



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH KONSELING SPIRITUAL TERHADAP  
KOPING KEPATUHAN MINUM OBAT ARV  
PASIEN HIV/AIDS DI POLIKLINIK VCT  
RSUP. DR. M. DJAMIL PADANG**

**TESIS**

Diajukan sebagai persyaratan untuk  
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

**Oleh :**

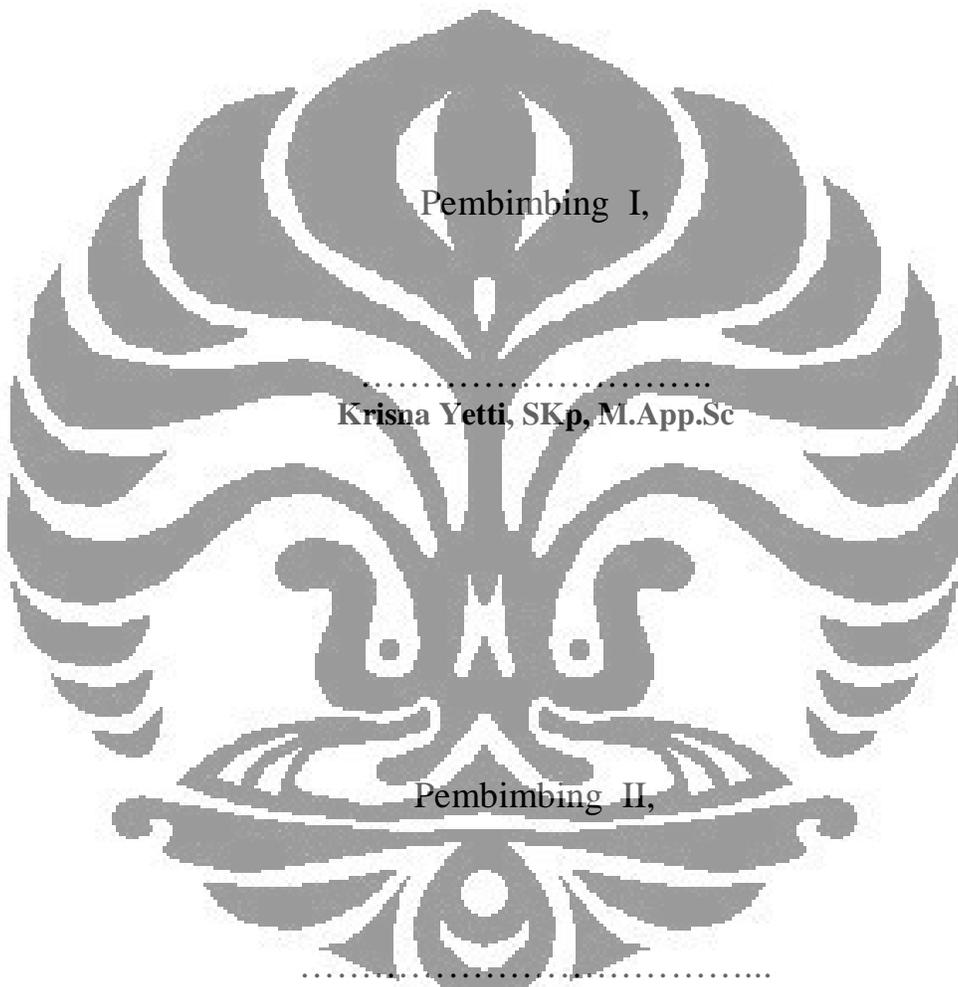
**Alfitri  
0606026622**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2008**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan di hadapan penguji Sidang Tesis  
Program Magister Keperawatan Kekhususan Medikal Bedah  
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 24 Desember 2008



Pembimbing I,

.....  
Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc

Pembimbing II,

.....  
Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp., MARS

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Desember 2008

Alfitri

Pengaruh Konseling Spiritual terhadap Koping Kepatuhan Minum Obat Anti Retro Viral (ARV) Pasien HIV/AIDS di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang

VII + 105 hal + 15 tabel + 3 skema + 19 lampiran

**ABSTRAK**

*Accuired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* merupakan sekumpulan gejala yang timbul akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia, yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*. Pasien HIV/AIDS memerlukan dukungan dari semua aspek termasuk intervensi spiritual. Tindakan yang dapat dilakukan adalah konseling kepatuhan dan konseling spiritual untuk meningkat kepatuhan terapi ARV. Tujuan dari penelitian adalah menilai efektifitas pemberian konseling kepatuhan dengan konseling spiritual terhadap koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS, dengan desain *quasi-exsperiment*, rancangan *the unthreated control-group design with pretest and posttest*. Penelitian dilakukan di RSUP. DR. M. Djamil Padang selama 30 hari dari tanggal 25 Oktober 2008 sampai dengan 24 November 2008 dengan 22 sampel yang diambil secara *purposive sampling*. Intervensi yang dilakukan yaitu konseling spiritual oleh ulama dan konseling kepatuhan oleh peneliti dilakukan 2 kali seminggu selama 2 minggu. Analisis data menggunakan uji *t*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata skor kepatuhan kelompok intervensi konseling kepatuhan dan spiritual adalah 1,909 dengan standar deviasi 1,044, sedangkan kelompok intervensi konseling kepatuhan rata-rata skor kepatuhan 0,909 dengan standar deviasi 1,044 dengan nilai  $p=0,016$ . Kesimpulan dalam penelitian ini adalah terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata skor kepatuhan antara kelompok yang mendapatkan intervensi konseling kepatuhan dan konseling spiritual dengan kelompok yang mendapatkan intervensi konseling kepatuhan. Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan kepada perawat bekerjasama dengan ulama untuk melakukan konseling spiritual kepada pasien HIV/AIDS untuk meningkatkan kepatuhan pasien. Kepada penelitian selanjutnya untuk mengembangkan penelitian ini.

Kata kunci : konseling spiritual, konseling kepatuhan, HIV/AIDS, kepatuhan ARV

Daftar pustaka : 78 (1984-2008)

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Thesis, December 2008

Alfitri

The Effect of Spiritual Counseling to Coping Adherence of ARV therapy on HIV/AIDS Patiens at VCT Out Patient Department RSUP. DR. M. Djamil Padang.

VII + 105 pages + 15 tables + 3 schemes + 19 appendices

**ABSTRACT**

Accuired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is a syndrome related deficiency of body immune, caused by HIV. HIV/AIDS patients need all aspects of supports including spiritual intervention. Adherence counseling and spiritual counseling are interventions to increase adherence of ARV therapy. The purpose of this study was to identify the effectiveness of spiritual and adherence counseling with adherence of ARV therapy on HIV/AIDS patients, with quasi-experiment ; control group design with pretest and posttest design. These study was taken place VCT outpatiens department at RSUP DR. M. Djamil Padang from 25<sup>th</sup> October until 24<sup>th</sup> November 2008 (30 days), with 22 sample, was selected by purposive sampling. The intervention include : spiritual counseling by leader of Islamic religion ( ulama) and adherent counseling by researcher twice a week for 2 weeks. *t* test applied in this study. The result showed mean of adherence on adherence and spiritual counseling group is 1.909, standard deviation 1.044. Mean of adherence on adherence counseling group is 0.909, standard deviation 1.044 ( $p = 0.016$ ). In conclusion, there are significant different score between: a group who has adherence counseling and spiritual counseling, with others, who has adherence counseling only. There for, it is important for the nurse to work together with the leader of Islamic religion to be able providing the spiritual counseling on HIV/AIDS patients. Further research is needed to assess a depth the spiritual counseling in by using another research method.

Key words : spiritual counseling, adherence counseling, HIV/AIDS, ARV adherence

References : 78 (1984-2008)

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur dipanjatkan dihadapan Allah SWT, atas karunia-Nya peneliti dapat menyelesaikan tesis penelitian yang berjudul “Pengaruh Konseling Spiritual Terhadap Koping Kepatuhan Minum Obat ARV Pasien HIV/AIDS di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang”. Tesis ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah pada Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Selama proses penyusunan Tesis ini, peneliti banyak sekali mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Bersama ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc., selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan arahan dan masukan serta konsep-konsep dalam penyusunan tesis ini.
2. Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp., MARS, selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan arahan dan masukan serta konsep-konsep dalam proses penyusunan tesis ini.
3. Direktur RSUP. DR. M. Djamil Padang beserta staf, yang telah memberikan dukungan moril dan materil serta kesempatan bagi peneliti untuk melanjutkan pendidikan di Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

4. Direktur dan Ketua BPH Akademi Keperawatan Aisyiyah Padang yang telah memberikan dukungan moril dan materil selama pendidikan peneliti
5. Orang tua, mertua, istri tercinta (dr. Elsa Yuniarti) dan anak tersayang (Zahira Khairani Alysa) yang selalu secara ikhlas memberikan doa dan dukungan moral kepada peneliti.
6. Rekan-rekan di Lantera Minangkabau Support, KDS Saraso Support Group, KDS Dara Jingga, KDS BSS (Bujang Saiyo Sakato), KDS Palito Hati yang telah memfasilitasi dan membantu pelaksanaan intervensi selama penelitian.
7. Rekan-rekan seperjuangan, mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah pada Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Tahun 2006 (Genap) atas dukungan dan motivasinya.

Menyadari akan keterbatasan yang dimiliki, peneliti meyakini bahwa proposal ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga kritik dan saran maupun masukan yang konstruktif sangatlah diharapkan demi perbaikan bagi peneliti di masa yang akan datang. Akhir kata, semoga Allah SWT selalu melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua..Amin..

Depok, Desember, 2008

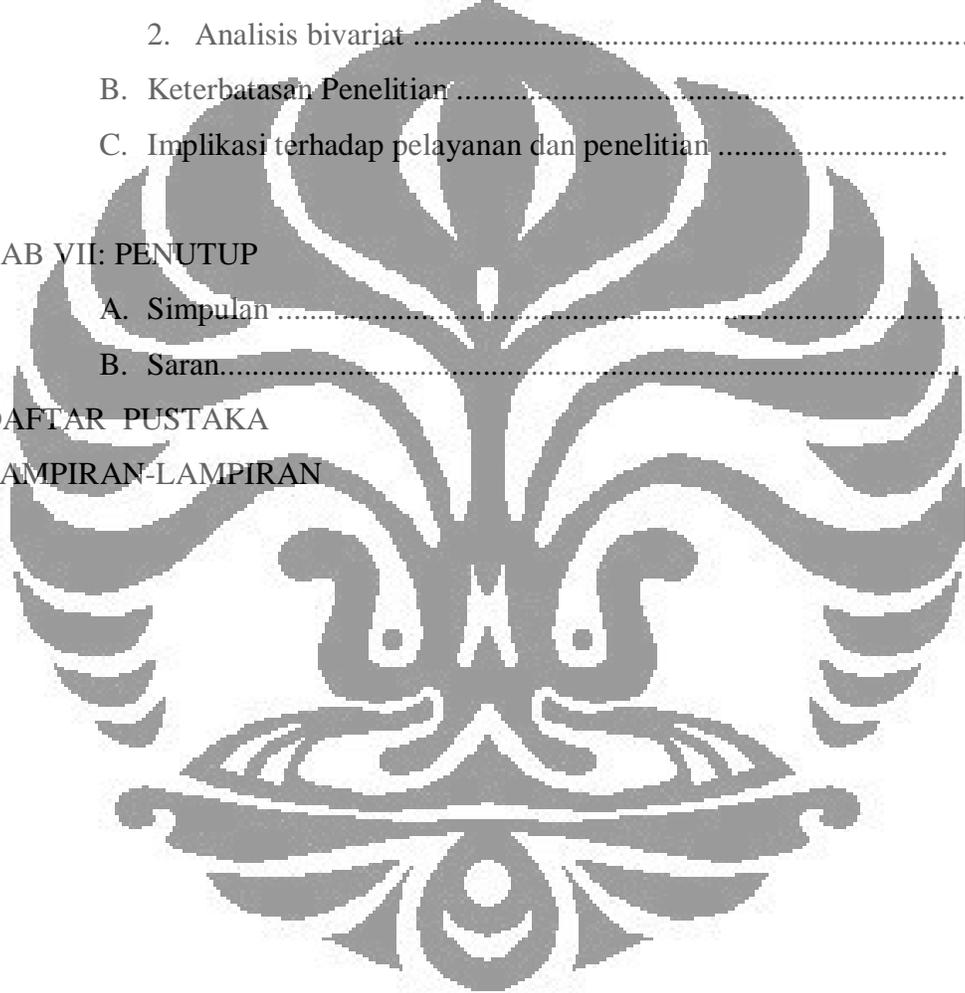
Peneliti

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
ABSTRAK .....	iii
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	ix
DAFTAR SKEMA .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
<b>BAB I : PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan .....	9
D. Manfaat Penelitian .....	10
<b>BAB II : TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep HIV/AIDS .....	11
1. Pengertian AIDS .....	11
2. Penyebab AIDS .....	13
3. Faktor resiko dan cara penularan .....	13
4. Patofisiologi .....	15
5. Tanda dan gejala .....	16
6. Penegakkan diagnosa HIV/AIDS .....	17
7. Penatalaksanaan .....	18

B. Koping Spiritual.....	21
1. Pengertian spiritual.....	22
2. Kesehatan spiritual pada pasien HIV/AIDS.....	22
3. Hubungan spiritual dan agama .....	24
4. Penerapan konseling spiritual agama Islam pada pasien HIV/AIDS.....	24
C. Konsep koping.....	29
D. Konseling kepatuhan berobat.....	31
E. Asuhan Keperawatan Pasien dengan HIV/AIDS .....	36
1. Pengkajian .....	37
2. Diagnosa Keperawatan .....	38
3. Intervensi keperawatan .....	38
4. Evaluasi Keperawatan.....	39
F. Penelitian terkait .....	39
G. Kerangka teori.....	41
 <b>BAB III : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI</b> <b>OPERASIONAL</b>	
A. Kerangka Konsep .....	42
B. Hipotesis .....	45
C. Definisi Operasional .....	46
 <b>BAB IV : METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian .....	50
B. Populasi dan Sampel .....	51
C. Tempat Penelitian .....	52
D. Waktu Penelitian .....	53
E. Etika Penelitian .....	53
F. Alat Pengumpul Data .....	55
G. Prosedur Pengumpulan Data .....	57
H. Analisis Data .....	62

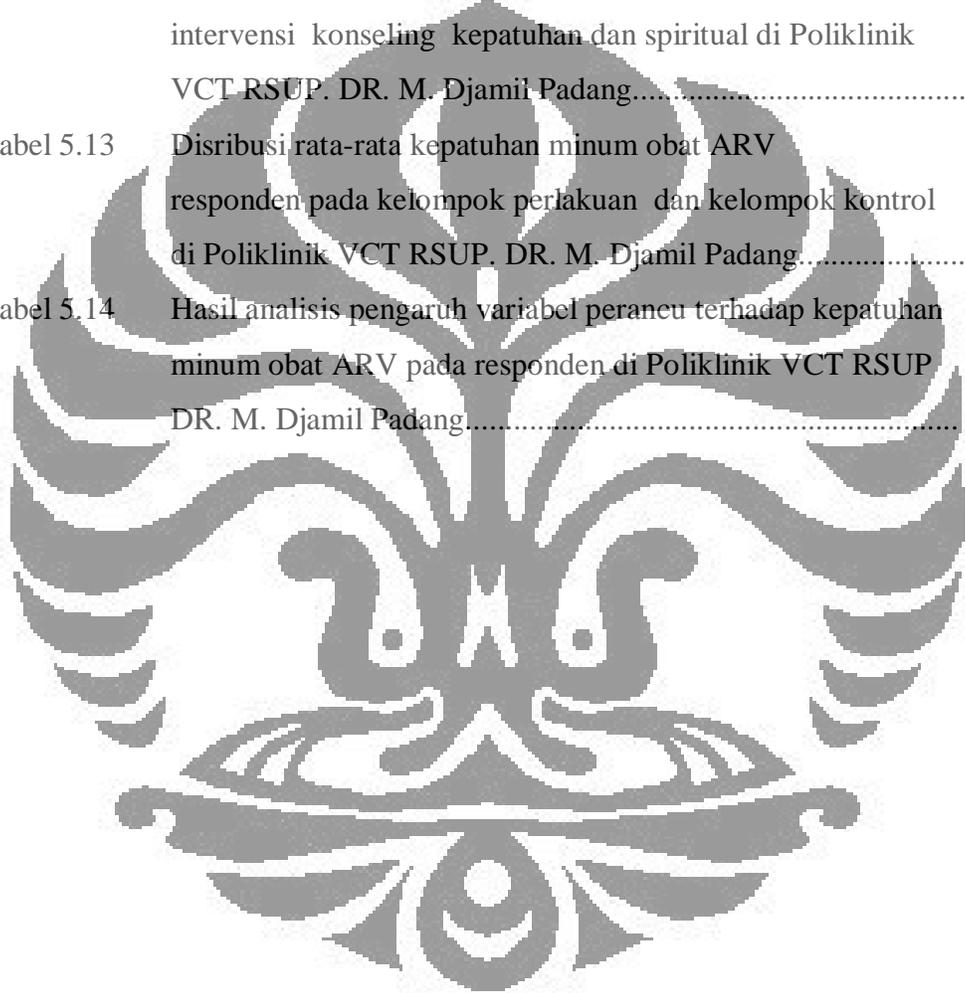
<b>BAB V : HASIL PENELITIAN</b>	
A. Analisis Univariat.....	65
B. Analisis Bivariat .....	72
<b>BAB VI : PEMBAHASAN</b>	
A. Interpretasi dan Hasil Diskusi Hasil .....	78
1. Menjelaskan karakteristik responden.....	78
2. Analisis bivariat .....	91
B. Keterbatasan Penelitian .....	100
C. Implikasi terhadap pelayanan dan penelitian .....	100
<b>BAB VII: PENUTUP</b>	
A. Simpulan .....	104
B. Saran.....	104
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR TABEL

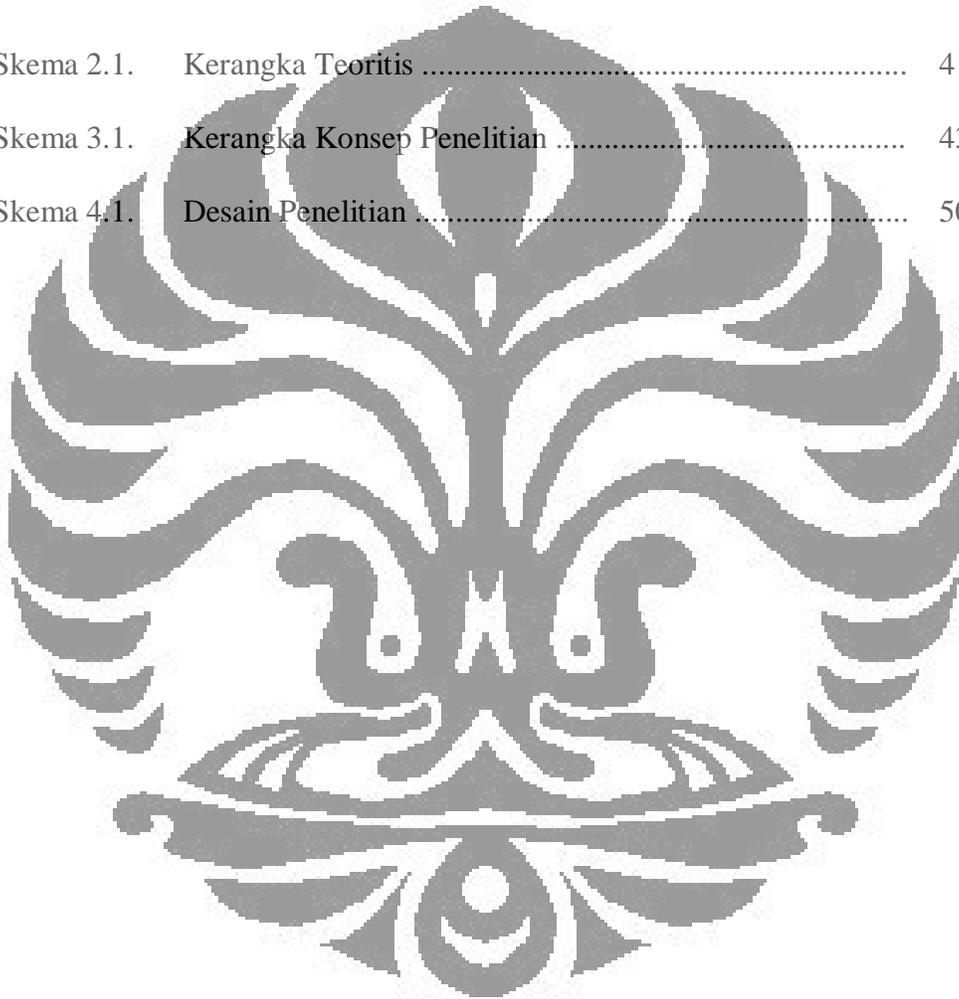
		Halaman
Tabel 3.1	Defenisi operasional variabel penelitian .....	46
Tabet 4.1	Pelaksanaan konseling kepatuhan dan konseling spiritual .....	59
Tabet 4.1	Analisis variabel konfoding .....	62
Tabel 5.1	Distribusi rata-rata umur responden di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	64
Tabel 5.2	Distribusi umur responden di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	65
Tabel 5.3	Distribusi jenis kelamin responden di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	66
Tabel 5.4	Distribusi tingkat pendidikan responden di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	67
Tabel 5.5	Distribusi status pernikahan responden di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	67
Tabel 5.6	Distribusi status pekerjaan responden di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	68
Tabel 5.7	Distribusi responden berdasarkan lama minum obat ARV di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	69
Tabel 5.8	Distribusi responden berdasarkan riwayat terinfeksi HIV/AIDS di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	69
Tabel 5.9	Distribusi responden berdasarkan macam obat di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	70
Tabel 5.10	Perbedaan rata-rata koping kepatuhan minum obat ARV responden sebelum dan sesudah dilakukan intervensi konseling kepatuhan pada kelompok kontrol di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	73

Tabel 5.11	Perbedaan rata-rata koping kepatuhan minum obat ARV responden sebelum dan sesudah dilakukan intervensi konseling kepatuhan dan konseling spiritual pada kelompok intervensi konseling perlakuan spiritual di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	74
Tabel 5.12	Distribusi rata-rata perbedaan nilai spiritual sebelum dan sesudah pemberian intervensi konseling spiritual pada kelompok intervensi konseling kepatuhan dan spiritual di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	75
Tabel 5.13	Distribusi rata-rata kepatuhan minum obat ARV responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	74
Tabel 5.14	Hasil analisis pengaruh variabel perancu terhadap kepatuhan minum obat ARV pada responden di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang.....	77



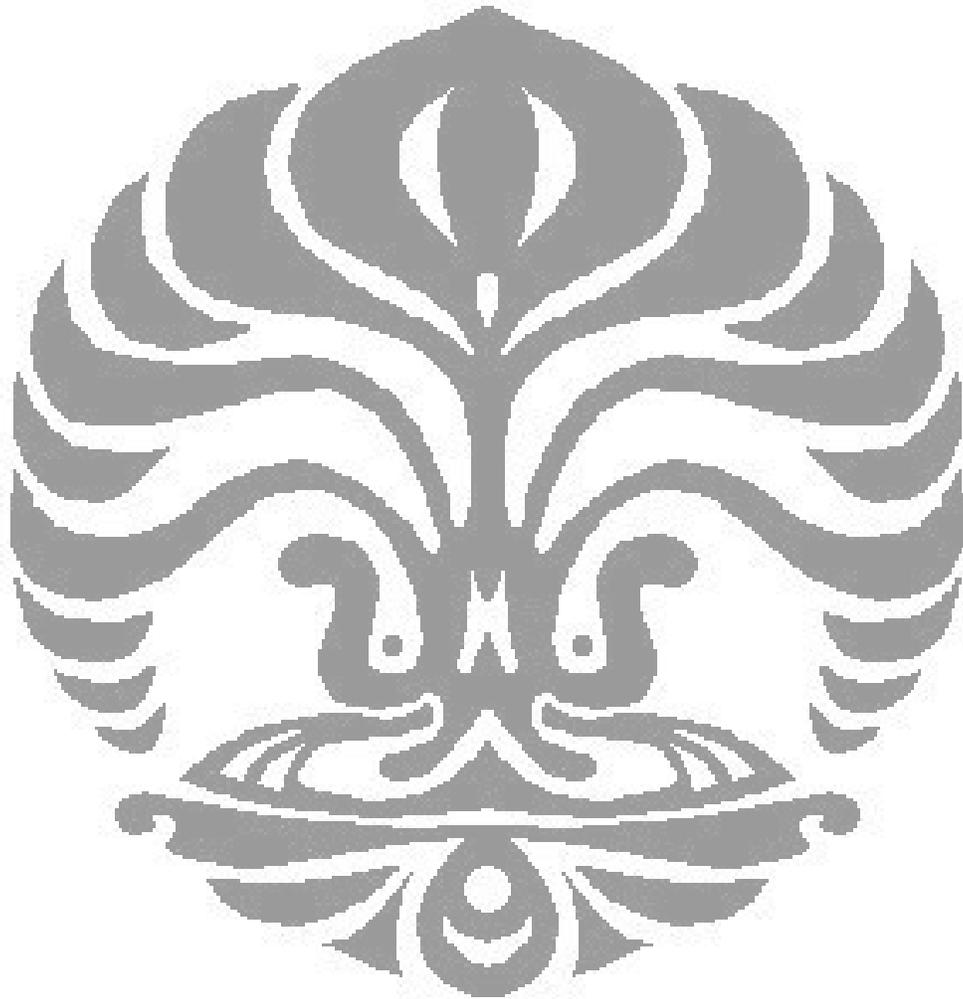
## DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1. Kerangka Teoritis .....	41
Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian .....	43
Skema 4.1. Desain Penelitian .....	50



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Format Pengumpulan Data Penelitian karakteristik responden
- Lampiran 2. Format Pengumpulan Data Penelitian Pengukuran Kepatuhan
- Lampiran 3. Format Pengumpulan Data Format Penilaian Religius
- Lampiran 4. Rencana Waktu Penelitian
- Lampiran 5. Permohonan Menjadi Responden Kelompok Perlakuan
- Lampiran 6. Permohonan Menjadi Responden Kelompok kontrol
- Lampiran 7. Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 8. Protap Konseling Kepatuhan Minum Obat ARV
- Lampiran 9. Protap Konseling Spiritual (Agama Islam)
- Lampiran 10. Pedoman Konseling Kepatuhan Minum Obat Anti Retroviral
- Lampiran 11. Pedoman Konseling Spiritual Agama Islam
- Lampiran 12. Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 13. Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 14. Persetujuan Izin Penelitian
- Lampiran 15. Surat Keterangan Selesai Pelaksanaan Intervensi Intervensi
- Lampiran 16. Surat Keterangan Selesai Penelitian.
- Lampiran 17. Uji reabilitas dan validitas
- Lampiran 18. Uji kesetaraan (Homogenitas)
- Lampiran 19. Daftar Riwayat Hidup



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) merupakan sekumpulan gejala yang timbul akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia, yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2000). Perjalanan infeksi Virus HIV didalam tubuh menyerang sel *Cluster of Differentiation* 4 (CD4) sehingga terjadi penurunan sistem pertahanan tubuh. Replikasi virus yang terus menerus mengakibatkan semakin berat kerusakan sistem kekebalan tubuh dan semakin rentan terhadap *infeksi oportunistik* (IO) sehingga akan berakhir dengan kematian. Cara yang paling efektif untuk menekan jumlah HIV adalah dengan memberikan obat *Anti Retro Viral* (ARV). Obat ARV ini berfungsi untuk menekan replikasi virus didalam sel CD4 (Lemone & Burke, 2008).

Epidemi HIV/AIDS di beberapa negara Asia mulai mengalami penurunan kasus, diantaranya Kamboja, Myanmar, Thailand serta Philippina. Satu dekade terakhir hasil survey HIV di Philippina menunjukkan penurunan jumlah kasus. Prevalensi HIV di Philippina masuk dalam kategori penyebaran yang rendah dan lambat. Salah satu keberhasilan ini karena Philippina melakukan reformasi hukum nasional untuk mengurangi terjadinya diskriminasi dan tersedianya

pelayanan konseling dan tes sukarela secara luas PNAC, 2006, [http://www.remedios.com.ph/fhtml/country\\_report\\_2006\\_ii.htm](http://www.remedios.com.ph/fhtml/country_report_2006_ii.htm), diperoleh tanggal 12 September 2008).

Kasus HIV/AIDS di Indonesia terjadi sebaliknya. Dua dekade terakhir jumlah kasus yang dilaporkan mendekati 20.000 orang. Diestimasikan terjadi peningkatan kasus 35% pada tahun 2007. Berdasarkan jumlah kasus yang dilaporkan hampir 33% diantaranya termasuk HIV positif dan selebihnya sudah memasuki tahap AIDS, serta kematian mencapai 13%. (Depkes, 2008, Statistik Kasus HIV/AIDS, <http://www.aidsindonesia.or.id>, diperoleh tanggal 20 Juli 2008).

Di Sumatera Barat, selama 4 tahun terakhir rata – rata peningkatan jumlah pasien HIV/AIDS meningkat 2 kali lipat tiap tahunnya. Sampai akhir tahun 2007 tercatat 363 kasus, 45% terdiri dari HIV dan selebihnya sudah memasuki tahap AIDS, serta menempati ranking 10 dari 33 propinsi di Indonesia (KPAP Sumbar, 2008).

Tindakan yang telah dilakukan oleh pemerintah dengan membentuk Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) untuk menjalankan program penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Pemerintah melalui Depkes juga menetapkan beberapa Rumah Sakit Rujukan Pasien HIV-AIDS di seluruh Indonesia. Rumah Sakit rujukan tersebut telah dipersiapkan dengan sumber daya manusia (SDM) dan fasilitas pendukung termasuk Obat ARV yang diberikan secara gratis sesuai indikasi. Pemerintah dibantu oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), melaksanakan program pemberian dukungan, mengurangi stigma dan

diskriminasi pada pasien HIV/AIDS (Depkes RI, 2007, dalam <http://spiritia.or.id/DokUmum.php>. diperoleh tanggal 1 September 2008).

Kepatuhan merupakan salah satu faktor pendukung keberhasilan terapi ARV. Penekanan jumlah virus yang optimal tercapai pada kepatuhan di atas 95%. Indikator keberhasilan pengobatan dilihat dari ketepatan dalam minum obat, berat badan naik, tidak munculnya infeksi oportunistik dan peningkatan CD4 dalam 6 bulan terapi (Depkes, 2007). Kepatuhan dalam pengobatan dapat meningkatkan efektifitas terapi ARV (Amico & Johnson 2006, Efficacy of antiretroviral therapy adherence interventions: A research synthesis of trials, 1996 to 2004, <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1033697981&sid=5&Fmt>, diperoleh tanggal 1 September 2008). Perawat mempunyai peranan penting dalam meningkatkan koping dan kepatuhan pasien HIV/AIDS. Pemberian edukasi dan dukungan psikologis dalam konseling akan meningkatkan kepatuhan pasien pada terapi ARV.

Pasien HIV/AIDS memerlukan dukungan dari semua aspek termasuk domain spiritual. Spiritual merupakan komitmen tertinggi dan prinsip yang paling kuat dalam diri individu terhadap pilihan yang dibuat dalam hidupnya (Farran et al 1989 dalam Potter & Perry, 2005). Domain spiritual dipandang sebagai pendekatan horizontal dan vertikal. Domain vertikal digambarkan sebagai hubungan antara individu dengan Tuhan atau kekuatan yang maha tinggi ( Dobratz, 2005 dalam Windarwati, 2008).

Keyakinan spiritual juga dapat membantu pasien ketika sakit. Penelitian yang dilakukan pada pasien HIV/AIDS ditemukan bahwa ada hubungan bermakna spiritualitas dengan tujuan hidup pada penderita HIV/AIDS (Kathleen & Carla 2007, *The relationship between spirituality, purpose in life, and well-being in HIV-positive persons*, <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1302630961&sid=8&Fmt>, diperoleh tanggal 1 September 2008). Hasil Penelitian kualitatif tentang makna pendampingan spiritual pada asuhan keperawatan pasien preoperasi di Rumah Sakit Sint Carolus Jakarta, ditemukan bahwa pendampingan spiritual pada pasien yang akan operasi mempunyai makna yang berarti bagi pasien dan dalam menghadapi sakitnya (Suparmi, 2007).

Aspek spiritual dalam konseling dapat membantu permasalahan pasien HIV/AIDS. Implikasi spiritual dalam konseling dapat meningkatkan pertumbuhan spiritual pasien, kesehatan mental yang positif, emosional yang positif, peran dan fungsi sosial, persepsi kesehatan secara umum dan penggunaan energi secara efisien pada wanita yang positif HIV/AIDS. (Frame et al, 2005, *Effects of spirituality on health-related quality of life in men with HIV/AIDS: Implications for counseling*, <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=923929531&sid=PQD>, diperoleh tanggal 1 September 2008).

Pemenuhan kebutuhan spiritual individu dengan tuhan nya difasilitasi dalam kegiatan agama. Peranan agama pada diri individu dapat melindungi dan mencegah dari penyakit, agama juga mempertinggi kemampuan pasien untuk menahan derita sewaktu sakit dan mempercepat proses penyembuhan (Hawari, 1997).

Perkembangan spiritual individu akan dipengaruhi oleh keyakinan, nilai, aturan dan ritual tertentu. Di antara faktor yang mempengaruhi spiritualitas dan agama adalah latar belakang etnik dan budaya. Pada umumnya individu akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga dalam masyarakat (Hamid, 2008). Hal ini juga dialami masyarakat Sumatera Barat yang biasa disebut sebagai Ranah Minangkabau dan mayoritas beragama Islam.

Bagi masyarakat Minangkabau, Islam dipahami sebagai agama (ritual – sakral) dan juga sebagai *way of life* (Hanani & Silfia, 2002). Lebih lanjut dalam adat Minangkabau terdapat falsafah adat yang berdasarkan syariat agama, yaitu “*Adat basandi syarak, syarak basandi kitabullah*” yang artinya Adat Minangkabau haruslah didasarkan pada agama Islam, agama berdasarkan *Kitabullah* yaitu *Alqur’an*. (Samad, Duski & Salmadani, 2003). Hal inilah yang sekaligus membentuk *mode of religious* masyarakat Minangkabau yang Islami.

Dampak lain penggunaan aktivitas spiritual pada kegiatan religius pasien HIV/AIDS dapat meningkatkan coping yang lebih baik. Perilaku religius (seperti berdoa) mempunyai hubungan yang bermakna dengan *outcome* pasien dengan HIV/AIDS. Stres emosional yang ringan, kualitas hidup yang lebih baik, kepatuhan lebih baik, jumlah CD4 yang lebih tinggi dan merasa kehidupannya lebih baik dari pada sebelum terkena HIV (Sowell et al, 2000).

Penelitian lain yang dilakukan pada pasien HIV/AIDS ditemukan bahwa semakin sering mendekati diri pada Tuhan dan melakukan praktek religius lainnya akan memiliki strategi koping yang lebih baik dan dapat menerima dukungan dari anggota keluarganya (Flannelly & Inouye 2001; Parsons, 2006; Szaflarski, 2006; Borman et al, Effects of spiritual mantram repetition on HIV outcomes: A randomized controlled Trial <http://www.springerlink.com/content/bq77231656544543>, diperoleh tanggal 1 September 2008). Tujuan utama dari konseling adalah meningkatkan koping pasien HIV/AIDS dalam menghadapi penyakitnya.

Koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan untuk mengelola kebutuhan spesifik baik internal maupun eksternal sebagai sumber pertahanan seseorang (Lazarus & Folkman, 1984). Konsep sentral dari koping menurut Lazarus & Folkman (1984) adalah *cognitive appraisal*. *Cognitive appraisal* merupakan proses evaluasi dari seseorang terhadap informasi yang didapatkan apakah berhubungan dengan kesehatannya. Proses ini terdiri atas dua tahap yaitu *primary appraisal* dan *secondary appraisal*.

Tahap *primary appraisal* orang tersebut akan bertanya apakah informasi yang diperoleh membahayakan atau tidak. Setelah pertanyaan tersebut terjawab, maka akan masuk tahap *secondary appraisal*. Pertanyaan yang muncul adalah apa yang dapat dilakukan atau apakah ada dukungan terhadap situasi tersebut. Dari konsep ini terdapat hubungan antara stressor, proses koping sampai terjadi perubahan perilaku. Perilaku yang diharapkan dalam hal ini adalah kepatuhan pasien HIV/AIDS terhadap

aturan yang telah disepakati dengan konselornya termasuk didalamnya kepatuhan dalam minum obat ARV.

Kasus AIDS di RSUP DR. M. Djamil dilaporkan pertama kali pada tahun 2004. Sampai pertengahan tahun 2008 telah menangani 192 pasien HIV/AIDS. Dari data tersebut cara penularan terbesar melalui pemakaian narkoba suntik yaitu 61%. Berdasarkan suku bangsa terbanyak adalah Minang sebanyak 97%. Berdasarkan agama, mayoritas beragama Islam sebesar 99%, perbandingan laki-laki dan perempuan 1 : 4. Pasien AIDS yang sudah mulai terapi ARV sebanyak 30 orang dan mendapatkan obat ARV secara gratis di RS. Setiap pengambilan obat dilakukan konseling terlebih dahulu untuk mengevaluasi kepatuhan terhadap terapi bulan lalu.

Sejak Mei 2004 telah terbentuk Klinik *Voluntary Counseling Testing* (VCT) HIV/AIDS RSUP DR. M. Djamil Padang yang bertugas memberikan bimbingan/konseling pada pasien HIV/AIDS. Dari laporan tim VCT RSUP DR. M. Djamil, konseling VCT yang dilakukan 6 bulan terakhir sebanyak 105 orang. Konseling yang dilakukan menggunakan pedoman konseling yang dikeluarkan oleh Depkes. Klinik VCT selain melaksanakan konseling pra tes dan post tes HIV juga konseling kepatuhan. Hasil studi pendahuluan belum ditemukan laporan ketidakpatuhan pasien dalam terapi ARV, tetapi dari pengalaman konseling yang dilakukan konselor ada beberapa pasien HIV/AIDS yang tidak patuh dalam terapi dengan alasan lupa, malas minum obat dan bosan minum obat terus.

Pengalaman peneliti dalam merawat pasien HIV/AIDS selama ini, mereka mempunyai aspek positif dan negatif. Secara umum pasien HIV/AIDS lebih cenderung untuk menutup diri dan merahasiakan statusnya termasuk pada keluarga sendiri karena takut mengalami stigma dan diskriminasi. Permasalahan psikologis yang sering muncul adalah ketakutan pada masa depan yang tidak jelas sehingga pasien merasa putus asa, menolak pengobatan dan ada yang ingin bunuh diri. Aspek positif ditemukan pada pasien HIV/AIDS yang berkelompok dalam suatu komunitas sebaya, mereka cenderung lebih percaya diri dan optimis terhadap masa depan dan ikut dalam penanggulangan HIV/AIDS di Sumatera Barat.

Sampai saat ini belum ada laporan konseling spiritual untuk pasien HIV/AIDS yang telah baku/terstandarisasi yang diterapkan pada pasien HIV/AIDS. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti apakah konseling spiritual akan meningkatkan koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS.

## **B. Rumusan Masalah**

Belum diketahuinya pengaruh konseling spiritual terhadap koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS. Berdasarkan hal tersebut perumusan masalah penelitian ini adalah bagaimanakah pengaruh konseling spiritual terhadap koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS di Poliklinik VCT RS Dr. M. Djamil Padang

## C. Tujuan

### 1. Tujuan Umum

Menilai efektifitas pemberian konseling kepatuhan dengan konseling spiritual terhadap koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS

### 2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan karakteristik pasien HIV/AIDS dalam kelompok kontrol dan kelompok perlakuan di Poliklinik VCT RSUP DR. M. Djamil Padang.
- b. Menilai koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS yang diberikan konseling kepatuhan.
- c. Menilai koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS yang diberikan konseling kepatuhan dan konseling spiritual.
- d. Membandingkan perbedaan nilai spiritual sebelum dan sesudah pemberian konseling spiritual
- e. Membandingkan perbedaan koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS yang diberikan konseling kepatuhan dan konseling spiritual dengan pasien HIV/AIDS yang diberikan konseling kepatuhan.
- f. Menjelaskan pengaruh variabel peraneu terhadap koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS

#### D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak, yaitu:

1. Bagi pelayanan keperawatan:

- a. Menambah pengetahuan dan wawasan perawat tentang konseling spiritual sebagai bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien HIV/AIDS.
- b. Menjadi bahan rujukan membuat protap konseling HIV/AIDS.
- c. Mengevaluasi konseling HIV/AIDS yang dilakukan selama ini.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

- a. Sebagai tambahan pengetahuan dan wawasan dalam praktek keperawatan khususnya dalam konseling pada pasien HIV/AIDS.
- b. Dapat meningkatkan pemahaman dan kualitas tindakan keperawatan khususnya konseling pada pasien HIV/ AIDS.
- c. Dapat mengembangkan model perubahan perilaku pada pasien HIV/AIDS.

3. Bagi Perawat Spesialis Medikal Bedah

- a. Menjadi panduan dalam pelaksanaan Konseling HIV/AIDS.
- b. Menambah wawasan dalam mengembangkan intervensi keperawatan khususnya intervensi psikologis dan spiritual.
- c. Menjadi model penanggulangan HIV/AIDS.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

Teori dan konsep yang berkaitan dengan hal yang akan diteliti sangat penting untuk landasan dalam melaksanakan penelitian. Dalam bab ini akan dibahas tentang berbagai teori dan konsep HIV/AIDS, konseling kepatuhan dan konseling spiritual, konsep koping serta asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS.

#### A. Konsep Dasar HIV/AIDS

Mengenal HIV/AIDS tidak hanya sekedar mengetahui pengertian HIV/AIDS, tetapi juga harus memahami penyebab, faktor risiko, cara penularan, patofisiologi, tanda dan gejala, penegakkan diagnosa HIV/AIDS serta penatalaksanaan umum.

##### 1. Pengertian

*Accuired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) merupakan sekumpulan gejala yang timbul akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia, yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2000; Bruner & Suddarth, 2002; Djoerban & Djauzi, 2006) sehingga mudah terjangkit penyakit infeksi (Depkes, 2003)

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa AIDS merupakan fase lanjut dari infeksi virus HIV yang mengakibatkan penurunan sistem pertahanan tubuh (Limfosit-T CD4) mengakibatkan terjadinya infeksi oportunistik dan berakhir dengan kematian.

Virus HIV menyerang sel – sel yang mempunyai reseptor CD4, kelompok sel terbesar yang mempunyai reseptor CD4 dipermukaannya adalah limfosit T, sel – sel target lain adalah *monosit*, *makrofag*, *sel dentrit*, *sel langerhans* dan sel *mikroglia*.(Price & Wilson 1994). Limfosit T memegang peranan penting dalam kemampuan sistem imun pada saat terjadi patogenesis. Limfosit T mengatur reaksi sistem kekebalan tubuh manusia. Limfosit T memulai dengan mengarahkan untuk pengenalan serta pemusnahan agen asing termasuk virus.

Akibat serangan virus HIV akan terjadi gangguan jumlah maupun fungsi yang menyebabkan hampir keseluruhan respon imunitas tubuh tidak berlangsung normal (Merati & Djauzi, 2006). Normalnya CD4 pada orang dewasa adalah 800 - 1200 CD4 cells/ $\mu$ l darah, masa hidupnya 100 hari. Sel yang terinfeksi HIV masa hidupnya menjadi 2 hari. Daya perusakan HIV 1 juta CD4 perhari. Untungnya sumsum tulang dan *tymus* dapat memproduksi cukup banyak CD4 untuk mengganti sel yang rusak pada beberapa tahun. Kemampuan perusakan HIV lebih tinggi dari kemampuan produksi CD4 sehingga terjadi penurunan imunitas. Secara umum sistem imun dikatakan sehat bila CD4 >500 cells/ $\mu$ l. Imun bermasalah mulai terjadi saat CD4 200 - 499 cells/ $\mu$ l, masalah berat terjadi saat CD4 dibawah 200 cells/ $\mu$ l. (Lewis, Heirkemper & Dirksen, 2000).

## 2. Penyebab AIDS

Penyebab AIDS adalah *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Ada 2 tipe yaitu HIV-1 dan HIV-2. Keduanya dapat menyebabkan AIDS, dimana HIV-1 dapat ditemukan diseluruh dunia yang diisolasi pertama kali tahun 1983, sedangkan HIV-2 hanya ditemukan terutama di Afrika Barat yang diisolasi pertama kali tahun 1986. HIV-2 *less transmissible* dibandingkan HIV-1 (Widodo & Lusida, 2007)

## 3. Faktor Risiko dan Cara Penularan

HIV ditularkan melalui cairan tubuh yang mengandung HIV atau CD4 limfosit T terinfeksi. Cairan tubuh tersebut cairan semen, cairan vagina, amnion dan Air Susu Ibu (ASI).

Virus tidak menular melalui air mata, urine, saliva air liur, muntahan feses dan keringat. HIV juga tidak menular melalui gigitan serangga. Jalur penularan HIV:

### a. Penularan melalui hubungan seksual.

Penularan terjadi melalui hubungan seksual dengan pasien HIV/AIDS. Penularan terjadi karena cairan semen atau vagina mengandung limfosit yang terinfeksi HIV. Hubungan seksual yang mungkin tertular baik homoseksual atau heteroseksual secara anal, vaginal maupun oral. Resiko infeksi lebih tinggi terjadi pada pasangan yang menerima semen. Ini menjelaskan kenapa wanita lebih berisiko tertular dalam hubungan seksual pada heteroseksual. Hubungan seksual pada saat menstruasi meningkatkan

risiko terinfeksi HIV Karena selama menstruasi akan terjadi trauma pada jaringan vagina sehingga memudahkan virus untuk masuk.

b. Penularan melalui Darah

Penularan ini dapat terjadi pada jarum suntik yang tidak disterilkan terutama pada pengguna *Injection Drug User* (IDU). Penelitian menunjukkan bahwa virus HIV dapat bertahan hidup selama empat minggu dalam semprit bekas pakai, sehingga tingginya penularan melalui pemakai narkoba jarum suntik (Spiritia, 2006). Darah dan produk darah dapat menularkan HIV pada penerima donor darah (LeMone & Burke, 2008). Di Amerika terjadi penularan tranfusi pada anak sebesar 8 % dan pada orang dewasa 2% (LeMone & Burke, 2008).

c. Perinatal Transmisi

Studi di beberapa negara membuktikan bahwa 14 – 45 % bayi lahir dengan HIV dari ibu yang terinfeksi HIV (Lewis, Heirkemper & Dirksen, 2000). Penularan dari Ibu ke anak dapat terjadi di dalam uterus, saat melahirkan atau saat menyusui. Kebanyakan penularan terjadi pada saat melahirkan (Pehitno & Hotpis, 2004, dalam LeMone & Burke, 2008). Hal ini terjadi akibat pencampuran darah ibu dan lendir ibu dengan bayi. Sedangkan selama hamil risikonya lebih rendah karena sirkulasi darah janin dan ibu dipisahkan di plasenta oleh beberapa lapisan sel. Oksigen, makanan, antibodi dan obat-obatan memang dapat menembus plasenta, tetapi HIV biasanya tidak dapat menembusnya. Plasenta justru melindungi janin dari infeksi HIV. Besarnya

risiko penularan HIV dari Ibu ke bayi adalah : selama kehamilan 5 – 10%, ketika persalinan 10 – 20% dan penularan melalui ASI 10 – 20 % secara keseluruhan risiko penularan 25 – 45 % (Depkes, 2006)

#### 4. Patofisiologi

HIV merupakan retrovirus yang termasuk golongan virus *Ribo Nucleic Acid* (RNA) yang ditemukan pada tahun 1983 yang disebut *retrovirus* karena replikasinya terbalik RNA ke *Deoxy Ribo Nucleic Acid* (DNA). Virus ini tidak bisa bereplikasi diluar sel yang hidup. Virus masuk ke sel ketika *glikoprotein GPI20 knobs* pada amplop virus menempel pada reseptor spesifik pada permukaan sel CD4.

Begitu virus melekat materi genetik masuk kedalam sel. Di dalam sel RNA virus mentranskripsikan diri menjadi DNA virus yang *singel* yang dibantu oleh *enzim reverse transcriptase*. Kemudian melakukan replikasi menjadi *double stranded* DNA Virus. Pada saat ini DNA virus dapat masuk ke inti sel melalui bantuan enzim *integrase* dan menjadi bagian permanen dari struktur genetik sel tersebut. Keadaan ini disebabkan karena semua materi genetik mengalami replikasi selama pembelahan sel sehingga semua sel hasil pembelahan akan terinfeksi HIV. Selanjutnya karena gen berisi DNA virus maka kode genetik sel secara langsung akan membuat kode HIV.

Produksi HIV dalam sel merupakan proses yang kompllit dan panjang menjadi RNA HIV dan dibantu oleh *enzim protease*. Fase berikutnya virus masuk tubuh

dengan menginfeksi sel *Langerhans* di mukosa rektum atau vagina atau melalui pembuluh darah kemudian bergerak dan bereplikasi di kelenjer getah bening setempat. Virus kemudian disebarkan melalui *viremia*, selama ini akan didapatkan isolasi virus didalam darah (Baratawidjaja, 2006). Hal ini terjadi selama beberapa minggu sampai bulan. Lamanya periode ini karena HIV dalam darah konsentrasinya rendah. Selama waktu 10 – 12 tahun terjadi beberapa gejala. Dalam keadaan respon imun yang normal, setiap antigen asing yang kontak dengan sel akan membentuk antibodi. Pada tahap awal infeksi HIV fungsi dan respon sel masih normal. Sel B akan membuat antibodi spesifik yang efektif menurunkan *viral load* dan mengaktifkan respon Sel T (Lewis, Heirkemper & Dirksen, 2000).

Perjalanan alamiah infeksi HIV dapat dibagi dalam tahapan sebagai berikut :  
 Infeksi virus berlangsung 2 – 3 minggu kemudian masuk *sindrome retroviral akut* selama 2 – 3 minggu, gejala menghilang terus setelah itu masuk fase *serokonversi* dan terjadi infeksi kronis. HIV *asimtomatik* rata – rata terjadi selama 8 tahun dan berlanjut menjadi infeksi HIV/AIDS *sintomatik* rata – rata 1,3 tahun, tanpa pengobatan akan mengalami kematian (Depkes, 2003)

## 5. Tanda dan Gejala

Tahapan infeksi HIV berdasarkan gejala klinis menurut WHO, 2007 :

Tahap pertama diawali dengan stadium *asimtomatis* dan *limfadenopati persisten*. Tahap kedua mulai terjadi kehilangan berat badan sedang tanpa diketahui penyebabnya (<10%). Infeksi saluran nafas seperti *sinusitis*, *tonsilitis*,

*otitis media dan pharyngitis, herpes zoster, angular cheillitis, ulserasi pada mulut, popular pruritik ulceration, dermatitis seberoik, infeksi jamur pada kuku.*

Pada stadium tiga terjadi kehilangan berat badan berat lebih dari 10 %, diare kronis lebih dari 1 bulan tanpa sebab yang pasti. Demam persisten diatas 37,6° C lebih dari 1 bulan. *Kandidiasis mulut persisten, oral hairy leukoplakia, tuberkulosis paru (baru), infeksi bakteri berat seperti pneumonia, empiema, pyomyositis, infeksi sendi dan tulang, meningitis atau bakterimia, nekrotik akut pada stomatitis, gingivitis atau periodontitis.* Pada stadium 4 sudah terjadi HIV wasting syndrome, *pneumocystis pneumonia, pneumoni bakteri yang berulang, herpes simplek kronis, sarkoma kaposi, cytomegalovirus, toxoplasma* pada sistem saraf pusat (WHO, 2007).

## **6. Penegakan Diagnosa HIV/AIDS**

Kriteria pasien terinfeksi HIV yaitu :

Pasien dinyatakan terinfeksi HIV bila hasil pemeriksaan tes antibodi positif (secara *rapid* atau *enzim immunoassay*). Hasil ini dikonfirmasi dengan pemeriksaan antibodi yang sama dengan menggunakan antigen dan karakteristik prosedur yang berbeda atau hasil tes virologi positif untuk HIV atau komponen virologinya terdapat HIV RNA atau HIV DNA atau antigen p24 HIV ultra sensitif yang dikonfirmasi pada tes virologi yang kedua (WHO, 2007). Antigen p24 adalah *core antigen*, yang merupakan petanda dini adanya infeksi HIV, ditemukan beberapa hari sampai minggu sebelum terjadi serokonversi sintesis antibodi terhadap HIV (Baratawidjaja, 2006).

Prosedur pemeriksaan laboratorium untuk HIV di Indonesia, menggunakan strategi 3 dan selalu didahului dengan konseling pra tes. Untuk pemeriksaan pertama (A1) biasanya digunakan tes cepat dengan sensitifitas yang cukup tinggi, sedang untuk pemeriksaan selanjutnya (A2 dan A3) digunakan tes kit dengan spesifitas yang lebih tinggi. Antibodi biasanya baru dapat terdeteksi sejak 2 minggu hingga 3 bulan setelah terinfeksi HIV (97%). Masa tersebut disebut masa jendela. Bila ditemukan hasil tes HIV negatif yang dilakukan dalam masa 3 bulan setelah kemungkinan terinfeksi, perlu dilakukan tes ulang (Depkes, 2007).

## **7. Penatalaksanaan Umum**

Penatalaksanaan pasien HIV/AIDS mempunyai beberapa permasalahan mendasar yang mempengaruhi program pengobatan. Perjalanan penyakit yang panjang dengan adanya sistem imunitas yang turun sehingga akan terjadinya infeksi oportunistik yang muncul bersamaan. Penatalaksanaan yang dilakukan bersifat suportif dan kuratif. Dukungan suportif dengan meningkatkan keadaan umum pasien HIV/AIDS. Dukungan ini terdiri dari pemberian gizi yang sesuai, obat simptomatik, serta vitamin. Disamping itu perlu diupayakan dukungan psikososial dan spiritual.

Dukungan pengobatan ditujukan untuk mengatasi munculnya infeksi oportunistik dan menekan replikasi HIV. Infeksi oportunistik harus diobati secepatnya karena infeksi oportunistik yang berat dapat menimbulkan kematian. Pengobatan infeksi oportunistik tergantung IO yang dialami penderita HIV/AIDS. (Yunihastuti,

Djauzi, Djoerban, 2005). Dukungan pengobatan yang ditujukan untuk mengatasi replikasi virus adalah dengan pemberian obat Antiretroviral.

Obat Anti Retroviral bekerja untuk menghambat replikasi virus dalam tubuh pasien HIV/AIDS. Saat yang paling tepat untuk memulai terapi ARV adalah sebelum pasien jatuh sakit atau munculnya *IO* yang pertama. Perkembangan penyakit akan lebih cepat apabila terapi ARV dimulai pada saat  $CD4 < 200/mm^3$  dibandingkan bila terapi dimulai pada  $CD4$  di atas jumlah tersebut. Apabila tersedia sarana tes  $CD4$  maka terapi ARV sebaiknya dimulai sebelum  $CD4$  kurang dari  $200/mm^3$ . Waktu yang paling optimum untuk memulai terapi ARV pada tingkat  $CD4$  antara  $200 - 350/mm^3$  masih belum diketahui, dan pasien dengan jumlah  $CD4$  tersebut perlu pemantauan teratur secara klinis maupun imunologis (Depkes, 2007).

Tujuan pemberian terapi Antiretroviral (ARV) adalah untuk menurunkan HIV RNA menjadi dibawah  $5000 \text{ Copies}/\mu\text{L}$  dan peningkatan  $CD4$  diatas  $500\text{cell}/\mu\text{L}$ , Pemberian terapi ARV akan memperlambat perkembangan HIV dan mencegah infeksi oportunistik (Lewis, Heirkemper & Dirksen, 2000).

Cara kerja terapi antiretroviral adalah menghambat replikasi (penggandaan diri) virus HIV. Saat ini rekomendasi WHO dalam pemberian ARV adalah kombinasi 3 obat ARV. Penggunaan terapi ARV digunakan dengan menggunakan kombinasi beberapa obat ARV yaitu : golongan *Nucleosida Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI). Obat ini dikenal sebagai analog *nukleosida* yang

menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA. Proses ini diperlukan agar virus dapat bereplikasi. Obat dalam golongan ini termasuk *zidovudine* (ZDV atau AZT), *lamivudine* (3TC), *didanosine* (ddI), *zalcitabine* (ddC), *stavudine* (d4T) dan *abacavir* (ABC).

Golongan *Non- Nucleosida Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI). Obat ini berbeda dengan NRTI walaupun juga menghambat proses perubahan RNA menjadi DNA. NNRTI merupakan kombinasi dari *analog nukleosida* dan *protease inhibitor* (PI). Obat dalam golongan ini termasuk *nevirapine* (NVP), *efavirenz* (EFV), dan *delavirdine* (DLV).

Golongan *Protease Inhibitor* (PI). Obat ini bekerja menghambat *enzim protease* yang memotong rantai panjang asam amino menjadi protein yang lebih kecil. *Protease inhibitor* merupakan enzim penting dalam pembentukan protein virus yang dibutuhkan untuk proses pembentukan dan pematangan virus. PI bereaksi dengan protease yang menghambat kerja enzim dan menyebabkan produksi virus menjadi tidak matang. Obat dalam golongan ini termasuk *indinavir* (IDV), *nelfinavir* (NFV), *saquinavir* (SQV), *ritonavir* (RTV), *amprenavir* (APV), dan *Iopinavir/ritonavir* (LPV/r).

Golongan *Entry Inhibitor* : *enfuvirtide* (*fuzeon*) merupakan obat kelas baru yang diperkenalkan tahun 2003 obat ini berfungsi untuk mencegah masuknya HIV ketarget sel dengan cara berikatan dengan amplop protein disekitar virus. Obat

ini saat berikatan dengan virus, virus tidak bisa berikatan dengan membran sel (Covington, 2005 dalam Lemone & Burke, 2008).

Obat ARV mempunyai efektivitas menekan jumlah virus didalam tubuh pasien HIV/AIDS dengan menekan replikasi virus, namun obat ini juga mempunyai beberapa keterbatasan, diantaranya, obat ARV tidak menyembuhkan dan harus diminum seumur hidup. Pemberian obat ARV efektif pada sebagian besar, tetapi tidak pada semua pasien. ARV juga mempunyai keterbatasan tentang prognosis jangka panjang karena belum diketahui jika obat diminum terus menerus. Kepatuhan yang tinggi diperlukan agar tidak terjadi resistensi pada obat ARV. Obat ARV juga mempunyai efek samping ringan maupun berat sehingga mempengaruhi kepatuhan pasien HIV/AIDS. Selama pasien memakai ARV penularan akan tetap terjadi bila melakukan kegiatan berisiko.

Keberhasilan dan toksisitas obat ARV dapat dilihat secara klinis dengan meningkatnya berat badan, tidak mengalami *infeksi oportunistik* dan terjadinya peningkatan CD4 yang diperiksa 3-6 bulan setelah terapi (Depkes, 2003). Kualitas hidup penderita HIV/AIDS akan meningkat dengan penggunaan obat ARV. Jumlah CD4 meningkat, resiko infeksi oportunistik menurun sehingga penderita dapat produktif kembali (Djauzi, S.,& Djoerban, Z, 2002)

## B. Konsep Spiritual

Spiritual merupakan konsep yang abstrak dan memiliki bermacam-macam dimensi. Guna meningkatkan pemahaman dan mengurangi perbedaan persepsi tentang spiritual maka berikut akan dibahas tentang pengertian spiritual, kesehatan spiritual pada pasien HIV/AIDS, hubungan spiritual dengan agama, dan penerapan konseling spiritual Agama Islam pada pasien HIV/AIDS

### 1. Pengertian spiritual

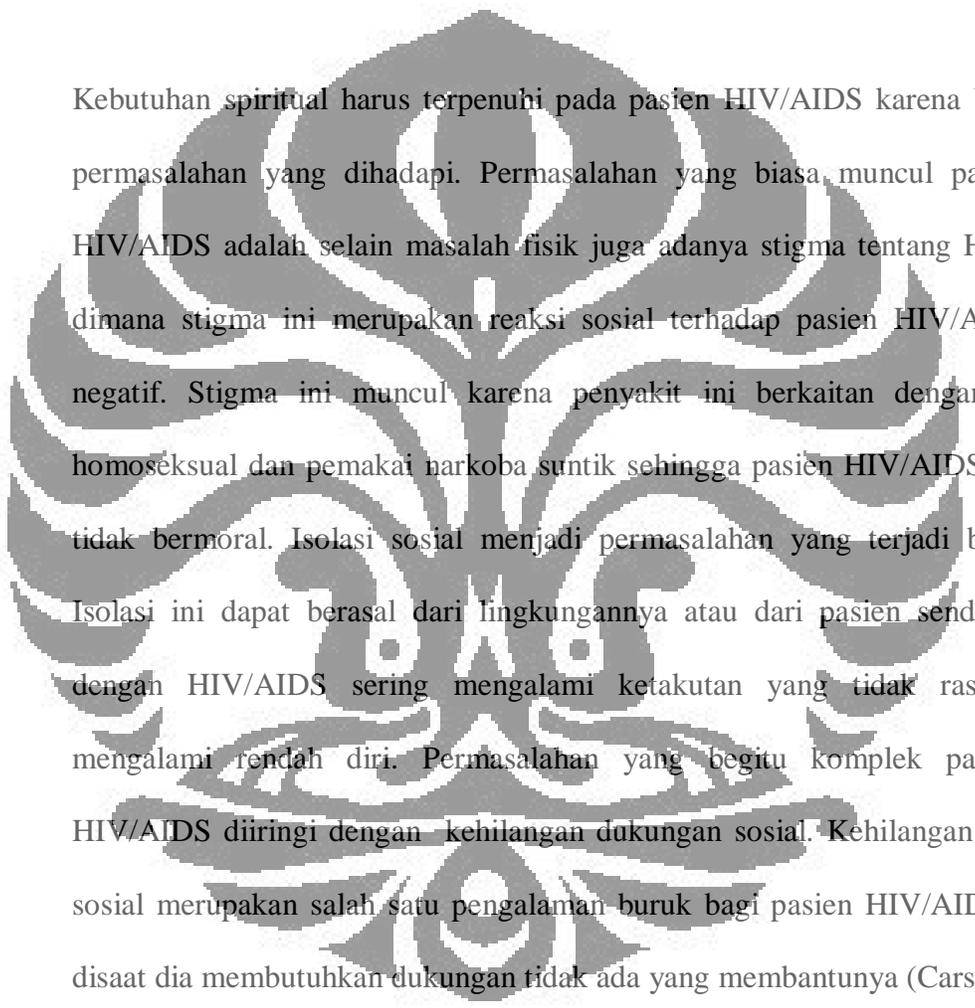
Spiritual merupakan komitmen tertinggi individu, prinsip yang paling komprehensif, tentang argumen yang sangat kuat terhadap pilihan yang dibuat dalam hidup (Farran et al 1989 dalam Potter & Perry, 2005 )

Keyakinan spiritual adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang maha kuasa dan pencipta. Sebagai contoh seseorang yang percaya pada Allah sebagai pencipta atau sebagai Maha Kuasa (Hamid, 2008). Pengertian diatas bisa disimpulkan bahwa spiritual merupakan suatu keyakinan didalam diri yang berasal dari nilai – nilai ketuhanan dan nilai luhur diri yang diyakini dan dijadikan sebagai sumber kekuatan untuk menghadapi masalah dan ketenangan hidup.

### 2. Kesehatan spiritual pada pasien HIV/AIDS

Kesehatan spiritual merupakan keharmonisan antara diri individu dengan orang lain, alam dan kehidupan tertinggi (Hungelmann et al, 1985). Keharmonisan ini dicapai ketika seseorang menemukan keseimbangan antara nilai, tujuan, dan sistem keyakinan mereka dengan hubungan mereka didalam diri dan dengan

orang lain (Potter & Perry, 2005). Setiap individu mempunyai tiga kebutuhan spiritual yang harus dipenuhi untuk mencapai sehat secara spiritual, tiga kebutuhan tersebut adalah kebutuhan akan arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan berhubungan serta kebutuhan untuk mendapatkan pengampunan (Hamid, 2008).



Kebutuhan spiritual harus terpenuhi pada pasien HIV/AIDS karena banyaknya permasalahan yang dihadapi. Permasalahan yang biasa muncul pada pasien HIV/AIDS adalah selain masalah fisik juga adanya stigma tentang HIV/AIDS, dimana stigma ini merupakan reaksi sosial terhadap pasien HIV/AIDS yang negatif. Stigma ini muncul karena penyakit ini berkaitan dengan perilaku homoseksual dan pemakai narkoba suntik sehingga pasien HIV/AIDS dianggap tidak bermoral. Isolasi sosial menjadi permasalahan yang terjadi berikutnya. Isolasi ini dapat berasal dari lingkungannya atau dari pasien sendiri. Pasien dengan HIV/AIDS sering mengalami ketakutan yang tidak rasional dan mengalami rendah diri. Permasalahan yang begitu kompleks pada pasien HIV/AIDS diiringi dengan kehilangan dukungan sosial. Kehilangan dukungan sosial merupakan salah satu pengalaman buruk bagi pasien HIV/AIDS dimana disaat dia membutuhkan dukungan tidak ada yang membantunya (Carson, 2000).

Permasalahan yang muncul pada pasien HIV/AIDS mengakibatkan terjadinya masalah psikososial dan spiritual. Ketika pasien mengalami penyakit, kehilangan dan stres, kekuatan spiritual dapat membantu individu menuju penyembuhan dan terpenuhinya tujuan dari kebutuhan spiritual. Untuk menghadapi masalah distres

spiritual, perawat dapat memberikan intervensi dan perencanaan yang ditujukan untuk memenuhi beberapa hal yaitu: dengan membantu klien memenuhi kewajiban agamanya. Meningkatkan perasaan penuh harap dan memberi sumber spiritual serta membina hubungan personal dengan pencipta.(Hamid, 2008)

### 3. Hubungan Spiritual dan Agama

Konsep spiritual sangat berdekatan dengan agama. karena spiritual merupakan pondasi dalam pembentukan nilai dalam diri seseorang dan berhubungan dengan sekitarnya termasuk Tuhan. Micklely et al (1992) dalam Hamid, 2008, menguraikan keyakinan spiritual sebagai suatu yang multidimensi, yaitu dimensi eksistensial dan dimensi agama. Dimensi eksistensial berfokus pada tujuan dan arti kehidupan, sedang dimensi agama lebih berfokus pada hubungan individu dengan Tuhan Yang Maha Penguasa.

Stoll (1989 dalam Hamid, 2008) menguraikan bahwa keyakinan spiritual sebagai konsep dua dimensi, yaitu dimensi vertikal dan dimensi horizontal. Dimensi vertikal adalah hubungan dengan Tuhan atau yang Maha Tinggi yang menuntun kehidupan seseorang. Dimensi horizontal adalah hubungan individu dengan diri sendiri, dengan orang lain, dan dengan lingkungan. Sehingga pemberian intervensi spiritual dan agama akan meningkatkan tujuan hidup dan pengharapan terhadap masa depan .

#### 4. Penerapan Konseling Spiritual Agama Islam Pada Pasien HIV/AIDS

Kepribadian dan tingkah laku individu dipengaruhi oleh pikiran dan keinginannya. Intervensi spiritual ditujukan untuk mengubah pikiran pasien tentang diri sendiri, orang lain, kehidupan dan berbagai persoalan yang muncul dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya (Najati, 2002). Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya pada tuhan (Carson, 1989 dalam Hamid, 2008).

Perlunya penerapan nilai – nilai agama dalam konseling dikemukakan oleh Marsha Wiggins Frame, 2003 dalam Yusuf & Nurihsan, 2006), mengemukakan bahwa agama sepatutnya mendapat tempat dalam praktek konseling atau psikoterapi. Pemikiran ini didasarkan beberapa alasan, bahwa kebanyakan orang meyakini adanya tuhan. Selama ini terdapatnya tumpang tindih dalam nilai dan tujuan konseling dan agama. Kebanyakan konselor melupakan nilai – nilai agama klien dan konselor sendiri selama proses konseling, karena dianggap tujuan agama dan konseling berbeda sehingga mengeluarkan agama dari konseling.

Spiritual dan kehidupan individu memiliki hubungan yang sangat kuat. Spiritual yang tinggi akan meningkatkan pemahaman hidup individu tersebut. Pemahaman hidup individu terlihat dari dua domain spiritual dalam individu yaitu semangat hidup dan harapan hidup (Gall & Grant, 2005). Konseling spiritual dapat

meningkatkan semangat hidup dan harapan hidup pasien, kedua hal ini menjadikan individu dapat mengatasi penyakit diantaranya mencari bantuan kesehatan dan minum obat.

Rabbani (1997) menjabarkan bahwa ayat - ayat suci dalam alqur'an terutama ayat - ayat psikoterapi yang digunakan dalam Al Qur'an mengandung unsur peningkatan pemahaman diri dan lingkungan, sehingga individu menyadari dirinya. Ayat suci ini didengarkan berkali - kali dan dipahami dengan seksama akan dapat menjadi terapi bagi individu dalam mengatasi penyakitnya. Rabbani (1997) menyebutnya dengan istilah *spiritual healing*.

Ayat - ayat suci akan menghantarkan bunyi energi yang memberikan kehidupan pada individu tersebut. Energi masuk ke korteks Serebral selanjutnya akan mempengaruhi seluruh sistem dalam tubuh individu. Energi tersebut dapat menjaga keseimbangan sistem tubuh. Keadaan sistem yang seimbang menghasilkan pemikiran dan pengambilan keputusan yang tepat dalam mengatasi penyakitnya atau koping yang efektif (Rabbani,1997. *Spiritual healing in the Islamic tradition* <http://www.crescentlife.com/index.htm> diambil tanggal 21 September 2008).

Alasan diatas dapat diuraikan bahwa konseling dan agama mempunyai keterkaitan yang tidak dapat dipisahkan. Dalam konseling ada klien dan konselor yang sama memiliki nilai - nilai spiritual dan agama yang mereka miliki. Unsur agama tidak mudah dilepaskan begitu saja karena mempengaruhi individu dalam

setiap aktivitasnya. Menggabungkan unsur konseling dan agama akan menjadikan pemanfaatan kekuatan pendukung yang berasal dari dalam diri pasien dan konselor yang bermanfaat mengatasi masalah pasien.

Dalam agama islam praktek konseling dan psikoterapi selama ini sudah diterapkan, fungsi sebagai konselor banyak diperankan oleh para tokoh agama atau ulama, guru sufi/tarekat atau kyai yang dianggap memiliki kelebihan spiritual sehingga nilai – nilai agama dalam psikoterapi dapat diberikan dengan baik kepada pasien. (Subandi, 2000).

Konseling islami mempunyai tujuan yang mencakup tiga aspek yaitu : aspek preventif, aspek perkembangan dan aspek terapi. Aspek preventif mengarah kepada penjagaan individu dari semua guncangan jiwa dan membentengi mereka dari segala penyimpangan. Aspek perkembangan mengarah kepada pembentukan kepribadian muslim agar mampu menjadi individu yang optimis, penuh dengan produktivitas dan mengoptimalkan kemampuan yang dimiliki. Aspek terapi mengarah kepada pembebasan dan pelepasan individu dari segala kekhawatiran dan kegelisahan serta membantu mengatasi masalah yang dihadapinya (Musfir, 2005).

Konseling spiritual dalam agama Islam berisi tentang pokok – pokok keimanan kepada aqidah tauhid, ketakwaan, berbagai ibadah, kesabaran, mengingat Allah dan bertaubat. Pemberian konseling agama islam ini akan menambah kepercayaan pada diri sendiri, meningkatkan harapan terhadap masa depan serta

meningkatkan kemampuannya untuk bersabar dalam menanggung kesulitan dan memberikan perasaan aman dari berbagai keresahan dan penyakit jiwa.

Ayat – ayat yang digunakan dalam konseling spiritual adalah ayat –ayat yang digunakan sebagai psikoterapi yang bersumber dari alqur’an dan hadist (Najati, 2002). Sebagaimana Firman Allah dalam QS, Al – Isra’, 17 : 82 yang artinya :  
 “Dan Kami turunkan dari alqur’an suatu yang menjadi penawar dan Rahmat bagi orang – orang yang beriman dan Alqur’an itu tidaklah menambah kepada orang – orang yang zalim selain kerugian.

Ayat – ayat yang digunakan tersebut berisi tentang :

a. Keimanan dan ketenangan hati

Firman Allah dalam (QS. Ar-Ra’d, 13 : 28). Artinya :“(Yaitu) orang –orang yang beriman dan hati mereka menjadi tentram dengan mengingat Allah. Ingatlah hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenteram.

b. Taubat

Firman Allah dalam (QS. Taha, 20 : 82). Yang artinya “ Dan sesungguhnya Aku Maha Pengampun bagi orang – orang yang bertaubat, beriman, beramal saleh, kemudian tetap di jalan yang benar

c. Sabar dan Ibadah

Firman Allah dalam (QS, Al Baqarah, 2 : 153) yang artinya “ Hai orang– orang yang beriman, jadikanlah sabar dan Sholat sebagai penolongmu, sesungguhnya Allah beserta orang – orang yang sabar

d. Pengobatan dan kepatuhan (tanggung jawab dalam pengobatan)

Firman Allah dalam (QS. Asy Syu'araa, 26 : 80). Dan bila aku sakit Dia-lah yang menyembuhkan dan (Hadist Riwayat Muslim dan Ahmad) yaitu :”  
Setiap penyakit ada obatnya. Jika obat itu tepat mengenai sasarannya, maka dengan izin Allah penyakit itu akan sembuh

Langkah – langkah konseling dalam agama Islam adalah diawali dengan membangun hubungan yang kuat dan baik yang didasari dengan saling menghargai, membuka diri dan juga saling percaya antara konselor dan kliennya. Langkah kedua konselor membantu klien dalam mengenali permasalahan yang sedang dihadapinya. Langkah ketiga menawarkan taubat dan langkah terakhir mengajarkan kembali ajaran - ajaran agama yang benar kepada klien (Musfir, 2005)

### C. Konsep Koping

Koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan untuk mengelola kebutuhan spesifik baik internal maupun eksternal sebagai sumber pertahanan seseorang (Lazarus & Folkman, 1984 ). Pendapat lain mengatakan bahwa koping merupakan proses dimana individu berusaha mengatasi ketidak sesuaian antara tuntutan – tuntutan dengan sumber pada suatu keadaan yang mengakibatkan stres (Sarafino, 2002).

Dalam menghadapi sumber stres individu akan melakukan strategi koping. Strategi koping dibagi atas 2 jenis yakni *emotion-focused coping* yang bertujuan untuk

mengontrol respon emosional yang muncul dalam menghadapi stres, dan *problem-focused coping* bertujuan untuk mengurangi stressor atau mengembangkan sumberdaya dalam menghadapi tuntutan tersebut. *problem emotion-focused coping* dilakukan dengan memperbaiki situasi melalui pembuatan perubahan atau tindakan tertentu. *Emotion-focused coping* meliputi proses pikir dan tindakan untuk memperbaiki distress emosional (Lazarus & Folkman, 1984). Kedua strategi ini dapat diterapkan bagi pasien HIV/AIDS. Dimana dengan mengurangi stres dan perubahan perilaku pada pasien HIV/AIDS akan berdampak meningkatnya coping pasien HIV/AIDS.

Mekanisme terjadinya coping melalui suatu proses coping. Proses coping tidak sama pada setiap individu. Respon tiap individu terhadap stres tergantung dari karakteristik individu dan besarnya stressor, Keberhasilan individu dalam menghadapi stresnya tergantung *cognitif appraisal*. *Cognitif appraisal* merupakan aktivitas mental seperti pengambilan keputusan, membedakan dan memilih sebuah aktivitas yang berdasar pengalaman masa lalu (Grinter & Spieger, 1945 dalam Lazarus & Folkman, 1984). Arnorid (1970) menyatakan bahwa *cognitif appraisal* merupakan proses intuisi yang terjadi secara otomatis cepat dan melibatkan emosi. Mandler mengatakan bahwa *cognitif appraisal* merupakan evaluasi yang berfokus pada pemahaman dan pemaknaan yang terjadi secara kontinu selama kehidupan

*Cognitif appraisal* terdiri dari 2 yaitu *primary appraisal* dan *secondary appraisal*. Penerapan strategi *appraisal* ini pada tahap *primary appraisal* orang tersebut akan bertanya apakah informasi yang diperoleh membahayakan atau tidak. Setelah

pertanyaan tersebut terjawab, maka akan masuk tahap *secondary appraisal*. Pertanyaan yang muncul adalah apa yang dapat dilakukan atau apakah ada dukungan terhadap situasi tersebut. (Lazarus & Folkman 1988) mengemukakan pada individu yang memiliki daya koping yang lemah dapat ditingkatkan dengan pendidikan serta latihan. Dari konsep diatas terdapat kaitan antara stressor, proses koping sampai terjadi perubahan perilaku. Perubahan perilaku pasien HIV/AIDS diarahkan terjadinya perubahan perilaku hidup sehat termasuk kepatuhan dalam terapi ARV.

#### **D. Konseling kepatuhan Berobat**

Konseling adalah proses yang membantu seseorang untuk belajar menyelesaikan masalah emosi, interpersonal dan pengambilan keputusan (WHO, 2003). Konseling dalam HIV/AIDS merupakan kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS (Depkes 2007).

Konseling diperlukan oleh pasien HIV/AIDS mengingat banyaknya permasalahan yang bisa dialami oleh pasien HIV/AIDS. Konseling dibutuhkan sebagai tempat pasien berbagi dan mencari alternatif pemecahan masalah yang muncul. Dalam konseling juga dibicarakan tentang kepatuhan minum obat.

Konsep Kepatuhan, (Haynes, 1979 dalam Myers & Midence, 2005) mendefinisikan kepatuhan merupakan kesesuaian perilaku seseorang (seperti minum obat, diet, atau perubahan gaya hidup) dengan tenaga kesehatan. Pengertian ini menunjukkan

bahwa pasien dalam posisi pasif. Nasihat dokter atau perawat sebagai standar yang harus diikuti oleh pasien. Hal ini akan memungkinkan terjadinya perilaku yang tidak patuh akibat adanya perasaan pasien sebagai alat dari dokter atau perawat yang bisa disuruh.

Definisi lain kepatuhan yang lebih modern adalah kesesuaian perilaku pasien melalui pengembangan kepatuhan dengan melibatkan pasien dalam mengambil keputusan untuk menentukan perilakunya dalam mengatasi penyakitnya. Pengertian ini membuat pasien lebih aktif dalam merubah perilakunya sesuai anjuran perawat. Kesuksesan dalam kepatuhan sesuai dengan pengertian ini adalah tercapai bila adanya hubungan partner antara dokter atau perawat dengan pasien (Sharpe & Dohme, 1996).

Pengkajian kepatuhan merupakan sesuatu yang kompleks. Hal tersebut terjadi karena konsep kepatuhan sangat luas dan bervariasi. Pengkajian kepatuhan pada satu bidang ilmu tentunya akan sulit diterapkan pada bidang lainnya. Ada beberapa metoda pengkajian kepatuhan yaitu : *Self-report*, *Checking prescriptions*, *pill count*, pengkajian kepatuhan dengan bantuan alat elektronik, dan metode *Direct Observation*

Metoda *self-report* merupakan pengukuran kepatuhan yang berfokus pada pemberdayaan pasien itu sendiri. Pasien diminta untuk jujur dalam melaporkan perilakunya khususnya minum obat. Metoda ini banyak dikembangkan karena mudah untuk menggunakannya. Kelemahan metoda ini adalah sulitnya menentukan

kejujuran pasien dalam membuat laporan tersebut. Laporan kepatuhan dapat dibuat dalam bentuk catatan harian minum obat atau menggunakan alat elektronik dalam mencatat pola minum obat.

Selain itu metoda yang dikembangkan adalah kuisisioner terstruktur untuk mengkaji tingkat kepatuhan pasien dalam minum obat. Salah satu kuisisioner tingkat kepatuhan adalah *Simplified self-report measure of adherence* (Morisky, 1986). Kuisisioner tersebut memuat empat pertanyaan tentang kepatuhan minum obat : Apakah anda pernah lupa minum obat. Apakah anda pernah tidak tepat jadwal pada waktu minum obat (terlambat atau minum obat sebelum waktunya). Saat anda merasa lebih baik, apakah anda kadang-kadang berhenti minum obat ? Jika kadang-kadang anda merasakan efek yang tidak enak akibat minum obat, apakah anda berhenti minum obat ? Kuisisioner ini singkat dan sederhana dalam mengukur tingkat kepatuhan dalam minum obat. Setiap pertanyaan jawabannya akan dinilai, dimana semakin kecil total skor nya semakin patuh pasien terhadap terapi ARV. (The AIDS education & Training Center National Resource Center, 2008. Adherence, <http://www.aids-ed.org> tanggal 1 september 2008).

Metode lain untuk menilai kepatuhan pasien adalah *simplified medication adherence questionnaire* (SMAQ). SMAQ dibuat dari pengembangan *simplified self-report measure of adherence* yang dibuat oleh Morisky. Pengembangan tersebut dilakukan dengan memodifikasi beberapa pertanyaan : Item nomor 3 dihilangkan saat mengukur kepatuhan pasien HIV/AIDS pada fase asimtomatis. Item nomor 4 diubah pertanyaannya menjadi saat anda merasa tidak enak akibat efek samping

obat, apakah anda berhenti minum obat? Ditambahkan 3 pertanyaan yaitu : (a) pikirkan satu bulan terakhir, seberapa sering anda tidak minum obat? (b) Apakah anda pernah tidak minum semua obat dalam satu bulan terakhir?; (c) Selama tiga bulan, sudah berapa hari anda tidak minum obat sama sekali (tidak satupun obat yang diminum). (Knobel, et al. 2002. Validation of a simplified medication adherence questioner in a large cohort of HIV- infected patients: the GEEMA study, <http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/abstract.00002030-200203080.htm>, diperoleh tanggal 5 September 2008.

*Metode Checking prescriptions*, metoda ini dilakukan dengan cara mengecek obat yang telah diberikan sesuai dengan resep. Metoda ini dilakukan pada sistem pengobatan berkelanjutan seperti penyakit kronis dan HIV/AIDS. Pengkajian kepatuhan dengan menggunakan bantuan alat elektronik. Pengkajian ini dilakukan dengan bantuan alat elektronik seperti *Unit Dose Monitor*, *Pill Box Monitor*, *Eye Drop Monitor*. Penggunaan alat bantu elektronik ini sangat mahal sehingga sedikit digunakan.

*Metode direct observation*, metoda ini dilakukan dengan cara mengawasi langsung pasien dalam meminum obat. Metoda ini telah dikembangkan pada sistem pengobatan TB Paru. Pada pasien HIV/AIDS penggunaan metode ini akan sulit karena pasien akan minum obat seumur hidup sehingga sulit melakukan observasi dalam waktu yang lama. Metoda ini dapat dilakukan pada awal pasien memulai terapi ARV.

Tujuan Konseling Kepatuhan adalah agar klien memahami jenis, cara, proses pengobatan, sehingga diharapkan mematuhi pemberian pengobatan. Hal ini diperlukan mengingat tingginya resistensi bilamana prosedur pengobatan tidak dipatuhi. Disamping itu untuk mengurangi beban psikologis yang membuat pasien merasa sakit/cacat/tidak berdaya/tidak ada harapan menghadapi kehidupan karena ia harus menggunakan obat dalam jangka waktu yang panjang.

Isi Konseling Kepatuhan adalah membicarakan manfaat obat dan efek sampingnya, resiko ketidakpatuhan serta ketepatan jadwal. Dalam konseling kepatuhan juga dibicarakan tentang pentingnya dukungan keluarga dan jenis obat dan tempat mencari obat yang terjangkau. Identifikasi dan antisipasi faktor yang menghambat dan faktor yang mendukung kepatuhan pada pengobatan juga dibicarakan (Depkes 2003)

Faktor – faktor yang mempengaruhi kepatuhan pada pasien HIV/AIDS adalah jenis kelamin, lamanya minum obat ARV, faktor resiko HIV/AIDS dan banyaknya macam obat yang diminum. Perempuan mempunyai kecenderungan kurang patuh dari pada laki – laki dan menghentikan tiba – tiba karena efek samping ARV lebih tinggi terjadi pada perempuan. (Nicastri et al, 2007, Sex issues in HIV-1-infected persons during highly active antiretroviral therapy: a systematic review. J Antimicrob Chemother. [http://www.hivandhepatitis.com/recent/2007/090707\\_c.html](http://www.hivandhepatitis.com/recent/2007/090707_c.html) diperoleh tanggal 1 september 2008.

Faktor risiko pasien HIV/AIDS yang berasal dari pemakai narkoba suntik menunjukkan kurang patuh terhadap terapi ARV. Kebanyakan kasus HIV dari pemakai narkoba mempunyai kecenderungan untuk kambuh lagi dalam memakai narkoba sehingga menyebabkan pasien lupa dengan terapi ARV dan berujung dengan kegagalan terapi dalam pengguna narkoba dan HIV (Spiritia, 2006, Lembaran informasi HIV/AIDS, <http://spiritia.or.id/li/pdf/LI156.pdf>).

Lamanya minum obat ARV menunjukkan telah berapa lama pasien HIV/AIDS minum obat, semakin lama waktu pasien minum obat menunjukkan semakin beradaptasi pada pengobatan ARV. Jumlah obat yang diminum mempengaruhi kepatuhan pasien, dimana semakin banyak obat yang diminum semakin menambah besar resiko ketidak patuhan pasien HIV/AIDS.

Penerapan konseling kepatuhan dan spiritual dapat meningkatkan efektivitas dalam pengobatan pasien HIV/AIDS, dari hasil penelitian Wanyama, et al. 2007, *Belief in divine healing can be a barrier to antiretroviral therapy adherence in Uganda*, <http://www.aidsonline.com> yang dilakukan dengan metode penelitian ini *prospective observational cohort study* yang dilakukan pada pasien 558 pasien HIV/AIDS di Kuba. Hasil menunjukkan bahwa *treatment* spiritual dalam konseling kepatuhan dapat meningkatkan kepatuhan ART, ditemukan juga 1,2 % responden merasakan dirinya sudah sembuh akibat intervensi spiritual dalam konseling. Intervensi yang diberikan selain konseling kepatuhan juga sembahyang bersama dipimpin oleh ulama an pendeta

## E. Asuhan Keperawatan Pasien dengan HIV/AIDS

Perawat memiliki peran yang sangat besar dalam penatalaksanaan HIV/AIDS. Peran utama perawat yaitu memberi konseling sehingga pasien HIV/AIDS dapat menjalani terapi dan merubah gaya hidup yang berisiko menjadi perilaku hidup sehat. Konsep keperawatan menurut Henderson (1966, dalam Tomey & Alligood, 2000) mengemukakan bahwa tugas perawat adalah memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual pasien. Henderson mengidentifikasi 14 kebutuhan dasar pasien yang termasuk dalam komponen keperawatan. Salah satu dari kebutuhan tersebut adalah kebutuhan spiritual.

Asuhan keperawatan pasien HIV/AIDS meliputi pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Fokus penelitian ini adalah pada kebutuhan spiritual yang dikaitkan dengan coping pasien HIV/AIDS, sehingga asuhan keperawatannya dapat dijabarkan sebagai berikut :

### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan termasuk mengidentifikasi faktor risiko seperti riwayat perilaku seksual dan penggunaan IDU. Pengkajian pada pasien HIV/AIDS dilakukan pada semua sistem tubuh pasien. Mengidentifikasi faktor risiko, riwayat dan perjalanan penyakit pasien serta mengidentifikasi adanya IO.

Pengkajian fokus pada coping yang berkaitan dengan kepatuhan pasien dalam minum obat diantaranya kapan mulai minum obat, pernahkah lupa atau tidak minum obat serta alasannya. Pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan yaitu penimbangan berat badan (bandingkan dengan berat badan yang lalu), lingkaran

lengan atas untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien dalam minum obat, karena salah satu indikator pasien dikatakan patuh minum obat adalah adanya peningkatan berat badan dan tidak terjadi *wasting syndrome* setelah minimal 3 bulan terapi.

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan berkaitan dengan infeksi HIV ditentukan oleh beberapa variabel diantaranya tahap infeksi HIVnya, *infeksi oportunistik*, kemudian tahap terminal, etiologi yang menyebabkan masalah dan faktor sosial sehingga diagnosa keperawatan menjadi banyak.

Menurut, Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2000; Ignatavicus & Workman, 2006; Smeltzer, Bare, 2008; LeMone & Burke, 2008, diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan koping dan kepatuhan minum obat yaitu koping individu tak efektif berhubungan dengan kurangnya dukungan sosial dan spiritual. Diagnosa kedua yang dapat ditegakkan yaitu ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang pengobatan HIV/AIDS.

## 3. Intervensi Keperawatan

Salah satu bentuk penatalaksanaan keperawatan yang berkaitan dengan masalah koping dan manajemen regimen terapeutik yaitu konseling kepatuhan dan spiritual. Menurut LeMone & Burke (2008) intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah koping yaitu mengkaji dukungan sosial dan keluarga,

melakukan interaksi dan komunikasi terapeutik, sehingga pasien merasa diterima oleh perawat. Berikan kesempatan kepada pasien untuk mengambil keputusan dalam program terapi dan perawatannya.

Dukungan positif terhadap perilaku, pengambilan keputusan dan kemajuan yang telah dicapai oleh pasien dapat meningkatkan coping pasien (Cote & Pepler, 2005, dalam LeMone & Burke (2008). Intervensi untuk mengatasi masalah manajemen regimen terapeutik yaitu memberi pendidikan kesehatan berkaitan dengan pengobatan. Penjelasan yang perlu diberikan diantaranya keuntungan dan kekurangan dari obat ARV, bahayanya bila tidak patuh minum obat, jadwal minum obat, interaksi obat serta efek samping dari masing-masing obat ARV.

#### **4. Evaluasi Keperawatan**

Efektifitas pengobatan yang diberikan akan dilakukan evaluasi yang mengacu tercapainya tujuan. Kriteria hasil evaluasi dalam NOC regimen terapeutik adalah: perilaku kepatuhan, partisipasi dalam pengambilan keputusan perawatan kesehatan, pengontrolan tanda dan gejala. Kriteria evaluasi dari diagnosa coping tidak efektif adalah penerimaan terhadap status kesehatan, kontrol diri, coping, pengambilan keputusan dan penampilan peran

#### **F. Penelitian Terkait**

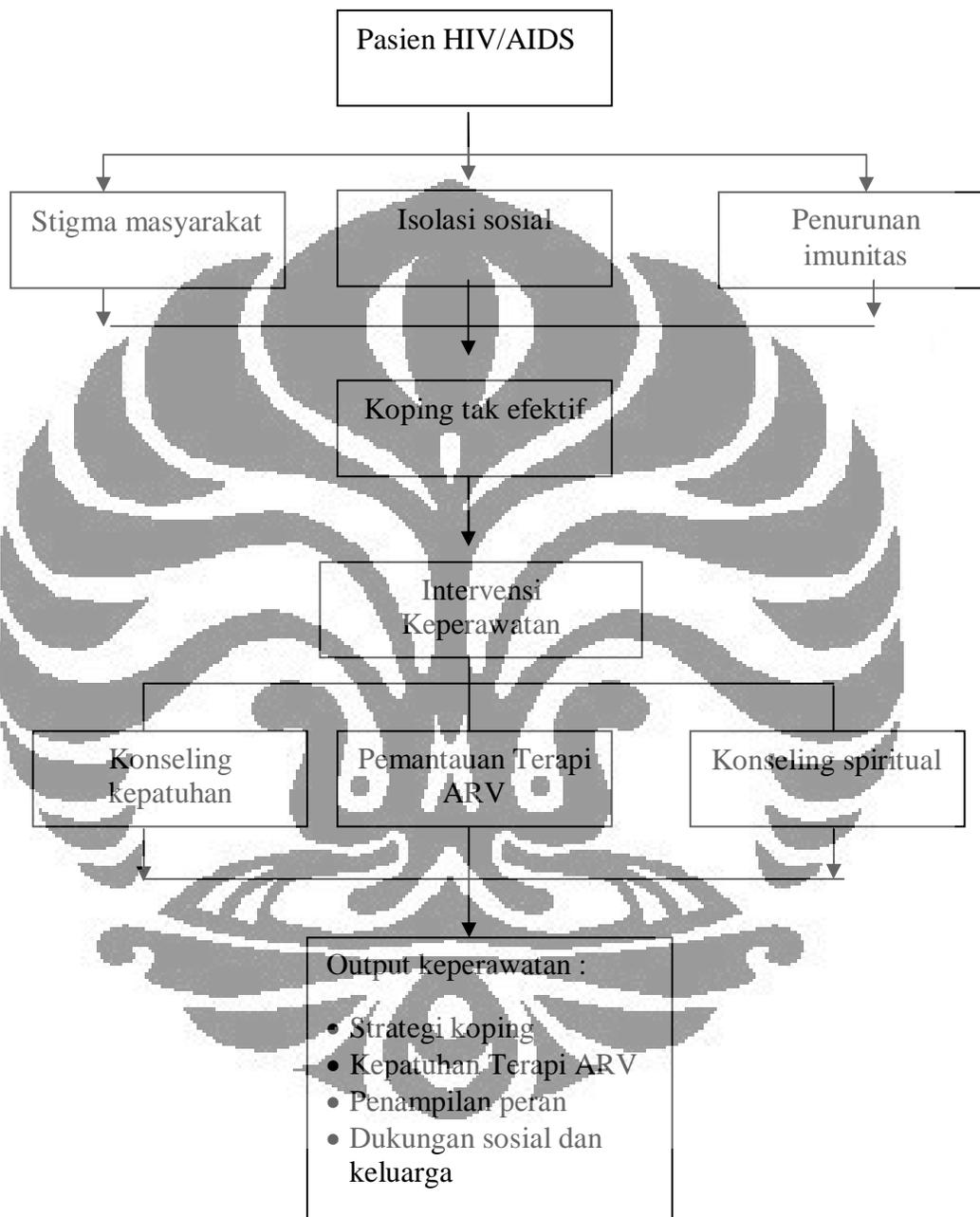
Penelitian oleh Wolf dan Abel (2003) yang meneliti tentang efek meditasi terhadap fungsi psikososial pada 93 orang dewasa Amerika. Metode penelitian yang digunakan adalah *randomized trial comparing*. Sampel dibagi dalam 3 kelompok

yang masing – masing jumlahnya 31 orang. Kelompok satu merupakan kelompok intervensi. Kelompok dua kelompok plasebo dan kelompok ketiga sebagai kontrol. Perlakuan yang diberikan yaitu setiap responden kelompok intervensi diberikan maha mantram (agama Hindu). Mantra ini diucapkan teratur selama 20 – 25 menit setiap hari dalam 4 minggu. Setelah 4 minggu dilakukan pengukuran terhadap stres , depresi. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa terjadinya penurunan stres dan depresi serta peningkatan pemahaman diri. Keterbatasan penelitian ini adalah bahwa pemilihan sampel dilakukan sendiri dimana sampel itu telah memiliki pengetahuan tentang penanganan stres dan depresi. Hal ini beresiko memiliki efek terhadap hasil penelitian.

Penelitian yang dilakukan oleh Frame et al, 2005, tentang effects of spirituality on health-related quality of life in men with HIV/AIDS: Implications for counseling. Penelitian ini tentang hubungan spiritual dengan kualitas hidup pada 226 laki – laki yang terinfeksi HIV. Pengukuran dilakukan terhadap pertumbuhan spiritual, pola, gaya hidup, coping spiritual terhadap HIV/AIDS dan kualitas hidup. Metode penelitian ini digunakan *prospective cohort study* titled "Predictors of Outcomes in HIV-Infected Men. Penelitian dilakukan selama 24 bulan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang memiliki skor pertumbuhan spiritual yang tinggi akan memiliki kualitas hidup yang tinggi, kesehatan mental yang positif, sehat emosi, fungsi sosial yang baik, persepsi kesehatan umum yang baik dan penggunaan energi yang baik. Kelemahan dari penelitian ini kurang dapat digeneralisasi karena sampelnya semua laki – laki.

## G. Kerangka Teori

Skema 2.1. Kerangka Teoritis



Sumber : Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2000; Kozier et al 2004; Wilkinson, Judith, 2005; Ignatavicus & Workman, 2006; Smeltzer, Bare, 2008; LeMone & Burke, 2008

## **BAB III**

### **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Penelitian merupakan proses ilmiah yang mempunyai alur dan arah yang jelas sehingga mendapatkan data yang akurat. Berkaitan dengan hal tersebut, maka dalam bab ini akan dibahas mengenai kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional.

#### **A. Kerangka Konsep**

Pasien yang mengalami HIV/AIDS akan mengalami banyak permasalahan yang akan mempengaruhi kopingnya. Permasalahan tersebut tidak hanya berasal dari individu saja tetapi juga berasal dari luar individu yang berakibat terganggunya proses pengobatan pasien HIV/AIDS. Pengobatan Antiretroviral diberikan pada pasien HIV/AIDS untuk menekan jumlah virus HIV didalam sel CD4. Pemberian obat ARV menjadi suatu tantangan bagi perawatan pasien HIV/AIDS. Upaya mencapai keberhasilan terapi ARV dibutuhkan kepatuhan yang tinggi. Kerangka konsep disajikan secara sistematis sebagai berikut:



sehingga sistem pertahanan tubuh pasien mengalami perbaikan. Pemberian Obat ARV ini memerlukan kepatuhan yang tinggi agar tercapainya efektifitas pengobatan yang diinginkan.

Kepatuhan dalam pengobatan dapat meningkatkan efektifitas terapi ARV (Amico & Johnson 2006, Efficacy of antiretroviral therapy adherence interventions: a research synthesis of trials, 1996 to 2004, <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1033697981&sid=5&Fmt>, diperoleh tanggal 1 September 2008). Pemberian konseling kepatuhan merupakan suatu intervensi yang diberikan pada kelompok kontrol untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam minum obat ARV yang dilakukan oleh konselor.

Intervensi yang telah dilakukan pada kelompok perlakuan yaitu konseling kepatuhan dan spiritual. Konseling spiritual yang akan dilakukan yaitu bimbingan agama Islam yang diberikan oleh ulama. Suatu penelitian terhadap tingkat religiusitas pada 33 pasien HIV/AIDS ditemukan bahwa tingkat religiusitas pasien HIV/AIDS masih rendah dan diperlukan intervensi agama yang lebih intensif (Waldfogel, S.S., et. al, 1994 dalam Hawari, 2002).

Dampak lain penggunaan aktivitas spiritual pada kegiatan religius pasien HIV/AIDS dapat meningkatkan coping yang lebih baik. Perilaku religius (seperti berdoa) mempunyai hubungan yang bermakna dengan *outcome* pasien dengan HIV/AIDS. Stres emosional yang ringan, kualitas hidup yang lebih baik, kepatuhan lebih baik,

jumlah CD4 yang lebih tinggi dan merasa kehidupannya lebih baik dari pada sebelum terkena HIV (Sowell et al.2000).

Penelitian tentang konseling spiritual agama islam belum pernah peneliti temukan sehingga lamanya intervensi ini merujuk pada hasil penelitian Wolf & Abel, 2003 tentang efek meditasi terhadap fungsi psikososial. Perlakuan yang diberikan dalam penelitian ini adalah maha mantram (agama Hindu) yang dilakukan selama 4 minggu. Penelitian ini dilakukan selama 30 hari, penetapan 30 hari ini dirujuk dari waktu penelitian Wolf & Abel dan berdasarkan jumlah obat ARV dalam satu paket pemberian selama 30 hari.

Variabel terikat dalam penelitian ini ialah koping kepatuhan dalam minum obat ARV pasien HIV/AIDS yang dinilai dengan melihat kepatuhan minum obat ARV. Variabel perancunya adalah jenis kelamin, lamanya minum ARV, macam obat yang diminum dan faktor risiko terjadinya infeksi HIV.

## **B. Hipotesis**

- a. Ada perbedaan koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS sebelum dan sesudah diberikan konseling kepatuhan.
- b. Ada perbedaan koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS sebelum dan sesudah diberikan konseling kepatuhan dan konseling spiritual.
- c. Ada perbedaan nilai spiritual sebelum dan sesudah pemberian konseling spiritual.

- d. Ada perbedaan koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS yang diberikan konseling kepatuhan dan konseling spiritual dengan pasien HIV/AIDS yang diberikan konseling kepatuhan.
- e. Ada pengaruh variabel perancu (jenis kelamin, kapan dimulai terapi ARV, berapa lama minum obat ARV, riwayat terinfeksi HIV/AIDS dan jumlah macam obat yang diminum). Terhadap koping kepatuhan minum obat ARV.

### C. Definisi Operasional

Dibawah ini akan diuraikan mengenai definisi operasional, cara ukur, hasil ukur dan skala pengukuran yang akan digunakan untuk masing-masing variabel penelitian. Hal ini dilakukan dengan tujuan untuk memudahkan dalam menentukan metodologi untuk melakukan analisis terhadap variabel-variabel yang diteliti.

**Tabel 3.1.**  
**Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur**  
**dan Skala Ukur Variabel Penelitian**

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur dan Alat Ukur	Hasil ukur	Skala
<i>Independen :</i>				
Konseling kepatuhan dan	Konseling kepatuhan merupakan – hubungan yang membantu antara klien dan konselor Untuk memberikan dukungan psikologis dan memastikan kesiapan pasien menerima dan meneruskan pengobatan ARV. dan	Observasi pelaksanaan konseling kepatuhan dan spiritual sesuai dengan protap.	1. Konseling kepatuhan dan spiritual diberi kode 1 2. Konseling kepatuhan saja diberi kode 0	Nominal

<p>Konseling spiritual</p>	<p>Konseling spiritual merupakan pemberian motivasi agama yang diberikan oleh ulama dalam bentuk psikoterapi agama yang bersumber dari Alquran dan Al hadist berisi tentang pokok pembicaraan dalam :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surat Taha ayat 82 (Taubat)</li> <li>• Surat Ar – Ra'd ayat 28.(Iman dan ketenangan hati.)</li> <li>• Surat Albaqarah ayat 153 (Sabar dan ibadah)</li> <li>• Surat Asy Syu'araa ayat 80 dan hadist riwayat Muslim dan Ahmad (Pengobatan dan kepatuhan)</li> </ul> <p>Intervensi dilakukan 2 kali dalam seminggu selama 2 minggu. Setiap pertemuan selama 1 jam.</p> <p>Responden yang mendapatkan perlakuan diberikan booklet yang dibaca dan dipahami oleh pasien. Sebelum dan sesudah intervensi dilakukan pengkajian tingkat religius responden</p>	<p>Cara ukur : Peneliti memberikan kuesioner dan diisi oleh responden.</p> <p>Alat Ukur : Modifikasi Skala Dimensi religi versi Dadang hawari.</p>	<p>Jumlah skor kumulatif jawaban responden tentang nilai religius (keyakinan agama Islam) Skor : 0-120</p>	<p>Rasio</p>
----------------------------	---	--	--	--------------

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala
<i>Dependen</i>				
Kepatuhan minum obat ARV	Ketepatan dan ketaatan pasien dalam menjalankan pengobatan ARV.	Metode <i>Simplified self-report measure of adherence</i> (Morisky) dan <i>Pill Count</i> Cara ukur: Peneliti memberikan kuesioner dan diisi oleh responden. Alat Ukur : Kuesioner <i>Simplified self-report measure of adherence</i> (Morisky) dan <i>Pill count</i> .	Skor kepatuhan 0-20	Rasio
<i>Perancu</i>				
Jenis Kelamin	Ciri biologis pada pasien HIV/AIDS	Cara ukur: Responden mengisi pertanyaan no 2 kuesioner Alat ukur : Kuesioner	1. Laki – laki 2. Perempuan	Nominal

Lama minum obat	Jarak waktu dalam bulan sejak minum ARV sampai saat pengumpulan data.	Cara ukur: Responden mengisi pertanyaan no 6 kuesioner Alat ukur : Kuesioner	Jumlah bulan lamanya minum obat ARV 1. < 6 bulan 2. > 6 bulan	Nominal
Riwayat risiko	Riwayat perilaku berisiko yang mengakibatkan terjadinya infeksi HIV/AIDS	Cara ukur: Responden mengisi pilihan pada format kuesioner no 7 Alat ukur : Kuesioner	Riwayat risiko : 1. Pemakai narkoba suntik 2. Heteroseksual 3. Homoseksual	Nominal
Macam obat	Banyaknya macam obat yang diminum dalam waktu bersamaan	Cara ukur: Responden mengisi pilihan pada format kuesioner no.8 Alat ukur : Kuesioner	Jumlah macam obat yang diminum 1. Jumlah obat ARV saja. 2. Jumlah obat ARV tambah obat Infeksi oportunistik	Nominal

## BAB IV

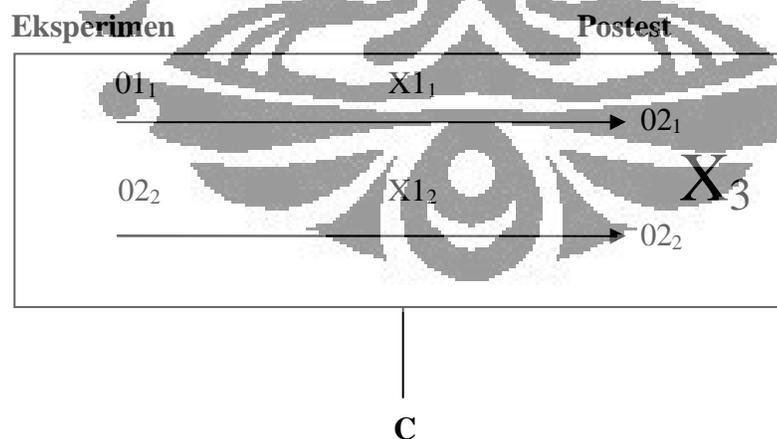
### METODE PENELITIAN

#### A. Disain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *Quasi-experiment*, Rancangan yang digunakan yaitu *the unthreatened control group design with pretest and posttest*. Rancangan dilakukan untuk melihat sebelum dilakukan intervensi dan setelah dilakukan intervensi pada kedua kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. (Burns & Grove, 2001)

Rancangan tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

**Skema 4.1. Desain penelitian**



#### **Keterangan:**

Pengambilan data dilakukan pada setiap pasien HIV/AIDS yang memenuhi kriteria

- (O1<sub>1</sub>): Jumlah skor pengkajian *Simplified self-report measure of adherence* (Morisky) sebelum dilakukan intervensi konseling kepatuhan dan spiritual.
- (O2<sub>1</sub>): Jumlah skor pengkajian *Simplified self-report measure of adherence* (Morisky) sebelum dilakukan intervensi konseling kepatuhan
- (X1<sub>1</sub>): Intervensi konseling kepatuhan dan spiritual
- (X1<sub>2</sub>): Intervensi konseling kepatuhan
- (O2<sub>1</sub>): Jumlah skor pengkajian *Simplified self-report measure of adherence* (Morisky) setelah dilakukan intervensi konseling kepatuhan dan spiritual
- (O2<sub>2</sub>): Jumlah skor pengkajian *Simplified self-report measure of adherence* (Morisky) setelah dilakukan intervensi konseling kepatuhan
- (X3): Perbandingan Jumlah skor pengkajian *Simplified self-report measure of adherence* (Morisky) antara sesudah intervensi konseling kepatuhan dan spiritual terhadap intervensi konseling kepatuhan saja.
- (C) : Variabel perancu.

## B. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah keseluruhan pasien HIV/AIDS yang telah memulai terapi Anti Retroviral di Poliklinik VCT RS.Dr.M.Djamil Padang. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan *purposive sampling* yaitu penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan kriteria inklusi, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Notoatmodjo, 2005).

Dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

1. Pasien beragama Islam
2. Pasien HIV/AIDS yang memakai obat Anti Retroviral
3. Bersedia dilakukan intervensi dalam kelompok.
4. Bersedia ikut dalam penelitian

Adapun kriteria eksklusi adalah:

1. Sedang mengalami infeksi oportunistik yang berat.
2. Mengalami efek samping obat yang berat.

Responden yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 24 orang terdiri dari 12 orang responden sebagai kelompok perlakuan yaitu memperoleh intervensi konseling spiritual dan konseling kepatuhan dan 12 orang responden sebagai kelompok kontrol yang mendapatkan konseling kepatuhan. Selama proses penelitian 1 orang responden pada kelompok perlakuan meninggal dunia dan 1 orang responden pada kelompok kontrol dikeluarkan karena putus minum obat akibat tidak tersedianya obat ARV dari RS. Jumlah responden menjadi 22 orang, terdiri dari 11 orang kelompok perlakuan dan 11 orang kelompok kontrol.

### **C. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Poliklinik VCT RS Dr. M. Djamil Padang. Penetapan lokasi penelitian dengan alasan RS. Dr. M. Djamil merupakan Rumah Sakit rujukan pasien HIV/AIDS di Sumatera Barat.

#### D. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama 30 hari dari tanggal 25 Oktober sampai dengan 24 November 2008. Jadwal kegiatan yang telah dilaksanakan dalam penelitian ini secara rinci ada dalam *lampiran 4*.

#### E. Etika Penelitian

Peneliti dalam melaksanakan seluruh kegiatan penelitian memegang teguh sikap ilmiah (*scientific attitude*) dan menggunakan etika penelitian keperawatan. Meskipun intervensi konseling kepatuhan dan konseling spiritual tidak memiliki resiko yang dapat membahayakan responden namun peneliti tetap memperhatikan prinsip etika penelitian. Sebelum pasien menandatangani surat persetujuan menjadi responden (*informed consent*), peneliti terlebih dahulu menjelaskan tujuan penelitian, petunjuk pengisian kuesioner, hak-hak atas *privacy*, *anonimity*, kerahasiaan, *self determination* dan bebas dari rasa tidak nyaman (Pollit & Hungler, 1999).

1. Responden diberi kebebasan untuk menentukan pilihan bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian, setelah semua informasi yang berkaitan dengan penelitian dijelaskan. Terdapat 24 responden yang bersedia ikut dalam penelitian kemudian menandatangani informed consent yang disediakan. (*Self determination*).
2. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan oleh responden dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Lembar kuesioner dalam penelitian menggunakan kode responden sehingga prinsip anonim dapat

ditegaskan informasi – informasi yang didapat selama penelitian disimpan dan dirahasiakan oleh peneliti (*Anonymity dan privacy* )

3. Pelaksanaan intervensi dilaksanakan diruangan tertutup dan hanya dihadiri oleh responden dan konselor sehingga terjaminnya kerahasiaan, konselor dan ulama juga menjaga kerahasiaan responden (*Confidentiality*).
4. Pelaksanaan intervensi konseling kepatuhan dan konseling spiritual dilaksanakan ditempat kelompok dukungan sebaya yang menjadi tempat berkumpulnya pasien HIV/AIDS selama ini yaitu Lantera Minangkabau Support (*Protection from discomfort*). Walaupun diberi hak untuk menolak melanjutkan kegiatan konseling, semua responden dapat mengikuti intervensi penelitian ini sampai selesai.
5. Setelah pelaksanaan pengisian kuesioner (*posttest*) responden pada kelompok kontrol (mendapatkan intervensi konseling kepatuhan) pada tanggal 24 November diberikan konseling spiritual oleh ulama yang dipilih oleh responden sendiri. Program ini akan dilanjutkan oleh pengurus Lantera Minangkabau Support (prinsip keadilan)
6. Penelitian yang dilaksanakan telah mendapatkan persetujuan atau lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan responden. (*lampiran 12*)

## F. Alat Pengumpul Data

Alat pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan beberapa format pengkajian yang terdiri:

1. Data karakteristik responden, yang terdiri dari: umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan dan riwayat faktor resiko, kapan dimulai terapi ARV, berapa lama minum obat ARV, Riwayat terinfeksi HIV/AIDS dan jumlah macam obat yang diminum (lampiran 1)
2. Pengkajian modifikasi skala dimensi religi versi Dadang Hawari (lampiran 3)
3. Pengkajian *Simplified self-report measure of adherence Morisky* (lampiran 2)

Realibilitas alat ukur ini 0,61 dan validitasnya  $p < 0,01$  (Morisky, Green, Levine, 1986) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> diambil tanggal 1 september 2008.

Realibilitas dilakukan untuk mengetahui sejauhmana hasil suatu pengukuran dapat dipercaya dan validitas untuk melihat sejauhmana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya (Azwar,S, 2004 ; Notoatmodjo, 2005). Meskipun instrumen *Simplified self-report measure of adherence Morisky* memiliki konsistensi validitas dan realibilitas, menurut peneliti masih memerlukan uji coba dikarenakan instrumen aslinya berbahasa Inggris. Instrumen yang diuji cobakan adalah instrumen hasil terjemahan dari bahasa Inggris. Peneliti melaksanakan uji kuesioner pada 20 responden di Yayasan Tegak Tegar yang memiliki ciri-ciri responden yang sama dengan Lantera Minangkabau Support (Notoatmodjo, 2005).

Pada penelitian ini , uji validitas koefisien dilakukan dengan menggunakan uji korelasi Pearson Product Moment (  $r$  ). Suatu pertanyaan dikatakan valid jika

skor masing-masing item pertanyaan tersebut lebih dari  $r$  tabel (Hastono, 2007). Hasil uji korelasi pada kuesioner tentang kepatuhan minum obat ARV menunjukkan bahwa semua pertanyaan memiliki skor lebih dari nilai  $r$  tabel (0,444). Hasil ini menunjukkan bahwa semua pertanyaan dinyatakan valid.

Reliabilitas diukur dengan menguji validitas terlebih dahulu. Jika ada pertanyaan yang tidak valid, maka pertanyaan tersebut dibuang atau diganti dengan pertanyaan yang valid. Pertanyaan-pertanyaan yang sudah valid kemudian diukur reliabilitasnya dengan menggunakan uji  $\alpha$  Cronbach. Alat ukur dikatakan reliabel jika nilai  $r$  alpha lebih besar dari nilai  $r$  tabel (Hastono, 2007). Hasil uji reliabilitas untuk pertanyaan tentang kepatuhan minum obat ARV didapatkan nilai  $\alpha$  lebih besar dari nilai  $r$  tabel (0,444). Hasil ini menunjukkan bahwa alat ukur ini reliabel. (lampiran 17)

4. Kesahihan dan kejujuran responden sangat diperlukan dalam penelitian ini. Pengendalian kejujuran pasien saat penelitian dilakukan dengan pemantauan kepatuhan pasien dengan metode lain. Metode yang digunakan adalah metode *Pill Count* yaitu menghitung langsung jumlah obat yang tersisa dari pengambilan obat bulan terakhir (Edwar et al, 2006, *Adherence to HIV Antiretroviral Therapy*, <http://hivinsite.ucsf.edu/inSite> diperoleh tanggal 18 September 2008. Penghitungan metoda *Pill Count* dilakukan 2 kali yaitu pada pertemuan pertama (25 Oktober 2008) dan pada pertemuan terakhir (24 November 2008). Sebagian besar responden menjawab pertanyaan dengan jujur.

## G. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dan intervensi konseling kepatuhan dilakukan oleh peneliti sendiri, dan intervensi konseling spiritual diberikan oleh ulama. Langkah-langkah pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

### 1. Tahap persiapan

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat izin dari pembimbing penelitian, uji etik oleh komite etik di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Direktur RS Dr. M. Djamil Padang. Setelah itu, peneliti melakukan koordinasi dan sosialisasi dengan Tim kesehatan dan konselor VCT RS. Dr. M. Djamil Padang. Sebelum intervensi, peneliti melakukan diskusi untuk menyamakan persepsi dengan ulama yang akan memberikan konseling spiritual pada pasien HIV/AIDS. Ulama yang terlibat dalam penelitian ini adalah yang telah mempunyai pengetahuan dasar dalam HIV/AIDS dan dapat menjaga kerahasiaan pasien serta mampu menjalin hubungan baik dengan responden. Ulama ini juga bersedia mengikuti aturan (pedoman) yang sudah ditetapkan oleh peneliti.

### 2. Tahap pelaksanaan

Sebelum pengambilan data, peneliti terlebih dahulu berdiskusi dengan konselor di ruangan VCT untuk memilih pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi. Setelah itu peneliti menemui pasien dan keluarga untuk memperkenalkan diri serta menjelaskan tujuan penelitian, petunjuk pengisian kuesioner, hak-hak atas

*self determination, privacy, anonimity, confidentiality* dan *protection from discomfort*. Adapun tahap pengambilan data adalah sebagai berikut:

- a. Penetapan responden ke dalam kelompok perlakuan atau kelompok kontrol ditentukan secara acak sistematis, yaitu dengan cara responden pertama kali ditemukan dimasukkan dalam kelompok intervensi konseling kepatuhan dan spiritual (selanjutnya urutan ganjil). Sedangkan pasien berikutnya (genap) termasuk kelompok intervensi konseling kepatuhan. Pasien kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dilakukan intervensi pada waktu yang berbeda-beda untuk mencegah adanya bias.
- b. Setiap responden dilakukan pengukuran kepatuhan *Simplified self-report measure of adherence* dan penghitungan *Pill Count* sebelum diberikan intervensi konseling kepatuhan dan konseling spiritual (pretest).
- c. Sebelum dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan akan dilakukan pengkajian skala dimensi religi versi Dadang Hawari
- d. Konseling kepatuhan dan spiritual pada tahap perencanaan diberikan selama satu jam, 30 menit konseling spiritual dan 30 menit konseling kepatuhan. Pada saat pelaksanaan konseling kepatuhan dilakukan pada kelompok perlakuan dan kontrol selama 45 menit dan konseling spiritual selama 1 jam pada kelompok perlakuan. Perubahan waktu ini terjadi karena responden aktif bertanya selama kegiatan konseling. Konseling kepatuhan dilakukan oleh peneliti sendiri dan konseling spiritual oleh ulama yang sudah ditunjuk. Intervensi konseling kepatuhan dan konseling spiritual telah dilakukan sebanyak 2 kali seminggu selama 2 minggu. Penetapan lamanya waktu dan banyak konseling diberikan berdasarkan beberapa pertimbangan.

Jumlah konseling sebanyak 4 kali disesuaikan dengan kebutuhan konseling kepatuhan sebanyak 3-4 kali selama fase sebelum pemberian ARV /*Pra ARV* (ASA-FHI, 2008). Pedoman Depkes tentang banyaknya pemberian konseling kepatuhan tergantung pada pemahaman dan kesiapan pasien terhadap terapi ARV. Lamanya intervensi selama 2 minggu disesuaikan dengan jadwal kunjungan pertama kali pasien HIV/AIDS setelah menerima terapi ARV selama 14 hari (2 minggu) untuk melihat efek samping obat yang diberikan (Depkes, 2007). Responden diberikan *Booklet* yang berisi tentang ayat suci AlQur'an yang menjadi bahan dalam konseling spiritual. *Booklet* ini menjadi pedoman responden dan menjadi topik diskusi pada pertemuan berikutnya.

- e. Konseling kepatuhan dilakukan pada kelompok kontrol selama 45 menit yang dilakukan 2 kali seminggu selama 2 minggu. Dalam menjaga masalah etik terutama keadilan setelah pengumpulan data pada akhir penelitian kelompok kontrol juga mendapatkan intervensi konseling spiritual.
- f. Setiap responden dilakukan pengukuran kepatuhan *Simplified self-report measure of adherence* dan penghitungan *Pill Count* setelah diberikan intervensi (Posttest)
- g. Pada kelompok perlakuan akan dilakukan pengkajian skala dimensi religi versi Dadang Hawari setelah dilakukan intervensi konseling kepatuhan dan konseling spiritual.
- h. Untuk lebih jelasnya pelaksanaan konseling kepatuhan dan spiritual dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

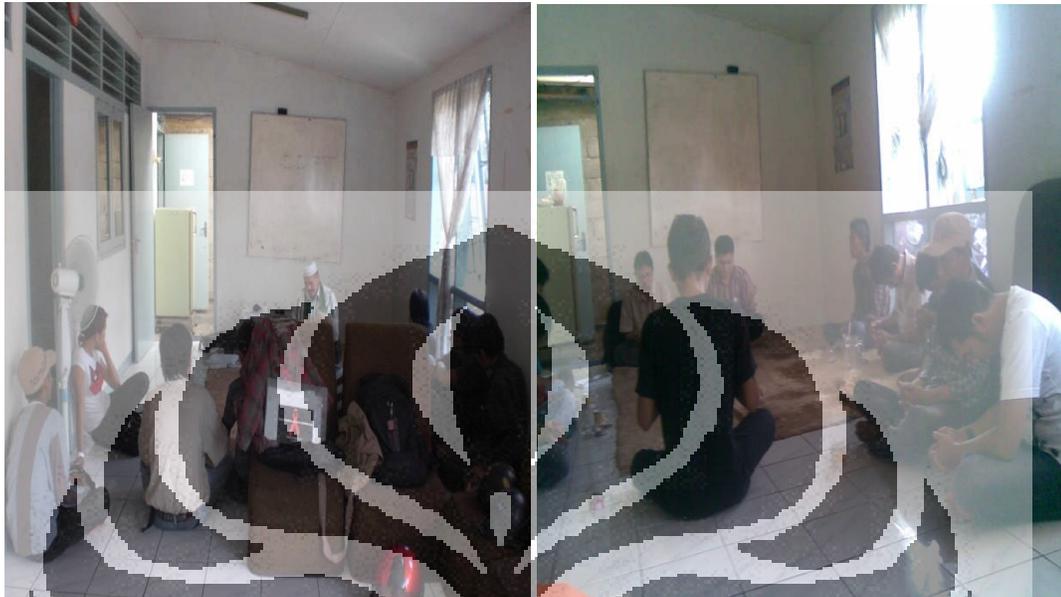
Tabel 4.1

## Pelaksanaan Intervensi Konseling Kepatuhan dan Konseling Spiritual

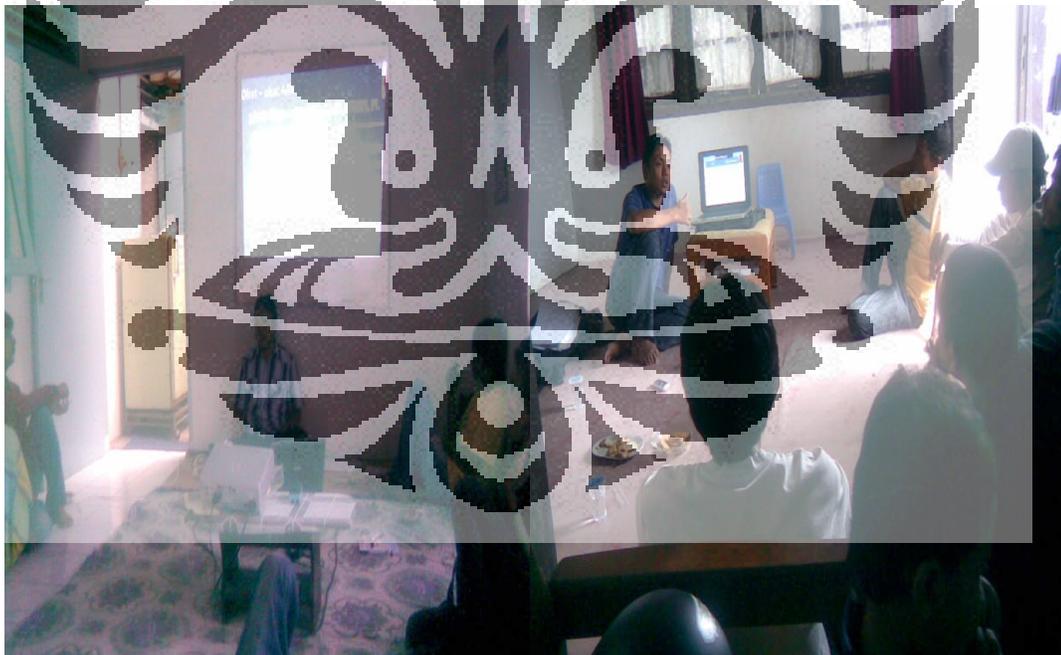
No	Pelaksanaan	Konseling Kepatuhan	Konseling kepatuhan dan konseling spiritual
1	a. Tanggal b. Waktu c. Tenaga pelaksana penelitian d. Tempat	a. 26 Oktober 2008 b. Jam : 10 <sup>00</sup> - 10 <sup>45</sup> Wib c. Alfitri d. KDS Lantera Minangkabau	a. 26 Oktober 2008 b. Jam :16- 17 <sup>45</sup> Wib c. Alfitri dan Ustad. Drs. H. Diflaizar d. KDS Lantera Minangkabau
2.	a. Tanggal b. Waktu c. Tenaga pelaksana penelitian d. Tempat	a. 29 Oktober 2008 b. Jam : 10 <sup>00</sup> - 10 <sup>45</sup> Wib c. Alfitri d. KDS Lantera Minangkabau	a. 29 Oktober 2008 b. Jam :16 <sup>00</sup> - 17 <sup>45</sup> Wib c. Alfitri dan Ustad. Drs. H. Diflaizar d. KDS Lantera Minangkabau
3.	a. Tanggal b. Waktu c. Tenaga pelaksana penelitian d. Tempat	a. 4 November 2008 b. Jam : 10 <sup>00</sup> - 10 <sup>45</sup> Wib c. Alfitri d. KDS Lantera Minangkabau	a. 4 November 2008 b. Jam :16 <sup>00</sup> - 17 <sup>45</sup> Wib c. Alfitri dan Ustad Zulasfi MAg d. KDS Lantera Minangkabau
4.	a. Tanggal b. Waktu c. Tenaga pelaksana penelitian d. Tempat	a. 8 November 2008 b. Jam : 10 <sup>00</sup> - 10 <sup>45</sup> Wib c. Alfitri d. KDS Lantera Minangkabau	a. 8 November 2008 b. Jam :16 <sup>00</sup> - 17 <sup>45</sup> Wib c. Alfitri dan Ustad Drs. H. Diflaizar d. KDS Lantera Minangkabau

## H. Dokumentasi pelaksanaan konseling kepatuhan dan konseling spiritual

### Kegiatan konseling Spiritual



### Kegiatan konseling Kepatuhan



## I. Analisis data

### 1. Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan penelitian setelah pengumpulan data. Data yang terkumpul diolah dan dianalisis untuk menjawab tujuan penelitian. Langkah – langkah pengolahan data sebagai berikut:

#### a. *Editing*

Editing dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian, adanya kesalahan atau ada jawaban yang belum diisi, kejelasan dan kesesuaian jawaban. Data yang diperoleh semua responden menjawab pertanyaan dengan jelas dan lengkap dan tidak ada data yang *missing*.

#### b. *Koding*

Hasil data kuesioner diberi kode dengan cara memberikan kode pada kolom yang telah disediakan untuk memudahkan dalam memasukkan data. Kode: 1(satu) untuk kelompok perlakuan (mendapatkan intervensi konseling kepatuhan dan konseling spiritual) dan 0 (nol) untuk kelompok kontrol (intervensi konseling kepatuhan).

c. *Processing*

Langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-entry dapat dianalisis. Dalam processing peneliti menggunakan program SPSS for Window.

d. *Cleaning Data*

Mengecek kembali data yang sudah diproses apakah data tersebut sudah baik dan benar dengan melihat *missing*, variasi dan konsistensi data.

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat untuk masing – masing variabel. Pada analisis univariat untuk data kategori seperti jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan dan riwayat faktor resiko, kapan dimulai terapi ARV, berapa lama minum obat ARV, Riwayat terinfeksi HIV/AIDS dan jumlah macam obat yang diminum dijelaskan dengan ukuran persebtase atau proporsi. Sedangkan data numerik seperti umur dijelaskan dengan *mean*, *median* dan *standar deviasi*.

b. Analisis Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa yang telah dirumuskan. Pada penelitian ini uji yang digunakan adalah uji t, yaitu uji dua mean dependent (paired sample) untuk menjawab hipotesa apakah ada perbedaan koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS sebelum dan sesudah diberikan konseling kepatuhan. Hipotesa kedua apakah ada perbedaan koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS sebelum

dan sesudah diberikan konseling kepatuhan dan konseling spiritual. Hipotesis ketiga apakah ada perbedaan rerata nilai spiritual sebelum dan sesudah pemberian konseling spiritual.

Uji beda antara kedua kelompok (kelompok intervensi dengan kelompok kontrol) menggunakan uji  $t$  independent. Tujuan digunakan untuk membandingkan dua rerata pada dua kelompok data baik dependent maupun independent (Pagano, M., & Gauvreau, K. 1993). Uji  $t$  independent untuk menjawab hipotesa apakah ada perbedaan koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS yang diberikan konseling kepatuhan dan konseling spiritual dengan pasien HIV/AIDS yang diberikan konseling kepatuhan. Dalam penelitian ini menggunakan tingkat kemaknaan 0,05 dan CI 95%.

Analisis variabel perancu dilakukan uji  $t$  dependent untuk melihat apakah ada pengaruh variabel perancu (jenis kelamin, kapan dimulai terapi ARV, berapa lama minum obat ARV, riwayat terinfeksi HIV/AIDS dan jumlah macam obat yang diminum) terhadap koping kepatuhan minum obat ARV. Dapat dilihat dalam tabel 4.2

Analisis Variabel Perancu

Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji statistik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jenis kelamin</li> <li>• Lama minum obat</li> <li>• Banyaknya obat yang diminum</li> <li>• Riwayat resiko</li> </ul>	Kepatuhan minum obat ARV	t dependen t dependen t dependen t dependen

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

Pada bab ini akan memaparkan secara lengkap, hasil penelitian yang meliputi analisis univariat yang memberikan gambaran tentang karakteristik dari responden, analisis bivariat untuk melihat hubungan variabel independen dan variabel dependen. Penelitian dilaksanakan selama 30 hari dari tanggal 25 Oktober 2008 sampai dengan 24 November 2008 dengan intervensi empat kali dalam dua minggu yakni tanggal 26, 29 Oktober dan 4, 8 November 2008 dengan jumlah sampel sebanyak 22 orang. Berikut ini disajikan data hasil penelitian.

#### **A. Analisis Univariat**

Pada analisis univariat ini menjelaskan karakteristik pasien HIV/AIDS dalam kelompok kontrol dan kelompok perlakuan di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang terdiri dari variabel umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, berapa lama minum obat ARV, riwayat terinfeksi HIV/AIDS serta macam obat yang diminum.

## 1. Umur

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Rata- Rata Umur Responden Di Poliklinik VCT**  
**RSUP. DR. M. Djamil Padang Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Min- maks	95% CI
1. Kelompok perlakuan	27,82	3,516	23 – 33	25,46-30,18
2. Kelompok kontrol	29,73	3,228	24 – 37	27,56-31,90

Rata-rata umur responden pada kelompok perlakuan adalah 27,82 tahun (SD=3,516). Umur termuda 23 tahun dan umur tertua 33 tahun. Sedangkan rata-rata umur responden pada kelompok kontrol adalah 29,73 tahun (SD=3,228). Umur termuda responden 24 tahun dan umur tertua 37 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata umur responden kontrol adalah diantara 25,46 tahun sampai dengan 30,18 tahun, sedangkan pada kelompok kontrol adalah 27,56 tahun sampai dengan 31,90 tahun.

Selanjutnya umur responden dikelompokkan kedalam 2(dua) kategori yaitu 20 – 29 tahun dan 30 – 39 tahun. Pengelompokan umur ini sering digunakan pada beberapa penelitian oleh Ditjen P2MPL Depkes dan beberapa penelitian terkait tentang

HIV/AIDS di Indonesia. Batasan umur ini juga sering digunakan untuk melihat kelompok aktif secara seksual dan masa usia produktif. Gambaran distribusi umur menurut kelompok umur dapat dilihat pada tabel 5.2 dibawah ini :

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Umur Responden Di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang**  
**Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Kelompok umur	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. 20 – 29 tahun	7	63,64	6	54,6	13	59,1
2. 30 – 39 tahun	4	36,36	5	45,4	9	40,9
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Hasil menunjukkan sebagian besar responden mempunyai umur 20-29 tahun yaitu 13 orang (59,09%).

## 2. Jenis kelamin

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Jenis Kelamin Responden Di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil**  
**Padang Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Jenis Kelamin	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. Laki-laki	9	81,8	10	90,9	19	84,4
2. Perempuan	2	18,2	1	9,1	3	15,6
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Tabel diatas menunjukkan bahwa responden dengan jenis kelamin laki-laki adalah yang paling banyak pada kelompok perlakuan 9 orang (81,8%) dan juga pada kelompok kontrol 10 orang (90,9%). Dari analisis data dapat dilihat dari semua responden penelitian sebagian besar adalah laki-laki 19 orang (84,4%).

### 3. Tingkat pendidikan

**Tabel 5.4**  
**Distribusi Tingkat Pendidikan Responden Di Poliklinik VCT**  
**RSUP. DR. M. Djamil Padang Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Tingkat Pendidikan	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
SD	1	9,1	2	18,2	3	13,7
SMP	1	18,2	1	9,1	2	9,2
SMA	6	54,5	7	63,6	13	59,3
Akademi	2	18,2	0	0,0	2	9,2
Universitas	0	0,0	1	9,1	1	4,6
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan responden terbanyak pada kelompok perlakuan adalah SMA yaitu 6 orang (54,5%) dan pada kelompok kontrol pendidikan terbanyak adalah SMA yaitu sebanyak 7 orang (63,6%). Dari analisis data semua responden penelitian sebagian besar tingkat pendidikan adalah SMA 13 orang (59,3%)

#### 4. Status Pernikahan

**Tabel 5.5**  
**Distribusi Status Pernikahan Responden Di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil**  
**Padang Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Status Pernikahan	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. Menikah	6	54,5	5	45,5	11	50,0
2. Belum menikah	3	27,3	5	45,5	8	36,4
3. Janda/duda	2	18,2	1	9,1	3	13,6
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status pernikahan responden terbanyak pada kelompok perlakuan sudah menikah yaitu 6 orang (54,5%) dan pada kelompok kontrol pada umumnya adalah sudah menikah 5 orang (45,5%) Dari analisis data semua responden sebagian besar dengan status menikah 11 orang (50%).

#### 5. Status pekerjaan

**Tabel 5.6**  
**Distribusi Status Pekerjaan Responden Di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil**  
**Padang Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Status Pekerjaan	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. Bekerja	5	45,5	4	36,4	9	40,9
2. Tidak bekerja	6	54,5	7	63,6	13	59,1
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status pekerjaan responden terbanyak pada kelompok intervensi konseling kepatuhan dan spiritual adalah tidak bekerja yaitu 6

orang (54,5%) dan pada kelompok intervensi konseling kepatuhan responden terbanyak tidak bekerja yaitu 7 orang (63,6%). Dari analisis data semua responden penelitian sebagian besar adalah tidak bekerja 13 (59,1%).

## 7. Lama minum obat

**Tabel 5.7**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Lama Minum Obat ARV Di Poliklinik VCT**  
**RS. Dr. M. Djamil Padang Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Lama minum obat	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. < 6 bulan	5	45,5	3	3	8	36,4
2. > 6 bulan	6	54,5	8	8	14	63,6
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Hasil penelitian berdasarkan lamanya minum obat ARV responden terbanyak pada kelompok perlakuan adalah > 6 bulan yaitu 6 orang (54,5%) dan pada kelompok kontrol responden terbanyak > 6 bulan yaitu 8 orang (72,7%). Dari analisis data semua responden lamanya minum obat ARV sebagian besar > 6 bulan yaitu 14 responden (63,64%)

## 8. Riwayat terinfeksi HIV/AIDS

**Tabel 5.8**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Terinfeksi HIV/AIDS Di Poliklinik**  
**VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Riwayat resiko HIV	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. Pemakai Narkoba Suntik	9	81,8	10	90,0	19	86,3
2. Heteroseksual	1	9,1	1	9,1	2	9,2
3. Homoseksual	1	9,1	0	0,0	1	4,5
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Hasil penelitian berdasarkan riwayat terinfeksi HIV/AIDS responden terbanyak pada kelompok perlakuan adalah Pemakai Narkoba Suntik yaitu 9 orang (81,8%) dan pada kelompok kontrol responden terbanyak adalah Pemakai Narkoba Suntik yaitu 10 orang (90,0%). Dari analisis data semua responden sebagian besar riwayat terinfeksi HIV/AIDS dari Pemakaian Narkoba Suntik yaitu 19 orang (86,3%).

## 8. Macam Obat

**Tabel 5.9**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Macam Obat Di Poliklinik VCT RSUP. DR.**  
**M. Djamil Padang Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Macam Obat	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. Obat ARV	8	72,7	7	63,6	15	68,2
2. Obat ARV ditambah Obat IO	3	27,3	4	36,4	7	31,8
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Hasil penelitian macam obat pada kelompok intervensi perlakuan adalah terbanyak menggunakan Obat ARV saja yaitu 8 orang (72,7%) dan pada kelompok kontrol responden terbanyak menggunakan Obat ARV yaitu 7 orang (63,6%) Dari analisis data semua responden dapat dilihat bahwa sebagian besar responden menggunakan obat ARV saja 15 orang (68,2%)

### B. Analisis Bivariat

Analisis bivariat akan menguraikan ada tidaknya hubungan masing – masing variabel terhadap koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS dan menguraikan ada tidaknya perbedaan kepatuhan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Analisis bivariat dilakukan dengan uji statistik dependent sample *t test* (*paired t test*) untuk mengetahui perbedaan nilai kepatuhan sebelum dan sesudah. Untuk menggambarkan perbedaan antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol menggunakan uji statistik independent sample *t test*. Jenis uji *t* ini digunakan setelah dilakukan uji kenormalan data dengan menggunakan uji

*Skewness* dan dihasilkan data variabel tersebut berdistribusi normal yang merupakan salah satu syarat uji statistik parametrik.

1. Pengaruh konseling kepatuhan terhadap koping kepatuhan minum obat ARV pada kelompok kontrol

**Tabel 5.10**  
**Perbedaan Rata-Rata Skor Koping Kepatuhan Minum Obat ARV**  
**Responden Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Intervensi**  
**Konseling Kepatuhan Pada Kelompok Kontrol Di**  
**Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang**  
**Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Variabel	Mean	SD	SE	p value	n
Skor kepatuhan Pretes	2,00	0,775	0,234	0,002	11
Skor kepatuhan Postess	1,09	0,831	0,251		11

Rata-rata skor kepatuhan pada pretest adalah 2,00 dengan standar deviasi 0,775. Pada pengukuran post test didapat rata-rata skor kepatuhan 1,09 dengan standar deviasi 0,831. Terlihat skor perbedaan rata-rata antara skor kepatuhan pre test dan post test adalah 0,909 dengan standar deviasi 0,701. Hasil uji statistik didapatkan nilai 0,002 berarti pada *alpha* 5% dapat disimpulkan ada perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi konseling kepatuhan pada kelompok kontrol.

2. Pengaruh konseling kepatuhan dan konseling spiritual terhadap kepatuhan minum obat ARV pada kelompok perlakuan

**Tabel 5.11**  
**Perbedaan Rata-Rata Skor Koping Kepatuhan Minum Obat ARV**  
**Responden Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Intervensi Konseling**  
**Kepatuhan Dan Konseling Spiritual Pada Kelompok Perlakuan Di**  
**Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang**  
**Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Variabel	Mean	SD	SE	p value	n
Skor kepatuhan Pretes	2,82	0,982	0,296	0,00	11
Skor kepatuhan Postess	0,91	0,701	0,701		11

Rata-rata skor kepatuhan pada pretest adalah 2,82 dengan standar deviasi 0,982.

Pada pengukuran post test didapat rata-rata skor kepatuhan 0,91 dengan standar deviasi 0,701. Terlihat perbedaan rata-rata antara skor kepatuhan sebelum dan sesudah adalah 1,909 dengan standar deviasi 1,044. Hasil uji statistik didapatkan nilai 0,00 berarti pada *alpha* 5% dapat disimpulkan ada perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah dilakukan intervensi konseling kepatuhan dan konseling spiritual pada kelompok perlakuan

3. Perbedaan nilai spiritual sebelum dan sesudah pemberian konseling spiritual pada kelompok perlakuan

**Tabel 5.12**  
**Distribusi Rata-Rata Skor Spiritual Sebelum dan Sesudah Pemberian**  
**Intervensi Konseling Spiritual Pada Kelompok Perlakuan Di**  
**Poliklinik VCTRSUP. DR. M. Djamil Padang**  
**Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Variabel	Mean	SD	SE	p value	n
Skor spiritual Pre Test	105,82	4,665	1,407	0,00	11
Skor spiritual Post Test	111,73	5,405	1,630		11

Rata-rata skor spiritual pre test adalah 105,82 dengan standar deviasi 4,665, sedangkan skor spiritual post test 111,73 dengan standar deviasi 5,405. Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,00$ , berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor spiritual sebelum dan sesudah intervensi konseling spiritual.

4. Perbedaan skor koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

**Tabel 5.13**  
**Distribusi Rata-Rata Skor Koping Kepatuhan Minum Obat ARV**  
**Responden Antara Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol**  
**Di Poliklinik VCT RSUP. DR. M. Djamil Padang**  
**Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Variabel	Mean	SD	SE	p value	n
Kelompok Perlakuan	1,909	1,044	0,314	0,016	11
Kelompok Kontrol	0,909	0,701	0,211		11

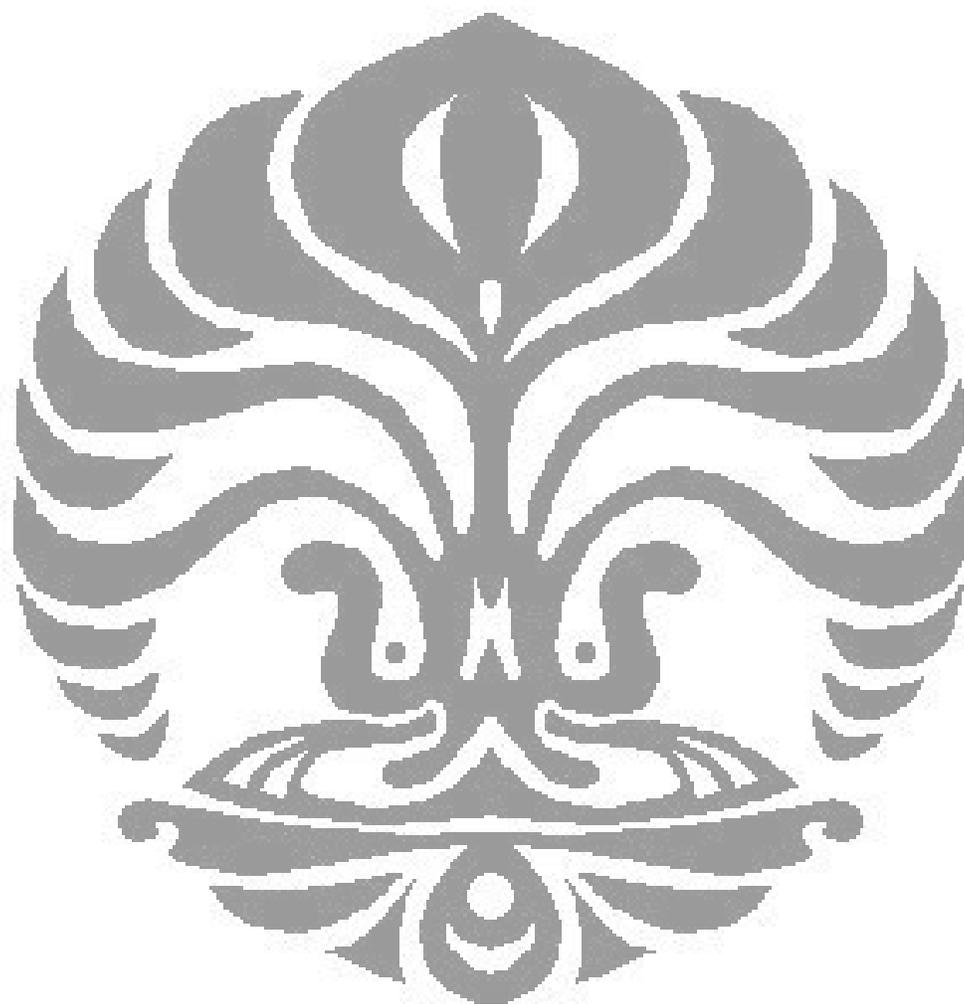
Rata-rata skor kepatuhan kelompok perlakuan adalah 1,909 dengan standar deviasi 1,044, sedangkan kelompok kontrol rata-rata skor kepatuhan 0,909 dengan standar deviasi 1,044. Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,016$ , berarti pada *alpha* 5% terlihat ada perbedaan yang bermakna rata-rata nilai kepatuhan kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol.

5. Pengaruh variabel perancu terhadap koping kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS.

**Tabel 5.14**  
**Hasil Analisis Pengaruh Variabel Perancu Terhadap Koping Kepatuhan**  
**Minum Obat ARV Pada Responden Di Poliklinik VCT RSUP.**  
**DR. M. Djamil Padang Oktober-November 2008**  
**(n = 22)**

Variabel	Mean	SD	SE	p value
Jenis kelamin	1,14	0,351	0,75	0,229
Lama minum Obat ARV	1,64	0,492	0,105	0,397
Macam obat	1,32	0,477	0,102	0,704
Riwayat terinfeksi HIV	1,18	0,501	0,107	0,348

Pada uji variabel perancu bertujuan untuk melihat adanya pengaruh faktor perancu terhadap perubahan rata-rata selisih nilai kepatuhan minum obat ARV responden. Hasil uji statistik variabel jenis kelamin adalah 0,229, lama minum obat ARV adalah 0,397, macam minum obat adalah 0,704 dan riwayat terinfeksi HIV/AIDS adalah 0,348. Semua variable nilai p value > *alpha* 5%. Berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada pengaruh variabel perancu yang bermakna terhadap kepatuhan minum obat ARV responden.



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan diuraikan tentang pembahasan hasil penelitian yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil seperti yang telah dijelaskan dalam bab sebelumnya. Selain itu juga akan menjelaskan tentang berbagai keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian untuk keperawatan.

#### **A. Interpretasi dan Diskusi Hasil**

Tujuan dari penelitian ini meliputi mengidentifikasi gambaran karakteristik responden, perubahan tingkat kepatuhan responden sebelum dan sesudah baik pada responden yang hanya diberikan intervensi konseling kepatuhan maupun pada responden yang mendapatkan intervensi konseling kepatuhan dan konseling spiritual serta perubahan nilai religius responden. Pembahasan secara lengkap akan dijelaskan berikut ini:

#### **1. Menjelaskan Karakteristik Responden**

##### **a. Umur**

Umur merupakan variabel yang penting untuk diketahui terkait dengan masalah kesehatan. Selain itu juga digunakan sebagai acuan melihat suatu perilaku terkait perkembangan secara fisik, emosi, sosial dan intelektual.

Umur bisa dikaitkan dengan kapan perkiraan terinfeksi HIV, usia aktif seksual dan usia produktif. Hasil penelitian menunjukkan rentang usia responden dalam penelitian ini adalah 23 hingga 37 tahun dan berdasarkan pengelompokan umur 59,1% berumur 20 – 29 tahun dan 40,9% berumur 30 – 39 tahun. Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan laporan kasus HIV/AIDS di Indonesia dimana presentase kasus HIV/AIDS menurut umur paling banyak berumur 20-29 tahun (51,1%) serta umur 30-39 tahun (29,3%).

Dari uraian hasil penelitian dapat dilihat bahwa diperkirakan faktor resiko terinfeksi HIV pertama kali adalah usia 7 – 10 tahun yang lalu (Depkes, 2003), berarti rerata responden berada pada kisaran umur 13 – 19 tahun yakni pada masa remaja 10-24 tahun (WHO). Remaja merupakan salah satu kelompok yang mempunyai potensi besar untuk masuk kedalam kelompok yang berperilaku beresiko tertular HIV, baik karena berperilaku seks atau menggunakan narkoba suntik.

Penelitian yang dilakukan PKBI (2006) didapatkan kisaran umur seks pra nikah berkisar umur 13 – 18 tahun. Penelitian terbaru yang dilakukan pada remaja SMP dan SMA di 33 kota di Indonesia dari Januari – Juni 2008 didapatkan remaja SMP dan SMA tidak perawan sebanyak 63 % dan 21,2 % remaja pernah aborsi (Survey Komnas Perlindungan Anak, 2008). Disisi lain remaja juga berkontribusi besar terhadap pemakaian narkoba, data BNN (2004) 78% pengguna narkoba adalah remaja dan pemuda usia 20-29 tahun (PIK-KRR, BKKBN, 2008)

Beberapa uraian tersebut dapat menjelaskan bahwa rerata perilaku beresiko terinfeksi HIV/AIDS berawal dari masa remaja. Hasil ini juga menggambarkan bahwa pada saat ini merupakan masa yang aktif secara seksual dan bagi yang ingin mempunyai pasangan akan mengalami kesulitan karena status HIV yang positif. Berdasarkan karakteristik umur sebagian besar responden saat ini berada pada usia dewasa muda dimana pada tahap ini harapan keluarga sangat besar terkait dengan fungsi anak yang sudah mulai dewasa sehingga memerlukan pekerjaan yang tetap untuk memenuhi kebutuhan ekonomi. Hal ini berdampak terhadap beban ekonomi keluarga dan negara pada pasien HIV/AIDS tersebut.

#### **b. Jenis Kelamin**

Hasil penelitian memperlihatkan responden yang paling banyak adalah jenis kelamin laki-laki yakni 19 orang (84,4%). Presentasi kasus ini sama dengan presentasi kasus HIV/AIDS di Indonesia yaitu rerata yang terbanyak adalah laki – laki (75,1%).

Perbedaan tingginya prevalensi jenis kelamin laki – laki yang terinfeksi dari perempuan disebabkan kecenderungan tingginya faktor resiko infeksi HIV/AIDS yang dilakukan oleh laki-laki dibandingkan perempuan. Berdasarkan hasil penelitian Damayanti (2007) tentang peran biopsikososial terhadap perilaku beresiko tertular HIV pada remaja SLTA di DKI didapatkan dua indikator perilaku beresiko tertular HIV yaitu seks pra nikah

dan penyalahgunaan narkoba. Estimasi prevalensi seks pranikah laki-laki 3x lebih besar daripada perempuan dan remaja yang pernah mencoba narkoba remaja laki-laki 13x lebih tinggi dibandingkan perempuan.

Penelitian lain tentang hubungan antara perasaan tanpa harapan (*hopelessness*), Bolland (2003) menemukan bahwa angka *Odd Ratio* pada remaja laki-laki yang merasa tidak memiliki masa depan lebih cenderung melakukan perilaku beresiko dibandingkan remaja perempuan yang merasa tidak memiliki masa depan.

Beberapa penelitian yang sudah dijelaskan dapat diketahui kecenderungan laki-laki lebih tinggi terinfeksi dari pada perempuan, hasil ini menggambarkan dua hal: pertama laki-laki merupakan kelompok yang sosialisasi yang tinggi. Budaya rantau bagi anak laki-laki Minangkabau juga menambah faktor resiko terinfeksi dibandingkan perempuan dan laki-laki lebih cenderung tidak memperhatikan kesehatan. Disisi lain perempuan lebih tertutup termasuk bila terinfeksi HIV/AIDS mereka lebih cenderung menyembunyikan status positifnya dibandingkan laki – laki.

Berbeda halnya bila dihubungkan dengan selama perawatan status HIV/AIDS perempuan lebih banyak permasalahan daripada laki – laki. Seperti adanya infeksi oportunistik dan efek samping obat ARV yang lebih berat. Perempuan mempunyai kecenderungan kurang patuh dari pada laki – laki dan menghentikan tiba – tiba karena efek samping ARV lebih tinggi

terjadi pada perempuan. (Nicastri et al, 2007, Sex issues in HIV-1-infected persons during highly active anti retroviral therapy: a systematic review. J Antimicrob Chemother. [http://www.hivandhepatitis.com/recent/2007/090707\\_c.html](http://www.hivandhepatitis.com/recent/2007/090707_c.html) diperoleh tanggal 1 september 2008. Pekerjaan perempuan juga lebih berat karena perempuan bertanggung jawab pemberi perawatan pada keluarga padahal dia sendiri sakit.

### c. **Tingkat Pendidikan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan responden terbanyak adalah SMA yaitu 13 orang (59,3%). Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Agustanti, (2006) dengan tingkat pendidikan responden Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) dikota Bandar Lampung yakni sebagian besar SMA (66,7 %). Pada umumnya dari wawancara yang dilakukan pendidikan mereka terhenti karena permasalahan kesehatan terkait dengan kecanduan Napza dan perawatannya serta menikah dengan pasangannya.

Menurut Habasiah (2000) pendidikan merupakan kebutuhan dasar manusia yang diperlukan dalam pengembangan diri semakin tinggi pendidikan seseorang maka secara teori perilakunya semakin baik. Pernyataan tersebut juga didukung oleh Jhon (2003) dalam Agustanti (2006) menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan ODHA semakin baik kualitas hidupnya.

Hal ini dapat menjelaskan bahwa pasien HIV/AIDS yang mempunyai tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih mudah memperoleh dan

memahami informasi tentang HIV/AIDS, sehingga akan dapat solusi dalam menghadapi berbagai masalah yang dialaminya. Pengetahuan tidak hanya didapat dari bangku pendidikan saja tetapi banyak sumber informasi lain yang bisa meningkatkan pengetahuan HIV/AIDS. Pendidikan akan mempermudah seseorang dalam menyerap informasi yang diberikan sehingga akan berperilaku hati – hati terhadap penularan HIV/AIDS.

#### **d. Status Pernikahan**

Status pernikahan merupakan suatu ikatan yang resmi menurut undang – undang perkawinan dan agama. Status pernikahan bisa menggambarkan faktor resiko penularan pada pasangan serta dukungan yang bisa diperoleh dari pasangan dan keluarga.

Hasil penelitian sebagian besar status pernikahan responden yaitu menikah responden adalah (50%) 11 orang. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Agustanti, (2006) sebagian besar 66,7% berstatus belum menikah.

Perbedaan ini karena karakteristik umur responden pada penelitian agustanti pada umumnya berkisar pada rentang umur 20 – 29 tahun dan jumlah responden yang lebih banyak yaitu 54 responden. Pernikahan juga dapat menjadi kekuatan bagi pasien HIV/AIDS dalam menghadapi permasalahan.

Dimana keluarga bisa menjadi alasan untuk menjaga kesehatannya.

Notoatmodjo, (2003) mengatakan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi orang-orang penting dalam hidupnya. Orang yang dianggap penting oleh

seseorang akan mempengaruhi perilakunya, bagi yang sudah menikah perilakunya akan dipengaruhi oleh istri dan anaknya dan mereka semakin baik dalam melindungi diri dan menjaga kesehatan

Hasil penelitian terdapat 8 responden (36,4%) yang belum menikah dan rata-rata riwayat terinfeksi HIV/AIDS melalui pemakaian narkoba suntik. Bila dikaitkan dengan resiko menularkan pada kelompok pemakaian narkoba suntik status pernikahan juga berperan terhadap penambahan jumlah kasus. Hasil penelitian pada kelompok penasin di Jakarta yang dilakukan oleh Sucahya, (2002) menunjukkan bahwa status pernikahan sangat berpengaruh terhadap perilaku seks dikalangan pemakaian narkoba suntik (penasun). Sekitar tiga perempat dari seluruh responden yang belum menikah pernah melakukan hubungan seksual. Kebanyakan responden yang pernah melakukan hubungan seksual tidak mempunyai pasangan tetap jika hasrat seksualnya tidak dapat ditahan, mereka akan menyalurkan pada pasangan tidak tetap atau bahkan pekerja seks.

Hasil Penelitian kualitatif Natalya, (2006) didapatkan sebagian besar partisipan belum menikah, selain karena usia yang masih muda juga dikarenakan partisipan mengalami kesulitan untuk mendapatkan pasangan hidup. Stigmatisasi dan diskriminasi yang masih kuat, menyebabkan partisipan tidak berani berterus terang tentang statusnya dan menikahi pacar dan kekasihnya. Beberapa partisipan mengatakan adanya keinginan menikah dan membina keluarga tetapi pesimis terhadap wanita yang bersedia dinikahi

akhirnya melakukan hubungan sek diluar nikah dengan kekasihnya yang tidak mengetahui status penyakit partisipan tersebut

Uraian diatas dapat dijelaskan bahwa responden yang sudah menikah dan mempunyai pasangan akan mempunyai motivasi untuk mempertahankan kesehatannya secara optimal sehingga akan meningkatkan usaha untuk patuh terhadap perilaku hidup sehat termasuk kepatuhan minum obat ARV. Responden yang belum menikah mempunyai risiko menularkan HIV/AIDS pada pacar atau pasangan tidak tetap sehingga perlu dilakukan pemahaman tentang “HIV Stop Disini”.

#### **e. Status pekerjaan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status pekerjaan responden terbanyak adalah tidak bekerja 13 orang (59,1%). Hasil penelitian ini berbeda dengan ODHA yang berada dikota Bandar Lampung dimana menunjukkan sebagian besar 55,6% bekerja (Agustanti, 2006)

Status pekerjaan menjadi suatu hal yang penting bagi ODHA dimana pekerjaan akan menambah rasa percaya diri dan merasa berdaya sama dengan orang yang tidak terinfeksi HIV/AIDS. Ignatavicius & Bayne 1991 dalam Agustanti, 2006 menyatakan bahwa pasien HIV/AIDS yang dapat mempertahankan pekerjaan dan mempunyai status ekonomi yang memadai dapat memperbaiki dan meningkatkan kualitas hidupnya.

Pasien HIV/AIDS sebagian besar berada pada usia produktif 23-33 tahun. Dalam usia ini mereka bertanggung jawab dalam mencari nafkah bagi keluarganya. Pekerjaan menjadi hal yang penting bagi pasien HIV/AIDS dimana mereka memerlukan kebutuhan keuangan yang lebih dari sebelum terinfeksi diantaranya untuk pengobatan dan gizi yang baik. Disisi lain tidak semua tempat kerja bisa menerima ODHA dengan baik selain keterbatasan fisik juga adanya diskriminasi sehingga ada ODHA yang dikeluarkan dari pekerjaannya. Pasien HIV/AIDS dengan status ekonomi yang rendah karena tidak bekerja akan menambah tanggungan negara terutama dalam perawatan dan pengobatan. Dana dalam penyediaan ARV dasar yang murah dibutuhkan biaya kira-kira Rp. 2 milyar dalam sebulan (Priohutomo, 2008).

Status pekerjaan ini juga akan mempunyai pengaruh terhadap psikologis pasien HIV/AIDS. Penelitian yang dilakukan oleh Chan et al (2006) dalam Dewi, (2007) di Hongkong . Mereka menjelaskan bahwa faktor finansial merupakan salah satu sumber stress yang dialami oleh orang dengan HIV/AIDS. Biaya pengobatan yang mahal, sulitnya mencari pekerjaan karena status mereka ODHA, kebutuhan akan makan makanan yang bergizi merupakan situasi yang dapat menambah beban hidup ODHA.

Disisi lain kebutuhan pekerjaan pada pasien HIV/AIDS juga terkendala karena adanya diskriminasi ditempat kerja. Dari hasil penelitian yayaan spiritia, 2004 tentang pelanggaran hak azazi manusia terhadap orang dengan HIV/AIDS di Indonesia . Ditemukan beberapa diskrimasi yang dirasakan

oleh sebagian ODHA ditempat kerja adalah kehilangan pekerjaan, perubahan tugas dan tanggung jawab, penghasilannya menurun dan merasa tidak nyaman ditempat kerja.

#### **f. Lama minum obat**

Hasil penelitian berdasarkan lamanya minum obat ARV pada umumnya responden lamanya minum obat ARV yaitu >6 bulan yaitu 14 responden (63,64%). Hasil penelitian ini sama dengan penelitian partisipatif yang dilakukan oleh KPA, 2006 dari 164 responden 61% telah menerima pengobatan ARV selama lebih dari satu tahun dan 98 % responden dilaporkan bahwa hingga saat ini mereka masih menerima pengobatan. Responden yang tidak patuh terkadang mengungkapkan beberapa alasan pemakaian ARV terputus karena berbagai hal diantaranya membutuhkan uang sehingga menjual obat ARV, alasan lain sudah merasa sehat atau tidak melihat manfaatnya, efek samping, jarak pelayanan serta persediaan yang tidak tetap dan tersendat dari Rumah Sakit.

Lama minum obat ini menjadi penting diperhatikan karena biasanya pada beberapa pasien HIV/AIDS terjadi efek samping yang berat pada awal terapi sehingga mempengaruhi kepatuhan terhadap terapi ARV. WHO menyarankan agar penilaian klinis terhadap efek samping dan keefektifan terapi ARV dilakukan pada 2, 4, 8, 12 dan 24 minggu setelah ART dimulai dan selanjutnya dilakukan setiap 6 bulan sekali. (WHO, 2006. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: towards universal access.

Recommendations for a public health approach. dalam <http://www.who.int/entity/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf> diambil tanggal 12 November 2008

Hasil penelitian ini menggambarkan sebagian besar responden masih melanjutkan pengobatan sampai saat ini dan juga sudah mulai beradaptasi dengan pengobatan ARVnya.

**g. Riwayat risiko HIV**

Hasil penelitian berdasarkan riwayat terinfeksi HIV/AIDS responden terbanyak adalah Pemakai Narkoba Suntik (penasun) yaitu 19 orang (86,3%). Hasil ini berbeda dengan laporan kasus HIV/AIDS di Indonesia dan Papua dimana kasus terbanyak berasal dari kelompok heteroseksual diiringi dengan kelompok pemakai narkoba suntik.

Kasus HIV/AIDS di Papua terdapat faktor risiko penularan terbesar adalah melalui heteroseksual. Data yang ada di Papua mengindikasikan bahwa hubungan seks sudah dimulai sejak usia dini dan berlanjut dengan kebiasaan seks diluar nikah, baik komersial maupun non komersial sehingga laju epidemi HIV/AIDS di Papua sudah merambah kepada populasi umum (Nugroho, 2008).

Perbedaan ini karena tingginya perilaku hubungan seksual di Papua sedangkan pemakai narkoba suntik menjadi faktor resiko tertinggi HIV/AIDS

di Sumatera Barat yaitu 76,92% dan heteroseksual 14,79% (KPAP Sumbar, 2007). Disisi lain rendahnya resiko terinfeksi HIV/AIDS dari heteroseksual di Sumatera Barat karena tidak terjangkaunya pelayanan konseling dan pemeriksaan kesehatan pada kelompok Pekerja Sek Komersil (PSK) di Sumbar karena tidak adanya tempat berkumpulnya pekerja sek komersil.

Perilaku pemakaian narkoba suntik beresiko tinggi terinfeksi HIV/AIDS. Hasil survei surveilans perilaku (SSP) Depkes, (2005) tentang situasi berisiko tertular HIV di Jawa Timur menemukan ada beberapa hal yang mempercepat penularan HIV melalui jarum suntik. Diantaranya adanya kebiasaan penggunaan jarum suntik bersama dan rata-rata menyuntik 4-5 kali dalam seminggu. Kebiasaan lainnya adalah berbagi narkoba yang diencerkan dan disuapkan dalam alat suntik ( setting basah).

Perilaku penggunaan narkoba suntik semakin meningkatkan terjadinya penularan HIV/AIDS. Penelitian Heimer (2000) menemukan bahwa HIV dapat hidup dalam semprit dengan darah yang terinfeksi sedikitnya selama 42 hari (The Kaiser Dally HIV/AIDS Report, 2000 HIV dapat hidup selama satu bulan dalam semprit dalam <http://spiritia.or.id/cst/dok/semprit1.pdf> diperoleh tanggal 1 September 2008.

Pemakai narkoba suntik mempunyai kontribusi yang besar terhadap penularan HIV/AIDS di Indonesia. Penularan tidak hanya berasal dari kebiasaan bertukar jarum suntik tetapi juga menularkan secara heteroseksual

kepada pasangannya. Penasun yang aktif termasuk “kelompok petualang kenikmatan” yang selalu mencari kenikmatan lain termasuk kecenderungan untuk melakukan hubungan seksual. Kebiasaan penasun bersama- sama dan hubungan seksual dengan pasangan tetap maupun PSK semakin meningkatkan penularan HIV/AIDS secara terselubung. Penasun juga mempunyai kecenderungan untuk tidak patuh terhadap terapi ARV karena pengaruh relap (kambuh) lagi penyalahgunaan narkoba menyebabkan lupa dengan terapi ARV dan berujung dengan kegagalan terapi.

#### **h. Macam Obat yang diminum**

Analisis data dapat dilihat bahwa sebagian besar responden menggunakan obat ARV saja 15 orang (68,2%). Jumlah macam obat yang diminum menggambarkan adanya infeksi oportunistik lain yang diderita pasien HIV/AIDS. Hasil penelitian juga menunjukkan ada 7 orang responden (31,8%). Dari 7 orang responden ini rata-rata mereka selain obat ARV mereka memakan obat TB.

Banyaknya macam obat ini akan berpengaruh pada kepatuhan minum obat pasien HIV/AIDS dimana interaksi antara obat, toksisitas obat serta banyaknya jumlah obat menambah beban pasien dalam kepatuhan terhadap obat ARV (Depkes, 2007)

## 2. Analisis Bivariat

- a. Pengaruh konseling kepatuhan terhadap koping kepatuhan minum obat ARV pada kelompok kontrol

Hasil ini menjelaskan bahwa pelaksanaan program konseling kepatuhan yang dilakukan selama ini mempunyai manfaat terhadap kepatuhan minum obat ARV. Kepatuhan merupakan salah satu indikator keberhasilan terapi ARV dimana kepatuhan dalam pengobatan dapat meningkatkan efektivitas terapi ARV.

Penelitian yang dilakukan oleh Robbins et al, 2007 terhadap 829 pasien yang menggunakan terapi antiretroviral. Ditemukan bahwa ketidakpatuhan adalah faktor risiko terhadap kegagalan pengobatan. Pasien yang didefinisikan sebagai tidak patuh pada awal penelitian lebih cenderung mengalami kegagalan pengobatan secara berarti daripada pasien dengan tingkat kepatuhan yang baik ( $p < 0,0001$ ). (Robbins et al. Predictors of antiretroviral treatment failure in an urban HIV clinic. *J Acquire Immune Defic Syndr* 44: 30 – 37, 2007 dalam <http://www.aidsmap.com/en/news/67AE1E28-2494-47AA-94FE-8DBD1A8AD512.asp> diambil tanggal 20 November 2008).

Konseling kepatuhan mempunyai peranan yang penting dalam meningkatkan kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Johnson MA et al (2007) terhadap 3.800 pasien HIV/AIDS yang dibagi secara acak pada kelompok satu kelompok

diberikan intervensi konseling dan kelompok yang lain tidak. Program konseling ini berisi materi tentang perilaku yang lebih aman, perilaku sehat, konseling kepatuhan terapi dan penyesuaian diri. Penelitian ini mencakup 15 sesi konseling pribadi yang terencana. Laporan penelitian berfokus pada perubahan pola kepatuhan antara kedua kelompok yang diberikan konseling dan tidak.

Bulan kelima kepatuhan rata-rata meningkat pada kedua kelompok hingga hampir 85%. Bulan kesepuluh tidak ada perbedaan diantara kedua kelompok dengan masing-masing kelompok melaporkan kepatuhan rata-rata antara 80% dan 85%. Bulan ke lima belas kepatuhan rata-rata pada kelompok yang tidak dikonseling menurun menjadi dibawah 80% sementara meningkat pada kelompok yang dikonseling menjadi 90% menghasilkan perbedaan 10% diantara kedua kelompok, bermakna secara statistik. Bulan ke 20 dan 25, perbedaan pada kedua kelompok hilang, kedua kelompok melaporkan rata-rata kurang lebih 80% hingga 85%.

Kesimpulan dari penelitian bahwa intervensi perilaku kognitif mungkin meningkatkan kepatuhan terhadap ARV secara efektif, tetapi dampak intervensi tersebut hanya bertahan sebentar (Johnson MA et al 2007, Effects of a behavioral intervention on antiretroviral medication adherence among people living with HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 46: 574–580 dalam <http://www.aidsmap.com/en/news/061C1030-F2CC-485D-AA94-8355F67C20C4.asp> diambil tanggal 20 November 2008

Hasil penelitian tersebut dapat menjelaskan keterbatasan program konseling kepatuhan yang dilakukan selama ini dimana proses konseling kepatuhan tersebut mempunyai peranan penting terhadap kepatuhan dan perubahan perilaku tetapi tidak bisa bertahan lama. Konseling kepatuhan lebih mengejar pada peningkatan secara kognitif, dimana dengan peningkatan pengetahuan tersebut akan dapat merubah sikap dan tingkah laku. Ketika terjadi benturan-benturan permasalahan yang tidak bisa terpecahkan secara keilmuan akan mempengaruhi sikap dan perilaku pasien HIV/AIDS sehingga menjadikan intervensi konseling kepatuhan tidak menjamin pasien untuk patuh selama terapi.

- b. Pengaruh konseling kepatuhan dan konseling spiritual terhadap koping kepatuhan minum obat ARV. Ada 3 hipotesis penelitian yang terjawab pada bagian ini yaitu: terdapat perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah dilakukan intervensi konseling spiritual terhadap skor religius responden. Kedua terdapat perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah dilakukan intervensi konseling spiritual dan konseling kepatuhan terhadap koping kepatuhan minum obat ARV responden dan ketiga terlihat ada perbedaan yang bermakna rata-rata skor kepatuhan kelompok yang mendapatkan intervensi konseling kepatuhan dan kelompok yang mendapat konseling kepatuhan dan konseling spiritual. Dimana peningkatan kepatuhan lebih tinggi pada kelompok yang mendapatkan konseling kepatuhan dan spiritual.

Spiritual merupakan suatu keyakinan di dalam diri yang berasal dari nilai-nilai ketuhanan dan nilai luhur diri yang diyakini dan dijadikan sebagai sumber kekuatan untuk menghadapi masalah dan ketenangan hidup. Nilai-nilai spiritual ini menjadi penting untuk dipertahankan dan ditingkatkan pada pasien HIV/AIDS dimana mereka mendapatkan banyak permasalahan terkait dengan kondisi kesehatan baik secara fisik, psikologis sosial ekonomi dan spiritual. Selain peningkatan kepatuhan dan nilai religius responden ada hasil lain yang tidak terungkap didalam kuesioner yang bisa disampaikan dalam penelitian ini.

Responden merasa dihargai karena ulama mau memberikan ceramah agama. Disisi lain ulama juga merasa terfasilitasi untuk dapat masuk pada kelompok yang sangat sulit untuk mereka dekati selama ini. Responden mengikuti kegiatan konseling spiritual dengan baik dan sering bertanya selama proses konseling spiritual. Hal ini menunjukkan bahwa responden tertarik dengan masalah agama dan masih kurang pengetahuannya. Hal ini sesuai dengan penelitian terhadap tingkat *religiusitas* pada 33 pasien HIV/AIDS ditemukan bahwa tingkat religiusitas pasien HIV/AIDS masih rendah dan diperlukan intervensi agama yang lebih intensif (Waldfogel, S.S., et. al, 1994 dalam Hawari, 2002).

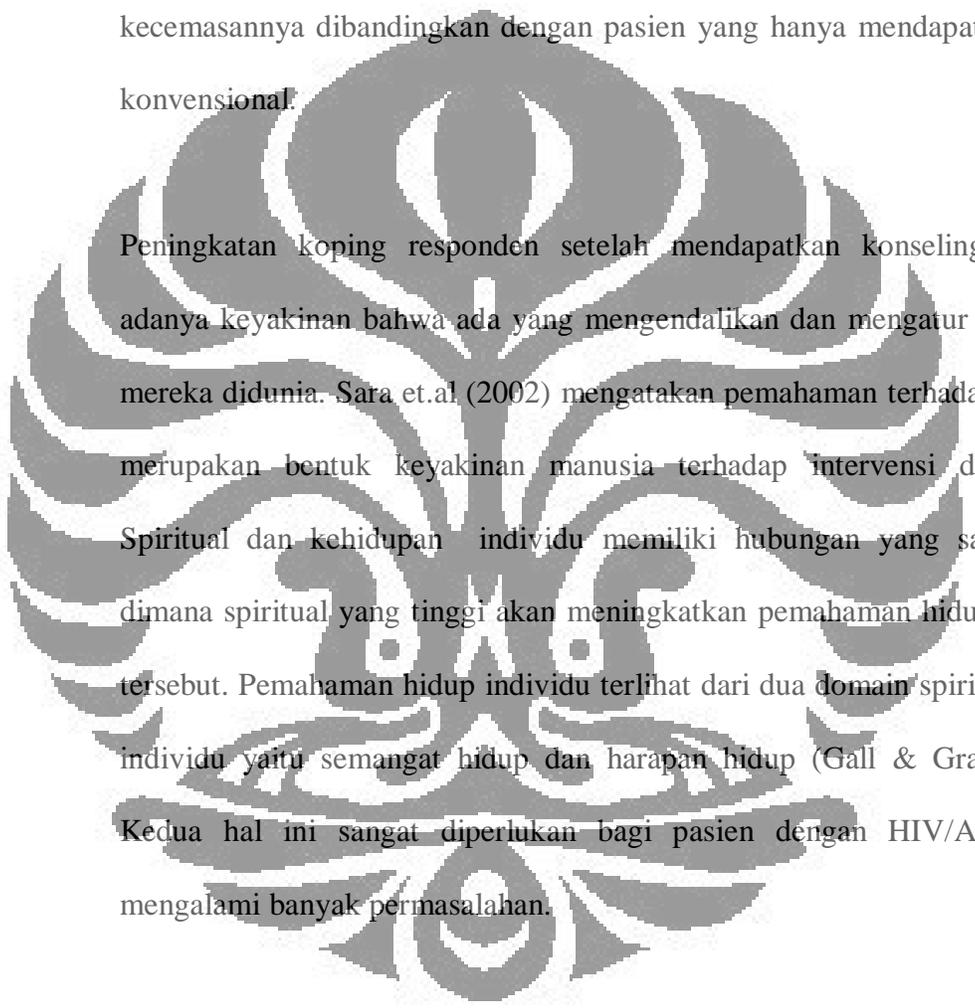
Hasil beberapa uraian di atas dan dikaitkan dengan adanya peningkatan kepatuhan pasien sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wanyama, et

al, 2007, Belief in divine healing can be a barrier to antiretroviral therapy adherence in Uganda, <http://www.aidsonline.com>, diperoleh tanggal 1 September 2008 yang dilakukan dengan metode penelitian ini *prospective observational cohort study* yang dilakukan pada pasien 558 pasien HIV/AIDS di Kuba. Hasil menunjukkan bahwa intervensi spiritual dalam konseling kepatuhan dapat meningkatkan kepatuhan ART, ditemukan juga 1,2 % responden merasakan dirinya sudah sembuh akibat intervensi spiritual dalam konseling. Intervensi yang diberikan selain konseling kepatuhan juga sembahyang bersama dipimpin oleh ulama atau pendeta.

Materi konseling spiritual berisikan psikoterapi yang bersumber Alqur'an dan Hadist. Rabbani (1997) menyatakan bahwa ayat - ayat suci dalam alqur'an terutama ayat – ayat psikoterapi yang digunakan dalam Al Qur'an mengandung unsur peningkatan pemahaman diri dan lingkungan, sehingga individu menyadari dirinya. Pemberian konseling agama Islam ini akan menambah kepercayaan pada diri sendiri, meningkatkan harapan terhadap masa depan dan menghindari dari keresahan dan penyakit jiwa. Firman Allah dalam (QS. Ar-Ra'd, 13 : 28). Artinya :“(Yaitu) orang –orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenteram.

Studi yang dilakukan oleh Azhar, et al (1994) dalam Hawari 2002, terhadap 62 pasien psikiatri yang beragama Islam, yang mengalami gangguan kecemasan menyeluruh. Sebagian pasien menerima pengobatan secara

konvensional yaitu diberikan obat anti cemas dan psikoterapi suportif; sebagian lagi mendapatkan terapi yang sama ditambah dengan terapi psikoreligius (berdoa, berzikir dan mengaji/membaca Kitab Suci Alqur'an). Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa pasien yang menerima tambahan terapi psikoreligius menunjukkan perbaikan yang bermakna dari gejala-gejala kecemasannya dibandingkan dengan pasien yang hanya mendapatkan terapi konvensional.



Peningkatan coping responden setelah mendapatkan konseling spiritual adanya keyakinan bahwa ada yang mengendalikan dan mengatur kehidupan mereka didunia. Sara et.al (2002) mengatakan pemahaman terhadap spiritual merupakan bentuk keyakinan manusia terhadap intervensi dari tuhan. Spiritual dan kehidupan individu memiliki hubungan yang sangat kuat dimana spiritual yang tinggi akan meningkatkan pemahaman hidup individu tersebut. Pemahaman hidup individu terlihat dari dua domain spiritual dalam individu yaitu semangat hidup dan harapan hidup (Gall & Grant, 2005). Kedua hal ini sangat diperlukan bagi pasien dengan HIV/AIDS yang mengalami banyak permasalahan.

Penelitian lain yang mendukung tentang peningkatan coping kepatuhan minum obat ARV ini dilakukan oleh Alcorn, 2007. Penelitian di RS. Kericho Kenya mereka menemukan bahwa satu-satunya faktor terpenting untuk menentukan apakah pasien tetap memakai pengobatannya adalah keyakinan, diakui oleh 80% pasien yang patuh, bahwa ARV berhasil. Tetapi

hanya 29% mengatakan bahwa mereka tahu kepatuhan adalah penting untuk memastikan keberhasilan ARV (Alcorn 2007, HATIP 92 dalam <http://www.aidsmap.com/cms1250002.asp>, diperoleh tanggal 1 September 2008.

Penelitian Litwinczuk & Groh, (2007), The Relationship Between Spirituality, Purpose in Life, and Well-Being in HIV-Positive Persons <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1302630961&sid=PQD>, diambil tanggal 1 September 2008. Sampel terdiri dari 46 laki dan perempuan HIV positif. Hasilnya ada hubungan bermakna antara spiritual dengan tujuan hidup pasien HIV/AIDS –  $r = 0,295$   $p = 0,049$  tetapi tidak berhubungan dengan status kesejahteraan pasien  $r = 0,261$  dan  $p = 0,084$ .

Uraian di atas dapat menjelaskan pentingnya konseling spiritual dilakukan pada pasien HIV/AIDS. Intervensi ini mempengaruhi coping individu secara umum dimana nilai-nilai spiritual yang diberikan berdampak terhadap timbulnya keyakinan pada Allah, Swt dan harapan dalam pengobatan. Lebih lanjut intervensi spiritual ini juga meningkatkan ketenangan dan kesabaran pasien HIV/AIDS. Hal ini akan menimbulkan penerimaan (coping) individu efektif terhadap kondisi kesehatannya dan berdampak terhadap kepatuhan terapi.

Manfaat lain adalah spiritual akan meningkatkan kepatuhan sehingga meningkatkan keefektivan terapi ARV sehingga akan mencegah penularan dengan menekan jumlah virus sampai tidak terdeteksi. Secara EBM

(evidence based medicine) strategi biomedik dengan ARV terbukti efektif menekan penularan virus HIV (Quinn, 2000; Castilla, 2005; Barreiro, 2006; Melo, 2006; Padian, 2008 dalam Djoerban, 2008).

- c. Hasil penelitian pada variabel perancu terlihat tidak ada pengaruh variabel perancu (jenis kelamin, lama minum obat, macam obat dan riwayat infeksi terhadap kepatuhan minum obat ARV responden. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Nicastrri et al, 2007 bahwa perempuan mempunyai kecenderungan tidak patuh dari pada laki – laki. Perbedaan ini terjadi karena perbedaan jumlah sampel penelitian dimana pada penelitian Nicastrri et al 2007 perbandingan jumlah sampel laki-laki dan perempuan seimbang. Pada penelitian ini responden perempuan 3 responden dan laki-laki 19 responden (1 : 6) .

Lama minum obat juga mempengaruhi kepatuhan responden, lama minum obat ini menjelaskan tentang dampak efek samping pada awal terapi yang berat sehingga mempengaruhi kepatuhan responden. Pada penelitian ini sebagian responden 14 orang (63%) lamanya minum obat sudah > 6 bulan berarti responden penelitian ini pada umumnya telah mulai beradaptasi dengan program pengobatan.

Macam obat juga menjelaskan penggunaan obat lain selain obat ARV, hal ini dikaitkan adanya infeksi oportunistik pada responden. Hasil penelitian pada umumnya responden hanya mendapatkan terapi ARV yaitu 15 orang

(68,2%) sehingga sebagian besar responden tidak mempunyai infeksi oportunistik lain yang membutuhkan pengobatan selain ARV.

Riwayat terinfeksi HIV/AIDS rata-rata responden terinfeksi dari pemakaian narkoba suntik 19 orang (86,3%). Hal ini dapat mempengaruhi koping kepatuhan minum obat ARV karena kecenderungan pemakai narkoba kambuh (relaps) sehingga melupakan terapi ARV. Hal ini berbeda dari hasil penelitian ini, karena rata-rata responden (80%) dalam penelitian ini tergabung dalam Kelompok Dukungan Sebaya Lantera Minangkabau Support, mereka saling memberikan dukungan pada anggota untuk mempertahankan perilaku hidup sehat (no sex bebas, no drug).

Semua responden yang berasal dari pemakai narkoba suntik juga tergabung dalam kelompok "Saraso Support Group" sebuah kelompok binaan lantera Minangkabau yang bergerak dalam penanggulangan Narkotika dan memberikan dukungan ODHA yang terinfeksi karena pemakaian narkoba suntik di Sumatera Barat. Sehingga hal ini berpengaruh besar dalam mengendalikan angka kambuh lagi pada responden riwayat pemakai narkoba suntik.

## **B. Keterbatasan Penelitian**

1. Populasi dalam penelitian ini terjadi peningkatan pasien HIV/AIDS yang memulai terapi ARV namun ada beberapa pasien yang tidak mau menjadi responden karena beberapa alasan kesehatan, dan tidak mau intervensi kelompok sehingga tidak sesuai dengan kriteria inklusi
2. Tahap proses, karena tempat tinggal responden yang berjauhan pelaksanaan intervensi konseling terkadang terjadi keterlambatan karena menunggu responden yang datang terlambat.

## **C. Implikasi Terhadap Pelayanan dan Penelitian**

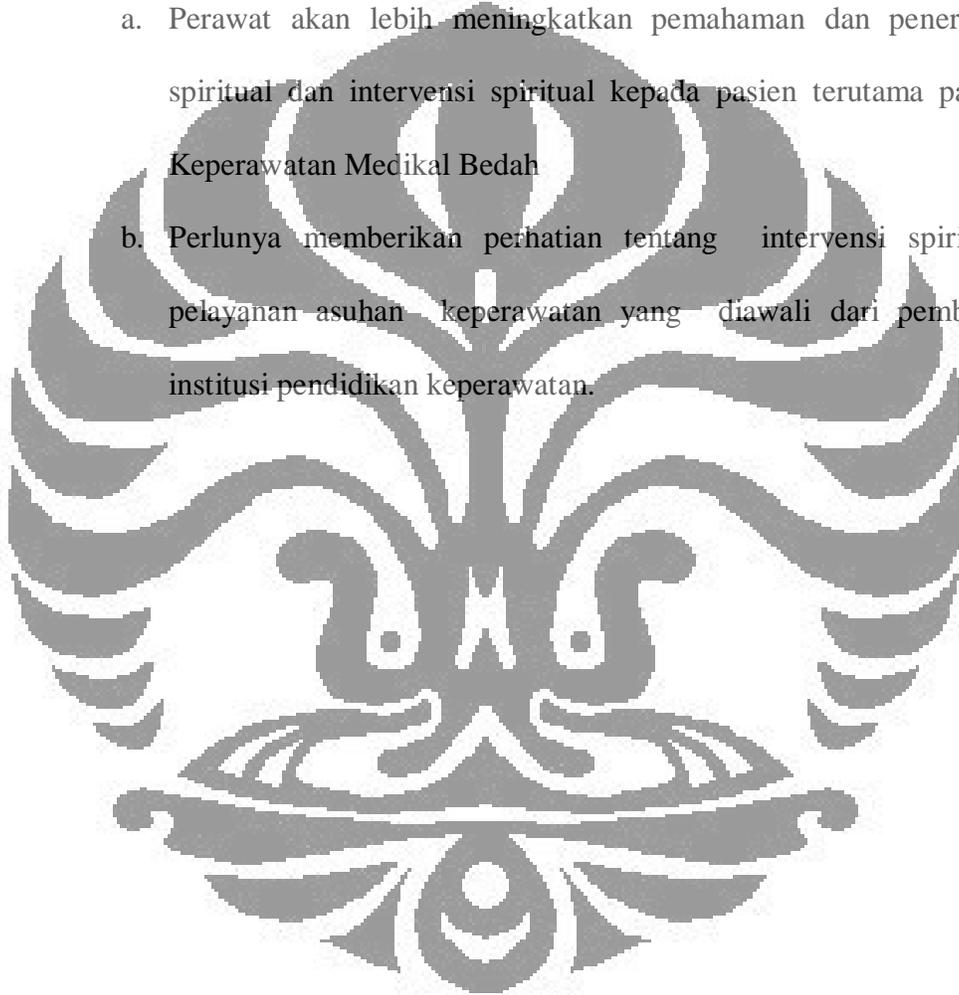
1. Pelayanan Keperawatan
  - a. Penelitian ini memberikan dampak yang positif dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan khususnya dalam perawatan pasien HIV/AIDS.
  - b. Hasil ini juga memperkuat intervensi mandiri perawat yang bertujuan meningkatkan kepatuhan pasien minum obat ARV.
  - c. Intervensi ini secara tidak langsung akan berdampak terhadap penurunan resiko penularan HIV/AIDS di Sumatra Barat.
  - d. Penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan bagi manajer keperawatan ditatanan pelayanan kesehatan untuk dimasukkan dalam standar asuhan keperawatan (SAK) dan dijadikan standar operasional prosedur dalam konseling dengan memasukkan konseling spiritual.
  - e. Meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS seperti yang telah dilakukan perawat diluar negeri selama ini.

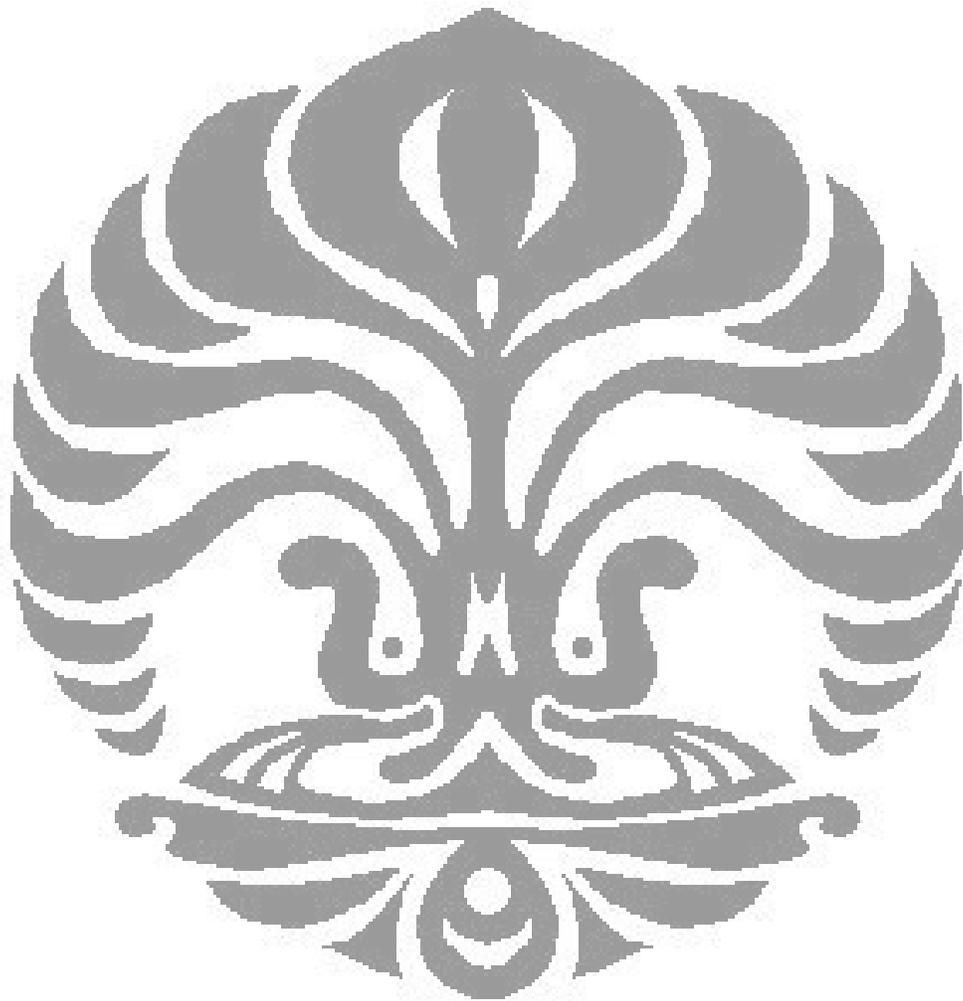
## 2. Implikasi Terhadap Penelitian Keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan pengetahuan baru dan menjadi rujukan untuk penelitian selanjutnya.

## 3. Implikasi terhadap pendidikan keperawatan

- a. Perawat akan lebih meningkatkan pemahaman dan penerapan aspek spiritual dan intervensi spiritual kepada pasien terutama pada lingkup Keperawatan Medikal Bedah
- b. Perlunya memberikan perhatian tentang intervensi spiritual dalam pelayanan asuhan keperawatan yang diawali dari pembelajaran di institusi pendidikan keperawatan.





## BAB VII

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. Simpulan

Simpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

Karakteristik responden menggambarkan bahwa faktor usia risiko terinfeksi HIV/AIDS adalah pada masa remaja, saat ini responden berada pada usia produktif. Sebagian besar tingkat pendidikan menengah dan jenis kelamin laki – laki dan tidak bekerja hal ini akan menimbulkan berbagai permasalahan ekonomi bagi keluarga dan pemerintah, masalah psikologis pada responden serta kualitas hidup responden rendah. Sebagian besar responden sudah menikah, support pasangan dan keluarga akan meningkatkan semangat hidup dan berperilaku hidup sehat pada responden.

Penularan terbesar berasal dari pemakai narkoba suntik, peningkatan ini karena banyaknya penyalahgunaan narkotika dimasyarakat terutama dengan suntik. Lama minum obat responden sebagian besar adalah lebih dari 6 bulan dan menggunakan obat ARV saja. Hal ini disimpulkan responden sudah beradaptasi dengan kebiasaan minum obat dan infeksi oportunistik yang kurang.

Konseling kepatuhan dapat meningkatkan koping kepatuhan minum obat ARV pada Pasien HIV/AIDS. Penerapan konseling spiritual yang dikombinasi dengan

konseling kepatuhan akan meningkatkan kepatuhan yang jauh lebih baik. Intervensi konseling spiritual juga meningkatkan skor religiusitas responden daripada sebelum diintervensi. Nilai – nilai yang tersimpan dalam intervensi spiritual mempunyai pengaruh yang besar terhadap peningkatan koping minum obat responden. Tidak ada pengaruh variabel perancu jenis kelamin, lama minum obat ARV, macam obat yang diminum dan riwayat terinfeksi HIV terhadap kepatuhan minum obat ARV.

## B. Saran

1. Bagi pelayanan keperawatan :
  - a. Perawat dalam memberikan pelayanan memperhatikan aspek spiritual dan menerapkan intervensi spiritual dalam asuhan keperawatan.
  - b. Konseling spiritual merupakan intervensi mandiri perawat, sehingga perawat sebagai konselor diharapkan meningkatkan pengetahuan tentang konseling spiritual pada pasien HIV/AIDS.
2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan
  - a. Institusi pendidikan dan pelayanan harus lebih aktif dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien HIV/AIDS dengan selalu mengikuti perkembangan *Evidence Based* konseling kepatuhan minum obat ARV pasien HIV/AIDS.
  - b. Organisasi profesi atau perkumpulan perawat medikal bedah perlu mengadakan seminar berkala tentang penerapan konseling spiritual pada pasien penyakit terminal khususnya HIV/AIDS.

3. Bagi Perawat Spesialis Medikal Bedah
  - a. Melaksanakan penelitian lebih lanjut baik kuantitatif atau kualitatif yang tentang pengaruh konseling spiritual pada pasien HIV/AIDS
  - b. Perawat spesialis medikal bedah mulai membuat rencana asuhan keperawatan pada pasien yang mendapatkan intervensi konseling spiritual yang spesifik berdasarkan bukti hasil penelitian/*evidence based*, agar dapat meningkatkan kepatuhan minum obat ARV.
  - c. Perawat spesialis medikal bedah melakukan kolaborasi dengan perawat jiwa dan komunitas sebagai tindaklanjut perawatan pasien HIV/AIDS dikomunitas.
4. Bagi penelitian keperawatan
  - a. Disarankan penelitian lebih lanjut tentang penerapan konseling spiritual dengan menggunakan pedoman konseling spiritual agama lain.
  - b. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut secara kualitatif faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien HIV/AIDS dalam terapi ARV.
5. Bagi Komisi Penanggulangan Aids Nasional (KPAN)
  - a. Melaksanakan program pencegahan HIV/AIDS dimulai pada saat anak-anak
  - b. Melakukan pencegahan penularan HIV/AIDS terutama para pemakai narkoba suntik dengan menjalankan program Harm Reduction diantaranya penyediaan jarum suntik gratis dan aman serta program substitusi metadon.
  - c. Melibatkan kelompok dukungan sebaya dalam memberikan dukungan pada pasien HIV/AIDS.

- d. Memberikan pengetahuan tentang penatalaksanaan HIV/AIDS kepada ulama dan tokoh masyarakat.

6. Bagi RSUP. DR. M. Djamil Padang

- a. Bagi pengambil kebijakan di RSUP. DR. M. Djamil Padang diharapkan dapat menyempurnakan standar konseling pada pasien HIV/AIDS dengan memasukkan konseling spiritual.
- b. Mempersiapkan ruangan yang nyaman untuk pelaksanaan konseling spiritual
- c. Menjalinkan kerjasama dengan tokoh agama dan masyarakat dalam pelaksanaan konseling spiritual

7. Bagi ulama dan tokoh masyarakat

- a. Berperan aktif dalam penanggulangan HIV/AIDS baik dalam pencegahan maupun perawatan serta pengobatan.
- b. Meningkatkan pengetahuan tentang HIV/AIDS dan membuat metode dakwah yang bertujuan terjadinya perubahan perilaku yang mudah dipahami dengan komunikasi berorientasi pendengar (pasien HIV/AIDS)
- c. Menciptakan ulama dan tokoh masyarakat yang mau berdakwah dalam komunitas pasien HIV/AIDS.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustanti, D. (2006). *Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Bandar Lampung*, (Tesis tidak dipublikasikan) Depok: FIK UI
- Amico, H & Johnson, K. (2006). Efficacy of antiretroviral therapy adherence interventions: a research synthesis of trials, 1996 to 2004, <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1033697981&sid=5&Fmt>, diperoleh tanggal 1 September 2008.
- Alcorn, K. (2007). HATIP 92, <http://www.aidsmap.com/cms1250002.asp>, diperoleh tanggal 1 September 2008.
- Azwar, S. (2004). *Realibilitas dan validitas*, Yogyakarta: Pustaka Belajar,.
- Baratawidjaja, KG. (2006). *Imunologi dasar*, Jakarta: FKUI.
- Black, M.J & Hawks, H.J. (2005). *Medical-surgical nursing: clinical management for positive outcome*. (7<sup>th</sup> ed), St.Louis: Elsevier Inc.
- Burns, N & Grove, SK. (2001). *The practice of nursing research : conduct, critique & utilization*. USA : W.B. Saunders Company
- Bolland, J.M. (2003). *Hopelessness and Risk Behavior Among Adolescents Living in High Poverty Inner-city Neighborhoods*, vol 26, p. 145-158.
- Borman, J.E et al. (2006). Effects of spiritual mantram repetition on HIV outcomes: a randomized controlled trial <http://www.springerlink.com/content/bq7723l656544543>, diperoleh tanggal 1 September 2008
- Carson, V.B. (2000). *Mental health nursing: The nurse-patient journey*. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Craven, F.R, & Hirnle, J.C. (2007). *Fundamentals of nursing: Human health and function*. (5<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott william & Wilkins.
- Depag. (2003). *Pedoman konseling penanggulangan HIV/AIDS sektor agama Islam*, Jakarta.
- Depkes. (2008). Statistik kasus HIV/AIDS. <http://www.aidsindonesia.or.id>, diperoleh tanggal 20 Juli 2008).

- (2007). *Pedoman nasional terapi antiretroviral, edisi kedua*, Jakarta: Depkes RI
- (2006). *Pedoman pelayanan konseling dan testing HIV/AIDS secara sukarela (voluntary counselling and testing)*, Jakarta: Depkes RI
- (2006). *Pedoman nasional pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi*, Jakarta: Depkes RI
- (2005). *Situasi perilaku berisiko tertular HIV di Jawa Timur*, FHI dan USAID Jakarta: Depkes RI
- (2003). *Pedoman nasional perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA : Buku pedoman untuk petugas kesehatan dan petugas lainnya*. Jakarta: Depkes
- Dewi, Y.I. (2007). *Stress dan coping perempuan hamil yang didiagnosa HIV/AIDS di DKI Jakarta : Studi Grounded Theory*. (Tesis tidak dipublikasikan) Depok: FIK UI
- Djauzi, S., & Djoerban, Z. (2002). *Penatalaksanaan infeksi HIV di pelayanan kesehatan dasar*, Jakarta : Pokdisus FKUI.
- Djoerban, Z. (2008). *Pengobatan ARV merupakan upaya pencegahan HIV/AIDS yang amat efektif. Support edisi 75/November 2008*, Jakarta : Yayasan Pelita Ilmu
- Dochterman, J.M., & Bulechek, G.M. (2004). *Nursing intervention clasification*. (4<sup>th</sup> ed), St Louis : Mosby
- Frame, M.W et al. (2005). Effects of spirituality on health-related quality of life in men with HIV/AIDS: Implications for counseling. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=923929531&sid=PQDdiperoleh tanggal 1 September 2008>).
- Gall, T. L & Grant, K. (2005). *Spiritual disposition and understanding illness*, Pastoral Psikology, Vol. 53, No. 6. Juli 2005.
- Green, CW. (2004). *Pengobatan untuk AIDS: Ingin mulai ?*, Jakarta : Yayasan spiritia
- Habasiah, S. (2000). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemakaian kondom pada waria di DKI jakarta tahun* (Tesis tidak dipublikasikan), Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hamid, A.Y.S. (2008). *Bunga rampai asuhan keperawatan kesehatan jiwa*, Jakarta: EGC
- Hawari, D. (2002). *Dimensi religi dalam praktek psikiatrik dan psikologi*, Jakarta: FKUI.

- (1997). *Alqur'an : Ilmu kedokteran jiwa dan kesehatan jiwa*, Yogyakarta: PT. Dana Bhakti Prima Yasa
- Heimer, R. (2000). The Kaiser Dally HIV/AIDS Report, 2000 HIV dapat hidup selama satu bulan dalam sempit dalam <http://spiritia.or.id/cst/dok/semprit1.pdf> diperoleh tanggal 1 September 2008
- Ignatavicius, D.D & Workman, M.L. (2006). *Medical-surgical nursing: Critical thinking for collaborative care*. St.Louis: Elsevier Inc.
- Johnson M.A et al. (2007). Effects of a behavioral intervention on antiretroviral medication adherence among people living with HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 46: 574–580, <http://www.aidsmap.com/en/news/061C1030-F2CC-485D-AA94-8355F67C20C4.asp> diambil tanggal 20 November 2008
- Kaiser Daily HIV/AIDS report. (2008). Studies Find Few Differences in Health Outcomes for HIV-Positive Patients Cared for by Nurses Versus Doctors, [http://kaisernetwork.org/daily\\_reports/rep\\_index.cfm?DR\\_ID=53874](http://kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=53874) diperoleh tanggal 20 November 2008.
- Knobel, H et al. (2002). Validation of a simplified medication adherence questioner in a large cohort of HIV- infected patients: The GEEMA study, <http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/abstract.00002030-200203080.htm>, diperoleh tanggal 5 September 2008.
- KPAP Sumbar. (2008). *Situasi HIV/AIDS di provinsi Sumatera Barat*, KPAP.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York; Springer Publishing Company.
- LeMone, P & Burke, M.K. (2008). *Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care*. St.Louis: Cummings Publishing Company Inc.
- Lewis, H & Dirksen. (2007). *Medical surgical nursing*. 7<sup>th</sup> edition. St.Louis : Missouri. Mosby-Year Book, Inc.
- Litwinczuk, K.M & Groh, C.J. (2007). The Relationship Between Spirituality, Purpose in Life, and Well-Being in HIV-Positive Persons dalam <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1302630961&sid=8&Fmt=2&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>, diambil tanggal 1 September 2008.
- Merati & Djauzi, S. (2006). *Penatalaksanaan infeksi HIV di Indonesia, IPD FKUI, Jakarta*

- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2004). *Nursing outcome classification*. (3<sup>rd</sup> ed), St Louis : Mosby
- Musfir. (2005). *Konseling terapi*. Jakarta: Gema Insani Press.
- Myers, L. B & Midence, K. (2005). *Adherence to treatment in medical conditions*: Harwood academic publishers
- Najati, M.U. (2002). *Al Qur,an dan psikologi*, Jakarta: Aras Pustaka
- (1985). *Alquran dan ilmu jiwa*, Bandung: Pustaka Salman ITB
- Natalya, W. (2006). *Mekanisme dan strategi coping orang dengan HIV/AIDS dalam menghadapi stres akibat penyakitnya Di Yogyakarta*,(tesis tidak dipublikasikan) Depok: FIK UI
- Nicastri, C et al. (2007). Sex issues in HIV-1-infected persons during highly active antiretroviral therapy: a systematic review. *J antimicrob chemother.* [http://www.hivandhepatitis.com/recent/2007/090707\\_c.html](http://www.hivandhepatitis.com/recent/2007/090707_c.html) diperoleh tanggal 1 september 2008.
- Nugroho, K.P. (2008). *Sosio-seksualitas dan epidemi HIV/AIDS di Indonesi*,(disertasi) FISIP, UI: Jakarta
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta
- Paganò, M., & Gauvreau, K. (1993). *Principles of biostatistics*. California: Wadsworth Publishing Company.
- Philippine National Aids Council. (2006). *Philippine country report* [http://www.remedios.com.ph/fhtml/country\\_report\\_2006-ii.htm](http://www.remedios.com.ph/fhtml/country_report_2006-ii.htm), diperoleh tanggal 12 September 2008).
- Price, S. A & Wilson, L. M. (2006). *Patofisiologi, konsep klinis proses-proses penyakit volume 1*. Jakarta. EGC.
- Priohutomo, S. (2008). *ARV jangan selalu di ujung tanduk*, Support edisi 75/November 2008, Jakarta : Yayasan Pelita Ilmu
- Polit D.F. & Hungler B.P. (2004). *Nursing research: principles and methods*. (6<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott william & Wilkins.
- Perry, A.G & Potter, P.A. (2005). *Fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*, Jakarta: EGC.

- Rabbani, A. (1997). *Spiritual healing in the Islamic tradition* <http://www.crescentlife.com/index.htm> diambil tanggal 21 September 2008
- Robbins, GK et al. (2007). Predictors of antiretroviral treatment failure in an urban HIV clinic. *J Acquir Immune Defic Syndr* 44: 30 – 37 dalam <http://www.aidsmap.com/en/news/67AE1E28-2494-47AA-94FE-8DBD1A8AD512.asp> diambil tanggal 20 November 2008
- RS Islam Jakarta. (2000). *Tuntunan rohani bagi orang sakit*. RSI Jakarta.
- Sabri, L., & Hastanto, S.P. (2006). *Statistik kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sarafino, E.P. (2002). *Health psychology (2<sup>nd</sup> ed)*. New York : John Whiley and Sons.
- Salmadani & Samad, D. (2003). *Adat basandi syarak: nilai dan aplikasinya menuju kembali ke nagari dan surau*. Jakarta : Kartina Insan Lestari.
- Smeltzer, C.S., et al. (2008). *Brunner & suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. (11<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott and Wilkins.
- Sucahya, P.K, dkk. (2002). *Memahami kebutuhan aktor dan pengguna narkoba suntik, edisi 1*, Kerjasama Pusat kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada (PSKK-UGM) dengan Ford Foundation, Yogyakarta
- Subandi, S. (2000). *Psikologi Islam*. Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Suparmi. (2007). *Makna pendampingan spiritual pada asuhan keperawatan pasien preoperasi di pelayanan kesehatan Sint Carolus Jakarta*, FIK UI.
- Spiritia. (2008). *Pedoman untuk pelatih pendidik pengobatan HIV/AIDS*, Jakarta: Yayasan spiritia
- (2006). Lembaran informasi HIV/AIDS, <http://spiritia.or.id/li/pdf/LI156.pdf>. diperoleh tanggal 5 September 2008
- (2004). *Dokumen tentang Pelanggaran hak azazi manusia terhadap orang dengan HIV/AIDS di Indonesia*, Jakarta
- The AIDS education & Taining Center National Resource Center. (2008). Adherence, <http://www.aids-ed.org> tanggal 1 september 2008.
- Tomey, M & Alligood. (2006). *Nursing theorists and their work*. Edisi enam, St. Louis : Mossby, Inc.
- Wanyama, J et al. (2007). Belief in divine healing can be a barrier to antiretroviral therapy adherence in Uganda, <http://www.aidsonline.com> diperoleh 10 September 2008.

Windarwati, H.D. (2008). *Perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi a. grounded theory study*, Jakarta : FIK UI

Widodo, A & Lusida, M.I. (2007). *Penyakit infeksi di Indonesia solusi kini & mendatang*. Surabaya: Airlangga University Press,

WHO. (2007). *Case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children*. Geneva, WHO Library

----- (2006). *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents : recommendations for a public health approach*. Geneva, WHO Library

Yunihastuti, E, Djauzi, S & Djoerban, Z. (2005). *Infeksi oportunistik Aids*. Jakarta: Pokdisus FKUI

Yusuf & Nurihsan. (2006). *Landasan bimbingan konseling, landasan religius*, Program Pasca Sarjana Pendidikan Indonesia. Bandung: Rosda Karya

