

**TESIS**

**HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN TERAPI ANTI RETROVIRAL  
DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN *MEN WHO HAVE SEX WITH MEN*  
– *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS***

*CORRELATION OF ADHERENCE TO ANTI RETROVIRAL THERAPY WITH  
QUALITY OF LIFE OF MEN WHO HAVE SEX WITH MEN – HUMAN  
IMMUNODEFICIENCY VIRUS PATIENT*

**Disusun dan diajukan oleh**

**DWI PUTRI BASO**

**C101216202**



**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1 (Sp-1)PROGRAM  
STUDI ILMU PENYAKIT DALAM  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**2021**

**HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN TERAPI ANTI RETROVIRAL  
DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN LELAKI *SEX* LELAKI – *HUMAN*  
*IMMUNODEFICIENCY VIRUS***

*CORRELATION OF ADHERENCE TO ANTI RETROVIRAL THERAPY WITH  
QUALITY OF LIFE OF MEN *SEX* MEN – HUMAN IMMUNODEFICIENCY  
VIRUS PATIENT*

**TESIS**

Sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Dokter Spesialis-1 (Sp-1)

**Program Studi  
Ilmu Penyakit Dalam**

Disusun dan diajukan oleh:

**DWI PUTRI BASO  
C101216202**

Kepada:

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1 (Sp-1)  
PROGRAM STUDI ILMU PENYAKIT DALAM  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2021**

**LEMBAR PENGESAHAN TESIS**

**HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN TERAPI ANTI RETROVIRAL DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN *MEN WHO HAVE SEX WITH MEN-HUMAN  
IMMUNODEFICIENCY VIRUS***

***CORRELATION OF ADHERENCE TO ANTI RETROVIRAL THERAPY WITH  
QUALITY OF LIFE OF MEN WHO HAVE SEX WITH MEN-HUMAN  
IMMUNODEFICIENCY VIRUS PATIENT***

Disusun dan diajukan oleh :

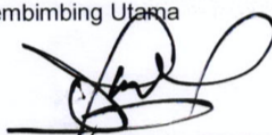
**DWI PUTRI BASO**

Nomor Pokok : C101216202

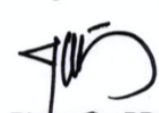
Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka  
Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Ilmu Penyakit Dalam  
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin  
Pada tanggal 17 November 2021  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui

Pembimbing Utama

  
Dr. Sudirman Katu, Sp.PD, K-PTI  
NIP. 197006132001121002

Pembimbing Pendamping

  
Dr. dr. Risha, Sp.PD, K-PTI  
NIP. 197505172008122001

Ketua Program Studi

  
Dr. dr. M. Harun Iskandar, Sp.P, Sp.PD-KP  
NIP. 197506132008121002

Dekan Fakultas/Sekolah Pascasarjana

  
Prof. dr. Budu, Ph.D, Sp.M(K), M.MedEd  
NIP. 195612311995031009



## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda-tangan dibawah ini:

Nama : dr. Dwi Putri Baso  
NIM : C101216202  
Program studi : Ilmu Penyakit Dalam

Menyatakan dengan ini bahwa Tesis dengan judul: “Hubungan Kepatuhan Terapi Anti Retroviral dengan Kualitas Hidup Pasien Lelaki *sex* Lelaki- *Human Immunodefficiency Virus*” adalah karya saya sendiri dan tidak melanggar hak cipta pihak lain. Apabila di kemudian hari Tesis karya saya ini terbukti bahwa sebagian atau keseluruhannya adalah hasil karya orang lain yang saya pergunakan dengan cara melanggar hak cipta pihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi.

Makassar, November 2021

Yang menyatakan,



dr. Dwi Putri Baso

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia yang dilimpahkan-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan karya akhir untuk melengkapi persyaratan menyelesaikan pendidikan keahlian pada Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

Pada kesempatan ini, saya ingin menghaturkan terimakasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada:

1. **Prof. Dr. Dwia A. Tina Palubuhu, MA** Rektor Universitas Hasanuddin atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk mengikuti Pendidikan Dokter Spesialis di Universitas Hasanuddin.
2. **Prof. dr. Budu, Ph.D, Sp.M(K), M.MED.ED** Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin atas kesempatan yang diberikan untuk mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis di bidang Ilmu Penyakit Dalam.
3. **dr. Uleng Bahrin, Sp.PK(K), Ph.D** Koordinator PPDS Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin bersama staf yang senantiasa memantau kelancaran Program Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Penyakit Dalam.
4. **Prof. Dr. dr. Syakib Bakri, Sp.PD, K-GH** selaku Mantan Ketua Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang selalu membimbing dan mengarahkan saya. Terima kasih karena telah menjadi sosok orang tua dan guru, yang senantiasa memberikan nasehat dan ilmunya kepada saya.
5. **Dr. dr. A. Makbul Aman, Sp.PD, K-EMD** selaku Ketua Departemen Ilmu

Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, atas kesediaan beliau menerima, mendidik, membimbing dan selalu memberi nasihat- nasihat selama saya menjadi peserta didik di Departemen Ilmu Penyakit Dalam. Terima kasih karena telah menjadi guru, orang tua untuk saya selama ini.

6. **Dr. dr. Hasyim Kasim, Sp.PD, K-GH dan Dr. dr. Harun Iskandar, Sp.PD, K-P, Sp.P(K)** selaku Mantan Ketua Program Studi Sp-I dan Ketua Program Studi Sp-1 terpilih Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK Unhas yang senantiasa memberikan motivasi, membimbing dan mengawasi kelancaran proses pendidikan selama saya mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis Penyakit Dalam.
7. **Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, M.Kes, Sp.PD, K-GH, Sp.GK** selaku Sekretaris Program Studi Departemen Ilmu Penyakit Dalam, guru, dan orang tua saya selama menjalani pendidikan sejak masuk hingga saat ini. Terima kasih banyak senantiasa membimbing, mengarahkan, mengayomi, dan selalu membantu saya dalam melaksanakan pendidikan selama ini, serta selalu memberikan jalan keluar di saat saya menemukan kesulitan selama menjalani proses pendidikan di Departemen Ilmu Penyakit Dalam, juga telah menjadi sosok guru dan orangtua yang berharga dan senantiasa memberikan ilmunya kepada saya.
8. **dr. Rachmawati Minhajat, Ph.D, Sp.PD, K-HOM** selaku Sekretaris Departemen Ilmu Penyakit Dalam atas bimbingannya selama saya menempuh Pendidikan di Departemen Ilmu Penyakit Dalam.
9. **Dr. dr. Nu'man AS Daud, Sp.PD, K-GEH** selaku Pembimbing Akademik yang senantiasa memberikan motivasi, membimbing dan mengawasi kelancaran

proses pendidikan selama saya mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis Penyakit Dalam.

10. **dr. Sudirman Katu, Sp.PD,K-PTI dan Dr. dr. Risna Halim Sp,PD, K-PTI** selaku pembimbing penelitian saya yang senantiasa memberikan motivasi, masukan serta membimbing saya selama proses pembuatan tesis ini. Terima kasih karena telah menjadi sosok guru yang berharga dan senantiasa mencurahkan ilmunya kepada saya.
11. Seluruh Guru Besar, Konsultan dan Staf Pengajar di Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, tanpa bimbingan mereka mustahil bagi saya mendapat ilmu dan menimba pengalaman di Departemen Ilmu Penyakit Dalam.
12. **Dr. dr. Arifin Seweng, MPH** selaku konsultan statistik atas kesediaannya membimbing dan mengoreksi dalam proses penyusunan karya akhir ini.
13. Para penguji: **Prof. Dr. dr. Syakib Bakri, SpPD, K-GH; Dr.dr.Muh. Ilyas, Sp.PD, K-P, Sp.P(K); Dr. dr. Harun Iskandar, Sp.P (K), SpPD,K-P** yang senantiasa memberikan motivasi, masukan serta membimbing saya selama proses pembuatan tesis ini. Terima kasih karena telah menjadi sosok guru yang senantiasa mencurahkan ilmunya kepada saya..
14. **dr. Eliana Muis, Sp.PD, K-P; dr. Akhyar Albaar, Sp.PD, K-GH dan dr. Nasrum Machmud, Sp.PD, K-GH** yang selalu saya repotkan selama ini dan memberikan nasehat-nasehat kepada saya selama saya menjadi PPDS Ilmu Penyakit Dalam. Terima kasih banyak dok.
15. Para Direktur dan Staf RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, RS UNHAS, RS

Akademis, RS Ibnu Sina, RSI Faisal, RS Stella Maris atas segala bantuan fasilitas dan kerjasamanya selama ini.

16. Para pegawai Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK Unhas yang senantiasa turut membantu selama saya menjalani proses pendidikan sejak saya semester satu hingga sekarang. Kepada **Pak Udin, Kak Tri, Kak Maya, Kak Yayuk, Kak Hari, Ibu Fira, serta Pak Razak**, terima terima kasih bantuannya selama ini.
17. Kepada teman-teman angkatan saya, **Angkatan Januari 2017**. Terima kasih karena telah menjadi teman, saudara dan keluarga yang saling mendukung selama kita Bersama-sama menjalani proses pendidikan ini.
18. Kepada **dr. Sitti Rahmah, Sp.PD, dr.Siti Jamiatul Husna, Sp.PD, dr. Irfan Adi Saputra, Sp.PD, dr. Restu Olymviana Rantetondok, dr. Iswina Reniarti, dr. Ayu Fitriani, dr. Suardy Ciayadi, dr. Febrian Juventianto. dr. Niza Amalya, dr. Rizki Primasari** terimakasih menjadi sahabat yang selalu setia memberi semangat, bantuan, dukungan dan bimbingannya selama saya menjalani proses Pendidikan ini.
19. Kepada sahabat-sahabatku Genk Avengers **dr. Achmad Fausan Adiatma Umar, Sp.PD, dr. Akiko S. Tahir, Sp.PD, dr. Resha Dermawansyah, Sp.PD, dan dr. Akbar Iskandar** Terimakasih selalu memberi saya semangat dan mendukung saya dalam senang maupun susah. Saya tidak mungkin sampai ke titik ini tanpa dukungan kalian.
20. Kepada saudara terkasih dan sahabat-sahabat saya **Rizki Dumpatna, Ronaldo, Dyah Ajeng, Daniella Chyntia, Karina Renata, Iren Silvana, Fahmi Sapan, Yulian Sandy Mangentan**, Terimakasih karena telah percaya dan telah menjadi



saudara dan sahabat saya yang selalu memberikan doa, semangat dan mendukung saya dalam senang maupun susah, dan selalu percaya bahwa saya bisa menyelesaikan masa pendidikan ini dengan baik.

21. Kepada seluruh teman sejawat para peserta PPDS Ilmu Penyakit Dalam FK Unhas atas bantuan, jalinan persaudaraan dan kerjasamanya selama ini.

Pada saat yang berbahagia ini, tidak lupa saya ingin menyampaikan rasa cinta, hormat dan penghargaan setinggi-tingginya kepada kedua orang tua saya yang sangat saya sayangi dan cintai, Ayah dan ibu saya - **dr. Samuel Maripadang Baso, Sp.PD dan Dra. Alberthina Sampepayung**, yang tidak pernah berhenti memberikan cinta, doa dan dukungannya sejak saya lahir hingga saya ada di tahap ini, dan menjadi pribadi yang seperti sekarang ini, semuanya karena dukungan dan doa kalian, juga kepada kakak-kakak saya, **dr. Gery Dala Prima Baso, Sp.PD – dr. Octaviany Hidemi Malamassam, Sp,KFR dan keponakan-keponakan saya Rachel, Noelle, Gabriel dan Avielle** yang setia memberikan doa, dukungan kepada saya, beserta segenap keluarga besar atas dukungan moril serta dengan tulus mendukung, mendoakan dan memberi motivasi selama saya menjalani pendidikan ini.

Akhir kata, semoga karya akhir ini dapat bermanfaat bagi kita semua dan kiranya Allah SWT selalu melimpahkan rahmat dan petunjuk-Nya kepada kita semua. Amin.

Makassar, November 2021

Dwi Putri Baso

## DAFTAR ISI

<b>Halaman Judul</b> .....	ii
<b>Halaman Pengesahan Tesis</b> .....	iii
<b>Pernyataan Keaslian Tesis</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiii
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xiv
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xv
<b>ABSTRAK</b> .....	xvi
<b>ABSTRACT</b> .....	xvii

### **BAB I PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang Penelitian .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat akademik .....	5
1.4.2 Manfaat klinis .....	5

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Human Immunodeficiency Virus (HIV) .....	6
2.1.1 Epidemiologi HIV .....	6
2.1.2 Patofisiologi Infeksi HIV .....	7

2.1.3	Gejala dan tanda klinis HIV .....	8
2.1.4	Diagnosis HIV .....	9
2.1.5	Tatalaksana terapi HIV .....	10
2.2	Kepatuhan .....	13
2.2.1	Definisi Kepatuhan .....	13
2.2.2	Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan .....	14
2.3	Kualitas Hidup Pasien LSL-HIV .....	16
2.3.1	Definisi Kualitas Hidup .....	16
2.3.2	Instrumen Penilaian Kualitas Hidup Pasien HIV .....	18
2.3.3	Hubungan antara kepatuhan dan kualitas hidup pasien HIV .....	20

### **BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN HIPOTESIS**

3.1	Kerangka Teori .....	23
3.2	Kerangka Konsep .....	24
3.3	Hipotesis Penelitian .....	24

### **BAB IV Metode Penelitian .....**

4.2	Rancangan Penelitian .....	25
4.2	Tempat dan waktu penelitian .....	25
4.3	Populasi dan sampel penelitian .....	25
4.4	Perkiraan besar sampel .....	25
4.5	Metode pengumpulan sampel .....	26
4.6	Prosedur Kerja .....	26
4.7	Izin penelitian dan kelayakan etik .....	27
4.8	Definisi Operasional dan kriteria objektif .....	27
4.8.1	Kepatuhan .....	27
4.8.2	Kualitas Hidup .....	28

4.8.3	Usia .....	29
4.8.4	Tingkat Pendidikan .....	29
4.8.5	Status Pernikahan .....	29
4.8.6	Pekerjaan .....	30
4.9	Analisis Data .....	30
4.10	Alur Penelitian .....	31
<b>BAB V HASIL PENELITIAN .....</b>		<b>32</b>
V.1	Gambaran umum sampel penelitian .....	32
V.2	Hubungan kepatuhan dengan kualitas hidup pasien HIV Domain 1 .....	34
V.3	Hubungan kepatuhan dengan kualitas hidup pasien HIV Domain 2 .....	35
V.4	Hubungan kepatuhan dengan kualitas hidup pasien HIV Domain 3.....	36
V.5	Hubungan kepatuhan dengan kualitas hidup pasien HIV Domain 4 .....	37
<b>BAB VI PEMBAHASAN</b>		
VI.1	Analisis Hubungan kepatuhan dengan kualitas hidup pasien HIV Domain 1	38
VI.2	Analisis Hubungan kepatuhan dengan kualitas hidup pasien HIV Domain 2	39
VI.3	Analisis Hubungan kepatuhan dengan kualitas hidup pasien HIV Domain 3	40
VI.4	Analisis Hubungan kepatuhan dengan kualitas hidup pasien HIV Domain 4	41
<b>BAB VII PENUTUP .....</b>		<b>42</b>
7.1	Kesimpulan .....	42
7.2	Saran .....	42
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>43</b>

## DAFTAR SINGKATAN

<i>FDC</i>	<i>Fixed Drug Combination</i>
<i>UNAIDS</i>	<i>United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
<i>ART</i>	<i>Anti Retro Viral Terapi</i>
<i>MSM</i>	<i>Men Who Have Sex with Men</i>
<i>AIDS</i>	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
<i>HIV</i>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
<i>ODHA</i>	<i>Orang dengan HIV-AIDS</i>
<i>LSL</i>	<i>Lelaki sex lelaki</i>
<i>CD</i>	<i>Cluster Differentiation</i>
<i>PPE</i>	<i>Pruritic Papular Eruption</i>
<i>EIA</i>	<i>Enzyme Immunoassay</i>
<i>DNA</i>	<i>Deoksiribonukleat Acid</i>
<i>RNA</i>	<i>Ribonukleat Acid</i>
<i>TB</i>	<i>Tuberkulosis</i>
<i>NRTI</i>	<i>Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor</i>
<i>NNRTI</i>	<i>Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor</i>
<i>EFV</i>	<i>Efavirens</i>
<i>AZT</i>	<i>Azidotimidine</i>
<i>NVP</i>	<i>Nevirapine</i>
<i>WHOQOL</i>	<i>The World Health Organization Quality of Life</i>
<i>RSWS</i>	<i>Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo</i>
<i>KTP</i>	<i>Kartu Tanda Penduduk</i>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Karakteristik Subjek Penelitian .....	33
Tabel 2.	Hubungan kepatuhan terapi ARV dengan kualitas hidup domain 1 (fisik) pasien LSL-HIV .....	34
Tabel 3.	Hubungan kepatuhan terapi ARV dengan kualitas hidup domain 2 (psikologis) pasien LSL-HIV .....	35
Tabel 4.	Hubungan kepatuhan terapi ARV dengan kualitas hidup domain 3 (hubungan sosial) pasien LSL-HIV .....	36
Tabel 5.	Hubungan kepatuhan terapi ARV dengan kualitas hidup domain 4 (lingkungan) pasien LSL-HIV .....	37

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Kuesioner Kualitas Hidup WHO-QOL HIV Bref (Bahasa Indonesia)

## ABSTRAK

Dwi Putri Baso: **Hubungan Kepatuhan Terapi Antiretroviral (ARV) dengan Kualitas Hidup Pasien Lelaki sex Lelaki (LSL) – *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*** (dibimbing oleh Sudirman Katu dan Risna Halim)

### **Latar belakang:**

Terapi ARV telah mengubah HIV dari penyakit terminal menjadi kondisi kronik. Kepatuhan adalah komponen penting untuk keberhasilan terapeutik pada infeksi HIV. Komunitas LSL-HIV cenderung tertutup dan menarik diri dari lingkungannya dan memiliki beban stress yang lebih berat karena stigma dan diskriminasi. Evaluasi penilaian kualitas hidup pada komunitas LSL-HIV dapat dijadikan indikator untuk menilai luaran klinis dan keberhasilan terapi ARV. Kepatuhan terapi ARV berkontribusi pada kualitas hidup Orang Dengan HIV-Acquired Immunodeficiency Virus (AIDS) (ODHA) terkait dengan supresi viral load, stadium penyakit dan gejala. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kepatuhan terapi ARV dengan kualitas hidup pasien LSL-HIV.

**Metode:** Penelitian kohort retrospektif dengan pendekatan potong lintang pada pasien LSL-HIV di Klinik HIV Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo sejak April - September 2021 yang memenuhi kriteria inklusi. Kepatuhan terapi ARV dinilai secara retrospektif, melalui pelaporan mandiri pasien, selama tiga bulan terakhir pengobatan. Kualitas hidup dinilai menggunakan kuesioner *World Health Organisation (WHO) - Quality of Life (QOL) HIV* Bref. Uji statistik menggunakan *Chi Square* test, dimana hasil dianggap signifikan bila nilai  $p < 0.05$ .

**Hasil:** Penelitian ini mencakup 76 subjek LSL-HIV. Analisis menunjukkan hubungan yang signifikan antara kepatuhan terapi ARV dengan kualitas hidup domain 1(fisik), domain 2 (psikologis), domain 3 (hubungan sosial), domain 4 (lingkungan) ( $p < 0.05$ ).

**Kesimpulan :** Kualitas hidup secara fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan pada pasien LSL-HIV dipengaruhi oleh kepatuhan yang baik terhadap terapi ARV.

**Kata kunci :** LSL-HIV; kepatuhan; kualitas hidup; WHO-QOL HIV Bref



## ABSTRACT

**Dwi Putri Baso: *Correlation Of Adherence To Anti Retroviral Therapy With Quality Of Life Of Men Sex Men – Human Immunodeficiency Virus Patient (HIV)*** (supervised by Sudirman Katu and Risna Halim)

### **Backgrounds:**

ARV therapy has transformed HIV from a terminal illness to a chronic condition. Adherence is an important component for therapeutic success in HIV infection. MSM-HIV communities tend to be closed and withdrawn from their environment and carrying a heavier burden of stress due to stigma and discrimination. Evaluation of quality of life assessment in the MSM-HIV community can be used as an indicator to assess clinical outcomes and the success of ARV therapy. Adherence to ARV therapy contributes to the quality of life of People Living With HIV-*Acquired Immunodeficiency Virus* (AIDS) (PLWHA) in terms of viral load suppression, disease stage and symptoms. This study aims to determine the correlation of adherence to ARV therapy with the quality of life of MSM-HIV patients.

**Method:** A retrospective cohort study with a cross-sectional approach on MSM-HIV patients at the HIV Clinic at Wahidin Sudirohusodo Hospital from April - September 2021 that met the inclusion criteria. Adherence to ARV therapy was assessed retrospectively, through patient self-reporting, during the last three months of treatment. Quality of life was assessed using the World Health Organization (WHO) - Quality of Life (QOL) HIV Bref questionnaire. Statistical test using Chi Square test, where the results are considered significant if the p value <0.05.

**Result:** This study included 76 MSM-HIV subjects. The analysis showed a significant relationship between ARV therapy adherence and quality of life in domain 1 (physical), domain 2 (psychological), domain 3 (social relationships), domain 4 (environment) (p<0.05).

**Conclusion :** Quality of life physically, psychologically, socially and environmentally in MSM-HIV patients is influenced by good adherence to ARV therapy.

**Keyword :** MSM-HIV; adherence; quality of life; WHO-QOL HIV Bref

# BAB I

## PENDAHULUAN

### I.1 Latar Belakang Penelitian

Berdasarkan data dari *United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) tahun 2019, diperkirakan jumlah penderita *human immunodeficiency virus* (HIV) di seluruh dunia pada tahun 2018 sebanyak 37,9 juta orang dengan jumlah kasus baru sebanyak 1,7 juta orang. Di Indonesia, berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, jumlah kumulatif kasus HIV yang dilaporkan sampai dengan Desember 2019 sebanyak 377.564 orang.<sup>1,2</sup> Epidemi dan insiden HIV di kalangan LSL terus meningkat. Dalam beberapa tahun terakhir, penularan homoseksual dari laki-laki ke laki-laki telah menjadi salah satu cara utama penularan HIV, dan proporsi kasus HIV yang baru didiagnosis karena kontak homoseksual laki-laki telah meningkat dari 12,2% pada tahun 2007, 21,4% pada tahun 2013, menjadi 23,4% pada tahun 2014.<sup>3</sup>

Terapi Anti Retro Viral (ARV) telah mengubah HIV dari penyakit terminal menjadi kondisi kronik pada beberapa negara yang menyediakan terapi secara merata. Dengan tatalaksana yang tepat, orang dengan HIV- *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) sekarang dapat memiliki ekspektasi hidup mendekati normal. Bagaimanapun juga, orang dengan HIV cenderung memiliki kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih rendah dibandingkan dengan populasi umum, meskipun pada mereka yang memiliki kontrol

virologis dan imunologis yang stabil. Beberapa penelitian menjelaskan bahwa selain kondisi infeksi yang menyertai, keadaan sosial, masalah hubungan, komorbid dan stigma memiliki pengaruh yang besar terhadap kualitas hidup pasien HIV. Terapi ARV merupakan kemajuan terpenting dalam pengobatan HIV. Kombinasi ARV secara dramatis mengurangi viral load dan meningkatkan kualitas hidup orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA).<sup>4</sup>

Kepatuhan didefinisikan sebagai kemampuan pasien untuk mengikuti rencana terapi, meminum obat sesuai dengan waktu yang ditentukan, dan mengikuti larangan yang berkaitan dengan makanan dan pengobatan-pengobatan lainnya. Kepatuhan merupakan salah satu masalah pada penyakit kronik. Kepatuhan yang optimal dibutuhkan untuk mencapai supresi maksimal dari replikasi virus dan untuk mencegah resistensi obat. Walaupun banyak hal dikaitkan dengan kegagalan dalam pengobatan HIV, ketidakpatuhan terhadap terapi ARV merupakan salah satu faktor yang berperan pada keberhasilan terapi.<sup>5</sup> Beberapa hal yang dihubungkan dengan kepatuhan diantaranya adalah efek samping, keadaan emosional, penggunaan zat, stigma, dan dukungan sosial yang buruk.<sup>6</sup>

Kualitas hidup terkait kesehatan pasien HIV telah dipertimbangkan sebagai salah satu luaran utama dari pengobatan yang dapat digunakan sebagai salah satu indikator keberhasilan terapi yang telah diberikan. Kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai evaluasi multidimensi subyektif dari fungsi seseorang dan kesejahteraan dalam kehidupan sehari-hari.<sup>7</sup> Pada pasien lelaki *sex* lelaki (LSL) yang terinfeksi HIV mempunyai beban stress yang lebih berat,

bukan hanya karena infeksi HIVnya, tetapi juga karena stigma dan diskriminasi dari lingkungan dan keluarga. Dilaporkan bahwa stigma terkait HIV menciptakan jarak sosial yang memisahkan pasien HIV dari interaksi dan dukungan sosial, yang mempengaruhi sumber dukungan psikologis. LSL-HIV sering menyembunyikan identitas aslinya dan terisolasi secara sosial, mengalami banyak emosi negatif, yang semuanya dapat menyebabkan depresi dan status spiritual yang buruk, yang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Perubahan kualitas hidup terkait kesehatan termasuk status fungsional, persepsi orang lain, peluang sosial, pengobatan dan kecacatan, dapat berlangsung sepanjang hidup ODHA.<sup>8</sup>

Kepatuhan terapi ARV diketahui berkontribusi pada kualitas hidup ODHA, dan kualitas hidup diyakini mempengaruhi kepatuhan secara positif, karena orang dengan kualitas hidup yang lebih baik memiliki kemampuan untuk mematuhi rejimen terapi ARV mereka; penelitian juga menunjukkan bahwa kepatuhan dan kualitas hidup memiliki beberapa faktor penentu. Baik kualitas hidup dan kepatuhan telah terbukti terkait dengan tingkat viral load HIV, stadium penyakit HIV, dan gejala. Kepatuhan ARV dan kualitas hidup berbagi hubungan terbalik dengan tingkat viral load HIV: tingkat kepatuhan yang lebih rendah memprediksi tingkat viral load HIV yang lebih tinggi, dan kegagalan virologi ini telah dikaitkan dengan skor kualitas hidup yang lebih rendah.<sup>7</sup>

Penelitian oleh Manheimer dan kawan-kawan pada tahun 2010 di Amerika melaporkan mereka yang memiliki tingkat kepatuhan terapi ARV

100% mencapai skor kualitas hidup yang lebih tinggi secara signifikan pada 12 bulan masa pengamatan dibandingkan dengan mereka yang memiliki kepatuhan yang buruk, dan kualitas hidup membaik dengan pengobatan ARV dan kepatuhan pada terapi ARV. Dalam analisis *cross-sectional* dari hasil mereka pada bulan ke-4, 8, dan 12 setelah memulai rejimen ARV, perbedaan yang signifikan terlihat pada 4 bulan untuk komponen mental pada skor kualitas hidup dan pada 12 bulan untuk komponen mental dan fisik dan di tujuh domain kualitas hidup.<sup>10</sup>

Penelitian oleh Syahru Ramadhan dan kawan-kawan di Surabaya pada tahun 2016 menyatakan ada hubungan antara kepatuhan terapi ARV satu bulan terakhir dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS dalam bidang kesehatan fisik dan lingkungan dimana kepatuhan terapi ARV tinggi menyebabkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS dalam bidang kesehatan fisik dan lingkungan juga tinggi.<sup>11</sup>

Kepatuhan adalah komponen penting untuk keberhasilan terapeutik pada infeksi HIV, sementara peningkatan kualitas hidup telah diakui sebagai luaran penting dari pengobatan HIV. Ada sebagian pasien yang lebih mementingkan peningkatan kualitas hidupnya, yaitu seberapa besar mereka menjalani hidup seperti orang normal lainnya. Untuk itu pengukuran kualitas hidup juga dapat dijadikan sebagai acuan selain respons klinis, untuk mempertimbangkan tatalaksana dan pengobatan pada pasien. Kualitas hidup dapat dijadikan salah satu acuan bahwa pengobatan yang diberikan memberikan luaran yang baik pada pasien.<sup>12</sup>

## **I.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut diatas, maka rumusan masalah yang dikemukakan adalah hubungan antara tingkat kepatuhan terhadap terapi ARV dengan kualitas hidup pasien HIV pada kelompok pasien LSL.

## **I.3 Tujuan Penelitian**

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut diatas, maka tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara tingkat kepatuhan terhadap terapi ARV dengan kualitas hidup pasien HIV pada kelompok LSL.

## **I.4 Manfaat Penelitian**

### **I.4.1 Manfaat Akademik**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai hubungan antara tingkat kepatuhan terhadap terapi ARV dengan kualitas hidup pasien HIV pada kelompok pasien LSL.

### **I.4.2 Manfaat Klinis**

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dalam pendekatan pelayanan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien HIV yang menjalani pengobatan ARV.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### ***II.1 Human Immunodeficiency Virus (HIV)***

##### **2.1.1 Epidemiologi HIV**

Berdasarkan data dari UNAIDS (2019), diperkirakan jumlah penderita HIV di seluruh dunia pada tahun 2018 sebanyak 37,9 juta orang dengan jumlah kasus baru sebanyak 1,7 juta orang.<sup>1</sup> Jumlah kasus HIV Di Indonesia yang dilaporkan dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2019 mengalami kenaikan tiap tahunnya. Jumlah kumulatif kasus HIV yang dilaporkan sampai dengan Desember 2019 sebanyak 377.564 orang. Terdapat 5 provinsi dengan jumlah kasus HIV tertinggi adalah Daerah Khusus Ibukota Jakarta (65.578), diikuti Jawa Timur (57.176), Jawa barat (40.125), Papua (36.382), dan Jawa Tengah (33.322). Rasio HIV antara laki-laki dan perempuan adalah 2:1. Persentase faktor risiko HIV tertinggi pada bulan Oktober-Desember 2019 adalah hubungan seks berisiko pada Lelaki seks Lelaki (LSL) (19%), Heteroseksual (18%) serta penggunaan jarum suntik tidak steril pada pengguna narkoba suntik (1%). Jumlah AIDS yang dilaporkan dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2019 relatif stabil setiap tahunnya. Jumlah kumulatif AIDS dari tahun 1987 sampai dengan Desember 2019 sebanyak 121.101 orang. Persentase kumulatif AIDS tertinggi pada kelompok umur 20-29 tahun (32,1%), kemudian diikuti kelompok umur 30-39 tahun (31,1%), 40-49 tahun (13,8%), 50-59 tahun

(5,2%), dan 15-19 tahun (3,3%). Persentase AIDS tertinggi pada kelompok 30-39 tahun (34,9%) diikuti kelompok umur 20-29 tahun (24,9%) dan kelompok umur 40-49 tahun (22,6%).<sup>2</sup>

### **2.1.2 Patofisiologi Infeksi HIV**

Limfosit *Cluster Differentiation* (CD)4<sup>+</sup> merupakan target utama infeksi HIV karena virus mempunyai afinitas terhadap molekul permukaan CD4. Limfosit CD4<sup>+</sup> berfungsi mengkoordinasikan sejumlah fungsi imunologis yang penting. Hilangnya fungsi tersebut menyebabkan gangguan respons imun yang progresif. Dari semua orang yang terinfeksi HIV, sebagian berkembang masuk tahap AIDS pada 3 tahun pertama, 50% berkembang menjadi pasien AIDS sesudah 10 tahun, dan sesudah 13 tahun hampir semua orang yang terinfeksi HIV menunjukkan gejala AIDS. Perjalanan penyakit tersebut menunjukkan gambaran penyakit yang kronis, sesuai dengan kerusakan sistem kekebalan tubuh yang juga bertahap. Infeksi HIV tidak akan langsung memperlihatkan tanda atau gejala tertentu. Sebagian memperlihatkan gejala tidak khas pada infeksi HIV akut, 3-6 minggu setelah terinfeksi.<sup>13</sup>

Penurunan jumlah sel limfosit CD4 akibat infeksi HIV disebabkan oleh beberapa faktor yaitu efek sitopatik langsung HIV terhadap sel limfosit CD4<sup>+</sup> dan progenitornya, induksi apoptosis melalui aktivasi imun, destruksi stem sel dan stroma sumsum tulang dan destruksi jaringan limfoid termasuk kelenjar thymus sehingga produksi sel baru tidak terjadi, sehingga



hilangnya fungsi tersebut menyebabkan gangguan respons imun yang progresif.<sup>13</sup>

### **2.1.3 Gejala dan Tanda Klinis Infeksi HIV<sup>13</sup>**

#### 1. Keadaan Umum

- Kehilangan berat badan > 10% dari berat badan dasar
- Demam ( terus menerus atau intermitten, temperature oral > 37,5°C) yang lebih dari satu bulan
- Diare (terus menerus atau intermitten) yang lebih dari satu bulan
- Limfadenopati meluas.

#### 2. Infeksi Kulit

- Pruritic Papular Eruption (PPE) dan kulit kering yang luas merupakan dugaan kuat infeksi HIV. Beberapa kelainan seperti kutil genital (genital warts), folikulitis dan psoriasis sering terjadi pada ODHA tapi tidak selalu terkait dengan HIV.

#### 3. Infeksi Jamur :

Kandidiasis oral, dermatitis serboroik, kandidiasis vagina berulang

#### 4. Infeksi Viral :

Herpes zoster (berulang atau melibatkan lebih dari satu dermatom), Herpes genital, Moluskum contagiosum, Kondiloma.

#### 5. Gangguan Pernapasan :

Batuk lebih dari satu bulan, sesak nafas, tuberculosis, pneumonia berulang, sinusitis kronis atau berulang.

#### 6. Gejala neurologis :

Nyeri kepala yang semakin parah (terus-menerus dan tidak jelas penyebabnya), kejang demam, menurunnya fungsi kognitif.

#### 2.1.4 Diagnosis HIV

Tes HIV harus mengikuti prinsip berupa 5 komponen dasar yang telah disepakati secara global yaitu 5C (*informed consent, confidentiality, counseling, correct test results, connections to care, treatment and prevention services*). Diagnosis HIV dapat ditegakkan menggunakan 2 metode pemeriksaan, yaitu pemeriksaan serologis dan virologis.<sup>13</sup>

##### a. Metode pemeriksaan serologis

Antibodi dan antigen dapat dideteksi melalui pemeriksaan serologis. Adapun metode pemeriksaan serologis yang sering digunakan adalah *rapid immunochromatography test* (tes cepat) dan EIA (*enzyme immunoassay*). Secara umum, tujuan pemeriksaan tes cepat dan EIA adalah sama, yaitu mendeteksi antibodi saja (generasi pertama) atau antigen dan antibodi (generasi ketiga dan keempat). Metode western blot sudah tidak digunakan sebagai standar konfirmasi diagnosis HIV lagi di Indonesia.

##### b. Metode pemeriksaan virologis

Pemeriksaan virologis dilakukan dengan pemeriksaan Deoksiribonukleat Acid (DNA) HIV dan Ribonukleat Acid (RNA) HIV. Pemeriksaan virologis digunakan untuk mendiagnosis HIV pada bayi berusia di bawah 18 bulan, infeksi HIV primer, kasus terminal dengan hasil pemeriksaan antibodi negatif namun gejala klinis sangat mendukung ke arah AIDS, konfirmasi

hasil inkonklusif untuk dua hasil laboratorium yang berbeda. Hasil pemeriksaan dikatakan positif apabila tiga hasil pemeriksaan serologis dengan tiga metode atau reagen berbeda menunjukkan hasil reaktif, pemeriksaan virologis kuantitatif atau kualitatif terdeteksi HIV. Strategi pemeriksaan yang digunakan diasumsikan mempunyai sensitivitas minimal 99% dan spesifitas minimal 98%. Kombinasi tes cepat atau kombinasi tes cepat dan EIA dapat memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan kombinasi EIA/ western blot.

#### **2.1.5 Tatalaksana terapi HIV**

ARV adalah obat yang menghambat replikasi HIV. Terapi ARV adalah strategi yang secara klinis paling berhasil hingga saat ini. Tujuan terapi dengan ARV adalah menekan replikasi HIV secara maksimum, meningkatkan limfosit CD4 dan memperbaiki kualitas hidup penderita yang pada gilirannya akan dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas.<sup>14</sup>

ARV diindikasikan pada semua Orang dengan HIV AIDS (ODHA) berapapun jumlah CD4-nya. Selama ini pemberian terapi 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 terapi ARV, merupakan alasan utama dari keterlambatan atau keputusan untuk tidak memulai terapi ARV. Pada ODHA yang datang tanpa gejala infeksi oportunistik, terapi ARV

dimulai segera dalam 7 hari setelah diagnosis dan penilaian klinis. Pada ODHA sudah siap untuk memulai terapi ARV, dapat ditawarkan untuk memulai ARV pada hari yang sama. Terapi ARV harus diberikan pada semua pasien Tuberkulosis (TB) dengan HIV tanpa memandang nilai CD4. Pada keadaan ko-infeksi TB-HIV, pengobatan TB harus dimulai terlebih dahulu, kemudian dilanjutkan dengan pengobatan ARV. <sup>15</sup>

Tanpa terapi ARV, sebagian besar ODHA akan menuju immunodefisiensi secara progresif yang ditandai dengan menurunnya kadar CD4, kemudian berlanjut hingga kondisi AIDS dan dapat berakhir kematian. Tujuan utama pemberian terapi ARV adalah untuk mencegah morbiditas dan mortalitas yang berhubungan dengan HIV. Tujuan ini dapat dicapai melalui pemberian terapi ARV yang efektif sehingga kadar *viral load* tidak terdeteksi. Lamanya supresi virus HIV dapat meningkatkan fungsi imun dan kualitas hidup secara keseluruhan, menurunkan risiko komplikasi AIDS dan non- AIDS dan memperpanjang kesintasan. Tujuan kedua dari pemberian terapi ARV adalah untuk mengurangi risiko penularan HIV. <sup>15, 14</sup>

Inisiasi ARV dini terbukti berguna untuk pencegahan, bermanfaat secara klinis, meningkatkan harapan hidup, dan menurunkan insidens infeksi terkait HIV dalam populasi. Pemulihan kadar CD4 berhubungan langsung dengan kadar CD4 saat memulai ARV. Sebagian besar individu yang memulai terapi pada saat kadar CD4 <350 sel/ $\mu$ L tidak pernah mencapai kadar CD4 >500 sel/ $\mu$ L setelah pengobatan terapi ARV selama 6

tahun. Orang dengan HIV AIDS yang memulai terapi ARV pada nilai CD4 <350 sel/ $\mu$ L mempunyai harapan hidup yang lebih pendek dibandingkan dengan orang yang memulai pada nilai CD4 yang lebih tinggi. <sup>15,14</sup>

Panduan terapi ARV lini pertama pada orang dewasa, termasuk ibu hamil dan menyusui, terdiri atas 3 paduan ARV. Panduan tersebut harus terdiri dari 2 obat kelompok *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI) + 1 obat kelompok *Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI) :

- Tenofovir (TDF) + Lamifuddin (3TC) (atau (Emtrisitabin) FTC) + Efavirens (EFV) dalam bentuk kombinasi dosis tetap merupakan pilihan paduan terapi ARV lini pertama (*sangat direkomendasikan, kualitas bukti sedang*).
- Jika TDF + 3TC (atau FTC) + EFV dikontraindikasikan atau tidak tersedia, pilihannya adalah :
  - Azidotimidine (Zidovudine) (AZT) + 3TC + EFV
  - AZT+3TC+ Nevirapine (NVP)
  - TDF+3TC(atau FTC)+NVP (*sangat direkomendasikan, kualitas bukti sedang*)
- TDF + 3TC (atau FTC) + EFV dapat digunakan sebagai alternatif panduan terapi ARV lini pertama (*rekomendasi sesuai kondisi, kualitas bukti sedang*).

ARV menurunkan viral load baik individu maupun komunitas, mengurangi mortalitas dan morbiditas pada HIV positif. Selanjutnya,

manfaat telah dilaporkan untuk deteksi dini dan penggunaan terapi ARV dini, seperti penurunan resiko penularan HIV, pemulihan kekebalan yang lebih baik, dan kemungkinan lebih rendah untuk mengembangkan penyakit terkait HIV. Keberhasilan pengobatan sangat tergantung pada kepatuhan pasien terhadap terapi ARV. Suatu studi mendapatkan sebanyak 70% pasien yang mendapatkan ART lini pertama dengan *viral load* yang tinggi akan mengalami penurunan *viral load* setelah mendapat intervensi kepatuhan. *Viral load* juga digunakan untuk menduga risiko transmisi kepada orang lain.<sup>16</sup>

## **II.2 Kepatuhan**

### **2.2.1 Definisi Kepatuhan**

Kepatuhan pada terapi adalah sesuatu keadaan dimana pasien mematuhi pengobatannya atas dasar kesadaran sendiri, bukan hanya karena mematuhi perintah dokter. Hal ini penting karena diharapkan akan lebih meningkatkan tingkat kepatuhan minum obat. Kepatuhan harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap kunjungan. Kegagalan terapi ARV sering diakibatkan oleh ketidak-patuhan pasien mengkonsumsi ARV.<sup>14</sup>

Untuk mencapai supresi virologis yang baik diperlukan tingkat kepatuhan terapi ARV yang sangat tinggi. Penelitian menunjukkan bahwa untuk mencapai tingkat supresi virus yang optimal, setidaknya 95% dari semua dosis tidak boleh terlupakan. Resiko kegagalan terapi timbul jika pasien sering lupa minum obat. Kerjasama yang baik antara tenaga

kesehatan dengan pasien serta komunikasi dan suasana pengobatan yang konstruktif akan membantu pasien untuk patuh minum obat.<sup>2</sup> Kepatuhan yang buruk dapat berakibat pada kegagalan pengobatan dan terjadinya resistensi obat. Beberapa penelitian menunjukkan bagaimana pengurangan beban pil dan/atau dosis harian dapat mempengaruhi kepatuhan terhadap rejimen pengobatan ARV.<sup>17</sup>

LSL masih dianggap menyimpang dari moral sosial oleh beberapa kelompok masyarakat. LSL-HIV dapat menanggung lebih banyak stress, tidak hanya karena infeksi HIV tetapi juga karena stigma dan diskriminasi. Diskriminasi berhubungan dengan kepatuhan ARV yang kurang optimal. Hal ini dibuktikan oleh penelitian oleh Galvan dan kawan-kawan, yang menemukan bahwa ODHA dengan diskriminasi terkait dengan kepatuhan ARV yang rendah. Penelitian oleh *Katherine* dkk menyatakan kekhawatiran yang lebih besar tentang sikap publik terhadap HIV (stigma) secara positif terkait dengan kepatuhan terhadap terapi ARV.<sup>18</sup>

### **2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan<sup>14</sup>**

1. Fasilitas layanan kesehatan. Sistem layanan yang berbelit, sistem pembiayaan kesehatan yang mahal, tidak jelas dan birokratik adalah penghambat yang berperan sangat signifikan terhadap kepatuhan, karena hal tersebut menyebabkan pasien tidak dapat mengakses layanan kesehatan dengan mudah. Termasuk diantaranya ruangan yang nyaman, jaminan kerahasiaan dan penjadwalan yang baik, petugas yang ramah dan membantu pasien.

2. Karakteristik Pasien. Meliputi faktor sosiodemografi (umur, jenis kelamin, ras / etnis, penghasilan, pendidikan, buta/melek huruf, asuransi kesehatan, dan asal kelompok dalam masyarakat misal waria atau pekerja seks komersial) dan faktor psikososial (kesehatan jiwa, penggunaan napza, lingkungan dan dukungan sosial, pengetahuan dan perilaku terhadap HIV dan terapinya).
3. Panduan terapi ARV. Meliputi jenis obat yang digunakan dalam panduan, bentuk panduan (*fixed drug combination* (FDC)) atau bukan FDC), jumlah pil yang harus diminum, kompleksnya panduan (frekuensi minum dan pengaruh dengan makanan), karakteristik obat dan efek samping dan mudah tidaknya akses untuk mendapatkan ARV.
4. Karakteristik penyakit penyerta. Meliputi stadium klinis dan lamanya sejak terdiagnosis HIV, jenis infeksi oportunistik penyerta, dan gejala yang berhubungan dengan HIV. Adanya infeksi oportunistik atau penyakit lain menyebabkan penambahan jumlah obat yang harus diminum.
5. Hubungan pasien-tenaga kesehatan. Karakteristik hubungan pasien- tenaga kesehatan yang dapat mempengaruhi kepatuhan meliputi: kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan dan staf klinik, pandangan pasien terhadap kompetensi tenaga kesehatan, komunikasi yang melibatkan pasien dalam proses penentuan keputusan, nada afeksi dari hubungan tersebut (hangat, terbuka, kooperatif, dll) dan kesesuaian kemampuan dan kapasitas tempat layanan dengan kebutuhan pasien.



Saat ini belum ada standar baku emas yang dipakai untuk menilai kepatuhan. Ada beberapa metode berbeda untuk menilai kepatuhan dan tingkat kepatuhan dan tingkat kepatuhan, tidak hanya spesifik pada tempat dan kelompok pasien tetapi juga pada metode pengukuran kepatuhan yang digunakan. Beberapa metode yang digunakan untuk menilai kepatuhan yaitu metode langsung seperti penanda biologis dan tes cairan tubuh, atau metode tidak langsung seperti pelaporan mandiri, wawancara, perhitungan jumlah pil, catatan apotek, dan pemantauan viral load. Meskipun kombinasi dari metode-metode tersebut dapat digunakan, pelaporan mandiri adalah yang paling banyak digunakan, mengingat kemudahan dalam pelaksanaannya. Beberapa studi juga melaporkan pelaporan mandiri berhubungan dengan luaran viral load dan klinis.<sup>19,20</sup>

## **II.3 Kualitas Hidup Pasien LSL-HIV**

### **2.3.1 Definisi Kualitas Hidup**

*The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group* mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individual mengenai posisi subjek dalam kehidupan dalam konteks kultur dan nilai hidup dalam hubungannya dengan tujuan, ekspektasi, standar dan perhatian subjek tersebut. Kualitas hidup mengacu pada tingkat keunggulan dalam kehidupan seseorang pada periode tertentu yang berkontribusi pada kepuasan dan kebahagiaan orang tersebut dan bermanfaat bagi masyarakat. Kualitas hidup meliputi berbagai aspek, yang meliputi kesejahteraan fisik, material, psikologis, sosial, dan spiritual.<sup>7</sup>

Meningkatkan kualitas hidup adalah pokok dari pelayanan dan merupakan dukungan bagi penderita HIV. Evaluasi dari pengobatan dan tatalaksana yang dilakukan untuk memperbaiki kesehatan membutuhkan pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan sama halnya dengan penilaian secara klinis (jumlah CD4, viral load), progresivitas menjadi AIDS.<sup>4</sup>

Studi menunjukkan bahwa pasien HIV / AIDS menghadapi berbagai masalah psikologis, seperti stigma, kemiskinan, depresi, penyalahgunaan zat, dan kepercayaan budaya, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka tidak hanya dari segi kesehatan fisik tetapi juga dari segi kesehatan mental dan sosial, yang dapat menyebabkan masalah yang mempengaruhi kegiatan dan keseharian mereka.<sup>7</sup>

Kualitas hidup LSL-HIV telah menjadi perhatian dalam beberapa tahun terakhir. Komunitas LSL-HIV dikaitkan dengan kesehatan mental yang lebih buruk dibandingkan dengan populasi umum, akibat stigma dan diskriminasi yang dialami. Studi kualitas hidup dapat membantu untuk memahami status mental dan fisik LSL dan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh pada peningkatan kualitas hidup LSL-HIV.<sup>21</sup> Komunitas LSL-HIV juga dikatakan cenderung tertutup dan menarik diri dari lingkungannya. Studi oleh Bo Song dkk melaporkan bahwa stigma dan diskriminasi pada komunitas LSL-HIV merupakan hambatan utama bagi LSL untuk mencari layanan kesehatan. Selain kesehatan fisik, kesehatan mental juga penting untuk dievaluasi dan menjadi fokus perhatian. Kualitas hidup yang dikaitkan

dengan kesehatan adalah luaran yang penting yang dapat diukur yang pada akhirnya akan mempengaruhi morbiditas dan mortalitas terkait HIV.<sup>8</sup>

Dalam sebuah penelitian oleh Friedland dkk yang meneliti kehidupan sosial, dan kualitas hidup di antara pasien HIV / AIDS, dijelaskan bahwa pendapatan, emosional, dukungan sosial, dan kemampuan mengatasi masalah serta persepsi berhubungan dengan kualitas hidup.<sup>22</sup> Studi lain yang dilakukan oleh *Swindells* dkk tentang hubungan antara infeksi HIV dan kualitas hidup orang yang terinfeksi HIV menunjukkan bahwa kualitas hidup dipengaruhi oleh kepuasan dengan dukungan sosial dan cara mengatasi masalah.<sup>23</sup>

### **2.3.2 Instrumen Penilaian Kualitas Hidup Pasien HIV**

Untuk menilai kualitas hidup seseorang dibutuhkan instrumen yang sah, andal, responsif dan tepat. Terdapat berbagai instrumen untuk menilai kualitas hidup pasien, beberapa instrument ini spesifik untuk penyakit tertentu. Salah satu yang digunakan adalah kuesioner WHOQOL-HIV Bref. WHOQOL HIV -BREF adalah kuesioner berisi 31 pertanyaan yang mencakup empat domain (fisik, psikologis, sosial dan lingkungan). Domain fisik mencakup tiga aspek: rasa sakit dan ketidaknyamanan, energi dan kelelahan, dan tidur dan istirahat. Domain psikologis mencakup lima aspek: perasaan positif, perasaan negatif, pembelajaran dan konsentrasi, postur tubuh, dan harga diri. Domain sosial mencakup tiga aspek: hubungan pribadi, dukungan sosial, dan aktivitas seksual. Domain lingkungan mencakup lima aspek: sumber daya keuangan, ketersediaan perawatan

kesehatan, peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, peluang untuk rekreasi, dan transportasi. Setiap segi terdiri dari dua hingga delapan item. Persamaan yang direkomendasikan oleh WHO (World Health Organization, WHOQOL User Manual, WHO, Geneva. 1998) digunakan untuk menghitung skor total setiap domain. Karena jumlah item bervariasi di empat domain, skor setiap domain dihitung dengan mengalikan skor rata-rata semua item dalam domain dengan faktor yang sama yaitu 4. Dengan skor setiap item berkisar dari 1 hingga 5, skor total setiap domain akan berada di antara 4 dan 20. Semakin tinggi skornya, semakin baik kualitas hidup, yang membuatnya nyaman untuk membandingkan skor dalam domain, populasi, dan studi yang berbeda. Selain itu, WHOQOL-HIV BREF adalah kuesioner yang dikelola sendiri dan memberikan evaluasi kualitas subjek dalam dua minggu terakhir.<sup>24</sup>

Beberapa studi kesahihan WHO-QOL HIV Bref yang telah dilakukan di berbagai negara, Sebagian besar menghasilkan koefisien korelasi yang bermakna ( $p < 0,05$ ). Berdasarkan uji kesahihan dan keandalan kuesioner WHOQOL-HIV Bref berbahasa Indonesia yang dilakukan oleh Nanda Muhammad dkk di Jakarta pada tahun 2017 menyimpulkan bahwa kuesioner WHOQOL-HIV Bref dalam Bahasa Indonesia sah dan andal sebagai salah satu penilaian klinis terhadap pasien HIV/AIDS.<sup>25</sup>

Penelitian oleh Katherine dkk melaporkan bahwa kuesioner WHO-QOL HIV Bref menunjukkan validitas diskriminan yang baik. Instrumen ini menunjukkan uji psikometrik yang andal dan valid dalam menilai

kesejahteraan ODHA, dan secara umum menunjukkan keandalan konsistensi. Kuesioner WHO-QOL HIV bref ini merupakan formulir singkat yang dapat digunakan untuk menilai dampak intervensi skala besar seperti komunikasi perubahan perilaku atau peningkatan akses terhadap ARV, dan membantu menentukan dampaknya tidak hanya pada perilaku yang bersangkutan tetapi juga pada kesejahteraan populasi yang ditargetkan.<sup>9</sup> Penelitian oleh Ping Chuan dkk juga melaporkan kuesioner WHO-QOL HIV Bref merupakan uji psikometrik yang andal dan baik untuk menilai kualitas hidup ODHA di Taiwan. Sebagai penilaian yang multi-aspek dan lintas budaya, WHO-QOL HIV Bref dapat juga terbukti sangat berguna untuk mengevaluasi orientasi fisik, psikososial dan spiritual.<sup>26</sup>

#### **II.4 Hubungan antara kepatuhan dan kualitas hidup pasien HIV**

Kepatuhan terhadap terapi ARV merupakan faktor positif pada kualitas hidup, khususnya karena meningkatkan kekebalan tubuh, mengontrol viral load dan menunda perjalanan penyakit.<sup>27</sup>

Dalam sebuah penelitian oleh *Campos* dkk dengan menggunakan instrumen WHOQOL-HIV BREF, mereka dapat menilai kualitas hidup pasien selama 4 bulan setelah memulai terapi ARV berdasarkan persepsi, nilai, dan preferensi individu, dan mereka menemukan bahwa sebagian besar pasien melaporkan kualitas hidup yang baik atau sangat baik setelah sekitar 4 bulan terapi ARV (66,4%) dan melihat perbedaan yang signifikan bila dibandingkan dengan nilai awal sebelum memulai pengobatan ART.<sup>28</sup>

Penelitian oleh *Prisla* dkk pada tahun 2014 kepada 120 pasien HIV di Brazil menyatakan bahwa subjek yang memiliki kepatuhan terapi ARV yang baik secara signifikan berhubungan dengan kualitas hidup yang baik. Hasil pada penelitian menunjukkan bahwa subjek penelitian yang patuh terhadap terapi ARV, memiliki keadaan fisik yang baik, memiliki akses yang baik terhadap layanan kesehatan, dan informasi yang baik tentang berhubungan dengan kualitas hidup yang baik.<sup>29</sup>

Penelitian oleh *Ana* dkk pada tahun 2014 di Brazil pada menunjukkan hasil bahwa pasien yang memiliki kepatuhan yang baik secara statistik signifikan memiliki kualitas hidup yang lebih baik pada domain fisik, psikologis, dan hubungan sosial, dibandingkan dengan pasien yang memiliki kepatuhan yang buruk. Pada semua subjek penelitian skor yang paling tinggi terlihat pada domain psikologis di antara domain-domain lainnya yang berkaitan dengan kualitas hidup, menurut WHO-QOL HIV Bref, dan subjek penelitian yang memiliki kepatuhan yang buruk menunjukkan skor yang paling rendah pada semua domain kualitas hidup.<sup>30</sup>

Dalam penelitian oleh *Monica* dkk pada tahun 2010 di Italia menyatakan dengan menggunakan pil kombinasi satu kali sehari, didapatkan peningkatan tingkat kepatuhan, dan peningkatan kualitas hidup berhubungan dengan pasien yang melaporkan kepatuhan yang baik terhadap terapi yang diberikan, hal ini dikaitkan juga dengan penurunan viral load.<sup>17</sup>

Studi melaporkan oleh *Liu* dkk menjelaskan bahwa tingkat pendidikan dan keadaan sosial ekonomi juga berpengaruh pada kualitas hidup

ODHA. Dilaporkan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik, dan memiliki pengetahuan yang lebih baik mengenai pengobatan dan penyakit mereka, akses menuju pelayanan kesehatan ataupun status fungsional. Sehingga pada penelitian menilai bahwa kombinasi antara status pendidikan dan keadaan sosial ekonomi berpengaruh pada tingkat kepatuhan terhadap ARV dan berdampak juga pada peningkatan kualitas hidup ODHA.<sup>31</sup>

Dalam sebuah literatur oleh *Karin Ladefoged* dkk dikatakan bahwa tingkat kepatuhan terhadap pengobatan yang optimal merupakan hal yang penting supresi dari replikasi virus dan untuk menghindari resistensi obat, dan faktor penentu yang penting untuk kelangsungan hidup pada pasien HIV, dan faktor-faktor sosial, dukungan dan keadaan ekonomi juga salah satu hal yang berpengaruh pada penyesuaian dan kualitas hidup pasien HIV.<sup>12</sup>