

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah suatu virus yang mampu menurunkan sistem kekebalan tubuh manusia dengan menyerang dan menginfeksi sel darah putih. Menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi tersebut mengakibatkan penderita sangat mudah untuk terkena berbagai macam penyakit lain, sedangkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah sekumpulan gejala yang muncul akibat dari penurunan sistem imun yang disebabkan infeksi oleh HIV (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). HIV-AIDS tetap menjadi ancaman kesehatan utama bagi masyarakat dunia. Ini membutuhkan perhatian serius karena jumlah pengidapnya terus meningkat setiap tahun (Nurjanah, N.A.L., & Wahyono, T.Y.M., 2019).

Berdasarkan data *Joint United Nations Programme on HIV and AIDS* (UNAIDS) hingga tahun 2023 sebanyak 39,9 juta orang di seluruh dunia hidup dengan HIV dan sebanyak 630.000 orang meninggal akibat AIDS di tahun 2023. Di Asia dan Pasifik sebanyak 6,7 juta orang yang hidup dengan HIV dan sebanyak 150.000 orang meninggal akibat AIDS. Walaupun sejak tahun 2010 kasus baru HIV tiap tahunnya telah mengalami penurunan sebesar 14%, tetapi beberapa negara masih mengalami peningkatan jumlah kasus di tahun 2022 salah satunya di Asia dan Pasifik yaitu Afghanistan, Bangladesh, Fiji, Papua Nugini, Filipina dan Timor Leste.

Jumlah kasus HIV di Indonesia yang dilaporkan selama sebelas tahun terakhir cenderung mengalami peningkatan akan tetapi, terjadi penurunan kasus di tahun 2020 hingga 2021. Pada tahun 2023, jumlah orang yang hidup dengan HIV sebanyak 407.577 orang dengan jumlah kasus baru sebanyak 57.299 dan kematian akibat AIDS sebanyak 27.374 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Provinsi Sulawesi Selatan mengalami peningkatan jumlah kasus dari tahun 2022 sebanyak 2069 kasus HIV dan 506 kasus AIDS. Pada tahun 2023 naik menjadi 2098 kasus positif HIV dan 571 kasus AIDS, ini membuktikan bahwa Provinsi Sulawesi Selatan masih menjadi salah satu Provinsi di Indonesia dengan perkembangan kasus HIV-AIDS yang cukup tinggi (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2023).

Kota Makassar menjadi kota penyumbang kasus HIV-AIDS terbanyak di Sulawesi Selatan. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Makassar bahwa jumlah temuan kasus HIV dalam layanan HIV di Kota Makassar pada tahun 2020 sebanyak 675 kasus, tahun 2021 sebanyak 784 kasus, dan terus meningkat dimana pada tahun 2022 ditemukan sebanyak 1083 kasus, pada tahun 2023 jumlah kasus HIV positif telah mencapai 1015 orang dari jumlah tersebut yang melakukan testing HIV (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2023).



ini adalah kelompok yang memiliki risiko tinggi terhadap HIV, sebagai epidemi atau konteks lokal. Kelompok ini mencakup pria yang

berhubungan seks dengan pria, pengguna narkoba suntik, individu di penjara dan tempat tertutup lainnya, pekerja seks beserta klien mereka, serta orang transgender (Putri, A.P., *et al.*, 2021). Secara global, di tahun 2022 lebih dari setengah (55%) infeksi HIV terjadi pada kelompok populasi kunci dengan populasi pria yang berhubungan seks dengan pria (LSL) menjadi penyumbang terbesar 20%. Data yang dilaporkan dari berbagai negara di dunia menunjukkan bahwa prevalensi HIV pada populasi kunci seringkali lebih tinggi (UNAIDS, 2024).

Indonesia sendiri menjadi negara di Asia dengan kasus HIV pada populasi LSL terbanyak, berdasarkan data UNAIDS di tahun 2019 sebesar 17,9% prevalensi LSL yang menderita HIV (UNAIDS, 2023). Menurut data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan di tahun 2023 sebanyak 1032 kasus HIV terjadi pada populasi lelaki seks lelaki dan dari 24 kabupaten atau kota yang berada di Provinsi Sulawesi Selatan, Kota Makassar menjadi kota dengan angka kasus positif HIV terbanyak pada populasi LSL dimana pada tahun 2023 sebanyak 454 kasus baru ditemukan dari 4510 LSL yang melakukan testing HIV.

Orang yang terdiagnosa positif HIV-AIDS dikenal dengan sebutan Orang dengan HIV-AIDS (ODHIV). Beberapa ODHIV cenderung mudah lelah, demam terus-menerus, berat badan turun dengan cepat, dan berbaring karena infeksi HIV. Akibatnya, aktivitas sehari-hari menjadi sulit dan tidak dapat melakukan pekerjaan lagi. Gangguan ini menunjukkan penurunan kualitas hidup (Handayani, F., & Fatwa, S.T.D., 2017).

Masalah ODHIV tidak hanya terkait dengan masalah medis tetapi seringkali dihadapkan pada permasalahan, psikososial, fisik, psikologis dan mental baik secara langsung maupun tidak langsung. Penyakit HIV-AIDS identik dengan perilaku tidak bermoral seperti sex bebas, pengguna narkoba serta homoseksual sehingga memunculkan stigmatisasi dalam masyarakat terhadap ODHIV yang akan berdampak pada kualitas hidupnya. Kualitas hidup merupakan komponen yang sangat penting dalam mengevaluasi kesejahteraan dan kehidupan ODHIV. ODHIV mempunyai peluang meningkatkan angka harapan hidup yang lebih panjang yaitu dapat mencapai hingga 10 tahun atau lebih dan juga memiliki taraf kesehatan serta kesejahteraan semakin memadai apabila memiliki kualitas hidup yang baik (Setiyorini, E., 2015; Kusuma, H., 2016; Rokhari, R., & Mustofa, M., 2018).

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 (Oguntibeju, O.O., 2012).



Penelitian tentang kualitas hidup ODHIV di Yayasan Kanti Sehati Sejati Makassar meneliti seluruh domain kualitas hidup yang terdiri dari 6 domain yaitu kesehatan fisik, kesehatan psikologi, tingkat kemandirian, kesejahteraan sosial, lingkungan, dan spiritual memiliki skor diatas 50% (Putri, A.P., *et al.*, 2021).

Orang dengan LSL yang terinfeksi HIV mempunyai beban stress yang lebih tinggi karena infeksi HIV-nya, 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. 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 (Song, B., *et al.*, 2016).

Penelitian yang dilakukan di beberapa daerah di Indonesia menunjukkan bahwa stigma sosial dan diskriminasi terhadap LSL, serta hambatan dalam mendapatkan perawatan medis, memperburuk kualitas hidup mereka. Sebuah studi oleh Setiyawati *et al.* (2019) di Yogyakarta mengungkapkan bahwa kualitas hidup LSL yang terinfeksi HIV jauh lebih rendah dibandingkan dengan populasi umum, dengan nilai rata-rata kualitas hidup di bawah 50% pada berbagai domain, seperti kesehatan fisik, kesehatan mental, dan sosial. Hal ini sebagian besar disebabkan oleh ketidakmampuan mereka dalam mengakses layanan kesehatan yang ramah bagi populasi LSL, serta beban emosional yang timbul akibat stigma.

Penelitian sebelumnya juga mencatat bahwa kualitas hidup ODHIV, khususnya pada populasi LSL, sering kali lebih rendah dibandingkan populasi umum. Sebuah studi di Surakarta melaporkan bahwa populasi LSL memiliki kualitas hidup yang lebih rendah akibat stigma yang mereka alami dan keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan. Faktor seperti lama pengobatan, kepatuhan terhadap terapi antiretroviral (ARV), efek samping terapi, dan penggunaan kombinasi ARV juga memengaruhi kualitas hidup mereka (Wahyuni, E., S., *et al.*, 2025).

Sejauh ini, HIV-AIDS belum dapat diobati akan tetapi pengidap HIV memerlukan pengobatan Antiretroviral (ARV) untuk mengurangi jumlah virus HIV dalam tubuh agar tidak masuk kedalam stadium AIDS. Apabila telah memasuki stadium AIDS, maka pengobatan Antiretroviral (ARV) berfungsi untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasinya. ARV bekerja melawan infeksi dengan cara memperlambat reproduksi HIV dalam tubuh, memperpanjang hidup ODHIV, membuat mereka lebih sehat, dan lebih produktif dengan meningkatkan jumlah sel-sel CD4.

Jumlah ODHIV yang sedang mendapat pengobatan ARV di Indonesia sampai pada bulan Desember 2023 sebanyak 177.277 orang (Direktur Jendral P2P Kemenkes RI, 2022). Di Sulawesi Selatan sendiri khususnya di Kota Makassar ODHIV sampe dengan Maret 2024 sebanyak 4.652 yang telah mengakses pengobatan ARV dan sebanyak 45 fasilitas pelayanan kesehatan



an layanan ARV. Puskesmas Jumpandang Baru menjadi n kesehatan di Kota Makssar dengan ODHIV yang mengakses sampai dengan Maret 2024 yaitu 811 orang, disusul oleh RS. k 619 orang, dan diurutan ketiga yaitu Puskesmas Kassi-kassi ang. Puskesmas ini juga dipilih sebagai lokasi penelitian karena st to follow-up pada puskesmas ini menjadi salah satu yang

terbanyak dari seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan ARV di Makassar.

Kepatuhan terapi ARV diketahui berkontribusi pada kualitas hidup ODHIV, dan kualitas hidup diyakini mempengaruhi kepatuhan secara positif, karena orang dengan kualitas hidup yang lebih baik memiliki kemampuan untuk mematuhi rejimen terapi ARV mereka. Baik kualitas hidup dan kepatuhan telah terbukti terkait dengan tingkat viral load HIV, stadium penyakit HIV, dan gejala. Kepatuhan 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 (Oguntibeju, O.O., 2012).

Penelitian oleh Unzila, S.R., *et al.*, (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.

Lama terapi ARV juga memengaruhi perubahan pada kualitas hidup ODHIV. Seperti yang penelitian yang dilakukan Handayani dan Fatwa pada tahun 2017 menunjukkan hubungan signifikan antara variabel lama terapi ARV dengan kualitas hidup ODHIV. ARV digunakan bukan untuk menyembuhkan, tetapi untuk memperpanjang hidup ODHIV, membuat mereka lebih sehat dan lebih produktif dengan mengurangi viremia dan meningkatkan jumlah CD4. Hasil yang sama juga ditunjukkan pada penelitian yang dilakukan oleh Bakiono, F., *et al.*, (2015) di Burkina Faso bahwa ODHIV yang telah lama mengonsumsi ARV mengalami peningkatan skor kualitas hidup.

ARV terbukti memperpanjang kesehatan fisik serta meningkatkan manajemen penyakit. Namun karena besarnya efek samping yang dirasakan sehingga tidak jarang ODHIV yang putus menjalani terapi ARV atau tidak terapi sama sekali. Hal ini akan semakin memperburuk kondisi ODHIV dan secara tidak langsung akan mempengaruhi kualitas hidup ODHIV secara keseluruhan (Khairunniza, K., & Saputra, N., 2020). Penelitian yang dilakukan Sitorus, R.J. dan kawan-kawan (2021) membuktikan hal tersebut bahwa didapatkan adanya hubungan faktor efek samping dengan kepatuhan ODHIV dalam menjalankan pengobatan, dimana ODHIV yang mengalami efek samping terapi antiretroviral memiliki kemungkinan 2,564 kali lebih besar untuk tidak patuh berobat ARV.

Terapi ARV yang digunakan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan ARV terdiri dari dua obat



obat pilihan. Tentunya setiap obat ini memiliki efek samping yang juga akan memengaruhi kualitas hidup ODHIV. Penelitian oleh Wicaksono, Y.A., dan kawan-kawan pada tahun 2018 yang menunjukkan hubungan antara jenis terapi ARV (menggunakan Efavirenz dengan menggunakan Efavirenz) dengan terjadinya gangguan psikiatri. Gangguan psikiatri yang ditimbulkan pada pasien HIV akan memengaruhi pasien.

Kombinasi ARV dengan terapi komplementer juga dapat meningkatkan kualitas hidup ODHIV. Salah satu terapi yang sering digunakan adalah terapi buah naga merah. Aktivitas antibakteri kulit buah naga memiliki spektrum luas yang dapat menghambat pathogenesis bakteri gram positif dan gram negatif (Fitriani, A., *et al.*, 2014). Dalam hasil survei pada pasien rawat jalan HIV positif menunjukkan bahwa 70% peserta yang menggunakan salah satu terapi CAM (*Complementary and Alternative Medicine*) termasuk dalam hal ini penggunaan obat herbal melaporkan peningkatan kualitas hidup mereka (Abou-Risk, J., *et al.*, 2016).

Penelitian serupa juga dilakukan oleh Mbali, H., *et al.*, (2021) yang menyatakan obat herbal sebagai metode yang paling umum digunakan. Yang mana prevalensi penggunaan obat herbal lebih tinggi dibandingkan dengan penggunaan jamu bersamaan dengan ART. Obat herbal memiliki potensi dalam memenuhi kebutuhan cakupan kesehatan masyarakat di pedesaan. Namun, hal tersebut perlu dilakukan uji klinis untuk melihat efek samping penggunaan obat herbal bersamaan dengan ARV.

Maka berdasarkan beberapa penelitian yang sudah dilakukan, penggunaan ARV bagi pasien ODHIV ditemukan dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Namun, perlu dijabarkan lebih detail terkait karakteristik penggunaan ARV yang mempengaruhi kualitas hidup ODHIV antara lain, kepatuhan pengobatan ARV, lama penggunaan, efek samping yang dirasakan, jenis terapi yang digunakan, serta kombinasi ARV dengan herbal.

1.2 Rumusan Masalah

Kasus HIV-AIDS di Indonesia cukup tinggi termasuk dalam lingkup regional Sulawesi terutama pada populasi berisiko lelaki seks lelaki (LSL). Upaya perawatan pada Orang dengan HIV-AIDS (ODHIV) untuk meningkatkan kualitas hidupnya adalah dengan memberikan terapi antiretroviral (ARV). Namun kesuksesan terapi ARV ini juga dipengaruhi oleh kepatuhan dan ketidaktepatan serta karakteristik lainnya dalam mengkonsumsi obat ARV. Karakteristik tersebut antara lain lama penggunaan, kombinasi ARV dengan herbal, kepatuhan pengobatan, efek samping yang dirasakan dan kombinasi obat ARV yang digunakan. Oleh karena itu berdasarkan uraian latar belakang dari masalah tersebut, peneliti merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

“Bagaimana hubungan penggunaan ARV dengan kualitas hidup ODHIV pada populasi berisiko lelaki seks lelaki di Wilayah Kerja Puskesmas Jumpang Baru?”

1.3 Tujuan Penelitian



Jumum

alisis hubungan penggunaan ARV dengan kualitas hidup pada populasi berisiko LSL.

husus

analisis hubungan kepatuhan pengobatan ARV dengan kualitas hidup pada domain kesejahteraan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan ODHIV pada populasi LSL

- b. Menganalisis hubungan lama penggunaan ARV dengan kualitas hidup pada domain kesejahteraan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan ODHIV pada populasi LSL
- c. Menganalisis hubungan kejadian efek samping dari ARV yang dirasakan dengan kualitas hidup pada domain kesejahteraan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan ODHIV pada populasi LSL
- d. Menganalisis hubungan kombinasi obat ARV yang digunakan dengan kualitas hidup pada domain kesejahteraan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan ODHIV pada populasi LSL
- e. Menganalisis hubungan kombinasi ARV dengan herbal dengan kualitas hidup ODHIV pada populasi LSL

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

Dapat memberikan data empiris terbaru tentang efektivitas ARV dalam meningkatkan kualitas hidup ODHIV pada populasi berisiko LSL, serta menambah literatur ilmiah mengenai HIV-AIDS di Indonesia khususnya di wilayah kerja Puskesmas Jumpandang Baru. Selain itu, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi dalam studi-studi lanjutan dan memberikan contoh metodologi yang dapat diaplikasikan dalam penelitian serupa, mencakup desain penelitian, teknik pengumpulan data, dan analisis statistik.

1.4.2 Manfaat Institusi

Dapat membantu Puskesmas Jumpandang Baru dalam mengevaluasi dan meningkatkan kualitas layanan terkait penanganan HIV-AIDS, terutama bagi populasi LSL, serta meningkatkan kapasitas staf medis melalui keterlibatan mereka dalam riset kesehatan.

1.4.3 Manfaat Praktis

Dapat meningkatkan wawasan ilmu pengetahuan, pengalaman, serta proses pembelajaran yang sangat bermakna dan bermanfaat dalam rangka penerapan ilmu kesehatan masyarakat, khususnya dalam penanganan dan pencegahan HIV-AIDS pada populasi berisiko.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum tentang HIV-AIDS

1. Pengertian

Human Immunodeficiency Virus atau HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan kekebalan sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Jika virus HIV terus berkelanjutan maka sistem kekebalan tubuh penderita akan semakin menurun sehingga virus HIV tersebut akan berkembang menjadi *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

AIDS adalah sekumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV. AIDS muncul setelah virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh kita selama lima hingga sepuluh tahun atau lebih. Sistem kekebalan tubuh menjadi lemah, dan satu atau lebih penyakit dapat timbul. Karena lemahnya sistem kekebalan tubuh tadi, beberapa penyakit bisa menjadi lebih berat daripada biasanya (Murni, *et al.*, 2009).

2. Etiologi

Penyebabnya adalah sekelompok retrovirus yang disebut *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). HIV pertama kali diidentifikasi sebagai retrovirus pada tahun 1983 dan diberi nama HIV-1. Pada tahun 1986, retrovirus baru lain yang disebut HIV2 ditemukan di Afrika. Karena HIV2 dianggap sebagai virus yang kurang pathogen dibandingkan HIV1, keduanya disebut HIV (Purwanto, 2016).

Hal yang sama juga diungkapkan Irianto (2014), yang mengatakan walaupun jelas bahwa HIV adalah penyebab AIDS, tetapi asal usul virus ini masih belum diketahui. Nama aslinya adalah LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*). Virus ini ditemukan oleh Dr. L. Montagnier, seorang ilmuwan di *Institute Pasteur* Paris pada tahun 1983 dari seseorang pasien dengan gejala "*Lymphadenopathy Syndrome*".

3. Transmisi Infeksi

Menurut Nasronuddin dan Maramis (2007), penularan HIV terjadi melalui tiga acara, yaitu:

- a. Secara vertikal dari ibu ke bayi

Transmisi penularan dari ibu ke bayi terjadi pada saat kehamilan dan persalinan. Kemenkes RI (2012), mengatakan bahwa risiko penularan HIV selama hamil (50-10%), selama proses bersalin (10-20%), dan menyusui (5-20%).

Hubungan seksual (homoseksual dan heteroseksual)

Hubungan seksual anogenital, yang dilakukan oleh pria homoseksual, terutama di sekitar anus dan rectum mudah mengalami luka karena lapisan mukosa yang tidak dipersiapkan untuk hubungan seksual seperti dinding vagina.



vagina. Oleh karena itu, hubungan seks anogenital merupakan perilaku seksual yang berisiko tinggi untuk terjadi penularan HIV.

c. Secara horizontal

Penularan secara horizontal ini berupa kontak darah, pemakaian jarum suntik Bersama-sama secara bergantian, tato, tindik, transfuse darah, transplantasi organ, tindakan hemodialisa, perawatan gigi, khitanan massal, dan lain-lain yang kurang memperhatikan asas sentralisasi. Virus HIV tidak dapat ditularkan melalui udara, bersin, batuk, bersentuhan dengan pengidap HIV, berjabat tangan, cium pipi, ataupun berpelukan, gigitan nyamuk dan serangga, makanan dan minuman serta penggunaan WC dan kolam renang bersama-sama.

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala HIV tidak akan Nampak saat awal terinfeksi. Dalam perjalanan penyakitnya, infeksi HIV melalui tiga fase yang dijelaskan dalam Hidayati, *et al.*, (2019). Fase tersebut yaitu:

- a. Tahap Infeksi Akut, dalam waktu 2-6 minggu setelah terinfeksi HIV, seseorang dapat mengembangkan penyakit seperti flu yang dapat berlangsung selama berminggu-minggu. Ini adalah respons alami tubuh terhadap infeksi. Ketika HIV menginfeksi sel target, terjadi proses replikasi menghasilkan jutaan virus baru, viremia, menyebabkan sindrom infeksi akut dengan gejala mirip flu. Gejalanya seperti demam, nyeri saat menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, nyeri otot dan sendi, atau batuk.
- b. Tahap 2 Infeksi Laten, setelah infeksi akut, infeksi asimtomatik dimulai dan biasanya berlangsung 8 sampai 10 tahun. Pembentukan respons imun spesifik HIV dan terperangkapnya virus oleh sel dendritik folikel di pusat germinativum kelenjar limfa mengarah pada fakta bahwa virion dapat diatur, gejalanya hilang, dan fase inkubasi dimulai. Meskipun virion di plasma menurun pada tahap ini, replikasi terus terjadi di limpa dan jumlah limfosit TCD4 menurun secara perlahan, meskipun belum menunjukkan gejala. Beberapa pasien mungkin menderita sarkoma kaposi, herpes ooster, herpes simplex, sinusitis bakterial atau pneumonia dan mungkin berlangsung lama.
- c. Tahap 3 Infeksi Kronis, dengan sistem kekebalan yang melemah, orang yang terinfeksi HIV mulai menunjukkan gejala berupa penurunan berat badan, demam berkepanjangan, kelemahan, pembengkakan kelenjar getah bening, diare, infeksi oportunistik seperti TBC, infeksi jamur, dan lain-lain.

1 Diagnostik

Purwanto (2016), pemeriksaan diagnostik bagi pasien ODHIV

Linked Immunosorbent Assay (ELISA), ini berinteraksi dengan antibody dalam serum, menghasilkan warna yang lebih cerah sejumlah besar antibody virus terdeteksi. Secara umum, tes



ELISA positif diulang untuk lebih percaya karena hasil positif palsu dapat memiliki efek psikologis yang signifikan, dan jika keduanya positif, dilakukan tes yang lebih spesifik yaitu Western Blot.

- b. *Uji Western Blot*, tes ini juga dikonfirmasi dua kali. Tes ini cenderung tidak memberikan positif palsu atau negatif palsu dan dapat menghasilkan hasil tes yang tidak meyakinkan seperti ELISA yang bereaksi lemah. Hal ini dapat terjadi pada awal proses infeksi HIV atau ketika infeksi berkembang.
- c. HIV juga dapat dideteksi dengan memeriksa keberadaan virus atau komponen virus sebelum ELISA atau *Western Blot*. Prosedur ini meliputi biakan virus, pengukuran antigen p24 dan pengukuran DNA dan RNA HIV yang menggunakan reaksi berantai polimerase (PCR) dan RNA HIV-1 plasma.

6. Komplikasi

Menurut Irianto (2014), infeksi oportunistik yang dikenal sebagai komplikasi/AIDS yaitu:

- a. Pneumonia *Pneumocystis Carinii*
- b. Tuberculosis
- c. Toksoplasma
- d. Herpes Simplex
- e. Kandidiasis
- f. Kanker (Sarkoma Kaposi dan Limfoma)

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan HIV tergantung pada stadium penyakit dan kemungkinan infeksi oportunistik. Biasanya, tujuan pengobatan adalah untuk mencegah sistem kekebalan tubuh memburuk ke titik dimana infeksi oportunistik berkembang. Sindrom pulih imun atau *Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome* (IRIS) yang dapat berkembang setelah pengobatan, juga jarang terjadi pada pasien yang belum mencapai titik ini (Hidayati, *et al.*, 2019).

Menurut Irianto (2014), pengobatan pada pasien HIV-AIDS yaitu:

- a. Farmakologis, tidak ada obat yang sepenuhnya menyembuhkan HIV-AIDS. Obat Antiretroviral (ARV) digunakan untuk menghambat replikasi virus HIV yang ada. Agar obat ini bekerja dengan baik, rezimen obat harus diikuti dengan ketat. Harapan hidup ODHIV meningkat sejak obat ini ditemukan.



nonfarmakologis, penting untuk mempertahankan gaya hidup seperti makan makanan yang sehat, berolahraga secara teratur, dan melakukan terapi untuk mengatasi stress dan kecemasan.

2.2 Tinjauan Umum tentang Antiretroviral (ARV)

1. Pengertian

Menurut Karyadi (2017), ARV merupakan perawatan terbaik untuk orang yang terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) sampai sekarang. Pedoman Nasional Antiretroviral (2011) mendefinisikan ARV adalah peluang untuk memberikan layanan penyakit menular seksual yang komprehensif yang mencakup diagnosis akurat berdasarkan gejala atau tes laboratorium, pengobatan yang efektif setelah diagnosis, pemberitahuan dan pengobatan pasangan, pengurangan risiko perilaku dan menular melalui pendidikan dan konseling serta penyediaan kondom. Pendapat lain mengatakan bahwa ARV adalah terapi khusus untuk orang dengan HIV-AIDS (ODHIV), terapi ini maksimal bukan menyembuhkan tetapi untuk penghambatan replikasi HIV dan viral load yang lebih rendah atau tidak terdeteksi dan peningkatan jumlah CD4 untuk mencegah infeksi oportunistik (Utami, 2017).

2. Tujuan

Tujuan utama terapi ARV adalah untuk menekan viral load, meningkatkan status kekebalan ODHIV dan menurunkan angka kematian akibat infeksi oportunistik (Karyadi, 2017). Selain itu, terapi ARV juga bertujuan untuk mempertahankan kekebalan, meningkatkan kualitas hidup, dan menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat HIV (Utami, 2017).

3. Tata Laksana Pemberian ARV

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2019) terapi ARV diberikan kepada semua yang terdiagnosis HIV-AIDS tanpa melihat stadium klinis dan jumlah nilai CD4 pada orang dewasa, remaja (10-18 tahun) dan pada anak berusia kurang dari 10 tahun. Terapi ARV dibedakan menjadi tiga yaitu terapi ARV lini pertama, terapi ARV lini kedua, dan terapi ARV lini ketiga. Terapi ARV lini pertama terdiri dari dua *nucleoside reverse-transcriptase inhibitors* (NRTI) ditambah *non-nucleoside reverse-transcriptase inhibitor* (NNRTI) atau *protease inhibitor* (PI).

Panduan terapi ARV lini pertama dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2019) dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Paduan ARV Lini Pertama

	Paduan Pilihan	Paduan Alternatif
Orang Dewasa	TDF + 3TC (atau FTC) + EFV dalam bentuk KDT	• AZT + 3TC + NVP • AZT + 3TC + EFV • TDF + 3TC (atau FTC) + NVP • TDF + 3TC (atau FTC) + EFV
	TDF + 3TC (atau FTC) + EFV	• TDF + 3TC (atau FTC) + EFV • AZT + 3TC + EFV • AZT + 3TC + NVP



		• TDF + 3TC (atau FTC) + NVP
Pada anak berusia 3-10 tahun	AZT + 3TC + EFV	• ABC + 3TC + NVP • ABC + 3TC + EFV • AZT + 3TC + NVP • TDF + 3TC (atau FTC) + EFV • TDF + 3TC (atau FTC) + NVP
Pada anak berusia <3 tahun	(ABC atau AZT) + 3TC + LPV/r	(ABC atau AZT) + 3TC + NVP

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral

Paduan Terapi ARV lini kedua pada remaja dan orang dewasa menggunakan kombinasi 2 NRTI dan 1 booster-PI. Jika terapi ARV lini pertama Paduan TDF + 3TC (atau FTC) gagal, maka Paduan kelompok NRTI lini kedua yang digunakan adalah AZT + 3TC. Jika terapi ARV lini pertama Paduan AZT + 3TC gagal, maka Paduan kelompok NRTI lini kedua yang digunakan adalah TDF + 3TC (atau FTC) (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Anak yang mengalami kegagalan terapi dengan Paduan berbasis NNRTI direkomendasi untuk menggunakan paduan berbasis PI sebagai pilihan paduan terapi lini kedua, karena ketersediaannya lebih luas dan biayanya lebih rendah. Paduan PI yang direkomendasikan adalah LPV/r. jika terapi ARV lini pertama berbasis LPV/r gagal, maka paduan harus berganti kepada paduan terapi ARV lini kedua yang terdiri atas 2 paduan kelompok NNRTI + EFV. Jika terapi ARV lini pertama berbasis NNRTI gagal, maka anak terinfeksi HIV harus berganti kepada panduan terapi ARV lini kedua berbasis paduan kelompok PI. Pilihan paduan dari kelompok PI yang merupakan pilihan pertama adalah LPV/r. Jika terapi ARV lini pertama dengan paduan ABC atau TDF + 3TC gagal, maka paduan kelompok NRTI lini kedua yang terpilih adalah AZT + 3TC. Jika terapi ARV lini pertama dengan paduan AZT + 3TC gagal, maka paduan kelompok NRTI lini kedua yang terpilih adalah ABC atau TDF + 3TC (atau FTC) (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Pada kasus kegagalan lini pertama dan kedua maka dilanjutkan dengan terapi ARV lini ketiga. Paduan ARV lini ketiga harus menggunakan obat yang tidak resistensi silang dengan paduan yang digunakan sebelumnya, 2 NRTI generasi kedua dan PI. Pasien yang gagal terapi lini pertama dan kedua tidak mempunyai pilihan obat ARV lini ketiga, tetap menggunakan paduan obat yang dapat ditoleransi sebelumnya (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).



Adapun paduan terapi ARV lini ketiga pada anak, remaja dan dewasa dalam Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2019) dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.2 Paduan ARV Lini Kedua

	Paduan Terapi ARV Lini Pertama	Paduan Terapi ARV Lini Kedua	Paduan Terapi ARV Lini Ketiga
Remaja dan dewasa	2 NRTI + EFV (atau NVP)	2 NRTI + LPV/r	DRV/r + DTG ± 1-2 NRTI
Anak (0-10 tahun)	2 NRTI + LPV/r	2 NRTI + LPV/r	
	2 NRTI + EFV (atau NVP)	2 NRTI + LPV/r	

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral

Daftar obat ARV yang ada di Indonesia dalam Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (2012) dapat dilihat dalam tabel berikut:





Optimized using
trial version
www.balesio.com



Optimized using
trial version
www.balesio.com



Optimized using
trial version
www.balesio.com

4. Faktor-faktor yang Memengaruhi Penggunaan ARV

Menurut Aryastami, N.K., *et al.*, (2013), faktor pendukung kepatuhan minum obat ARV adalah:

- a. Faktor Internal, faktor intrinsik utama yang mendukung kepatuhan adalah motivasi intrinsik pasien untuk bertahan hidup, kesadaran tingkat tinggi akan fungsi dan manfaat obat ARV, dan keyakinan tentang agama/keyakinan mereka. Motivasi pasien untuk pulih atau bertahan hidup adalah faktor yang paling sering disampaikan responden.
- b. Faktor Pelayanan, ketersediaan obat ARV dan layanan puskesmas untuk perkembangan anak dan VCT gratis menjadi faktor pendukung ODHIV patuh minum obat ARV. Namun, kemudian terkadang terkendala pada keterjangkauan dan akses. Khususnya dalam hal biaya yang dikeluarkan menjadi besar termasuk tes laboratorium dan pengobatan untuk infeksi oportunistik menjadi salah satu faktor ketidakpatuhan berobat. Peningkatan kapasitas keuangan dan dukungan dari orang lain untuk menutupi biaya akan sedikit mengurangi biaya yang ditanggung ODHIV.
- c. Faktor Dukungan Sosial, dukungan sosial dari keluarga, teman, dan tenaga terapi ARV. Untuk ODHIV dimana keluarga mengetahui kondisinya dan keluarga dapat menerima kondisinya, biasanya faktor keluarga menjadi pendukung utama. Orang tua, suami/istri, dan anak-anak biasanya adalah orang-orang terdekat yang mengingatkan ODHIV untuk minum obat. Dalam hal ini, keluarga dapat berperan sebagai Pengawas Minum Obat (PMO) bagi ODHIV.

Faktor lain yang memengaruhi penggunaan kepatuhan terhadap terapi ARV yaitu tempat tinggal, status pendidikan, penggunaan zat dan pekerjaan. Sedangkan jenis kelamin, usia, status perkawinan dan jarak rumah sakit tidak memilih hubungan yang signifikan (Abera., *et al.*, 2015)

5. Karakteristik Penggunaan ARV

- a. Kepatuhan Pengobatan ARV

Dalam dunia kesehatan, Kepatuhan (*adherence*) adalah suatu bentuk perilaku yang timbul akibat adanya interaksi antara petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien mengerti rencana dengan segala konsekuensinya dan menyetujui rencana tersebut serta melakukannya (Kemenkes RI, 2011).

Untuk memenuhi berbagai tujuan, pengobatan ARV harus berhasil.

Kepatuhan adalah aspek penting dalam mencapai keberhasilan terapi



kepatuhan adalah minum obat seperti yang ditentukan, tidak lupa, selalu tepat waktu, dan tidak pernah melewatkan dosis. Kepatuhan terpenting dalam mengurangi jumlah virus HIV dalam tubuh adalah kepatuhan terhadap ARV (Karyadi, 2017).

Menurut Weinman & Horne (2005) dalam (Yuni, 2018), munculnya kepatuhan dalam mengonsumsi obat, yaitu:

Health Belief Model (HBM)

“Health Belief Model” yaitu model perilaku sehat individu dalam mengontrol dirinya dalam rangka menjaga kesehatannya. Model ini ada berdasarkan keyakinan individu akan besarnya ancaman penyakit dan penularannya, yang berlanjut pada tindakan untuk berobat ke petugas kesehatan dan masih terbayang akan risiko dan efek samping dari tindakan tersebut.

2) *Theory of Planned Behavior* (TPB)

Teori ini menguji hubungan antara sikap dan kontrol individu terhadap perilaku yang dirasakan. Sikap individu terhadap perilaku merupakan keyakinan tentang hasil akhir dan nilai yang dirasakan dari hasil akhir tersebut, sedangkan kontrol perilaku menggambarkan tentang seberapa jauh orang tersebut merasa bahwa perilaku patuh dapat dikendalikannya. Hal ini tergantung keyakinan orang tersebut bahwa dirinya mampu untuk mengontrol tindakannya.

3) *Model of Adherence*

Model Unintentional Nonadherence & Intentional Nonadherence merupakan hambatan pada pasien dalam proses pengobatan. Hambatan-hambatan dapat muncul dari kapasitas dari keterbatasan.

b. Lama Penggunaan

Penggunaan ARV merupakan upaya untuk meningkatkan harapan hidup orang HIV. Obat ARV berfungsi dengan memperlambat replikasi virus, mengakibatkan penurunan virus dalam sirkulasi darah dan peningkatan CD4+ dan sistem kekebalan tubuh (Hayatiningsih, *et al.*, 2017). Mulai ARV dini telah terbukti bermanfaat untuk pencegahan, manfaat klinis, meningkatkan harapan hidup, dan menurunkan prevalensi infeksi terkait HIV di Masyarakat (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Obat ARV harus diberikan kepada semua pasien HIV, tanpa memandang stadium klinis atau jumlah CD4. Pengobatan ARV harus dimulai dan dipertahankan pada semua ODHIV hamil dan menyusui, dilanjutkan seumur hidup (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Damayanti *et al.* (2020) menunjukkan bahwa ODHIV yang menggunakan ARV selama lebih dari dua tahun memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang baru memulai pengobatan. Peningkatan ini terlihat pada aspek fisik, psikologis, dan sosial. Hal ini sejalan dengan penelitian Prasetyo dan Prasetyo (2018), yang menyatakan bahwa durasi terapi yang lebih lama berkorelasi positif dengan perbaikan kondisi klinis dan kualitas psikososial pada ODHIV.

Demikian itu, lama penggunaan ARV juga berperan dalam menurunkan risiko infeksi oportunistik yang sering dialami ODHIV. Sebuah penelitian



oleh Putri *et al.* (2019) di Yogyakarta mengungkapkan bahwa pasien yang telah menjalani terapi ARV selama lebih dari tiga tahun memiliki prevalensi infeksi oportunistik yang lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang baru memulai pengobatan. Penelitian tersebut juga mencatat bahwa akses yang konsisten terhadap terapi ARV berkontribusi pada peningkatan harapan hidup hingga lebih dari 10 tahun pada banyak pasien.

c. Efek Samping yang Dirasakan

Efek samping dari ARV menjadi salah satu alasan utama pasien HIV menunda atau menghentikan terapi, yang mengakibatkan rasa sakit dan penderitaan fisik, tetapi juga berdampak negatif pada banyak aspek kehidupan sehari-hari, seperti pekerjaan yang terbatas. Manajemen terhadap gejala efek samping dapat meningkatkan kepatuhan, baik dengan cara penyesuaian perilaku dan diet atau dengan cara farmakologi (Puspasari, *et al.*, 2018). Efek samping ARV timbul pada pasien HIV dalam beberapa minggu pertama setelah memulai pengobatan jangka panjang. Sebagian besar efek samping ARV relatif ringan dan dapat diatasi dengan memberikan obat-obatan pendukung, memungkinkan pasien HIV untuk melanjutkan terapi mereka (Putra, 2021).

Dalam penelitian yang dilakukan Putra (2021), efek samping yang dirasakan dari pasien HIV rawat jalan yang sering terjadi adalah pusing, mual, dan muntah, dan ruam. Hal yang sama juga dijelaskan Puspasari *et al.* (2018) dalam penelitiannya, bahwa mual, pusing, gatal dan ruam adalah efek samping yang paling banyak dirasakan. Efek samping ini melibatkan sistem saraf pusat non-spesifik, yang menyebabkan mual, pusing, vertigo dan sakit kepala. Mual adalah sensasi subjektif dari keinginan untuk muntah yang disebabkan oleh aktivasi pusat muntah di medula oblongata.

d. Kombinasi Obat ARV yang digunakan

Pengobatan ARV terdiri dari paduan 3 obat ARV yaitu dengan dua obat dasar (NRTI) dan satu obat pilihan (INSTI, NNRTI, PI). Nucleos(t)ide RTI (NRTI) terdiri dari Tenofovir (TDF), Zidovudin (ZDV), lamivudine (3TC), Emtricitabin (FTC), dan Abacavir (ABC). Jenis obat Integrase Inhibitor (INSTI) yaitu Dolutegravir (DTG). Untuk jenis obat Non-nucleoside RTI (NNRTI) yaitu Efavirenz (EFV), Nevirapin (NVP), dan Rilpivirin (RPV). Dan jenis obat Protease Inhibitor (PI) adalah /ritonavir (LPV/r) (Sebayang, 2020).

Kombinasi terapi antiretroviral (ARV) TLE (Tenofovir, Lamivudine, Efavirenz) dan TLD (Tenofovir, Lamivudine, dan Dolutegravir) adalah dua rejimen utama dalam pengobatan HIV yang banyak digunakan, termasuk di Indonesia (Sebayang, 2020). Kombinasi ini telah lama digunakan secara luas, terutama di negara-negara dengan sumber daya terbatas. Efavirenz (EFV) yang terkandung dalam



TLE dikenal memiliki efek antiretroviral yang kuat, sehingga mampu menurunkan viral load dan meningkatkan kadar CD4+. TLE juga memiliki keunggulan dalam hal ketersediaan dan harga yang relatif lebih terjangkau. Namun, TLE tidak terlepas dari kekurangan, salah satunya adalah efek samping neuropsikologis seperti gangguan tidur, kecemasan, dan depresi, yang dapat menurunkan kualitas hidup pasien. Selain itu, risiko resistensi Efavirenz juga menjadi tantangan pada pasien yang kurang patuh terhadap terapi (AJose, O., *et al.*, 2012; Wagner, G.J., *et al.*, 2017).

Sementara itu, kombinasi TLD dengan Dolutegravir (DTG) menjadi pilihan yang lebih baru dengan potensi yang lebih kuat untuk tingkat tidak terdeteksi. TLD bekerja lebih cepat dalam menurunkan viral load, sehingga memberikan perlindungan yang lebih baik terhadap infeksi oportunistik. Selain itu, Dolutegravir memiliki profil efek samping yang lebih baik dibandingkan Efavirenz, dengan sedikit laporan tentang gangguan neuropsikologis. Namun, TLD juga memiliki keterbatasan, seperti risiko peningkatan berat badan yang dapat memengaruhi kesehatan metabolik pasien, serta tantangan ketersediaannya di beberapa wilayah (Venter, W. D., *et al.*, 2020; Orrell, C., *et al.*, 2021).

Dalam hal pengaruhnya terhadap kualitas hidup Orang dengan HIV-AIDS (ODHIV), beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien yang menggunakan TLD melaporkan peningkatan kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang menggunakan TLE. Efek samping yang lebih sedikit pada TLD berkontribusi langsung pada peningkatan kesejahteraan fisik dan psikologis pasien. Namun, penelitian juga menunjukkan bahwa pasien yang menggunakan TLE selama lebih dari dua tahun tetap dapat memiliki kualitas hidup yang memadai, terutama jika efek sampingnya dapat dikelola dengan baik. Pasien yang beralih dari TLE ke TLD cenderung melaporkan peningkatan kepuasan terhadap terapi, yang berdampak pada peningkatan kualitas hidup secara keseluruhan (Susilawati, A., *et al.*, 2020; Orrell *et al.*, 2021).

e. Kombinasi ARV dengan Herbal

Pengobatan HIV-AIDS dilakukan dengan menggunakan obat ARV. Obat herbal juga digunakan oleh beberapa individu untuk meminimalkan efek negatif dari pengobatan HIV-AIDS. Produk herbal telah terbukti memengaruhi farmakokinetik ARV, berpotensi mengakibatkan toksisitas dan kegagalan pengobatan (Prasetyo, *et al.*, 2021).

Herbal yang bisa digunakan dengan ARV dalam pengobatan HIV-AIDS adalah pengobatan teh dari kulit buah naga merah. Karena mengandung berbagai komponen antioksidan, seperti flavonoid, the dari kulit buah naga merah berpotensi untuk digunakan sebagai agen pencegahan infeksi oportunistik pada pasien HIV-AIDS. Flavonoid dalam teh tersebut berpengaruh dalam menurunkan frekuensi dan



kekambuhan lesi yang disebabkan oleh jamur, bakteri, dan virus (Fitriani, *et al.*, 2014).

Selain itu, jenis herbal lainnya yang digunakan oleh temulawak dan jamu kunyit asam. Beberapa orang mengatakan bahwa nilai SGPT/SGOT menurun setelah mengonsumsi temulawak (Permatasari, *et al.*, 2020)

2.3 Tinjauan Umum tentang Kualitas Hidup

1. Pengertian

WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan pada konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian mereka (WHOQOL, 2022). Kualitas hidup adalah tingkat kepuasan atau ketidakpuasan yang dirasakan seseorang tentang berbagai aspek kehidupannya. Kualitas hidup termasuk kemandirian, privasi, pilihan, penghargaan dan kebebasan bertindak. Kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka (Ekasari, *et al.*, 2018).

Berdasarkan uraian tersebut maka disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah pandangan seseorang terhadap dirinya dalam berbagai aspek kehidupan yang dijalaninya.

2. Faktor-faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup menurut Jacob & Sandjaya (2018) dalam penelitiannya tentang faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup masyarakat Kabupaten Tolikara yaitu faktor fisik, faktor psikologis, faktor sosial, dan faktor lingkungan. Selain itu, (Anderson, *et al.*, 2017) menyampaikan bahwa ada banyak hal yang dapat memengaruhi kualitas hidup pasien HIV-AIDS, dua diantaranya adalah berapa lama pengobatan dilakukan, dan bagaimana efek samping yang dirasakan dari pengobatan tersebut.

Khairunniza & Saputra (2020), mengungkapkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi dan juga menjadi faktor risiko terhadap kualitas hidup ODHIV adalah kepatuhan minum obat, lama terapi ARV dan depresi. Dari ketiga faktor tersebut, faktor kepatuhan minum obat lebih berpengaruh daripada lama terapi ARV, dan depresi. Secara umum, ODHIV yang memakai ARV untuk waktu yang lama mengalami peningkatan skor kualitas hidup. ARV terbukti memperpanjang umur ODHIV, menjaga kesehatan fisik, dan meningkatkan manajemen penyakit. Secara umum, depresi membuat

nis tentang masa depan, melihat diri mereka sendiri tidak encoba mengasingkan diri, berhenti berkomunikasi dengan an melihat diri mereka dikutuk oleh Tuhan. Oleh karena itu, engaruhi setiap aspek kualitas hidup ODHIV.

, menikah atau hidup dalam hubungan kemitraan, bekerja, h sedikit masalah keuangan, tidak memiliki depresi atau (medis) lainnya, merupakan faktor utama yang dapat



meningkatkan kualitas hidup pasien ODHIV. Kurangnya biaya untuk melakukan perawatan dapat menurunkan kualitas hidup. Dengan adanya pasangan khususnya adanya hubungan sosial dengan orang lain dapat meningkatkan kualitas hidup. Hal ini dikarenakan hubungan intim sangatlah penting, yang berfungsi sebagai sumber utama dukungan sosial dan emosional. Depresi dan adanya penyakit medis lainnya mengakibatkan kualitas hidup memburuk (Nobre, *et al.*, 2017).

Menurut Sugimoto, *et al.* (2005) penggunaan herbal seperti jamu dapat menurunkan gejala HIV-AIDS seperti demam, batuk, diare, penyakit kulit, sakit perut, infeksi mulut, penyakit jamur, mual, susah tidur, herpes, nafsu makan buruk dan abses. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, gejala yang dirasakan ODHIV dapat mengakibatkan penurunan kualitas hidup. Dengan pemanfaatan herbal dapat mengurangi gejala HIV-AIDS maka kualitas hidup pasien juga akan meningkat.

3. Domain Kualitas Hidup

Menurut WHO (1996) dalam Nursalam (2015) ada 4 dominan yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup. Setiap dominan akan dijelaskan dalam beberapa aspek yakni:

a. Domain Kesehatan Fisik

WHO membagi domain fisik menjadi tujuh bagian, yaitu:

- 1) Kegiatan kehidupan sehari-hari
- 2) Ketergantungan pada bahan dan obat dan bantuan medis
- 3) Energi dan kelelahan
- 4) Morbiditas
- 5) Rasa sakit dan kenyamanan
- 6) Tidur dan istirahat
- 7) Kapasitas kerja

b. Domain Psikologis

WHO membagi domain psikologis menjadi enam bagian, yaitu:

- 1) Bentuk dan tampilan tubuh
- 2) Perasaan negatif
- 3) Perasaan positif
- 4) Penghargaan diri
- 5) Spiritualitas agama atau keyakinan pribadi
- 6) Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi

c. Domain Hubungan Sosial

WHO membagi domain hubungan sosial pada tiga bagian yaitu:

1) Perasaan pribadi

2) Hubungan sosial

3) Perasaan seksual

4) Lingkungan

WHO membagi domain lingkungan pada delapan bagian yaitu:

1) Daya keuangan

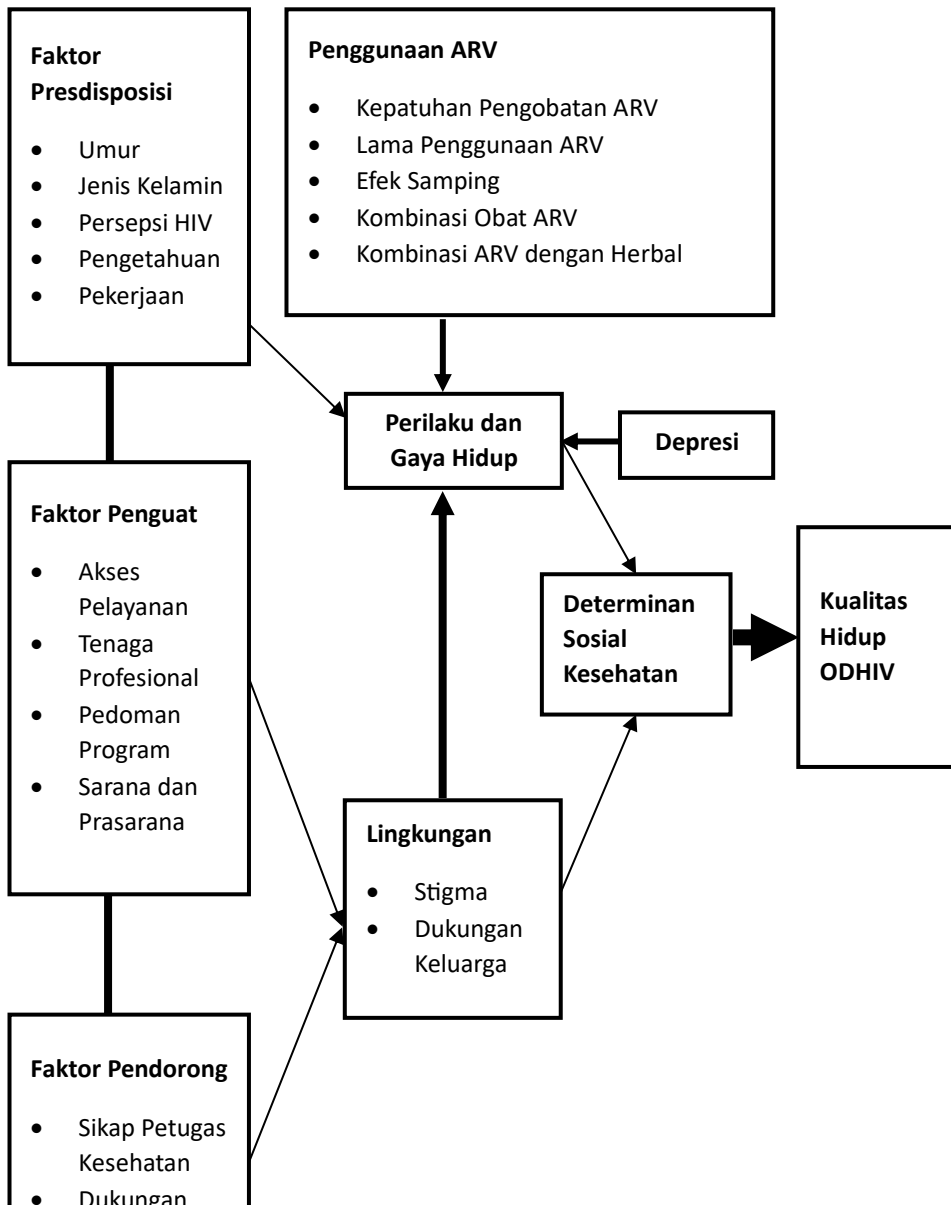
2) Keamanan, keamanan dan kenyamanan fisik



- 3) Kesehatan dan perhatian sosial: aksesibilitas dan kualitas
- 4) Lingkungan rumah
- 5) Peluang untuk memperoleh informasi baru dan keterampilan baru
- 6) Partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi dan keterampilan baru
- 7) Lingkungan fisik (polusi atau kebisingan atau lalu lintas atau iklim)
- 8) Transportasi



2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

berdasarkan teori Procced Lawrence Green (1980), Teori QOL oaklahoma (1992) dalam Hariyati, 2017; Yadi et al., 2017

