPI (<i>key performance indicator</i>)	Pada tahap ini <i>coach</i> meyakinkan kepada <i>coachee</i> tentang tujuan dilakukannya <i>coaching</i> khususnya pada keyakinan yang dimiliki oleh <i>coachee</i> agar selalu optimis dan yakin bahwa hidupnya mempunyai arti
2.	<i>Knowing</i> adalah berjuang untuk memahami peristiwa yang memiliki makna dalam kehidupan klien meliputi bio, psiko, sosio dan spiritual	Identifikasi GPS Mendiskusikan kesenjangan (<i>Gap</i>), Kemungkinan (<i>Possibilities</i>) dan Solusi (<i>Solution</i>) yang datang	Tahapan selanjutnya mampu melihat dan mengenal masalah yang dihadapi oleh <i>coachee</i> dari strategi yang dilakukan oleh <i>coach</i> dengan pertimbangan bahwa manusia itu

			unik meliputi aspek bio, psiko, sosio dan spiritual
3.	Being with maksudnya tidak hanya hadir secara fisik, tetapi juga komunikasi, berbagi perasaan tanpa beban dan secara emosional bersama sama klien dengan maksud menawarkan kepada klien dukungan, kenyamanan, pemantauan dan mengurangi intensitas perasaan yang tidak diinginkan.	Rencana Aksi: Mendiskusikan rencana aksi yang akan dilakukan secara prioritas, perencanaan waktu (<i>Time Frame</i>), mengantisipasi hambatan dari rencana aksi dan sumber daya atau dukungan yang dibutuhkan	Pada tahapan ini menunjukkan rencana aksi dengan mengedepankan teknik komunikasi yang asertif dan berempati, melihat masalah secara prioritas dan memberikan solusi terhadap hambatan yang dihadapi <i>coachee</i>
4.	Doing for berarti bersama-sama melakukan sesuatu tindakan yang bisa dilakukan, mengantisipasi kebutuhan yang diperlukan,	Akuntabilitas , Komitmen, dan Tindak Lanjut <i>Coach</i> dan <i>Coachee</i> mendiskusikan komitmen, akuntabilitas dan tindak lanjut, meliputi Evaluasi, rencana, tindak lanjut Kontrak	Integrasi dari tahapan ini adalah mengeksplorasi tindakan yang dilakukan berdasarkan masalah yang ditemukan secara bersama-sama berdasarkan kebutuhan

	kenyamanan, menjaga privasi dan martabat klien.		<i>coachee</i> dan mampu bertanggung jawab terhadap hal tersebut
5.	Enablings adalah memampukan atau memberdayakan klien, memfasilitasi klien untuk melewati masa transisi dalam hidupnya dan melewati setiap peristiwa dalam hidupnya yang belum pernah dialami dengan memberi informasi, menjelaskan, mendukung dengan fokus masalah yang relevan	Akuntabilitas , Komitmen, dan Tindak Lanjut <i>Coach</i> dan <i>Coachee</i> mendiskusikan komitmen, akuntabilitas dan tindak lanjut serta evaluasi, rencana tindak lanjut Kontrak	Tahapan akhir menunjukkan <i>coachee</i> mampu berdaya atau <i>survive</i> demi meningkatkan kualitas hidupnya dan dilakukan monitoring evaluasi secara periodik

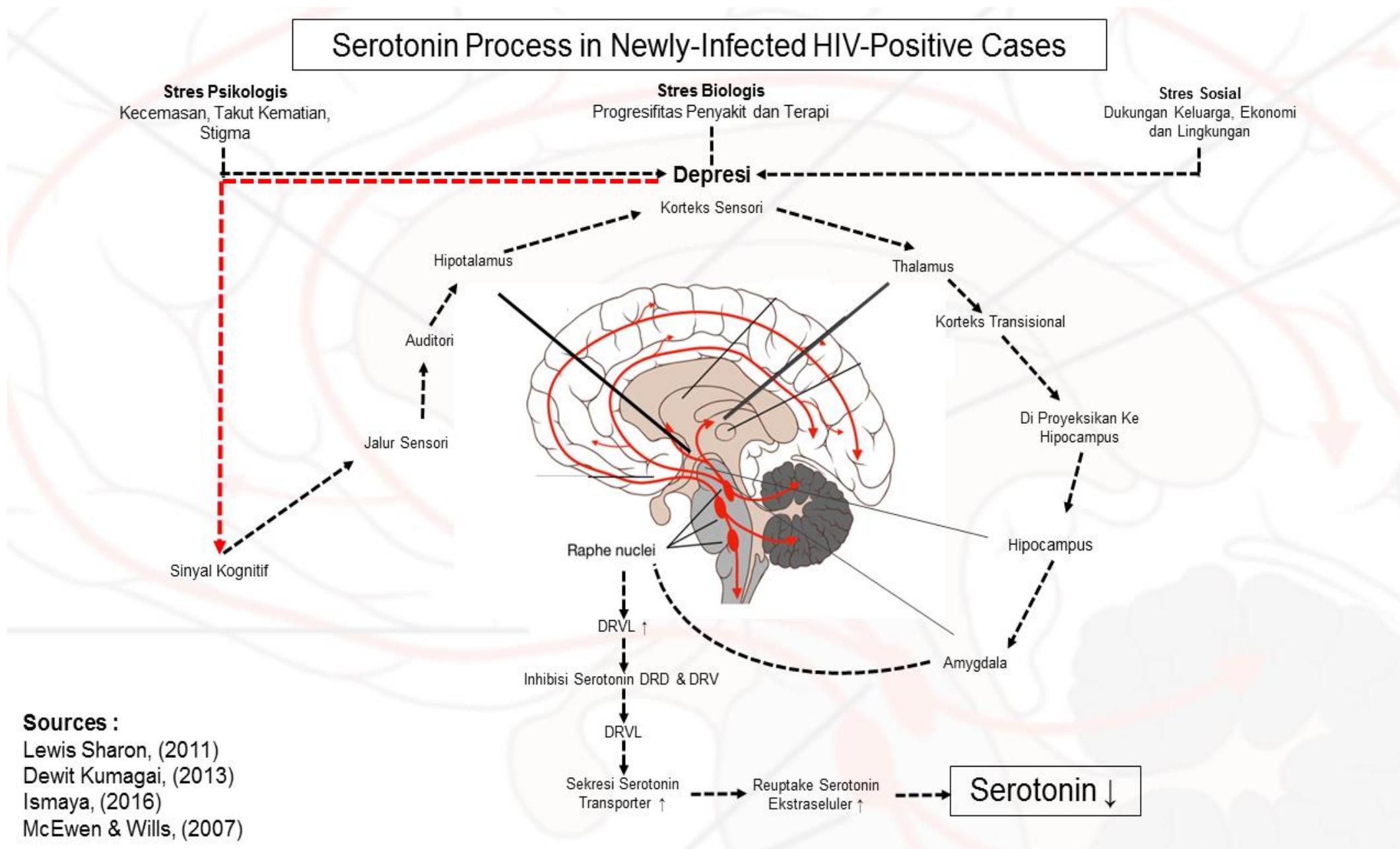
Sumber (Potter et al. (2005), Amalia, I. R., & Siregar, K. (2016))

2.17 Kerangka Teori

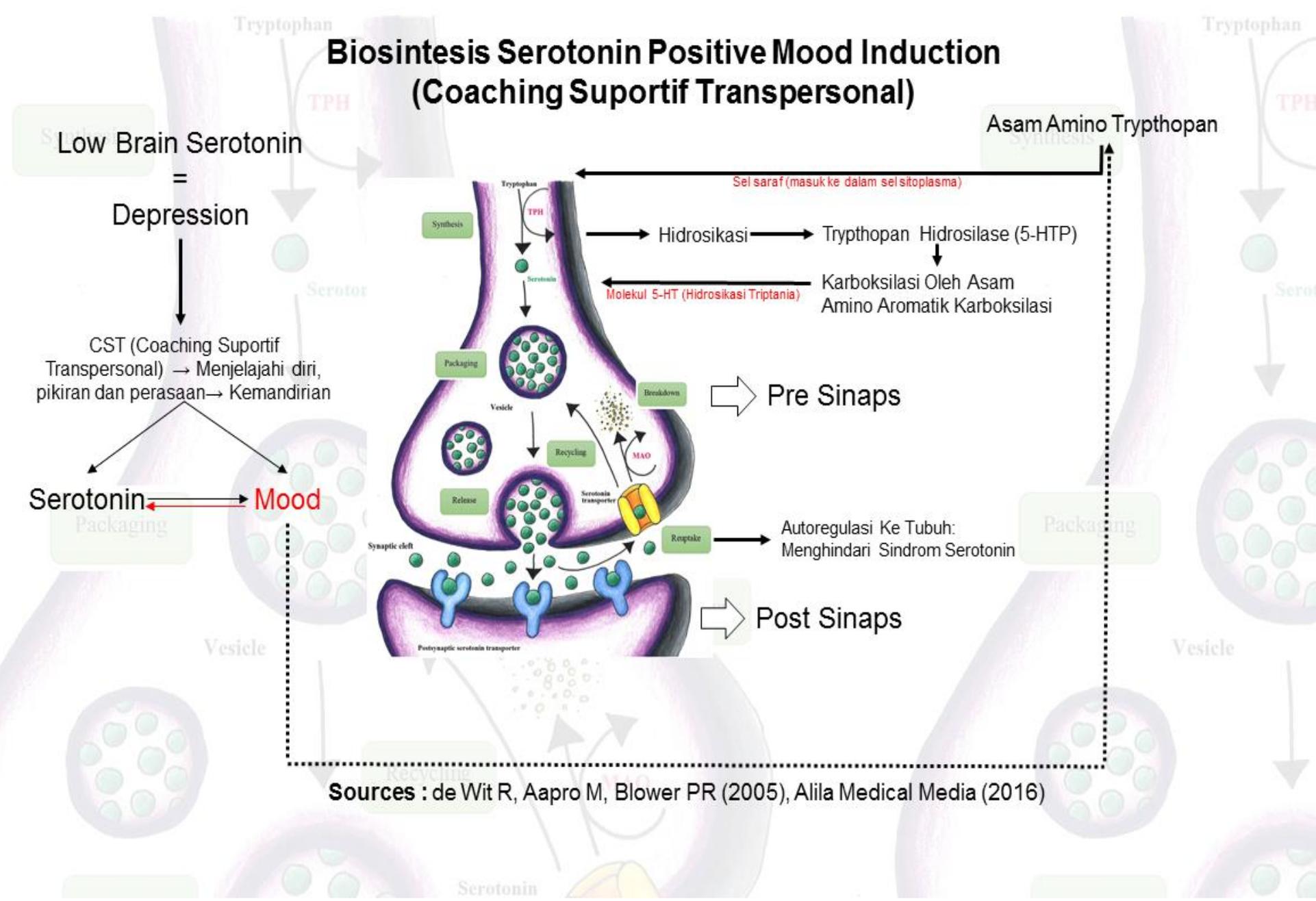


Sumber : (Lewis Sharon, 2011 & Dewit Kumagai, 2013). (Ismaya, 2016), (McEwen & Wills, 2007)

2.18 Serotonin Process In Newly Infected HIV Positive Cases



2.19 Biosintesis Serotonin Mood Induction



2.20 Kerangka Konsep



Keterangan



: Variabel Independen



: Variabel Dependen



: Variabel Mediator



: Variabel Confounding

2.21 Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis null (H_0)
 - a. Tidak terdapat perbedaan kadar serotonin sebelum dan setelah dilakukan *Coaching* Suportif Transpersonal pada ODHIV
 - b. Tidak terdapat perbedaan kualitas hidup sebelum dan setelah dilakukan *Coaching* Suportif Transpersonal pada ODHIV
2. Hipotesis alternatif (H_a)
 - a. Terdapat perbedaan kadar serotonin sebelum dan setelah dilakukan *Coaching* Suportif Transpersonal pada ODHIV
 - b. Terdapat perbedaan kualitas hidup sebelum dan setelah dilakukan *Coaching* Suportif Transpersonal pada ODHIV