

TESIS

**PENGARUH KONSELING TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT
ANTIRETROVIRAL, STATUS GIZI DAN KUALITAS HIDUP PADA ORANG
DENGAN HIV/AIDS (ODHA)**



MUHAMMAD YANI

R012221011

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2024

**PENGARUH KONSELING TERHADAP KEPATUHAN MINUM
OBAT ANTIRETROVIRAL, STATUS GIZI DAN KUALITAS
HIDUP PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA)**

Tesis
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan
Program Studi Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

(MUHAMMAD YANI)
R012221011

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

TESIS

PENGARUH KONSELING TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT ANTIRETROVIRAL, STATUS GIZI DAN KUALITAS HIDUP PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA)

Disusun dan diajukan oleh

Muhammad Yani
Nomor Pokok: R012221011

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 01 November 2024
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,


Dr. Erfina, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 19830415 201012 2 006

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,

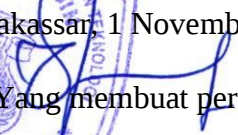

Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.,ETN.
NIK. 197810262018073001


Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep.,M.kes
NIP.19771020 200312 2 001

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,

Makassar, 1 November 2024

Yang membuat pernyataan


Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si.
NIP. 19680421 200112 2 002

Muhammad Yani

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Muhammad Yani
NIM : R012221011
Program Studi : S2 Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Judul : Pengaruh Konseling Terhadap Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral, status Gizi Dan Kualitas Hidup Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar 01 November 2024

Yang Menyatakan



Muhammad Yani

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah ‘Azza wa Jalla atas nikmat kesehatan yang telah dicurahkan dalam kehidupan penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Pengaruh Konseling Terhadap Kepatuhan Minum Obat ART, Status Gizi, dan Kualitas Hidup Pada Orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RSUD Undata Palu”.

Dalam menyusun tesis ini penulis menyadari akan keterbatasan kemampuan yang dimiliki, namun dengan segala kerendahan hati penulis sampaikan bahwa inilah yang dapat penulis persembahkan sebagai wujud atas kemampuan yang dimiliki dengan harapan dapat disempurnakan sehingga dapat menjadi lebih baik lagi.

Penyusunan tesis ini tentunya banyak menemui hambatan dan tantangan, namun berkat bantuan, bimbingan, support dan kerja sama semua pihak sehingga proposal ini dapat kami selesaikan. Pada kesempatan ini perkenalkan saya mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada kedua orang tua kami, Ayahanda Syahril Intam dan Ibunda Suharni Takuloe yang tak henti-henti menyertakan doa nya, untuk penyelesaian tesis ini, Anak-anakku (AfiQ, Azriel dan Dede) yang tak putus asa memberikan support untuk kemajuan penyelesaian tesis ini.

Selama melaksanakan penelitian ini, banyak kendala yang peneliti hadapi, maupun kekurangan dan keterbatasan yang datangnya dari peneliti sebagai mahasiswa yang berada pada tahap belajar, namun semua kendala tersebut dapat teratasi berkat ijin Allah SWT tentunya, dan dukungan doa serta bimbingan dari semua pihak yang mungkin tidak dapat peneliti sebutkan namanya secara keseluruhan. Adapun pihak – pihak tersebut antara lain adalah:

1. Prof. DR. Dwia Aries Tina P., MA, selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar
2. Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M. Sc. selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Syahrul Said, S.Kep, Ns, M. Kes, Ph.D. selaku wakil dekan bidang akademik Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

4. Bapak Saldy Yusuf,.S.Kep,Ns., MHS,.ETN,.Ph.D selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
5. Ibu Dr. Erfina, S. Kep, Ns., M. Kep. sebagai pembimbing I yang banyak memberikan arahan, ide, petunjuk dan motivasi selama penyusunan tesis ini,
6. Ibu Dr. Kadek Ayu Erika, S. Kep, Ns, M. Kes. sebagai pembimbing II yang juga telah memberikan masukan dan saran selama proses penyusunan tesis ini.
7. Bapak T.Iskandar Faisal, S.Kp., M.Kes selaku Direktur Poltekkes Palu Yang telah banyak Membantu serta Suport Selama melaksanakan Studi di Unhas.
8. Dosen dan Staf Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Unhas yang telah membantu penulis dalam penyelesaian pendidikan di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan.
9. Rekan-rekan Angkatan 2022 Program Studi Magister Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah banyak memberi bantuan dan dukungan dalam penyusunan penelitian ini.
10. Seluruh keluarga yang telah memberikan dorongan baik materil maupun moril bagi penulis selama mengikuti pendidikan.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam rangka penyelesaian penelitian ini, baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan ini masih terdapat kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu kritik dan saran dari berbagai pihak sangat diharapkan demi kesempurnaan proposal tesis ini.

Semoga amal baik yang telah diberikan oleh semua pihak menjadi catatan amal baik serta memperoleh pahala yang setimpal dari Allah ‘Azza wa Jalla. Aamiin Allahumma Aamiin.

Makassar,1 November 2024

Muhammad Yani

ABSTRAK

MUHAMMAD YANI. *Pengaruh Konseling Terhadap Kepatuhan Minum Obat ART, Status Gizi, dan Kualitas Hidup Pada Orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RSUD Undata Palu (Dibimbing oleh Erfina dan Kadek Ayu Erika).*

Latar Belakang: Orang dengan HIV/AIDS seringkali mengalami keluhan terkait penyakitnya akibat kepatuhan minum obat Antiretroviral (ART) yang dapat berdampak pada status gizi dan kualitas hidupnya. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah melalui konseling kepatuhan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh konseling terhadap kepatuhan minum obat ART, status gizi, dan kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RSUD Undata Palu. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode Quasi Eksperimental Design dengan model pretest-posttest control group design, menggunakan instrument Kuesioner karakteristik responden, Morinnsky medication Andherence scala (MMAS), kuesioner Qualite of life HIV-BREF dan mengukur indeks masa tubuh (IMT), dengan jumlah sampel sebanyak 17 orang kelompok intervensi dan 17 orang kelompok kontrol. Data diuji menggunakan independent sample t-test. **Hasil:** Terdapat pengaruh signifikan dari konseling terhadap kepatuhan terapi ART ($p < 0.01$), status gizi ($p < 0.041$), dan kualitas hidup ($p < 0.01$) pada orang dengan HIV/AIDS. Kelompok yang menerima konseling menunjukkan peningkatan yang lebih besar dalam kepatuhan minum obat, perbaikan status gizi, dan peningkatan kualitas hidup dibandingkan dengan kelompok kontrol. **Kesimpulan:** Konseling memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap kepatuhan terapi ART, status gizi, dan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS. Oleh karena itu, program konseling disarankan untuk diterapkan secara luas sebagai bagian dari intervensi komprehensif dalam manajemen HIV/AIDS.

Kata Kunci: konseling, kepatuhan terapi ART, HIV/AIDS, status gizi, kualitas hidup

ABSTRACT

MUHAMMAD YANI. *The Effect of Counseling on ART Medication Adherence, Nutritional Status, and Quality of Life in People with HIV/AIDS at the VCT Clinic of Undata Palu Hospital (Supervised by Erfina dan Kadek Ayu Erika)*

Background: People with HIV/AIDS often experience disease-related complaints due to adherence to Antiretroviral drugs (ART) which can have an impact on nutritional status and quality of life. One of the efforts that can be made is through compliance counseling. This study aims to determine the effect of counseling on ART medication adherence, nutritional status, and quality of life in people with HIV/AIDS at the VCT Clinic of Undata Palu Hospital. **Methods:** This study used the Quasi-Experimental Design method with a pretest-posttest control group design model, using the respondent characteristics questionnaire instrument, Morinnsky medication Adherence scale (MMAS), the quality of life HIV-BREF questionnaire and measuring the body mass index (BMI), with a sample of 17 people in the intervention group and 17 people in the control group. The data was tested using an independent sample t-test **Results:** There was a significant effect of counseling on ART therapy adherence ($p < 0.01$), nutritional status ($p < 0.041$), and quality of life ($p < 0.01$) in people with HIV/AIDS. The group that received counseling showed greater improvements in medication adherence, improvement in nutritional status, and improvement in quality of life compared to the control group **Conclusions:** Counseling has a significant positive influence on ART therapy adherence, nutritional status, and quality of life of people with HIV/AIDS. Therefore, counseling programs are recommended to be widely implemented as part of comprehensive interventions in HIV/AIDS management.

Keywords: counseling, ART therapy compliance, HIV/AIDS, nutritional status, quality of life

DAFTAR ISI

	halaman
Halaman Judul.....	i
Halaman Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Pernyataan Keaslian Penelitian.....	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Abstract.....	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	7
E. Pernyataan Oriinalitas.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Tinjauan Tentang HIV/AIDS.....	9
B. Tinjauan Tentang Konseling HIV/AIDS	13
C. Tinjauan Tentang Kepatuhan.....	16
D. Tinjauan Tentang Status Gizi.....	22
E. Tinjauan Tentang Kualitas Hidup	29
F. Kerangka Teori.....	43
BAB III KERANGKA KONSEP.....	44
A. Kerangka Konseptual penelitian	44
B. Variabel Penelitian	44
C. Definisi Operasional	45
BAB IV METODE PENELITIAN	48
A. Desain Penelitian	48

B. Tempat dan Waktu Penelitian	49
C. Populasi dan Sampel	49
D. Instrument Penelitian	51
E. Pengelolaan dan analisa data	55
F. Etik Penelitian	57
G. Alur penelitian.....	60
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	61
A. Gambaran Umum Lokasi penelitian	61
B. Pembahasan.....	66
C. Implikasi dalam praktek keperawatan.....	72
D. Keterbatasan Penelitian.....	73
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	74
A. Kesimpulan.	74
B. Saran.	74

Daftar Pustaka

Lampiran

DAFTAR TABEL

Tabel No	Judul Tabel	Hal
Tabel 2.1	Kategori Status Gizi Berdasarkan Imt Yang Digunakan Di Indonesia	27
Tabel 2.2	Demain WHOQOL-HIV-Brief.....	30
Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	45
Tabel 4.1	Desain Penelitian	49
Tabel 4.2	Tahap Pelaksanaan Penelitian.....	53
Tabel 4.3	Uji Hipotesis.....	56
Tabel 5.1	Karakteristik Responden Orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RS Undata Palu.....	63
Tabel 5.2	Pengaruh Konseling Terhadap Kepatuhan Minum Obat Orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RS Undata Palu.....	64
Tabel 5.3	Perbedaan Status Gizi (IMT) Pada orang dengan HIV/AIDS di klinik VCT Rs Undata Palu.....	64
Tabel 5.4	Pengaruh Konseling Terhadap Status Gizi (IMT) Orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RS Undata Palu.....	65
Tabel 5.5	Pengaruh Konseling Terhadap Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RS Undata Palu.....	65

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Kerangka teori	29
Gambar 2 Kerangka konseptual penelitian	33
Gambar 3 Alur penelitian	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Permohonan menjadi Responden
Lampiran 2	Persetujuan menjadi Responden
Lampiran 3	Kuesioner Kepatuhan
Lampiran 4	Kuesioner Kualitas Hidup
Lampiran 5	Model SOP Konseling
Lampiran 6	Dokumentasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A LATAR BELAKANG

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan kekebalan sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Sedangkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah sekumpulan gejala yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV % (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Adanya HIV dalam tubuh manusia akan mengganggu kekebalan tubuh sistem, yang membuat tubuh rentan terhadap berbagai gangguan yang ada di sekitarnya (Kurniawati, Nursalam, Sinuraya, & Azizah, 2021; Kurniawati, Nursalam, Sinuraya, & Azizah, 2021; Iheme, 2023).

Secara global, sekitar 38,4 juta (33,9–43,8 juta) orang hidup dengan HIV pada akhir tahun 2021. Diperkirakan 0,7% (0,6-0,8%) orang dewasa berusia 15–49 tahun di seluruh dunia hidup dengan HIV, meskipun beban epidemi terus bervariasi antara negara dan wilayah (WHO, 2023). Di Indonesia, diperkirakan terdapat 640.443 orang yang hidup dengan HIV (ODHA) di Indonesia dengan 49.000-50.000 kasus infeksi HIV baru pada tahun 2019 (International Labour Organization, 2023). Estimasi jumlah orang dengan HIV di Indonesia pada tahun 2020 sebanyak 543.100 orang dengan jumlah infeksi baru sebanyak 29.557 orang dan kematian sebanyak 30.137 orang (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Jumlah orang dengan HIV di Provinsi Sulawesi Tengah pada

tahun 2020 sebanyak 4.702 orang. Sampai dengan tahun 2021 telah ditemukan kasus HIV positif sebanyak 2.519 orang (59,53%) dan kematian sebanyak 500 orang (Dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah, 2022).

Malnutrisi adalah salah satu masalah utama di antara mereka yang terinfeksi HIV/AIDS, status gizi yang optimal pada pasien HIV/AIDS dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh dan mengurangi risiko infeksi oportunistik, menunda perkembangan virus dan meningkatkan penyerapan/toleransi antiretroviral. serta meningkatkan morbiditas, waktu kelangsungan hidup, dan kualitas hidup (Iheme, 2023). Kualitas hidup/ *Quality of Life* (QoL) adalah konstruksi multidimensi dari fungsi dan kesejahteraan fisik, psikologis, dan sosial yang dirasakan individu atau kelompok, dan dampak penyakit dan pengobatan pada QoL (Iheme, 2023).

Penelitian sebelumnya menemukan kualitas hidup penderita HIV/AIDS rata-rata baik dengan skor rata-rata 3,57 pada 5 dan 71,4% setuju QoL memuaskan (Busi, Nsoh, Otieno, Ndeso, & Halle-Ekane, 2021). Responden memiliki kualitas hidup yang baik (remaja – $93,68 \pm 10,20$; dewasa – $91,95 \pm 14,59$). Sebagian besar dari mereka mengalami malnutrisi ringan/sedang (53,0% - dewasa dan 48% - remaja). Hanya 34% dan 19% remaja dan dewasa yang ditemukan kurus/kurang berat badan. Untuk orang dewasa, ada korelasi positif antara status gizi dengan QoL keseluruhan ($p = 0,003$) (Iheme, 2023). IMT memiliki hubungan positif yang signifikan dengan domain psikologis QOL (Folasire, Folasire, & Sanusi, 2015).

Saat ini, penatalaksanaan penderita HIV/AIDS dengan memberikan terapi antiretroviral (ART). Penggunaan terapi ART berperan besar dalam

menjaga daya tahan tubuh penderita HIV/AIDS. Kombinasi obat antiretroviral yang direkomendasikan mampu secara agresif menekan perkembangan virus di dalam tubuh. Oleh karena itu, ini menghasilkan pencegahan HIV/AIDS untuk meningkatkan kelangsungan hidup pasien dan kualitas hidup (Desta, Biru, & Kefale, 2020). Orang yang terinfeksi HIV memerlukan pengobatan antiretroviral (ART) untuk menekan jumlah virus HIV di dalam tubuh. Virus yang tertekan (tersupresi) tidak berpotensi menular kepada orang lain, dan orang dengan HIV akan memiliki kualitas hidup yang baik (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Tujuan penting terapi pada infeksi HIV adalah untuk memperbaiki status gizi serta kualitas hidup (Folasire, Folasire, & Sanusi, 2015).

Terapi antiretroviral (ART) adalah kegiatan seumur hidup untuk mengobati infeksi HIV (Abadiga, Hasen, Mosisa, & Abdisa, 2020). Kepatuhan minum obat mencerminkan sejauh mana perilaku seseorang dalam minum obat sesuai dengan anjuran dari tenaga kesehatan (WHO, 2003). Kepatuhan yang ketat terhadap terapi ART penting untuk mengurangi multiplikasi virus. Di atas 95% kepatuhan terhadap rejimen terapeutik diperlukan untuk pasien yang terinfeksi HIV untuk mencapai penekanan virus penuh (Abadiga, Hasen, Mosisa, & Abdisa, 2020). Ketersediaan terapi ART telah menyebabkan penurunan kematian terkait HIV (Tchakoute, Rhee, Hare, Shafer, & Sainani, 2022). Kepatuhan adalah faktor terpenting dalam menentukan keberhasilan pengobatan Terapi ART dan penekanan virus jangka panjang.

Ketidakpatuhan terhadap ART menyebabkan morbiditas dan mortalitas terkait HIV (Legesse & Reta, 2019). Kepatuhan yang buruk terhadap terapi antiretroviral mengurangi efektivitas antiretroviral (ART) dan meningkatkan

resistensi obat. Kepatuhan yang buruk terhadap terapi antiretroviral juga terkait dengan penurunan jumlah CD4 dan tingkat kematian yang lebih tinggi (Abadiga, Hasen, Mosisa, & Abdisa, 2020). Penelitian sebelumnya didapatkan kepatuhan terapi rata-rata adalah 71.8-84,9% (Legesse & Reta, 2019); (Abadiga, Hasen, Mosisa, & Abdisa, 2020); (Tchakoute, Rhee, Hare, Shafer, & Sainani, 2022). Ada hubungan antara kepatuhan pengobatan ART dengan status gizi (p value= 0,012). Ada hubungan antara kepatuhan pengobatan ART dengan CD4 (p value= 0,003) (Dahliyanti, Khairiah, Nuraidah, & Murtiani, 2022).

Peran perawat dalam melaksanakan konseling memenuhi fungsi penting dengan memberikan informasi dan dukungan kepada ODHA terkait HIV bukan hanya tekanan emosiaonal yang hasilnya mereka hanya memahami perawatan. yang sebenarnya meyoroti faktor-faktor penting dalam menilai kondisi pasien layanan konseling yang di berikan dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan antiretroviral, menjaga status gizi dan meningkatkan kualitas hidup (Orser et al., 2023).

Profesional kesehatan harus mendukung kepatuhan, menjaga sikap positif, dan membangun kepercayaan penderita HIV/AIDS (Sakthivel, 2023). Secara global, para ilmuwan telah mengembangkan dan mengevaluasi berbagai untuk meningkatkan kepatuhan terhadap ART. Karena kompleksitas faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan terhadap ART termasuk individu, komunitas, sistem kesehatan, dan pendorong structural. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan terapi ART adalah konseling. Konseling kepatuhan merupakan elemen sentral dari sebagian besar dukungan kepatuhan, karena konseling memungkinkan pembentukan proses komunikasi

antar pribadi yang dinamis antara klien dan dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya terlatih dalam melakukan konseling HIV yang mencoba memecahkan masalah dan kesulitan pribadi, sosial atau psikologis (Musayón-Oblitas, Cárcamo, & Gimbel, 2019). Konseling dan Tes HIV dilakukan dalam rangka penegakan diagnosis HIV dan AIDS, untuk mencegah sedini mungkin terjadinya penularan atau peningkatan kejadian infeksi HIV dan pengobatan lebih dini (Permenkes No 74, 2014). Konseling kepatuhan sangat penting untuk meningkatkan status gizi, QOL dan menciptakan hasil positif pada orang dengan HIV (Sakthivel, 2023). Durasi dan intensitas konseling penting untuk meningkatkan kepatuhan (Musayón-Oblitas, Cárcamo, & Gimbel, 2019).

Penelitian sebelumnya menemukan bahwa konseling, inisiasi ART dan kelancaran hubungan sebelum tes HIV secara bermakna dikaitkan dengan pengungkapan status HIV kepada pasangan seksual (Yalew, Adane, Kefale, Damtie, Tadesse, & Molla, 2021). Hasil literature review menunjukkan bahwa konseling efektif dalam meningkatkan kepatuhan terhadap ART, tetapi metodenya bervariasi. Konseling tatap muka dan komputer menunjukkan kemanjuran dalam meningkatkan kepatuhan, tetapi tidak dengan konseling telepon (Musayón-Oblitas, Cárcamo, & Gimbel, 2019).

Terdapat perbedaan yang signifikan kepatuhan terapi ART responden setelah mendapatkan konseling sebesar 93,8%. Peningkatan kualitas hidup yang dapat dirasakan oleh ODHA selama menjalani terapi ART terbukti membaik (Wahyuni, Zulkifli, Thamrin, & Arsin, 2020). konseling berdampak positif terhadap kepatuhan minum obat ART yang dipertahankan pada akhir satu tahun terapi (Uusküla, et al., 2018).

Penelusuran di RSUD Undata Palu didapatkan jumlah penderita HIV/AIDS pada tahun 2022 sebanyak 309 penderita, dengan angka tingkat kepatuhan 65% serta jumlah Loss Flow Up (LFT) 43 kasus dan tahun 2023 sampai dengan bulan November 2023 sebanyak 360 Penderita. (RSUD Undata Palu, 2023) RSUD Undata memiliki fasilitas layanan klinik VCT layanan komprehensif bagi ODHA serta rujukan bagi penderita HIV di Sulawesi Tengah dan lokasi yang mudah bagi peneliti dalam pengumpulan data serta kunjungan yang dilakukan selama penelitian.

Konseling di rumah sakit RSUD Undata telah dilakukan akan tetapi yang terkait dengan konseling lanjutan kepatuhan minum obat belum sepenuhnya dilakukan. Untuk itu, diperlukan penelitian untuk melihat pengaruh konseling kepatuhan terhadap kepatuhan minum obat ART, status gizi, dan kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RSUD Undata Palu.

B Rumusan masalah

HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan yang mengancam Indonesia dan dunia. HIV/AIDS mempengaruhi berbagai aspek kehidupan termasuk aspek fisik, psikologis, hubungan sosial, dan spiritual. Perubahan yang seringkali ditemukan pada penderita HIV/AIDS terkait status gizi dan kualitas hidup. Saat ini, penatalaksanaan HIV/AIDS adalah terapi ART. Terapi antiretroviral (ART) adalah kegiatan seumur hidup untuk mengobati infeksi HIV (Abadiga, Hasen, Mosisa, & Abdisa, 2020). Kepatuhan yang ketat terhadap terapi ART penting untuk mengurangi multiplikasi virus. Profesional kesehatan harus mendukung kepatuhan, menjaga sikap positif, dan membangun kepercayaan penderita HIV/AIDS (Sakthivel, 2023). Konseling kepatuhan merupakan elemen sentral

dari sebagian besar dukungan kepatuhan, karena konseling kepatuhan memungkinkan pembentukan proses komunikasi antar pribadi yang dinamis antara klien dan konselor terlatih, yang mencoba memecahkan masalah dan kesulitan pribadi, sosial atau psikologis (Musayón-Oblitas, Cárcamo, & Gimbel, 2019). Saat ini, penelitian yang menilai pengaruh konseling terhadap kepatuhan minum obat ART, status gizi, dan kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS di lokasi penelitian masih terbatas. Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka pertanyaan dalam penelitian ini adalah apakah ada Pengaruh konseling terhadap kepatuhan minum obat antiretroviral, status gizi, dan kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di RSUD Undata Palu.

C Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh konseling kepatuhan terhadap kepatuhan minum obat ART, status gizi, dan kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RSUD Undata Palu.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengaruh konseling kepatuhan terhadap kepatuhan minum obat ART pada orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RSUD Undata Palu.
- b. Untuk mengetahui pengaruh konseling kepatuhan terhadap status gizi pada orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RSUD Undata Palu.
- c. Untuk mengetahui pengaruh konseling kepatuhan terhadap kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RSUD Undata Palu.

D Manfaat Penelitian

1. Bagi rumah sakit: diharapkan penelitian ini menjadi data tambahan untuk rumah sakit dalam upaya meningkatkan status gizi dan kualitas hidup penderita HIV/AIDS dan hubungannya dengan konseling kepatuhan minum obat ART.
2. Bagi profesi keperawatan: diharapkan mampu memberikan pengetahuan tambahan tentang status gizi dan kualitas hidup penderita HIV/AIDS dan hubungannya dengan konseling, kepatuhan minum obat ART.
3. Bagi pasien : dapat memberikan informasi bagi pasien terkait dengan status gizi dan kualitas hidup penderita HIV/AIDS dan hubungannya dengan konseling, serta kepatuhan minum obat ART.
4. Bagi institusi pendidikan: menjadi referensi tambahan dan bahan masukan untuk penelitian selanjutnya.

E Pernyataan Originalitas Penelitian

HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan yang mengancam Indonesia dan dunia. HIV/AIDS mempengaruhi berbagai aspek kehidupan termasuk aspek fisik, psikologis, hubungan sosial, dan spiritual. Beberapa penelitian telah melakukan penelitian terkait dengan tanda dan gejala yang dialami penderita HIV/AIDS . Saat ini, penatalaksanaan HIV/AIDS adalah terapi ART. Terapi antiretroviral adalah kegiatan seumur hidup untuk mengobati infeksi HIV (Abadiga, Hasen, Mosisa, & Abdisa, 2020). Beberapa peneliti juga telah meneliti terkait kepatuhan terapi ART, faktor yang melatarbelakangi, serta dampaknya (Sakthivel, 2023); (Legesse & Reta, 2019); (Abadiga, Hasen, Mosisa, & Abdisa, 2020); (Tchakoute, Rhee, Hare, Shafer, & Sainani, 2022);

(Dahliyanti, Khairiah, Nuraidah, & Murtiani, 2022). Secara global, para ilmuwan telah mengembangkan dan mengevaluasi berbagai untuk meningkatkan kepatuhan terhadap ART termasuk konseling (Musayón-Oblitas, Cárcamo, & Gimbel, 2019); (Sakthivel, 2023). Namun, penelitian yang melihat dampak konseling kepatuhan terhadap kepatuhan terapi ART dan kaitannya dengan IMT dan kualitas hidup masih sangat terbatas. Hal inilah yang menjadi originalitas dalam penelitian ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang HIV/AIDS

1. Definisi

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan kekebalan sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Sedangkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* adalah sekumpulan gejala yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV % (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

2. Etiologi

Penyebab penyakit menular ini adalah human immunodeficiency virus (HIV), yang dapat diklasifikasikan menjadi HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 lebih menyebar secara global dan mematikan. Itu berasal dari Afrika Tengah. HIV-2 jauh lebih ganas dan berasal dari Afrika Barat. Kedua virus terkait secara antigenik dengan virus imunodefisiensi yang ditemukan terutama pada primate (Vaillant & Gulick, 2022).

3. Pengaturan Sistem Kekebalan Tubuh Manusia

Imunodefisiensi kongenital telah digambarkan sebagai "eksperimen alam" di mana cacat spesifik pada satu komponen sistem kekebalan kompleks menjelaskan keseluruhan sistem. Demikian halnya dengan AIDS, cacat yang didapat pada sistem kekebalan tubuh dimana HIV secara spesifik

dan selektif menginfeksi dan menghancurkan subset CD4⁺ dari limfosit T. Dalam hal ini, infeksi HIV berfungsi sebagai eksperimen alami yang menjelaskan kompleksitas sistem kekebalan tubuh manusia. Selektivitas dari defek ini dan efek katastrofik yang ditimbulkannya pada mekanisme pertahanan inang, sebagaimana dimanifestasikan oleh berbagai infeksi oportunistik dan neoplasma, menggarisbawahi peran penting yang dimainkan oleh tipe sel ini dalam pengaturan keseluruhan sistem kekebalan tubuh manusia. Ini telah memberikan wawasan substansial ke dalam patogenesis berbagai penyakit lain yang ditandai dengan penyimpangan regulasi kekebalan. Selain itu, studi mendalam tentang disfungsi kekebalan pada penyakit HIV telah menjelaskan peran sistem kekebalan dalam pengawasan terhadap berbagai penyakit neoplastik, seperti limfoma non-Hodgkin dan sarkoma Kaposi (Schwetz & Fauci, 2019).

4. Patofisiologi

HIV menempel pada molekul CD4 dan CCR5 (koreseptor kemokin); permukaan virus menyatu dengan membran sel, yang memungkinkannya masuk ke dalam limfosit T-helper. Setelah integrasi dalam genom inang, provirus HIV membentuk dan kemudian mengikuti transkripsi dan produksi mRNA virus. Protein struktural HIV dibuat dan dirakit di dalam sel inang. Tunas virus dari sel inang dapat melepaskan jutaan partikel HIV yang dapat menginfeksi sel lain (Vaillant & Gulick, 2022).

5. Prognosis

Prognosis pasien dengan HIV dan jumlah CD4 lebih besar dari 500 (normal) menghasilkan harapan hidup sebagai seseorang tanpa HIV. Seseorang dengan AIDS yang tidak diobati memiliki harapan hidup sekitar 1 sampai 2 tahun setelah infeksi oportunistik pertama. Pengobatan antiretroviral (ART) dapat meningkatkan jumlah CD4 dan mengubah status pasien dari AIDS menjadi pengidap HIV (Vaillant & Gulick, 2022).

6. Tanda dan gejala

Sejumlah besar pasien mungkin hanya mengalami infeksi tanpa gejala setelah paparan. Waktu yang biasa dari paparan hingga munculnya gejala adalah 2 sampai 4 minggu, meskipun, dalam beberapa kasus, bisa sampai 10 bulan. Kumpulan gejala, yang dikenal sebagai sindrom retroviral akut, dapat muncul secara akut. Meskipun tidak satu pun dari gejala ini yang spesifik untuk HIV, adanya peningkatan keparahan dan durasinya merupakan indikasi prognosis yang buruk. Gejala-gejala ini, dalam urutan frekuensi yang menurun, tercantum di bawah ini (Vaillant & Gulick, 2022):

- a. Kelelahan
- b. Nyeri otot
- c. Ruam kulit
- d. Sakit kepala
- e. Sakit tenggorokan
- f. Pembengkakan kelenjar getah bening
- g. Keringat malam
- h. Diare

7. Komorbiditas HIV

Terapi antiretroviral, yang telah mengubah pengobatan HIV, menggeser kejadian penyakit tertentu pada orang yang hidup dengan HIV. Bahkan ketika dikontrol dengan baik oleh antiretroviral, penyakit HIV dikaitkan dengan peningkatan kejadian penyakit, seperti penyakit kardiovaskular, penyakit ginjal dan hati, munculnya proses patofisiologis yang terkait dengan penuaan dini, dan beberapa jenis kanker (Schwetz & Fauci, 2019).

8. Penatalaksanaan

Antiretroviral adalah obat yang digunakan untuk mengobati infeksi HIV/AIDS, dan digunakan dalam berbagai kombinasi, biasanya disebut sebagai terapi retroviral yang sangat aktif (ART). Agen antiretroviral termasuk nucleoside/nucleotide reverse transcriptase inhibitor (NRTI), kombinasi dosis tetap NRTI, integrase inhibitor, non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI), protease inhibitor, dan CCR5 inhibitor. Semua pasien dengan HIV, berapapun tingkat CD4-nya, harus mulai ART, yang merupakan pengobatan seumur hidup. Terapi ini telah terbukti mengurangi morbiditas dan mortalitas serta menurunkan risiko penularan infeksi kepada orang lain, selama mereka memiliki viral load yang rendah atau tidak terdeteksi (Vaillant & Gulick, 2022).

B. Tinjauan Tentang Konseling HIV/AIDS

1. Definisi

Konseling HIV adalah komunikasi yang bersifat pribadi dan rahasia antara seorang klien dengan seorang konselor/orang yang telah dilatih mengenai HIV/AIDS untuk meningkatkan kemampuan klien menghadapi stress dan mengambil keputusan berkaitan dengan HIV&AIDS. Tes dan konseling HIV (HTC) adalah paket layanan yang dimaksudkan untuk memungkinkan orang membuat keputusan berdasarkan pengetahuan tentang status HIV mereka dan implikasi dari keputusan tersebut (WHO, 2023). Konseling dan Tes HIV dilakukan dalam rangka penegakan diagnosis HIV dan AIDS, untuk mencegah sedini mungkin terjadinya penularan atau peningkatan kejadian infeksi HIV dan pengobatan lebih dini (Permenkes No 74, 2014).

2. Pelaksanaan konseling

Konseling HIV/AIDS biasanya dilakukan sebanyak dua kali dalam melakukan uji Tes HIV, yaitu: sebelum tes (Pra-test) dan sesudah tes (Pasca-test) HIV/AIDS. Selama proses konseling berlangsung biasanya ada beberapa topik yang akan dibicarakan, yaitu:

- a. mengidentifikasi perilaku yang beresiko tertular HIV/AIDS,
- b. membantu membuat keputusan untuk mengubah perilaku itu dan menggantikan perilaku-perilaku yang beresiko lebih rendah/aman dan mempertahankan perilaku tersebut, dan

- c. membantu menyadarkan klien untuk mengambil keputusan sendiri melakukan uji tes HIV/AIDS dengan membuat suatu pernyataan persetujuan (*Informed Consent*) tanpa paksaan dan bersifat rahasia (*Confidentiality*).

3. Tujuan konseling HIV/AIDS

Tujuan dari Konseling HIV/AIDS adalah adanya perubahan perilaku bagi orang yang terinfeksi HIV/AIDS dan adanya dukungan sosial dan psikologis kepada ODHA dan keluarganya sehingga dapat mencegah dan penularan infeksi virus HIV/AIDS. Berdasarkan perumusan masalah dalam penelitian ini, maka tujuan pelaksanaan layanan profesional konseling HIV/AIDS adalah untuk mengembangkan Model Layanan Profesional Konseling HIV/AIDS sebagai berikut:

- a. Pertama, tujuan jangka pendek. Diharapkan setelah pelaksanaan layanan profesional konseling HIV/AIDS yang dikembangkan dalam penelitian ini, orang yang terinfeksi HIV positif dapat memecahkan permasalahannya agar tidak mengalami stress dan tekanan mental akibat dari perlakuan deskriminasi sosial di masyarakat. Program-program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS memerlukan pertimbangan keagamaan, adat istiadat, dan norma-norma masyarakat yang berlaku disamping pertimbangan kesehatan. Penularan dan penyebaran virus HIV/AIDS sangat berhubungan dengan perilaku beresiko, oleh karena itu penanggulangan harus memperhatikan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku tersebut. Perlu adanya kesediaan model layanan konseling yang komprehensif kepada masyarakat bagi yang

belum terjangkit HIV/AIDS agar tumbuh kesadaran tidak melakukan perbuatan beresiko melalui program-program pencegahan HIV/AIDS yang efektif dan memiliki jangkauan layanan yang semakin luas dan program-program pengobatan, perawatan dan dukungan yang komprehensif bagi Odha untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Orang yang terinfeksi HIV dapat saling bertukar informasi dan pengalamannya dengan didampingi oleh konselor yang ahli HIV/AIDS untuk menemukan solusi yang tepat untuk tetap berobat agar jumlah CD4 tetap berada di zona yang aman. Konselor memiliki peran yang sangat penting mengubah pesan pencegahan untuk memfokuskan pada orang yang menderita HIV positif – orang yang tahu lebih baik dari pada siapa-pun betapa penting mencegah penularan dan mereka harus memikul tanggungjawab paling besar untuk tidak menyebarkan infeksi HIV ini kepada siapapun.

- b. Kedua, tujuan jangka menengah. Setelah menerima perlakuan dengan model ini diharapkan orang yang terinfeksi HIV positif untuk bisa memastikan Anda tidak pernah menulari siapa-pun, termasuk pasangan anda yang negatif. “Infeksi ini berhenti pada diri saya” adalah katakata yang seharusnya menjadi pegangan klien (ODHA). Tentu saja, orang dewasa yang HIV negatif harus waspada mengenai risikonya dan harus melindungi diri sendiri juga. Merupakan kewajiban moral pasangan yang positif HIV untuk tidak bekerja sama dengan tingkah laku merusak diri seperti itu, untuk memastikan bahwa HIV mereka tidak pernah menyebar. “Setiap orang bertanggungjawab atas dirinya sendiri” bukan

falsafah yang memajukan dunia yang kita inginkan. Kita hidup bermasyarakat dan harus saling mengawasi. Mengembangkan dan meningkatkan kemitraan antara lembaga pemerintah, sekolah/kampus, sektor swasta dan dunia usaha, organisasi profesi, dan mitra internasional di pusat dan di daerah untuk meningkatkan respon nasional terhadap pencegahan HIV/AIDS.

- c. Ketiga, tujuan jangka panjang. Perlakuan model layanan profesional konseling HIV/AIDS ini berupaya membantu orang yang menderita AIDS (ingat setiap orang yang menderita Aids pasti terinfeksi HIV, namun tidak semua orang dengan infeksi HIV menderita Aids). Diharapkan orang yang terinfeksi Aids dapat diberikan pengarahan awal (*advance directives*) yang berbicara mengenai kematian dan prosesnya dan membantu klien untuk membuat keputusan di akhir kehidupannya. Menganjurkan kepada klien, teman-teman, dan anggota keluarganya untuk membuat rencana dan mendiskusikan keinginan klien mengenai kematian dan prosesnya dengan orang-orang yang penting bagi klien. Waktu yang paling baik untuk memikirkan hal ini dalam proses konseling adalah ketika klien sedang sehat dan tidak mempunyai rencana dalam waktu dekat untuk meninggalkan dunia ini.

4. Perbedaan antara konseling Awal dan konseling Lanjutan

Konseling Awal merupakan konseling yang diberikan kepada seseorang yang terdiagnosa HIV dengan berfokus kepada pemberian informasi dasar, cara penularan dan pentingnya menjaga kesehatan konseling membantu klien memahami hasil diagnosa, pengelolaan

emosional yang muncul dan memperkenalkan perawatan termasuk pengeobatan antiretroviral. (Luna, 2019).

Konseling lanjutan merupakan konseling yang memastikan kepatuhan antiretroviral, pengelolaan efek samping dan mendiskusikan perubahan status kesehatan pasien dari waktu ke waktu. Selain itu konseling lanjutan mendukung pasien dalam menghadapi tantangan emosional atau sosial jangka panjang terkait kondisi mereka dan membantu untuk tetap dapat terhubung dengan sumber dukungan layanan kesehatan.

C. Tinjauan tentang Kepatuhan Minum Obat ART

1. Definisi

Kepatuhan terhadap pengobatan adalah bagian penting dari perawatan pasien dan sangat diperlukan untuk mencapai tujuan klinis (Lam & Fresco, 2015). WHO mendefinisikan kepatuhan sebagai “sejauh mana perilaku seseorang (termasuk minum obat dan diet) sesuai dengan rekomendasi yang disepakati dari penyedia layanan kesehatan” (WHO, 2003). Ketidakpatuhan primer adalah frekuensi dimana pasien gagal memenuhi resep ketika pengobatan baru dimulai sehingga berhubungan dengan pengisian ulang dan inisiasi terapi obat. Ketidakpatuhan sekunder didefinisikan sebagai obat yang tidak diminum sesuai resep saat resep diisi. Itu tidak hanya mempengaruhi hasil klinis tetapi juga mempengaruhi hasil keuangan dari sistem kesehatan (Lam & Fresco, 2015).

2. Penyebab ketidakpatuhan

Menurut WHO, ada banyak faktor yang menyebabkan kepatuhan minum obat yang buruk, biasanya diklasifikasikan menjadi lima kategori:

factor social ekonomi, factor terkait terapi, factor terkait pasien, factor terkait kondisi, dan system kesehatan/ tim perawatan kesehatan (WHO, 2003). Dengan pemahaman tentang apakah ketidakpatuhan itu primer (inisiasi farmakoterapi) atau sekunder (implementasi rejimen yang ditentukan), dan factor apa yang menyebabkannya, yang tepat kemudian dapat disesuaikan secara individual untuk meningkatkan perilaku minum obat setiap pasien (Lam & Fresco, 2015). Ketidakpatuhan terhadap terapi antiretroviral telah dikaitkan dengan berbagai faktor termasuk sosiodemografi, psikologis, sosial ekonomi, sosiobehavioral dan faktor kontekstual (Semvua, Orrell, Mmbaga, Semvua, Bartlett, & Boulle, 2017).

3. Pengembangan Obat Antivirus yang Ditargetkan

Pengembangan obat antivirus yang ditargetkan tidak dimulai dengan infeksi HIV. Namun, investasi besar dalam penelitian biomedis yang didukung oleh NIH dan dalam pengembangan obat yang didukung oleh perusahaan farmasi menghasilkan obat antiretroviral yang sangat efektif yang menargetkan enzim reverse transcriptase, protease, dan integrase, di antara titik rentan lainnya dalam siklus replikasi HIV, dan telah mengubah bidang pengembangan obat yang ditargetkan, membawanya ke tingkat kecanggihan yang belum pernah terjadi sebelumnya. Berdasarkan pengalaman selama 3 dekade, model HIV ini telah diterapkan dalam keberhasilan pengembangan obat antivirus untuk penyakit virus lainnya, termasuk antivirus yang bekerja langsung dan sangat efektif untuk hepatitis C (Schwetz & Fauci, 2019).

4. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi ART

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi ART di antaranya (Zegeye & Sendo, 2015):

- a. Pengalaman dengan HIV
Kehadiran infeksi oportunistik
- b. Hubungan *caregiver* ODHA
Kepercayaan dan keyakinan, dukungan oleh *caregiver*, pengetahuan *caregiver*
- c. Faktor ODHA
Pengungkapan, kemiskinan, dukungan sosial, dan pengetahuan seseorang tentang HIV/AIDS
- d. Dukungan medis dan konseling
Keramahan petugas kesehatan, jarak fasilitas medis, kerahasiaan dan kepercayaan, dan konseling kepatuhan
- e. Faktor rejimen ART
Beban pil, efek samping, dan interaksi obat

5. Penelitian terkait kepatuhan minum obat ART

Terapi antiretroviral adalah kegiatan seumur hidup untuk mengobati infeksi HIV (Abadiga, Hasen, Mosisa, & Abdisa, 2020). Kepatuhan minum obat mencerminkan sejauh mana perilaku seseorang dalam minum obat sesuai dengan anjuran dari tenaga kesehatan (WHO, 2003). Kepatuhan yang ketat terhadap terapi ART penting untuk mengurangi multiplikasi virus. Di atas 95% kepatuhan terhadap rejimen terapeutik diperlukan untuk pasien yang terinfeksi HIV untuk mencapai penekanan virus penuh (Abadiga,

Hasen, Mosisa, & Abdisa, 2020). Ketersediaan terapi ART telah menyebabkan penurunan kematian terkait HIV (Tchakoute, Rhee, Hare, Shafer, & Sainani, 2022).

Kepatuhan adalah faktor terpenting dalam menentukan keberhasilan pengobatan Terapi ART dan penekanan virus jangka panjang. Ketidakepatuhan terhadap ART menyebabkan morbiditas dan mortalitas terkait HIV (Legesse & Reta, 2019). Kepatuhan yang buruk terhadap terapi antiretroviral mengurangi efektivitas ART dan meningkatkan resistensi obat. Kepatuhan yang buruk terhadap terapi antiretroviral juga terkait dengan penurunan jumlah CD4 dan tingkat kematian yang lebih tinggi (Abadiga, Hasen, Mosisa, & Abdisa, 2020). Penelitian sebelumnya didapatkan kepatuhan terapi rata-rata adalah 71,8-84,9% (Legesse & Reta, 2019); (Abadiga, Hasen, Mosisa, & Abdisa, 2020); (Tchakoute, Rhee, Hare, Shafer, & Sainani, 2022). Sebanyak 10,9% pasien ditemukan tidak patuh terhadap terapi ART. Penyebab utama yang disebutkan adalah sibuk dengan pekerjaan lain (40,0%), merasa sakit atau lelah (28,5%), tidak punya uang (14,2%), dan jauh dari rumah (11,4%) (Shukla, Agarwal, Singh, Tripathi, Srivastava, & Singh, 2016).

6. Dampak ketidakepatuhan terapi ART

Penderita dengan berbagai tingkat kepatuhan ART juga memiliki tingkat pemanfaatan layanan kesehatan, demografi, dan biaya keseluruhan yang berbeda. Mereka yang kurang patuh memiliki biaya farmasi yang lebih rendah dan rata-rata biaya medis tahunan yang lebih tinggi (tidak termasuk biaya farmasi) dibandingkan dengan pasien yang sangat patuh. Selain itu, di

antara pasien yang sangat patuh, penghematan biaya diwujudkan dalam rata-rata biaya rawat inap tahunan: penghematan biaya USD 2.525 dalam kelompok tindak lanjut <3 tahun ($p = 0,0003$) dan penghematan biaya USD 815 pada ≥ 3 tahun tindak lanjut ($p < 0,001$). Secara keseluruhan, total biaya (yaitu biaya medis dan biaya apotek) lebih tinggi untuk individu yang sangat patuh dibandingkan dengan mereka yang kurang patuh (Kangethe, Polson, Lord, Evangelatos, & Oglesby, 2019). Tingkat kepatuhan yang berbeda terhadap ART dikaitkan dengan hasil klinis yang berbeda, seperti kunjungan gawat darurat dan durasi masuk rumah sakit. Responden yang melaporkan <80% kepatuhan secara signifikan lebih mungkin untuk melakukan kunjungan ke unit gawat darurat, dibandingkan dengan mereka yang melaporkan $\geq 95\%$, meskipun tidak ada perbedaan statistik dalam kunjungan unit gawat darurat untuk mereka yang melaporkan kepatuhan 80-89% dan 90-94% (6). Selain itu, mereka yang melaporkan kepatuhan <80% juga lebih cenderung memiliki durasi rawat inap yang lebih lama dibandingkan dengan mereka yang melaporkan kepatuhan $\geq 95\%$ (Abara, Adekeye, Xu, & Rust, 2017). Untuk mortalitas, mereka yang memiliki kepatuhan <25% memiliki risiko kematian empat kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang memiliki kepatuhan >95% (Zhang, Rust, Cardarelli, Felizzola, Fransua, & Stringer Jr, 2015).

Penyakit terkait AIDS, seperti pneumonia, ensefalopati, infeksi *Mycobacterium avium-intracellulare* atau *Mycobacterium tuberculosis*, menyumbang 18,3% kematian. Ada kecenderungan tingkat kepatuhan yang lebih rendah terhadap AART di antara peserta dalam kelompok kematian

akibat AIDS (Kim, PseudosJr, Gonzalez, Singh, Kilayko, & Sharp, 2013). Kepatuhan yang tidak lengkap terhadap ART secara bermakna dikaitkan dengan peningkatan risiko kematian terkait non-kardiovaskular di antara orang dengan HIV dengan penekanan virus (Castillo-Mancilla, et al., 2021).

7. Pengukuran kepatuhan

Morisky Medication Adherence Scale-8 / MMAS-8 adalah kuesioner standar yang dibuat awal tahun 1986 oleh Donald E. Morisky dari Universitas California. Kuesioner digunakan untuk mengukur kepatuhan pengobatan pasien. Instrumen penelitian MMAS-8 dilakukan oleh Morisky, dkk. telah dikembangkan ke dalam berbagai versi bahasa, seperti versi Thailand, Perancis, Malaysia, Korea, dan Indonesia yang telah teruji validitas dan reliabilitasnya. Pengembangan instrumen ke dalam berbagai versi bahasa ini dilakukan, karena penggunaan kuesioner MMAS-8 yang luas dan banyak digunakan sebagai alat ukur kepatuhan (Afifah, 2019). Alat ukur tersebut telah tervalidasi untuk kuesioner MMAS 8 (*Morisky Medication Adherence Scale*) dengan nilai Cronbach alpha 0,71 (Rahmawati, Fardaersada, & Oktavianir, 2020).

D. Tinjauan tentang Status Gizi

1. Definisi

Gizi adalah merupakan makanan yang sangat bermanfaat bagi kesehatan pada setiap individu termasuk juga pada lanjut usia yang dapat digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ tubuh serta untuk menghasilkan tenaga dalam melakukan aktifitas (Supariasa, Bakri, & Fajar, 2022).

Ada beberapa istilah yang berhubungan dengan status gizi. Istilah-istilah tersebut (Supariasa, Bakri, & Fajar, 2022):

- a. Gizi, adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi.
- b. Keadaan gizi, adalah keadaan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat-zat gizi tersebut, atau keadaan fisiologik akibat dari tersedianya zat gizi dalam seluler tubuh.
- c. *Malnutrition* (Gizi salah), adalah keadaan patofisiologis akibat dari kekurangan atau kelebihan secara relatif maupun absolut satu atau lebih zat gizi, ada empat bentuk malnutrisi diantaranya adalah : (1) *Under nutrition*, kekurangan konsumsi pangan secara relatif atau absolut untuk periode tertentu, (2) *Specific deficiency*, kekurangan zat gizi tertentu, (3) *Over nutrition*, kelebihan konsumsi pangan untuk periode tertentu, (4) *Imbalance*, karena disproporsi zat gizi, misalnya kolesterol terjadi karena tidak seimbangnya LDL (*Low Density Lipoprotein*), HDL (*High Density Lipoprotein*), dan VLDL (*Very Low Density Lipoprotein*).
- d. Kurang energi protein (KEP), adalah seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi protein dalam makanan sehari-hari atau gangguan penyakit tertentu. Anak dikatakan KEP bila

berat badan kurang dari 80% berat badan menurut umur (BB/U) baku WHO-NHCS.

2. Penilaian status gizi

Status gizi dapat dinilai dengan dua cara, yaitu penilaian status gizi secara langsung dan penilaian status gizi secara tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung dapat dilakukan dengan empat cara yaitu (Supariasa, Bakri, & Fajar, 2022):

a. Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh.

b. Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (*superficial epithelial tissues*) seperti kulit, mata, rambut, dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Penggunaan metode ini umumnya untuk survei klinis secara cepat

(*rapid clinical surveys*). Survei ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi.

c. Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: darah, urine, tinja, dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot. Metode ini digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia faal dapat banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik.

d. Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan. Umumnya dapat digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik (*epidemic of night blindness*). Cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap.

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi tiga yaitu: survey konsumsi makanan, statistik vital, dan faktor ekologi. Pengertian dan penggunaan metode menurut Supariasa akan diuraikan sebagai berikut (Supariasa, Bakri, & Fajar, 2022)

a. Survei konsumsi makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga, dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi.

b. Statistik Vital

Pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi. Penggunaannya dipertimbangkan sebagai bagian dari indikator penilaian tidak langsung pengukuran status gizi masyarakat.

c. Faktor Ekologi

Pengukuran status gizi yang didasarkan atas ketersedianya makanan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor ekologi. Tujuannya untuk mengetahui penyebab malnutrisi masyarakat.

3. Status gizi IMT

IMT merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa yang berumur diatas 18 tahun khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. IMT tidak dapat diterapkan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil dan olahragawan. Di samping itu pula IMT

tidak bisa diterapkan pada keadaan khusus (penyakit) lainnya, seperti adanya edema, asites dan hepatomegali.

Rumus perhitungan IMT adalah sebagai berikut:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

Batas ambang IMT ditentukan dengan merujuk ketentuan FAO/WHO, yang membedakan batas ambang untuk laki-laki dan perempuan. Batas ambang normal laki-laki adalah 20,1-25,0 dan untuk perempuan adalah 18,7-23,8. Batas ambang IMT untuk Indonesia, adalah sebagai berikut (Supariasa, Bakri, & Fajar, 2022):

- a. IMT < 17,0: keadaan orang tersebut disebut kurus dengan kekurangan berat badan tingkat berat atau Kurang Energi Kronis (KEK) berat.
- b. IMT 17,0-18,4: keadaan orang tersebut disebut kurus dengan Kekurangan Berat Badan tingkat ringan atau KEK ringan.
- c. IMT 18,5-25,0: keadaan orang tersebut termasuk kategori normal.
- d. IMT 25,1-27,0: keadaan orang tersebut disebut gemuk dengan kelebihan berat badan tingkat ringan.
- e. IMT > 27,0: keadaan orang tersebut disebut gemuk dengan kelebihan berat badan tingkat berat.

IMT digunakan untuk menilai status gizi penderita HIV yang merupakan kriteria fenotipik untuk diagnosis malnutrisi. IMT dihitung sebagai berat badan dalam kilogram dibagi dengan kuadrat tinggi badan dalam meter (Liu, et al., 2021). IMT dikelompokkan menurut kriteria Organisasi Kesehatan Dunia (WHO): < 17 kg/m² (kurang gizi sedang hingga

berat), 17–18,5 kg/m² (kurang gizi ringan), > 18,5-25 kg/m² (gizi normal), dan > 25 kg/m² (kelebihan gizi).

Tabel 2.1
Kategori status gizi berdasarkan IMT yang digunakan di Indonesia

IMT	Status Gizi
< 18,5	Sangat kurus
18,5 – 20	Kurus
20 – 25	Normal
25 – 30	Gemuk
>30	Obesitas

Sumber : (Supariasa, Bakri, & Fajar, 2022)

4. Status gizi penderita HIV/AIDS

Penelitian sebelumnya didapatkan 36% ODHA lanjut usia yang dirawat di rumah sakit memiliki risiko gizi, dan 12-56% dari mereka mengalami kekurangan gizi berdasarkan kriteria BMI, albumin, dan prealbumin. Peningkatan skor risiko gizi dikaitkan dengan usia yang lebih tua ($p = 0,002$), viral load yang lebih tinggi ($p=0,028$), BMI lebih rendah ($p = 0.001$), dan tingkat albumin yang lebih rendah ($p= 0.010$). Jumlah CD4 dikaitkan dengan prevalensi kurang gizi berdasarkan kriteria albumin ($p = 0.002$) (Liu, et al., 2021). Penelitian yang lain terkait status gizi penerima terapi antiretroviral dewasa ditemukan status gizi responden sebagian besar memiliki IMT normal (61,5%) (Fitri, Ibrahim, Liani, Rahayuwati, & Herliani, 2021). Hasil penelitian yang lain menunjukkan bahwa rata-rata berat badan perempuan lebih tinggi (67 kg) daripada laki-laki (64 kg; $p = 0,062$). Median IMT ($25,4 \pm 6,4$ kg/m²) perempuan secara signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan median BMI ($24,2 \pm 6,4$ kg/m²) laki-laki ($p \leq 0,0001$). Mayoritas (48%) memiliki BMI normal, 13% kurus, 26% kelebihan berat badan, dan 13% obesitas (Mahlangu, Modjadji, & Madiba, 2020).

Terdapat hubungan yang signifikan antara durasi ART dan status gizi penerima ART. Mereka yang memakai ART untuk jangka waktu yang lebih lama tiga kali lebih mungkin mengalami obesitas dibandingkan mereka yang memakai ART untuk jangka waktu yang singkat. Peningkatan yang diamati dalam penelitian ini pada prevalensi obesitas setelah memulai ART sejajar dengan angka yang dilaporkan di Pantai Gading, Tanzania, dan Nigeria, di mana sebagian besar orang HIV-positif ditemukan telah berkembang menjadi kelebihan berat badan dan keadaan obesitas setelah memulai ART (Mahlangu, Modjadji, & Madiba, 2020).

E. Tinjauan Tentang Kualitas Hidup (*Quality of Life*)

1. Definisi

Kualitas hidup (*quality of life*) merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait persepsi individu mengenai tujuan, harapan, standar, dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan yang dialami yang dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut berada. Kualitas hidup sebagai rasa kesejahteraan yang berasal dari kepuasan atau ketidakpuasan dengan bidang kehidupan. *Quality of life (QOL)* merupakan interaksi yang kompleks dari factor kontekstual (keparahan penyakit yang dominan), variable pendahulu, perilaku mempromosikan kesehatan. yang dilakukan diharapkan dapat meningkatkan dukungan sosial, penerimaan, penurunan hambatan kesembuhan diri, peningkatan kesembuhan diri karena perubahan perilaku kesehatan sehingga kualitas hidup dapat ditingkatkan (Peterson & Bredow, 2013). *Quality of Life (QoL)* adalah persepsi individu tentang posisi mereka

dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai tempat mereka hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian mereka (Handayani, Ratnasari, Husna, Marni, & Susanto, 2019). Pentingnya perasaan kesejahteraan subyektif secara keseluruhan yang berkaitan dengan aspek moral, kebahagiaan dan kepuasan ditekankan dalam definisi ini. QoL, berkaitan dengan kecukupan keadaan material seperti seberapa puas seseorang dengan keadaan hidup ini. Penilaian QoL bertujuan untuk memberikan evaluasi yang komprehensif tentang kesejahteraan individu, yang meliputi penilaian terhadap fungsi peran mereka, integrasi komunitas dan penyesuaian pribadi melalui refleksi tentang rasa kesejahteraan dan kepuasan yang dialami oleh orang-orang dalam keadaan hidup mereka saat ini (Surur, Teni, Wale, Ayalew, & Tesfaye, 2017).

2. Kualitas hidup penderita HIV/AIDS

Penelitian sebelumnya terkait kualitas hidup pada penderita HIV di Wonogiri, Indonesia menggunakan WHOQOL-HIV BREF didapatkan skor rata-rata domain hubungan sosial adalah 13,59; domain psikologis adalah 13,31; domain lingkungan adalah 13,28; domain keyakinan spiritual/pribadi adalah 13,15; domain fisik adalah 13,10; dan tingkat kemandirian domain sebesar 13,77. Gejala HIV berhubungan dengan kualitas hidup ($p = 0,049$) (Handayani, Ratnasari, Husna, Marni, & Susanto, 2019).

3. Domain kualitas hidup

Tabel 2.2. Domain WHOQOL-HIV-BREF

Domain	Aspek yang dinilai	Item Pertanyaan
I. Fisik	1. Rasa sakit dan ketidaknyamanan	Q3, Q4, Q14, Q 21
	2. Energi dan kelelahan	

	3. Tidur dan istirahat	
	4. Gejala ODHA	
II. Psikologis	1. Perasaan positif	Q1.1, Q1,
	2. Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi	Q2, Q6, Q7, Q11,
	3. Harga diri	Q15, Q24
	4. Citra tubuh dan penampilan	
	5. Perasaan negatif	
III. Tingkat ketergantungan	1. Mobilitas	Q5, Q17,
	2. Aktivitas kehidupan sehari-hari	Q22, Q23,
	3. Ketergantungan pada pengobatan atau perawatan	
	4. Kapasitas kerja	
IV. Hubungan sosial	1. Hubungan personal	Q20, Q25,
	2. Dukungan sosial	Q26, Q27
	3. Aktivitas seksual	
	4. Keterlibatan sosial	
V. Lingkungan	1. Keselamatan dan keamanan fisik	Q12, Q13,
	2. Lingkungan rumah	Q16, Q18,
	3. Sumber daya keuangan	Q19, Q28,
	4. Perawatan kesehatan dan sosial: aksesibilitas dan kualitas	Q29, Q30
	5. Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru	
	6. Partisipasi dan kesempatan untuk kegiatan rekreasi/rekreasi	
	7. Lingkungan fisik (polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim)	
	8. Transportasi	
VI. Spiritualitas/ Agama/ Keyakinan Pribadi	1. Keagamaan dan keyakinan pribadi	Q8, Q9, Q10, Q 31
	2. Pengampunan dan Menyalahkan	
	3. Kekhawatiran tentang Masa Depan	
	4. Kematian dan Sekarat	

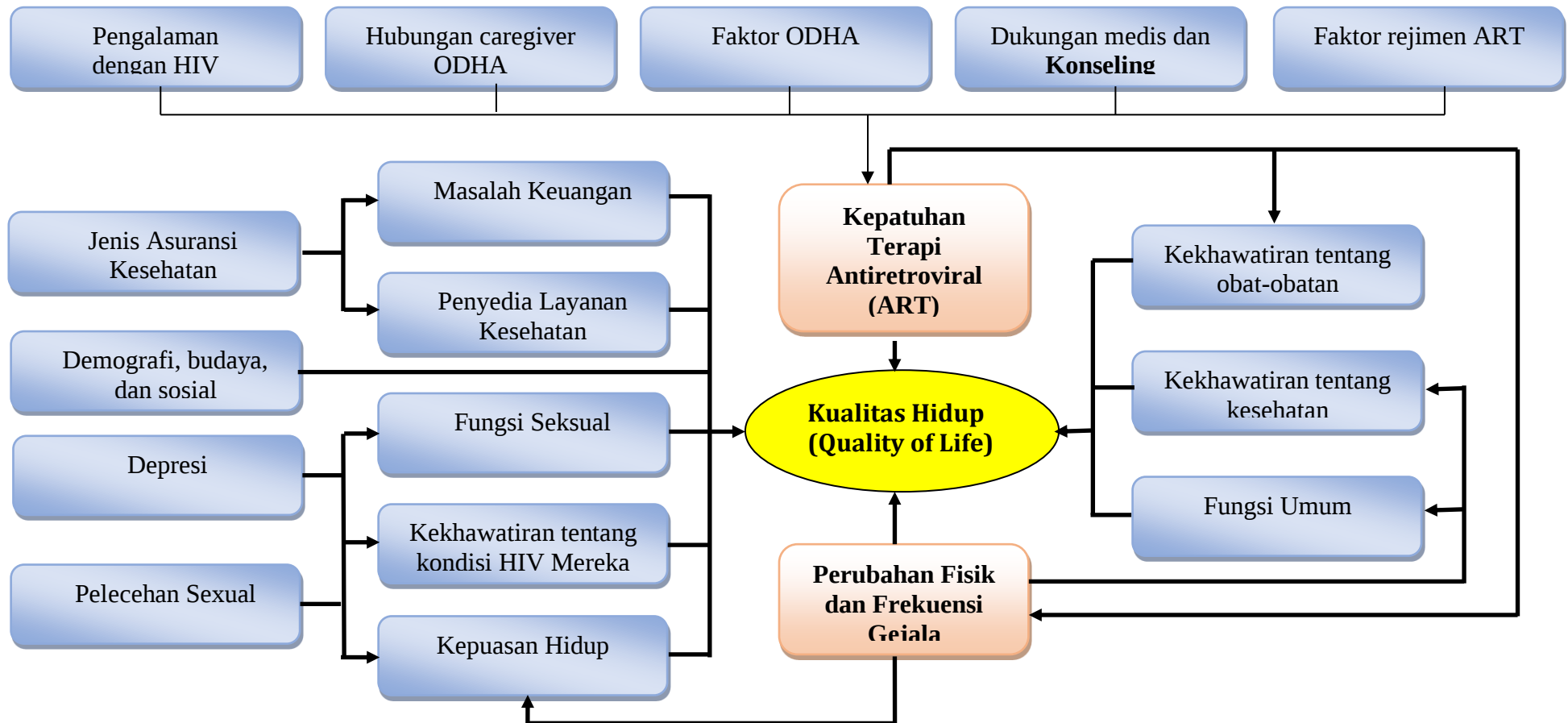
Sumber: (WHO, 2012)

4. Pengukuran kualitas hidup

HIV dan AIDS tidak hanya mempengaruhi kesejahteraan fisik ODHA, tetapi juga kualitas hidup secara keseluruhan dan persepsi dari berbagai aspek kehidupan mereka dan kehidupan sehari-hari. WHOQOL-HIV-BREF telah dibuat dan disahkan khusus untuk ODHA oleh World

Health Organization; itu menilai QoL berdasarkan enam domain (fisik, psikologis, tingkat kemandirian, interaksi sosial, lingkungan dan spiritual / kepercayaan), dan melibatkan masalah khusus HIV / AIDS (Karkashadze, Gates, Chkhartishvili, DeHovitz, & Tsertsvadze, 2017). WHOQOL-HIV merupakan instrumen untuk mengukur kualitas hidup ODHA. WHOQOL-HIV dikembangkan WHO, tepatnya oleh Departement of mental health and substance dependence pada tahun 2002. WHOQOL-HIV terdiri dari 6 domain 31 pertanyaan, yaitu kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, isolasi social, lingkungan dan spiritualitas (Wulandari & Hadi, 2017). QoL didefinisikan rendah jika skor antara 4 dan 9,9, sedang jika antara 10 hingga 14,9 dan tinggi jika skor 15 hingga 20 (Handayani, Ratnasari, Husna, Marni, & Susanto, 2019). Hasil Uji korelasi antardomain kuesioner WHOQOLHIV BREF dan domain kuesioner SF-36 menunjukkan bahwa terdapat enam domain yang signifikan bermakna ($p < 0.05$) dengan nilai koefisien korelasi kuat ($r = 0,60 - 0,79$). Keandalan kuesioner dinilai dengan intraclass correlation coefficient masing-masing domain 0,401-0,484 dan nilai Cronbach Alpha 0,513-0,798 (Muhammad, Shatri, Djoerban, & Abdullah, 2017).

F. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori (Valencia, Canaval, Marin, & Portillo, 2010); (Sosnowski, et al., 2017); (Zegeye & Sendo, 2015)