

**KUALITAS HIDUP ODHA BERDASARKAN PERBEDAAN
REGIMEN TERAPI ANTIRETROVIRAL DI RSUD KRT
SETJONEGORO**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai
Gelar Ahli Madya Farmasi Pada Prodi D III Farmasi
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang



Disusun oleh:

Ulfahishofi Hanifah Afifi
NPM : 16.0602.0041

**PROGRAM STUDI D III FARMASI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
TAHUN 2019**

**KUALITAS HIDUP ODHA BERDASARKAN PERBEDAAN
REGIMEN TERAPI ANTIRETROVIRAL DI RSUD KRT
SETJONEGORO**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai
Gelar Ahli Madya Farmasi Pada Prodi D III Farmasi
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang



Disusun oleh:

Ulfahishofi Hanifah Afifi

NPM : 16.0602.0041

**PROGRAM STUDI D III FARMASI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
TAHUN 2019**

HALAMAN PERSETUJUAN

KUALITAS HIDUP ODHA BERDASARKAN PERBEDAAN REGIMEN
TERAPI ANTIRETROVIRAL DI RSUD KRT SETJONEGORO

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun oleh:

Ulfahishofi Hanifah Afifi

NPM : 16.0602.0041

Telah Memenuhi Persyaratan dan Disetujui Untuk Mengikuti
Uji Karya Tulis Ilmiah
Prodi D III Farmasi Universitas Muhammadiyah Magelang

Oleh :

Pembimbing I



(Setiyo Budi Santoso, M. Farm., Apt.)
NIDN. 0621089102.

Tanggal

26 Juli 2019

Pembimbing II



(Herma Fanani Agusta, M.Sc., Apt.)
NIDN. 0622088504.

Tanggal

26 Juli 2019

HALAMAN PENGESAHAN

KUALITAS HIDUP ODHA BERDASARKAN PERBEDAAN REGIMEN
TERAPI ANTIRETROVIRAL DI RSUD KRT SETJONEGORO

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun oleh:

Ulfahishofi Hanifah Afifi

NPM : 16.0602.0041

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai
Syarat Untuk Mendapatkan Gelar Ahli Madya Farmasi
Di Prodi D III Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang
Pada Tanggal : 26 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I

(Widarika Santi H, M.Sc., Apt.)
NIDN. 0618078401.

Penguji II

(Setiyo Budi S, M. Farm., Apt.)
NIDN. 0621089102.

Penguji III

(Herma Fanani A, M.Sc., Apt.)
NIDN. 0622088504.

Mengetahui,

Dekan,
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Pugh Widiyanto, S.Kp., M.Kep.,
NIDN. 0621027203

Ka. Prodi DIII Farmasi
Universitas Muhammadiyah Magelang

Puspita Septie Dianita, M.P.H., Apt.
NIDN. 0622048902

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ulfahishofi Hanifah Afifi.
NPM : 16.0602.0041.
Program Studi : D3 Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang.
Judul Karya Tulis Ilmiah : Kualitas Hidup ODHA Berdasarkan Perbedaan
Regimen Terapi Antiretroviral di RSUD KRT
Setjonegoro.

Dengan ini saya menyatakan bahwa isi Karya Tulis Ilmiah adalah benar-benar karya saya, tidak terdapat karya orang lain dan tidak melakukan pengutipan dengan cara yang tidak sesuai kecuali dengan kutipan yang mengacu dalam Karya Tulis Ilmiah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Demikian pernyataan ini dibuat dan ditandatangani serta dapat dipertanggung jawabkan, apabila Karya Tulis Ilmiah ini terbukti melakukan pelanggaran maka saya bersedia menerima sanksi berdasarkan ketentuan akademik.

Wonosobo, 26 Juli 2019

Yang menyatakan,

Ulfahishofi Hanifah Afifi

NPM 16.0602.0041

ABSTRAK

Ulfahishofi Hanifah Afifi, KUALITAS HIDUP ODHA BERDASARKAN PERBEDAAN REGIMEN TERAPI ANTIRETROVIRAL DI RSUD KRT SETJONEGORO

Populasi HIV di Indonesia sebanyak 242.699 dan AIDS 87.453 orang. Pemerintah memfasilitasi terapi antiretroviral untuk mengurangi penyebaran infeksi dan angka kematian. Faktor Depresi, stigma, lama terapi dan lama menderita dapat menurunkan kualitas hidup sedangkan nilai CD4 tinggi, tingkat pendidikan, dukungan sosial dan spiritual yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup.

Tujuan : Menyajikan distribusi persepsi terapi antiretroviral, profil kualitas hidup ODHA dan profil kualitas hidup ODHA berdasarkan perbedaan regimen terapi antiretroviral.

Metode Penelitian : Penelitian ini merupakan studi observasional. Pengambilan data dilakukan secara *cross sectional*. Sebanyak 66 responden terlibat dalam penelitian ini. Instrumen yang digunakan adalah WHOQOL HIV BREF yang terdiri dari 8 aspek (6 domain dan 2 persepsi).

Kesimpulan : Terapi kombinasi antiretroviral yang digunakan didominasi ZDV-3TC-NVP (36.4 %) dan yang paling sedikit TDF-3TC-LPV (1.5 %). Rata-rata profil kualitas hidup ODHA yaitu persepsi kualitas hidup (3.70), persepsi kondisi kesehatan (3.68), fisik (15.15), psikologis (14.72), kemandirian (15.20), sosial (15.45), lingkungan (14.43) dan spiritual (15.27). Berdasarkan regimen terapi antiretroviral kualitas hidup dengan nilai diatas rata-rata terdapat pada ODHA yang menjalani terapi ZDV-3TC-NVP (5 aspek), ZDV-3TC-EFZ (1 aspek), ZDV-3TC-LPV (3 aspek), TDF-3TC-NVP (6 aspek), TDF-3TC-EFZ (1 aspek), TDF-FTC-NVP (7 aspek) dan TDF-FTC-EFZ (2 aspek).

Kata Kunci : Kualitas Hidup, Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA), Regimen Terapi Antiretroviral.

ABSTRACT

Ulfahishofi Hanifah Afifi, PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS (PLWHA) QUALITY OF LIFE BASED ON THE REGIMEN DIFFERENCE OF ANTIRETROVIRAL THERAPY AT RSUD KRT SETJONEGORO

Number of those who have been affected by HIV and AIDS in Indonesia is around 242,699 and 87,453. The government provides antiretroviral therapy to reduce the spread of infections and mortality. Depression, stigma, the length period of therapy and suffering become factors reducing quality of life. Meanwhile, high CD4 values, educational background, social and spiritual support can improve the quality of life.

The objective : Presenting distribution of prescribing antiretroviral therapy, explaining PLWHA quality of life, explaining PLWHA quality of life based on antiretroviral therapy regimens differences.

Research methods : This was an observational studies. The data were obtained by cross sectional. A total of 66 respondents were involved in this study. The instrument used was HIV WHOQOL BREF which consisted of 8 aspects (6 domains and 2 perceptions).

Conclusion: Antiretroviral combination therapy dominated by ZDV-3TC-NVP (36.4 %) and the least combination is TDF-3TC-LPV (1.5 %). By average, PLWHA quality of life is 3.70 for perception of life quality, 3.68 perception of health condition, 15.15 for physical domain, 14.72 for psychology domain, 15.20 for independency domain, 15.45 for social domain, 14.43 for environment domain, and 15.27 for spiritual domain. Based on the quality of life antiretroviral therapy regimen with above average values found in PLWHA who underwent ZDV-3TC-NVP therapy (5 aspects), ZDV-3TC-EFZ (1 aspect), ZDV-3TC-LPV (3 aspects), TDF- 3TC-NVP (6 aspects), TDF-3TC-EFZ (1 aspect), TDF-FTC-NVP (7 aspects) and TDF-FTC-EFZ (2 aspects).

Keywords : Quality of life, PLWHA, Antiretroviral therapy regimens.

HALAMAN MOTTO

Tidak ada kesuksesan melainkan dengan pertolongan Allah.

(QS. Huud : 88)

Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya. Ia mendapat pahala (dari kebajikan) yang diusahakannya dan ia mendapat siksa (dari kejahatan) yang dikerjakannya.

(QS. Al-Baqarah : 286)

Sesungguhnya bersama kesukaran itu ada keringanan. Karena itu bila kau sudah selesai (mengerjakan yang lain), dan berharaplah kepada Tuhanmu.

(QS. Al Insyiroh : 6-8)

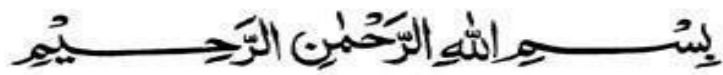
HALAMAN PERSEMBAHAN

Ku Persembahkan Karya Tulis Ilmiah ini untuk yang selalu bertanya :
“Sudah sampai Bab berapa??”

Setelah berusaha kini kupersembahkan KTI ini sebagai hasil karya dan
pengorbananku...

Teruntuk,
Bapak dan ibu yang telah memberikan doa dan semangat..
Suamiku dengan doa, support dan waktu yang telah diluangkan untuk
membersamai anak-anak saat-saat saya sedang berjuang..
Anak-anakku tercinta Sabryna, Assyifa dan Hanif..

PRAKATA



Assalaamu'alaikum Warrohmatullahi Wabarokaatuh

Alhamdulillahirabbil'alam, puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya yang telah memberikan ilmu, kekuatan dan kesempatan sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Kualitas Hidup ODHA Berdasarkan Perbedaan Regimen Terapi Antiretroviral di RSUD KRT Setjonegoro”. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu persyaratan guna menyelesaikan studi D3 Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangannya. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan. Pada penyusunan ini sepenuhnya tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Puspita Septie Dianita, M.P.H., Apt selaku Ketua Program Studi D-3 Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Setiyo Budi S, M. Farm., Apt selaku Dosen Pembimbing I sekaligus Dosen Penguji II atas segala keikhlasannya memberikan bimbingan, motivasi, masukan dan arahan kepada penulis sejak rencana penelitian hingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan.
4. Herma Fanani A, M.Sc., Apt selaku Dosen Pembimbing II sekaligus Dosen Penguji III yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, masukan dan arahan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Widarika Santi Hapsari, M. Sc., Apt selaku Dosen Penguji I yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, masukan serta arahan yang bermanfaat sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. dr. R. Danang Sananto Sasongko, MM selaku Direktur RSUD KRT Setjonegoro yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.
7. Bapak dan Ibu tercinta, suami dan anak-anak tersayang serta segenap keluarga yang telah memberikan doa dan semangat kepada penulis.
8. Teman seperjuangan Mahasiswa Program Studi D3 Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan, doa dan semangat kepada penulis selama ini.
Suatu kebahagiaan bagi penulis, jika apa yang penulis kerjakan dapat berguna dan bermanfaat bagi semua pihak.

Wassalamu'alaikum Warrahmatullaahi Wabarokaatuh

Wonosobo, Juli 2019

Penulis

Ulfahishofi Hanifah Afifi

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	1
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
HALAMAN MOTTO	vii
HALAMAN PERSEMBAHAN	viii
PRAKATA.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Tujuan Penelitian	2
D. Manfaat Penelitian	2
E. Keaslian Penelitian.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
A. Teori Masalah yang Diteliti	4
B. Kerangka Teori.....	13
C. Kerangka Konsep	14
BAB III METODE PENELITIAN.....	15
A. Desain Penelitian.....	15
B. Variabel Penelitian	15
C. Definisi Operasional.....	15
D. Populasi dan Sampel	16
E. Lokasi dan Waktu Penelitian	17
F. Alat dan Metode Pengumpulan Data	17

G. Metode Pengolahan dan Analisis Data	19
H. Jalannya Penelitian.....	20
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	36
A. Kesimpulan	36
B. Saran.....	36
DAFTAR PUSTAKA	37

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Keaslian Penelitian.....	3
Tabel 2. Gambaran Terapi ARV pada Penelitian lain.....	10

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori.....	13
Gambar 2. Kerangka Konsep	14
Gambar 3. Jalan Penelitian.....	20

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

3TC	:	Lamivudin.
ABC	:	Abacavir.
AIDS	:	<i>Acquired Immuno Deficiency Sindrom.</i>
ART	:	Antiretroviral Terapi.
ARV	:	Antiretroviral.
CD4	:	<i>Cluster Differentiation 4.</i>
ddC	:	Zalcitabin.
ddI	:	Didanosine.
d4T	:	Stavudin.
DRV/r	:	Darunavir + ritonavir.
EFZ	:	Efavirenz.
ETR	:	Etravirin.
FTC	:	Emtricitabine.
GP4I	:	<i>Glycoprotein 4.</i>
HIV	:	<i>Human Immunodeficiency Virus.</i>
IDV	:	Indinavir.
KDT	:	Kombinasi Dosis Tetap.
LPV/r	:	Lopinavir+Ritonavir.
NFV	:	Nelfinavir.
NNRTI	:	<i>Non-Nucleoside Reverse TranscriptaseInhibitors.</i>
NRTI	:	<i>Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors.</i>
NtRT	:	<i>Nucleotide Reverse-transcriptase Inhibitors.</i>
NVP	:	Nevirapin.
ODHA	:	Orang Dengan HIV/AIDS.
PCP	:	<i>Pneumonia Pneumocystis.</i>
PI	:	<i>Protease Inhibitor.</i>
PIL	:	<i>Pneumonitis Interstisial Limfoid.</i>

PML	:	<i>Progressive Multi focal Leukoencephalopathy.</i>
PPE	:	<i>Pruritic Papular Eruption.</i>
RAL	:	Raltegravir.
RTI	:	<i>Reverse Transcriptase Enzyme.</i>
RTV	:	Ritonavir.
SQV	:	Saquinavir.
TB	:	Tuberkulosis.
VHB	:	Virus Hepatitis B.
VL	:	<i>Viral Load.</i>
WHO	:	<i>World Health Organization.</i>
WHOQOL HIV BREF Bref	:	<i>World Health Organization Quality of Life-HIV</i>
ZDV/AZT	:	Zidovudin

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Epidemi penyang *Humam Immunodeficiency Virus* (HIV) di dunia sebanyak 36,9 juta (UNAIDS, 2018). Ditjen P2P Kementrian Kesehatan RI (2017) melaporkan populasi HIV di Indonesia sebanyak 242.699 orang dan AIDS sebanyak 87.453 orang. Laporan Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Jawa Tengah (2015) menunjukkan kejadian kasus HIV/AIDS sebanyak 8.324 kasus. Populasi HIV di Wonosobo mencapai 269 orang dan AIDS mencapai 168 orang (Rohman, 2018). Dalam rangka mengurangi penyebaran infeksi baru HIV dan angka kematian karena AIDS maka pemerintah memfasilitasi terapi antiretroviral (ARV) (Kemenkes RI, 2015).

Kualitas hidup merupakan salah satu indikator yang telah diaplikasikan untuk mengukur keberhasilan terapi pada penyang pasien kronis. Orang dengan HIV-AIDS (ODHA) yang menjalani terapi antiretroviral memiliki kualitas hidup yang baik pada aspek fisik. Populasi tersebut memiliki kualitas psikologis dengan rentang nilai cukup dan baik. Pada aspek sosial, nilai kualitas hidup mereka pada rentang cukup dan rendah. Pada aspek emosional dan spiritual, seluruh populasi memiliki kualitas hidup yang rendah. Kualitas hidup ODHA pada aspek lingkungan tidak berbeda signifikan (Santoso, Perwitasari, Faridah, & Kaptein, 2017; Perwitasari, Santosa, & Kaptein, 2017; Rachmawati, 2013; Setiyorini, 2015).

Peningkatan kualitas hidup ditemukan pada ODHA dengan nilai CD4 yang tinggi, tingkat pendidikan, dukungan sosial dan spiritual yang baik. Variabel depresi, stigma, lama terapi dan lama menderita penyakit merupakan faktor yang dapat menurunkan kualitas hidup ODHA (Diatmi & Fridari, 2014; Handajani, Djoerban, & Irawan, 2012; Handayani & Tetra Dewi, 2017; Hapsari, Sarjana, & Sofro, 2016; Novianti S, 2015; Rozi, 2016; Superkertia, Astuti, & Lestari, 2015).

Sejumlah penelitian di atas telah menunjukkan gambaran kualitas hidup ODHA dan faktor- faktor yang mempengaruhinya. Peneliti belum menemukan publikasi yang melaporkan gambaran kualitas hidup ODHA berdasarkan perbedaan regimen terapi antiretroviral. Penelitian ini akan menyajikan profil kualitas hidup ODHA berdasarkan perbedaan regimen terapi antiretroviral. Penelitian dilakukan terhadap ODHA yang memperoleh pelayanan terapi di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo. Pengumpulan data menggunakan kuesioner WHO *Quality of Life-HIV Bref* (WHOQOL HIV BREF) yang sudah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini berdasarkan latar belakang di atas adalah sebagai berikut :

1. Bagaimana distribusi persebaran antiretroviral pada ODHA di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo?
2. Bagaimana profil kualitas hidup ODHA di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo?
3. Bagaimana profil kualitas hidup ODHA berdasarkan perbedaan regimen terapi Antiretroviral di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan pada penelitian ini yaitu sebagai berikut :

1. Menyajikan distribusi persebaran terapi antiretroviral di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.
2. Menyajikan profil kualitas hidup ODHA di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.
3. Menyajikan profil kualitas hidup ODHA berdasarkan perbedaan regimen terapi antiretroviral (ARV) di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat antara lain :

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini melengkapi kualitas hidup pada ODHA yang memperoleh terapi antiretroviral. Selain itu, bagi peneliti lain dapat dipergunakan sebagai referensi kepustakaan dalam penelitian selanjutnya khususnya yang berkaitan dengan kualitas hidup pasien HIV-AIDS.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Sebagai sumber informasi dalam perumusan penyusunan kebijakan pelayanan terapi kepada ODHA.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No	Nama Penelitian	Judul Penelitian	Hasil	Perbedaan
1.	Toha Muhaimin. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (5/3). 2010. (Muhaimin, 2010)	Kualitas Hidup Anak Remaja pada Keluarga dengan HIV/AIDS di Indonesia.	HIV-AIDS dalam keluarga berdampak buruk terhadap kualitas hidup remaja.	Tempat. Waktu. Variabel. Instrumen. Analisis data.
2.	Suhardiana Rachmawati. Jurnal Sains dan Praktik Psikologi (1/1). 2013. (Rachmawati, 2013)	Kualitas Hidup Orang dengan HIV-AIDS yang Mengikuti Terapi Antiretroviral.	Kualitas hidup ODHA yang mengikuti terapi ARV dalam aspek fisik yaitu baik sedangkan emosional, sosial dan spiritual rendah.	Tempat. Waktu. Metode penelitian.
3.	Erni Setiyorini. Jurnal Ners dan Kebidanan (2/1). 2015. (Setiyorini, 2015)	Gambaran Kualitas Hidup ODHA yang Menjalani Terapi Antiretroviral (ARV) di Poli Cendana RSUD Ngudi Waluyo Wlingi.	Kualitas hidup ODHA aspek fisik kategori baik, aspek psikologis baik dan cukup, aspek sosial cukup dan aspek lingkungan cukup.	Tempat. Waktu. Variabel. Teknik sampling.
4.	Yvonne S.H, dkk, Acta Medica Indonesiana (44/4), 2012. (Handajani dkk., 2012)	Quality of Life People Living wuth HIV/AIDS : Outpatient in Kramat 128 Hospital Jakarta.	Tingkat CD4 tinggi, Viral Load tidak terdeteksi dan lama terapi ARV akan meningkatkan kualitas hidup pasien.	Tempat. Waktu. Instrumen. Teknik sampling. Analisis data.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Masalah yang Diteliti

1. HIV-AIDS

a. Definisi

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah retrovirus yang menyerang sel darah putih sehingga kekebalan tubuh menjadi menurun karena tidak dapat lagi menjalankan fungsi dalam memerangi infeksi (Kemenkes RI, 2014; Konsulat Jenderal RI, 2010).

AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) adalah kondisi medis yang sering berwujud infeksi ikutan dan kanker akibat virus HIV sehingga terjadi penurunan daya tahan tubuh atau tes darah menunjukkan jumlah $CD4 < 200/mm^3$ yang hingga saat ini belum bisa disembuhkan (Depkes RI, 2006b; WHO & ILO, 2005).

b. Gejala dan Tanda Klinis HIV

Menurut (Kemenkes RI, 2011) ada beberapa gejala dan tanda klinis terinfeksi HIV :

1) Keadaan umum

Keadaan umum seseorang diduga terinfeksi virus HIV antara lain kehilangan berat badan lebih dari 10% dari berat badan, demam dan diare secara terus menerus selama lebih dari satu bulan dengan suhu saat demam lebih dari $37,5^{\circ}C$, limfadenopati meluas.

2) Gejala neurologis

Nyeri kepala secara terus menerus yang tidak jelas penyebabnya dan menjadi semakin parah.

3) Kondisi Kulit

PPE (*Pruritic Papular Eruption*) dan kulit kering yang meluas merupakan dugaan kuat terinfeksi HIV. Beberapa

kelainan seperti kutil genital, folikulitis dan psoriasis sering dialami pada ODHA namun tidak selalu terkait dengan HIV.

4) Infeksi Jamur

Kandidiasis vagina berulang, kandidiasis oral dan dermatitis seboroik. Pada kandidiasis oral dan dermatitis seboroik merupakan dugaan kuat terinfeksi HIV.

5) Infeksi virus

Herpes genital (berulang), moluskum contagiosum, kondiloma, dan herpes zoster (berulang dan lebih dari satu dermatom).

6) Gangguan pernafasan

Batuk lebih dari satu bulan, sesak nafas, tuberkulosis, pnemonia berulang dan sinusitis kronis atau berulang.

c. Stadium Klinis HIV/AIDS (Kemenkes RI, 2015)

1) Stadium klinis 1

- a) Asimtomatik : belum ada tanda dan keluhan.
- b) Limfadenopati generalisata persisten

Kelenjar limfe membesar atau membengkak pada beberapa lokasi berdekatan menetap selama 3 bulan atau lebih dan sebabnya tidak diketahui.

2) Stadium klinis 2

Kondisi klinis pada stadium klinis 2 antara lain : penurunan berat badan <10%, hepatosplenomegali persisten dan pembesaran kelenjar parotis tanpa penyebab, infeksi saluran nafas berulang, herpes zoster, keilitis angularis, sariawan berulang, erupsi papular pruritik, dermatitis seboroik, infeksi jamur kuku, eritema linea gingiva, infeksi virus wart luas dan moluskum contagiosum luas.

3) Stadium klinis 3

Kondisi klinis yang dialami pada stadium klinis 3 yaitu penurunan berat badan derajat sedang, diare kronik dan demam

>37,5°C lebih dari satu bulan, anemia, malnutrisi yang semua tanpa penyebab, kandidiasis oral, oral hairy leukoplakia, TB paru dan kelenjar, infeksi bakterial berat, stomatitis, gingivitis, *pneumonitis interstisial limfoid* (PIL) simptomatik, penyakit paru yang berhubungan dengan HIV seperti bronkiektasis.

4) Stadium klinis 4

Pada stadium klinis 4 terjadi HIV *wasting syndrome*, *pneumonia pneumocystis* (PCP), pneumonia bakterial, septisemia dan infeksi bakterial berat berulang, infeksi herpes simpleks kronik, kandidiasis esophageal, TB ekstraparu, sarkoma kaposi, infeksi sitomegalovirus, toksoplasmosis otak, ensefalopati HIV, kriptokokosis ekstrapulmonar, infeksi mikobakteria non-tuberkulosis diseminata, *progressive multifocal leukoencephalopathy* (PML), kriptosoridiosis kronik, isosporiasis kronik, mikosis diseminata, limfoma, karsinoma serviks invasive, leishmaniasis diseminata atipikal, nefropati dan kardiomiopati terkait HIV, malnutrisi, *wasting* dan *stunting* berat tanpa sebab dan kandidiasis esofagus.

2. Antiretroviral (ARV)

Infeksi virus HIV mempunyai ciri sifat laten dan masa inkubasi yang lama. Kecepatan virus HIV dalam menginfeksi antar individu kurang lebih antara 6 bulan hingga 20 tahun dan akan berkembang menjadi AIDS sekitar 5 tahun jika tanpa terapi ARV (Depkes RI, 2006a).

ODHA memerlukan terapi ARV untuk menurunkan jumlah virus agar tidak berkembang menjadi AIDS dan mencegah infeksi oportunistik beserta komplikasinya (Kemenkes RI, 2014). Terapi ARV juga dinilai efektif dan terjangkau dalam membantu menjaga kesehatan serta memperpanjang usia dan memelihara kehidupan ODHA (WHO & ILO, 2005).

a. Tujuan terapi ARV

Menurut Depkes RI (2006a) terapi ARV bertujuan untuk :

- 1) Mengurangi penularan HIV.
 - 2) Meningkatkan CD4 sehingga dapat memulihkan dan memelihara imunologis.
 - 3) Menurunkan komplikasi.
 - 4) Memperbaiki kualitas hidup ODHA.
 - 5) Menekan replikasi virus HIV.
 - 6) Menurunkan angka kesakitan dan kematian karena virus HIV.
- b. Penggolongan antiretroviral

Menurut Depkes RI (2006a), terdapat tiga golongan dalam terapi antiretroviral yaitu :

- 1) Penghambat masuknya virus

Mekanisme kerjanya yaitu menghambat fusi virus yang menuju ke target sel dengan jalan berikatan dengan sub unit GP41 selubung glikoprotein virus, contohnya Enfuvirtid.

- 2) Penghambat *Reverse Transcriptase Enzyme* (RTI)

Terdapat beberapa golongan RTI diantaranya :

- a) Analog Nukleosida (NRTI)

Menghambat perubahan RNA menjadi DNA dan menghentikan pemanjangan DNA dengan jalan NRTI diubah dalam tiga tahap penambahan gugus fosfat yang berkompetensi dengan natural nukleotida.

NRTI dibagi menjadi :

- i. Analog Thymin : Zidovudin (ZDV/AZT) dan Stavudin (d4T).
- ii. Analog Cytosin : Lamivudin (3TC) dan Zalcitabin (ddC).
- iii. Analog Adenin : Didanosine (ddI).
- iv. Analog Guanin : Abacavir (ABC).

- b) Analog Nukleotida (NtRTI)

NtRTI bekerja menghambat replikasi HIV seperti NRTI namun menggunakan dua tahapan proses fosforilasi.

Contoh NtRTI yaitu analog adenosin monofosfat : Tenofovir.

c) Non nukleosida (NNRTI)

NNRTI bekerja dengan berikatan langsung dengan reseptor RT dan tidak berkompetensi dengan nukleotida natural. Merupakan antiviral yang aktivitasnya tidak kuat terhadap HIV-2 dengan contoh : Nevirapin (NVP) dan Efavirenz (EFZ).

3) Penghambat Enzim Protease (PI)

Protease Inhibitor merupakan ARV yang potensial dengan jalan berikatan dengan enzim protease yang mengkatalisa pematangan protein saat pematangan virus sehingga virus tidak dapat masuk dan menginfeksi sel lain, contohnya : Ritonavir (RTV), Saquinavir (SQV), Indinavir (IDV) dan Nelfinavir (NFV).

3. Panduan Penggunaan antiretroviral (ARV)

a. Regimen antiretroviral

Regimen ARV yang dapat digunakan antara lain sebagai berikut :

1) Regimen Lini Pertama

a) Anak >5 tahun, ibu hamil dan menyusui, ODHA koinfeksi hepatitis B dan TB (Kemenkes RI, 2015)

i. Regimen pilihan

TDF+3TC (atau FTC)+EFV dalam bentuk KDT.

ii. Regimen alternatif

AZT+3TC+EFV (atau NVP).

TDF+3TC (atau FTC)+NVP.

b) Anak <5 tahun (Kemenkes RI, 2015)

AZT+3TC+NVP.

d4T+3TC+EFV.

TDF+3TC+EFV.

c) Dewasa (Depkes RI, 2006a)

ZDV+3TC+NVP.

2) Regimen Lini Kedua

a) Anak (Kemenkes RI, 2015)

ABC (atau TDF)+3TC (atau FTC)+LPV/r.

AZT+3TC+LPV/r.

b) Remaja ≥ 10 tahun dan dewasa (Kemenkes RI, 2015)

TDF+3TC (atau FTC)+LPV/r.

AZT+3TC+LPV/r.

c) Remaja dan dewasa dengan HIV dan koinfeksi TB (Kemenkes RI, 2015)

TDF+3TC (atau FTC)+LPV/r dosis ganda.

AZT+3TC=LPV/r dosis ganda.

d) Remaja dan dewasa dengan HIV dan HBV koinfeksi (Kemenkes RI, 2015)

AZT+TDF+3TC (atau FTC)+LPV/r.

e) Remaja dan dewasa yang gagal dengan regimen lini pertama (Depkes RI, 2006a)

TDF/ABC+ddl+LPV/r atau SQV/r.

3) Regimen Lini Ketiga

Jika pada pemberian lini kedua terdapat kegagalan maka dilakukan terapi penyelamatan efektif dengan pemberian regimen lini ketiga, namun regimen lini ketiga belum tersedia pada program nasional (Kemenkes RI, 2015) :

a) Dewasa

ETR+RAL+DRV/r.

b) Anak

ETR+RAL+DRV/r.

4. Gambaran Penggunaan Terapi ARV

Gambaran terapi ARV pada beberapa penelitian yang telah dilakukan antara lain yaitu :

Tabel 2. Gambaran Terapi ARV pada Penelitian lain

a. Yasin & Maranty (2011)	AZT+3TC+NVP (61,97%). AZT+3TC+EFV (19,72%). D4T+3TC+EFV (11,27%). D4T+3TC+NVP (7,04%).
b. Kurniawan, Djauzi, Yuniastuti, & Nugroho (2017)	TDF+3TC+NVP 10 (5,1%) / 18 (9,1%). TDF+3TC+EFV 36 (18,3%) / 54 (27,4%). AZT+3TC+NVP 68 (34,5%) / 38 (19,3%). AZT+3TC+EFV 52 (26,4%) / 53 (26,9%). d4T+3TC+NVP 11 (5,6%) / 11 (5,6%). d4T+3TC+EFV 20 (10,2%) / 23 (11,7%).
c. Hidayati, Abdillah, & Keban (2013)	AZT+3TC+NVP (28,7%). AZT+3TC+EFV (31,2%). d4T+3TC+NVP (1,6%). d4T+3TC+EFV (1,6%). TDF+3TC+NVP (20,5%). TDF+3TC+NVP (15,6%). TDF+3TC+LPV/r (0,8%).
d. Anwar, Nugroho, & Wulandari (2018)	TDF + 3TC + EFV (73,68%). ZDV + 3TC + NVP (17,90%). TDF + 3TC + NVP (4,21%). ZDV + 3TC + EFV (4,21%).
e. Andi, Amalia, & Wisaksana (2015)	AZT-3TC-NVP (4,17%). AZT-3TC-EFV (20,83%). TDF-3TC-NVP (2,08%). TDF-3TC-EFV (62,50%). d4T-3TC-EFV (10,42%).

5. Kualitas Hidup

a. Definisi Kualitas Hidup

Menurut World Health Organization (1997) kualitas hidup merupakan persepsi posisi seseorang dalam hal budaya dan sistem nilai tentang tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran yang mempengaruhi kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, kepercayaan diri dan lingkungan hidupnya.

Kualitas hidup menurut (Haroen, Juniarti, & M.S., 2008) merupakan pengalaman batin yang dirasakan dilihat dari perubahan biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

b. WHOQOL HIV-BREF

Respon klinis yang dapat digunakan sebagai acuan salah satunya adalah kualitas hidup. Kualitas hidup dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan tata laksana dan pengobatan kepada pasien, sehingga pengobatan yang diberikan dapat dikatakan

berhasil. Pada penilaian kualitas hidup seseorang dibutuhkan instrumen yang sahih, andal, responsif dan tepat seperti instrumen WHOQOL HIV BREF, terdiri dari 31 pertanyaan dengan enam domain dan dua persepsi diantaranya fisik, psikologis, kemandirian, sosial, lingkungan, spiritual, persepsi kualitas hidup dan persepsi kondisi kesehatan.

Instrumen WHOQOL HIV BREF sudah diterjemahkan dalam bahasa indonesia oleh Muhammad, Shatri, Djoerban, & Abdullah (2017) yang sudah teruji kesahihan dan kerandalannya lebih spesifik mengukur kualitas hidup ODHA dengan nilai korelasi yang tinggi terhadap skor total domain dan nilai *Cronbach alpha* 0,513-0,798. Rentang nilai skor kualitas hidup pada tiap domain sebesar 10,0-14,0 dan pada beberapa negara skor kualitas hidup lebih tinggi di Nigeria 14,08-16,88 dan Luganda 13,9-16,0 sedangkan di Bangladesh tidak jauh berbeda antara 11,63-13,37.

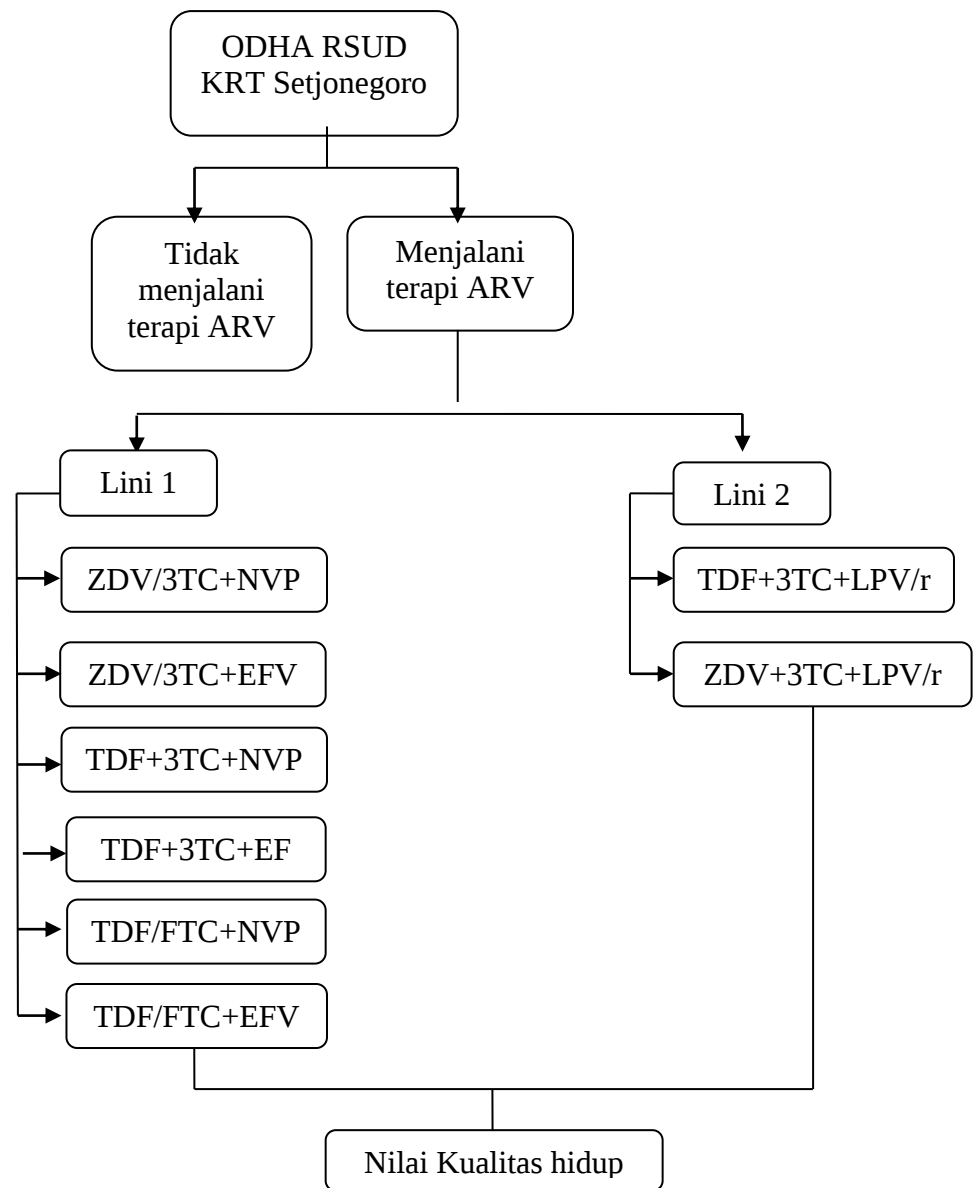
6. Kualitas Hidup ODHA yang Menjalani Terapi ARV

ODHA yang menjalani terapi ARV memiliki kualitas hidup yang lebih baik karena terbukti dapat memperpanjang umur harapan hidup, menjaga kesehatan fisik ODHA, meningkatkan manajemen penyakit, merasa lebih sehat dan lebih produktif (Handayani & Tetra Dewi, 2017). Gambaran kualitas hidup ODHA yang menjalani terapi ARV pada beberapa penelitian yang telah dilakukan antara lain penelitian Lindayani (2017) pada domain psikologis ODHA merasa lebih puas terhadap perasaan positif kenikmatan hidup dan hubungan pribadinya namun kurang puas terhadap aktifitas seksualnya. Pada domain lingkungan ODHA merasa lebih puas terhadap akses dan kesempatan mendapatkan keterampilan dan informasi baru namun kurang puas terhadap sumber keuangannya. Sedangkan pada domain fisik dan sosial ODHA merasa lebih puas dalam kemampuan bergaul namun kurang puas terhadap istirahat dan tidurnya dan merasa lebih puas terhadap hubungan pribadinya.

Penelitian Amiruddin & Arsyad (2014) ODHA pada domain fisik merasakan rasa sakit fisiknya bukan sebagai penghalang dalam beraktifitas dan merasa tidak cepat lelah setelah beraktifitas. Sedangkan pada domain psikologis dan spiritual ODHA sering merasakan perasaan kesepian, putus asa, cemas dan depresi namun merasa lebih tenang dan tidak khawatir akan masa depan dengan beribadah.

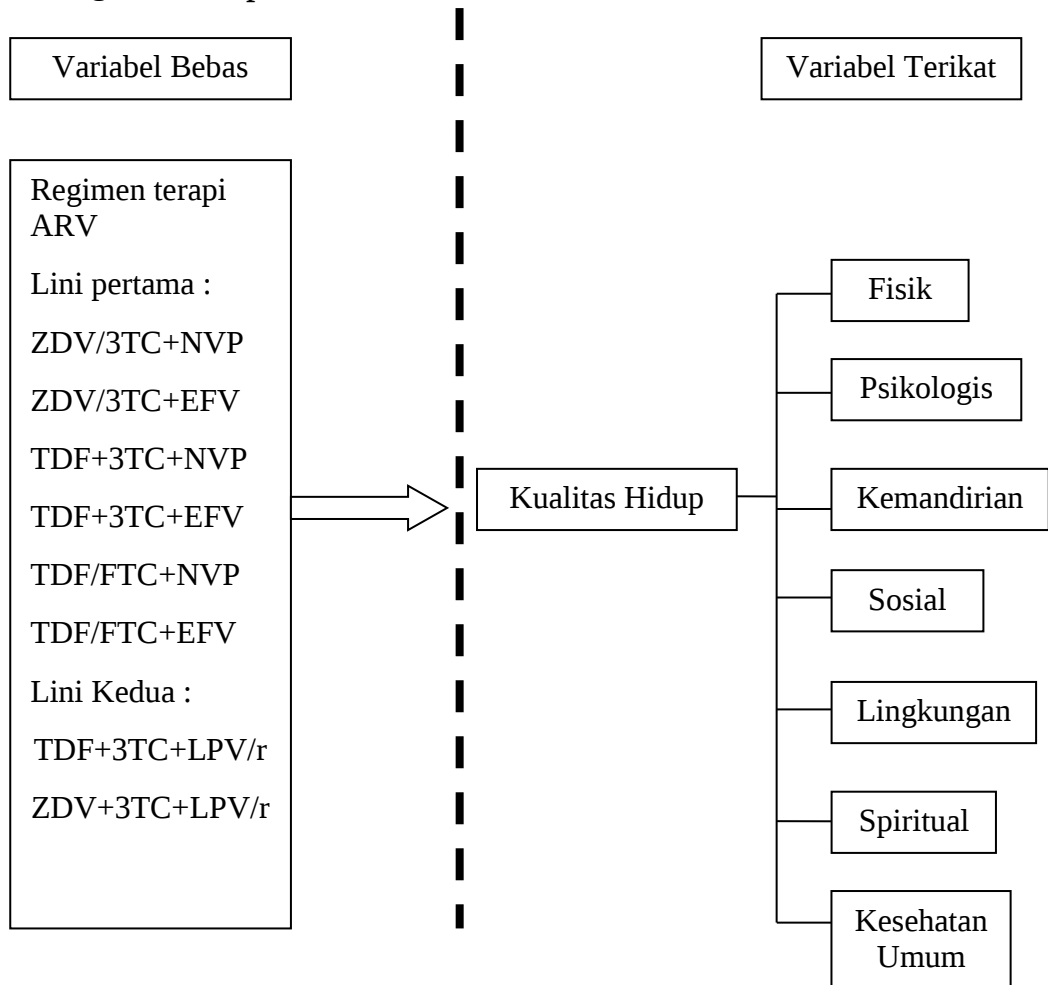
Gambaran kualitas hidup ODHA pada penelitian Rachmawati (2013) pada domain fisik kualitas hidup baik karena menyadari pentingnya menjaga kesehatan fisik dengan rutin menjalani terapi ARV agar tidak muncul infeksi oportunistik. Pada domain sosial ODHA kurang mendapatkan dukungan sosial dari keluarga juga orang-orang disekitarnya dan pada domain spiritual kurang dapat mengembangkan kehidupan spiritualnya. Sedangkan hasil penelitian Novianti S (2015) kualitas hidup ODHA dari domain psikologis dan sosial adalah kurang baik, penggunaan terapi ARV menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik sehingga dapat beraktifitas seperti biasa.

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan studi observasional. Peneliti melakukan pengamatan terhadap subyek penelitian dan menganalisis hasil pengamatan. Hasil penelitian menyajikan nilai kualitas hidup ODHA berdasarkan perbedaan regimen terapi ARV. Pengambilan data dilakukan secara *cross sectional*. Pengambilan data pada setiap subyek hanya dilakukan satu kali pengambilan data selama penelitian.

B. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas

Variabel bebas pada penelitian ini yaitu regimen terapi ARV yang terdiri dari delapan kombinasi ARV.

2. Variabel terikat

Variabel terikat pada penelitian ini yaitu nilai kualitas hidup.

C. Definisi Operasional

1. Orang dengan HIV/AIDS (ODHA)

ODHA adalah seseorang yang telah dinyatakan positif terinfeksi virus HIV dengan pemeriksaan laboratorium. Tes HIV positif jika jumlah virus HIV dalam darah >50 kopi/ml dan negatif ≤ 50 kopi/ml. Data ini didapatkan dari excel reg pra-ART dan ART RSUD KRT Setjonegoro disajikan dengan skala data nominal.

2. Antiretroviral (ARV)

ARV merupakan obat yang digunakan ODHA untuk menekan virus HIV di dalam tubuh. Digolongkan menjadi penghambat masuknya virus, penghambat *Reverse Transcriptase Enzyme* (RTI) dan penghambat Enzim Protease (PI). Data ini didapatkan dari excel reg pra-ART dan ART RSUD KRT Setjonegoro disajikan dengan skala data nominal.

3. Regimen Terapi ARV

Regimen terapi ARV adalah kombinasi obat ARV yang digunakan dalam pengobatan ODHA untuk meningkatkan kualitas hidup. Terbagi menjadi regimen lini pertama dan lini kedua yaitu ZDV/3TC+NVP, ZDV/3TC+EFV, TDF+3TC+NVP, TDF+3TC+EFV, TDF/FTC+NVP, TDF/FTC+EFV dan TDF+3TC+LPV/r, ZDV+3TC+LPV/r. Data ini didapatkan dari excel reg pra-ART dan ART RSUD KRT Setjonegoro disajikan dengan skala data nominal.

4. Kualitas Hidup

Kualitas Hidup adalah hasil terapi tentang persepsi ODHA dalam kehidupannya yang diukur dalam persepsi kualitas hidup, persepsi kondisi kesehatan dan enam domain (fisik, psikologis, kemandirian, sosial, lingkungan dan spiritual). Pengukuran dilakukan menggunakan kuesioner WHOQOL HIV BREF. Skor rata-rata domain digunakan untuk menghitung skor pada tiap domain dengan hasil rentang nilai 4-20. Semakin tinggi nilai maka semakin tinggi kualitas hidup, data ini disajikan menggunakan skala data rasio.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini yaitu seluruh ODHA yang menerima pengobatan regimen terapi ARV di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.

2. Sampel

Sampel ditentukan dengan cara *Non-Probability Sampling* dengan teknik *Purposive Sampling*. Sampel penelitian ditetapkan melalui kriteria inklusi berikut :

- a. Pasien HIV/AIDS yang menjalani terapi ARV secara terkontrol di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.
- b. Pasien sudah menjalani terapi ARV minimal 6 bulan.
- c. Usia pasien ≥ 15 tahun.
- d. Pasien yang bersedia menjadi responden dan dapat menjawab kuesioner dengan baik.

Sampel penelitian yang ditetapkan sebagai kriteria eksklusi adalah :

- a. Pasien HIV/AIDS yang *Drop Out* yaitu pasien HIV/AIDS yang berhenti terapi ataupun yang sudah menjalani terapi ARV namun sempat terhenti dan melanjutkan terapi kembali.
- b. Pasien HIV/AIDS yang dirujuk keluar RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo.
- c. Pasien HIV/AIDS yang pada saat dilakukan penelitian meninggal dunia.

E. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Klinik Sakura RSUD KRT Setjonegoro yang berlokasi di jalan RSU no 1 Wonosobo.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari sampai Maret 2019.

F. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *World Health Organization Quality of Life-HIV Bref* (WHOQOL HIV BREF). Kuesioner ini merupakan instrumen yang spesifik untuk mengukur kualitas hidup pasien dengan HIV/AIDS (WHO, 2002).

2. Pengumpulan Data

Sumber data pada penelitian ini berasal dari :

a. Data Karakteristik Pasien

Data karakteristik pasien diperoleh dari excel reg pra-ART dan ART RSUD KRT Setjonegoro yang berisi data pasien (nama, nomer register nasional, nomer rekam medik, jenis kelamin, tanggal lahir, usia, pendidikan, status pernikahan, status HIV, cara penularan, tahun pertama dinyatakan positif saat test HIV, standar klinis saat mulai Antiretroviral Terapi (ART) dan tanggal mulai ART).

b. Data Kualitas Hidup

Kualitas hidup diukur menggunakan kuesioner WHOQOL HIV BREF terdiri dari 31 pertanyaan yang terbagi menjadi dua persepsi kualitas hidup, persepsi kondisi kesehatan dan enam domain yaitu fisik, psikologis, kemandirian, sosial, lingkungan dan spiritual. Pada tiap domain dinilai kedalam 5 rentang skala likert. Penilaian skor tiap domain dalam kuesioner WHOQOL HIV BREF adalah sebagai berikut :

- 1) Pertanyaan nomer satu menanyakan tentang persepsi keseluruhan kualitas hidup seseorang dan pertanyaan nomer dua menanyakan tentang persepsi keseluruhan seseorang terhadap kesehatannya di nilai pada skala Likert 5 poin di mana 1 menunjukkan persepsi negative (rendah) dan 5 menunjukkan persepsi positif (tinggi).
- 2) Persepsi individu tentang kualitas hidup pada domain fisik, psikologis, kemandirian, sosial, lingkungan dan spiritualitas dinilai pada skala Likert 5 poin. Poin 1 adalah hasil persepsi negatif yang menunjukkan kualitas hidup rendah dan poin 5 hasil persepsi positif yang menunjukkan kualitas hidup yang lebih tinggi. Skor ini dinilai dengan (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5).
- 3) Aspek nyeri, rasa tidak nyaman, perasaan negatif, ketergantungan obat, sekarat dan kematian tidak ditingkatkan ke arah yang positif sehingga untuk aspek skor yang lebih tinggi tidak menunjukkan kualitas hidup yang tinggi. Pada aspek ini perlu ditinjau dengan membalikkan item yang diuraikan secara negatif menjadi positif. Skor ini dinilai dengan (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).
- 4) Skor rata-rata dalam setiap domain digunakan untuk menghitung skor domain. Skor rata-rata kemudian dikalikan dengan 4 untuk membuat skor domain sebanding dengan skor yang digunakan

dalam WHOQOL sehingga skor berkisar antara 4 dan 20 (WHO, 2002).

G. Metode Pengolahan dan Analisis Data

1. Metode Pengolahan Data

a. *Editing*

Proses *editing* merupakan langkah untuk memeriksa kembali kebenaran dan kelengkapan data yang diperoleh dari kuesioner kualitas hidup WHOQOL HIV BREF dengan cara memeriksa lembar kuesioner pada jawaban yang sudah terisi, kelengkapan data, tulisannya cukup jelas terbaca, dan konsisten.

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode angka terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori pada jawaban kuesioner kualitas hidup pasien HIV/AIDS.

c. *Tabulating*

Kegiatan *tabulating* yang dilakukan dalam penelitian meliputi pengelompokan data yang telah didapatkan lalu dimasukkan ke dalam tabel berdasarkan kuesioner yang telah ditentukan skornya.

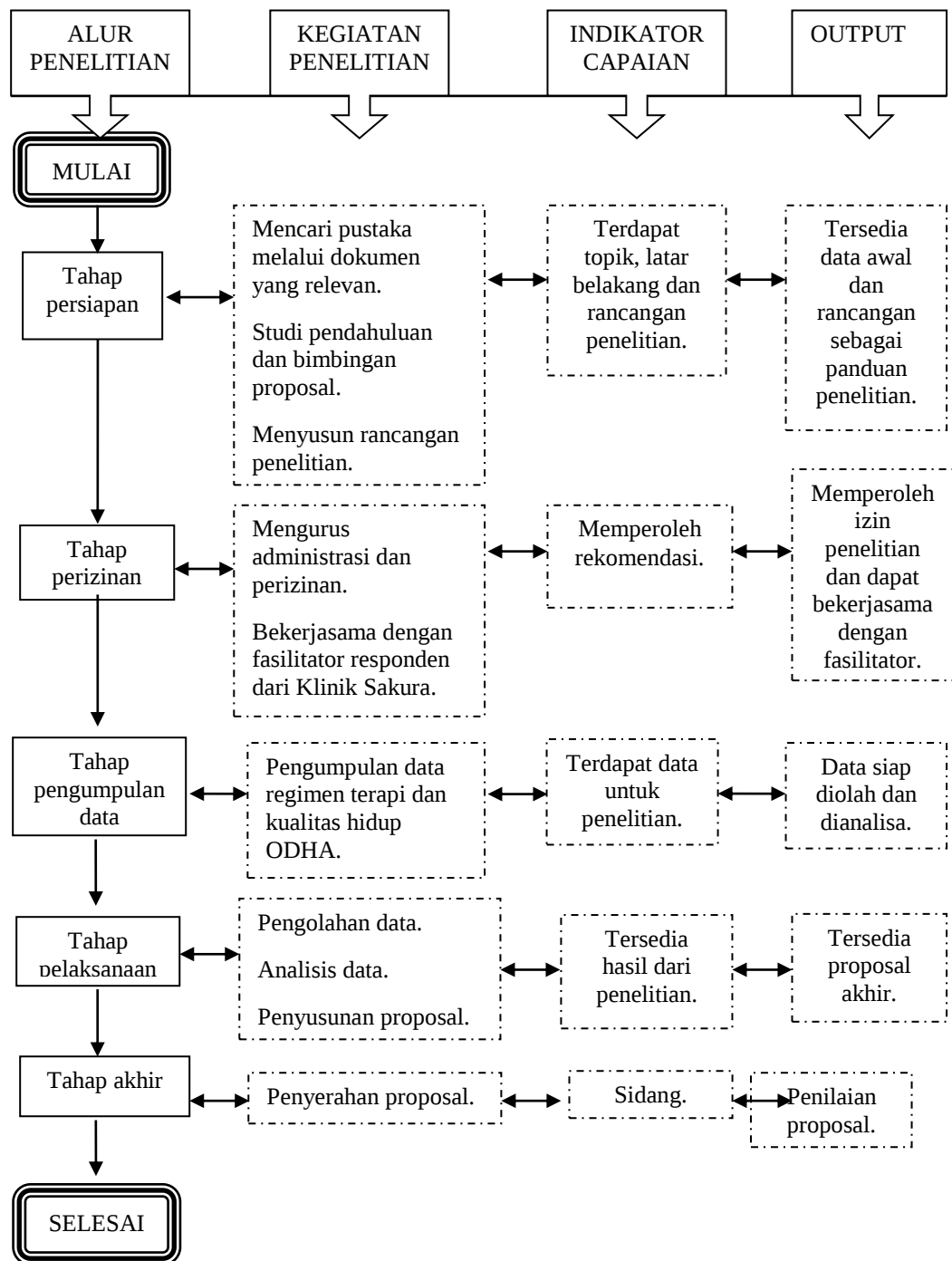
d. *Export Data*

Export Data merupakan kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam pengolah data SPSS.

2. Analisis Data

Analisis data dilakukan menggunakan program SPSS dengan menggunakan statistik deskriptif. Hasil analisis data akan menyajikan nilai kualitas hidup ODHA dan rata-rata dalam setiap domain.

H. Jalannya Penelitian



Gambar 3. Jalan Penelitian

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kesimpulan pada penelitian ini berdasarkan hasil di atas adalah sebagai berikut :

1. Terapi kombinasi antiretroviral yang digunakan didominasi ZDV-3TC-NVP (36.4 %) dan yang paling sedikit kombinasi TDF-3TC-LPV (1.5 %).
2. Rata-rata profil kualitas hidup ODHA yaitu persepsi kualitas hidup (3.70), persepsi kondisi kesehatan (3.68), domain fisik (15.15), domain psikologis (14.72), domain kemandirian (15.20), domain sosial (15,45), domain lingkungan (14,43) dan domain spiritual (15.27).
3. ODHA dengan kualitas hidup diatas rata-rata berdasarkan perbedaan regimen terapi, sebagai berikut :
 - a. ZDV-3TC-NVP (persepsi kualitas hidup, persepsi kondisi kesehatan, fisik, psikologis dan lingkungan).
 - b. ZDV-3TC-EFZ (kemandirian).
 - c. ZDV-3TC-LPV (persepsi kondisi kesehatan, sosial dan spiritual).
 - d. TDF-3TC-NVP (persepsi kualitas hidup, fisik, psikologis, kemandirian, sosial dan lingkungan).
 - e. TDF-3TC-EFZ (sosial).
 - f. TDF-FTC-NVP (persepsi kualitas hidup, persepsi kondisi kesehatan, fisik, kemandirian, sosial, lingkungan dan spiritual).
 - g. TDF-FTC-EFZ (persepsi kondisi kesehatan dan sosial).

B. Saran

Penulis berharap agar topik penelitian dikembangkan dengan mengukur korelasi antara skor kualitas hidup ODHA dengan regimen terapi, stadium klinis, tingkat CD4, tingkat VL (Viral Load), efek samping dan kepatuhan dalam menjalani terapi antiretroviral

DAFTAR PUSTAKA

- Adewale, A. O., Jubril, O. O., Oluwaseun, H. I., Adebukola Selimot, H., & Rotimi Ayoola, A. (2012). Effects of a Single Pill 3-drug Combination of Lamivudine, Nevirapine and Zidovudine on Blood Parameters and Liver Histology in Female Wistar Rats. *American Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2(4). <https://doi.org/10.5923/j.ajmms.20120204.02>
- Amiruddin, R., & Arsyad, D. S. (2014). Kualitas Hidup Orang dengan HIV dan AIDS di Kota Makassar. Bagian Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- Andi, A. V., Amalia, L., & Wisaksana, R. (2015). Drug Interactions and Adverse Drug Reactions Study in HIV/AIDS Patients with Tuberculosis at Dr. Hasan Sadikin Hospital Bandung. 13.
- Anwar, Y., Nugroho, S. A., & Wulandari, S. D. (2018). Profile of Antiretroviral Side Effects on Patient of HIV in RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso Jakarta. 16(1).
- Bickel, M., Gute, P., Carlebach, A., Mueller, A., & Klauke, S. (2008). Nevirapine (NVP), tenofovir (TDF) and lamivudine (3TC) or emtricitabine (FTC) is effective and well tolerated in naïve HIV-1 infected patients. *Journal of the International AIDS Society*, 11. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-11-S1-P18>
- Depkes RI. (2006a). Pedoman Pelayanan Kefarmasian Untuk Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
- Depkes RI. (2006b). Situasi HIV/AIDS di Indonesia tahun 1987-2006. Infodatin Pusat Data dan Informasi Depkes RI. (Jakarta).
- Diatmi, K., & Fridari, I. G. A. D. (2014). Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup pada Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) Di Yayasan Spirit Paramacitta. *Jurnal Psikologi Udayana*, 1(2).
- Ditjen P2P Kementerian Kesehatan RI. (2017). Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2017 (No. PM.02.02/3/1508/2017). Jakarta: Ditjen P2P Kementerian Kesehatan RI.

- Handajani, Y. S., Djoerban, Z., & Irawan, H. (2012). Quality of Life People Living with HIV/AIDS: Outpatient in Kramat 128 Hospital Jakarta. *Acta Med Indones*, 44(4).
- Handayani, F., & Tetra Dewi, F. S. (2017). Faktor yang memengaruhi kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS di Kota Kupang. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 33(11).
- Hapsari, E., Sarjana, W., & Sofro, M. A. U. (2016). Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS di RSUP.DR.Kariadi Semarang. 5(4).
- Hardjadipura, E. P., Hasan, D., & Winulyo, E. B. (2018). Cost Effectiveness Analysis Penggunaan Obat ARV Kombinasi Serta Pengaruhnya Terhadap Kualitas Hidup Pasien HIV-AIDS di Poliklinik Rawat Jalan RS. dr. H. Marzoeke Mahdi Bogor. *Farmagazine*, 5(3).
- Haroen, H., Juniarti, N., & M.S., C. W. (2008). Kualitas Hidup Wanita Penderita AIDS dan Wanita Pasangan Penderita AIDS di Kabupaten Bandung Barat. 10(XVIII).
- Hidayati, N. R., Abdillah, S., & Keban, S. A. (2013). Analisis Adverse Drug Reactions Obat Antiretroviral pada Pengobatan Pasien HIV/AIDS di RSUD Gunung Jati Cirebon tahun 2013. 6(1).
- Hoffmann, C. J., Fielding, K. L., Charalambous, S., Sulkowski, M. S., Innes, C., Thio, C. L., ... Grant, A. D. (2008). Antiretroviral therapy using zidovudine, lamivudine, and efavirenz in South Africa: Tolerability and clinical events: *AIDS*, 22(1).
<https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3282f2306e>
- Hsiung, P.-C., Fang, C.-T., Wu, C.-H., Sheng, W.-H., Chen, S.-C., Wang, J.-D., & Yao, G. (2011). Validation of the WHOQOL-HIV BREF among HIV-infected patients in Taiwan. *AIDS Care*, 23(8).
<https://doi.org/10.1080/09540121.2010.543881>
- Irawan, A. T., & Purnamasari, T. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien Penderita HIV/AIDS Di Poli Klinik Akasia RSDU Majalengka Tahun 2016. 2(4).

- Kambu, Y., Waluyo, A., & Kuntarti. (2016). Umur Orang dengan HIV AIDS (ODHA) Berhubungan dengan Tindakan Pencegahan Penularan HIV. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 19(3). <https://doi.org/10.7454/jki.v19i3.473>
- Kemenkes RI. (2011). Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2014). Situasi dan Analisis HIV AIDS. Infodatin Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. (Jakarta).
- Kemenkes RI. (2015). Permenkes Republik Indonesia No 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral. Jakarta.
- Kepmenkes RI. (2019). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV. Jakarta: Menkes RI.
- Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Jawa Tengah. (2015). Strategi dan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan HIV dan AIDS Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014-2018. Semarang.
- Konsulat Jenderal RI. (2010). HIV/AIDS Kenali Untuk Dihindari. Dipresentasikan pada Causeway Bay. Causeway Bay: Kementerian Luar Negeri RI.
- Kristiana, Y. (2017). Evaluasi Penggunaan Antiretroviral Pada Pasien HIV/AIDS di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Periode Januari 2016-Januari 2017 (Tugas Akhir). Universitas Sebelas Maret, Surakarta.
- Kurniawan, F., Djauzi, S., Yuniastuti, E., & Nugroho, P. (2017). Faktor Prediktor Kegagalan Virologis pada Pasien HIV yang Mendapat Terapi ARV Lini Pertama dengan Kepatuhan Berobat Baik. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 4(1). <https://doi.org/10.7454/jpdi.v4i1.110>
- Lindayani, L. (2017). Studi Komparatif: Kualitas Hidup Klien HIV(+) yang Menggunakan dan Tidak Menggunakan Antiretroviral Therapy di Bandung. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 2(2), 137. <https://doi.org/10.17509/jpki.v2i2.4749>

- Llibre, J. M., Bravo, I., Ornelas, A., Santos, J. R., Puig, J., Martin-Iguacel, R., ... Clotet, B. (2015). Effectiveness of a Treatment Switch to Nevirapine plus Tenofovir and Emtricitabine (or Lamivudine) in Adults with HIV-1 Suppressed Viremia. *PLOS ONE*, 10(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128131>
- Mariam, S., Radji, M., & Budi, E. (2011). Perbandingan Respon Imunologi Empat Kombinasi Antiretroviral Berdasarkan Kenaikan Jumlah CD4. 5(3).
- Michalik, D. E., Jackson-Alvarez, J. T., Flores, R., Tolentino-Baldrige, C., & Batra, J. S. (2015). Low Third-Trimester Serum Levels of Lamivudine/Zidovudine and Lopinavir/Ritonavir in an HIV-Infected Pregnant Woman with Gastric Bypass. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, 14(2). <https://doi.org/10.1177/2325957414555231>
- Muhaimin, T. (2010). Kualitas Hidup Anak Remaja pada Keluarga dengan HIV/AIDS di Indonesia. 5(3).
- Muhammad, N. N., Shatri, H., Djoerban, Z., & Abdullah, M. (2017). Uji Kesahihan dan Keandalan Kuesioner World Health Organization Quality of Life-HIV Bref dalam Bahasa Indonesia untuk Mengukur Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 4(3). <https://doi.org/10.7454/jpdi.v4i3.137>
- NAM Publications. (2019). Treating HIV & AIDS: a Training Toolkit Nevirapine, Zidovudine and Lamivudine Fixed Dose ART Combination For Treatment Of HIV Infection.
- Novianti S, D. (2015). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV yang Menjalani Rawat Jalan di Care Supportand Treatment (CST) Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Kota Pontianak (Skripsi). Universitas Tanjungpura Pontianak, Pontianak.
- O'Connell, K. A., & Skevington, S. M. (2012). An International Quality of Life Instrument to Assess Wellbeing in Adults Who are HIV-Positive: A Short Form of the WHOQOL-HIV (31 items). *AIDS and Behavior*, 16(2). <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9863-0>
- Perwitasari, D. A., Santosa, S. B., & Kaptein, A. A. (2017). Illness Perceptions and Quality of Life in Patients with Diabetes Mellitus Type 2.

Indonesian Journal of Clinical Pharmacy, 6(3).
<https://doi.org/10.15416/ijcp.2017.6.3.190>

Pramesti, S. (2016). Evaluasi Penggunaan Obat Antiretroviral (ARV) pada Pasien Rawat Jalan di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta Periode Januari 2014-Desember 2014 (Skripsi). Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Puspitasari, W. D., Yasin, N. M., & Rahmawati, F. (2018). Perbandingan Luaran Terapi Rejimen Antiretroviral Lini Kedua pada Pasien HIV/AIDS. 8, 9.

Rabaud, C., Burty, C., Grandidier, M., Christian, B., Penalba, C., Beguinot, I., ... May, T. (2005). Tolerability of Postexposure Prophylaxis with the Combination of Zidovudine-Lamivudine and Lopinavir-Ritonavir for HIV Infection. *Clinical Infectious Diseases*, 40(2).
<https://doi.org/10.1086/426589>

Rachmawati, S. (2013). Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS yang Mengikuti Terapi Antiretroviral. *Jurnal Sains dan Praktik Psikologi*, 1(1).

Razera, F., Ferreira, J., & Bonamigo, R. R. (2008). Factors associated with health-related quality-of-life in HIV-infected Brazilians. *International Journal of STD & AIDS*, 19(8).
<https://doi.org/10.1258/ijsa.2008.007289>

Rohman, M. A. (2018). 2.180 Penderita HIV-AIDS di Wonosobo Belum Terdeteksi. *Suara Merdeka*.

Rozi, R. F. (2016). Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup ODHA pada Kelompok Dukungan Sebaya Solo Plus di Surakarta (Skripsi). Universitas Muhammadiyah Surakarta, Surakarta.

SafnurBaiti, D. P. (2014). Respon Terapi Antiretroviral pada Pasien HIV/AIDS di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta (Skripsi). Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Santoso, S. B., Perwitasari, D. A., Faridah, I. N., & Kaptein, A. A. (2017). Hubungan kualitas hidup dan persepsi pasien tentang penyakit diabetes mellitus tipe 2 dengan komplikasi. *Pharmaciana*, 7(1).
<https://doi.org/10.12928/pharmaciana.v7i1.4699>

- Setiyorini, E. (2015). Gambaran Kualitas Hidup ODHA yang Menjalani Terapi Antiretroviral (ARV) di Poli Cendana RSUD Ngudi Waluyo Wlingi (Quality of Life People Living with HIV-AIDS (PLWHA) with Antiretroviral therapy in Cendana Clinic Ngudi Waluyo Wlingi Hospital). *Jurnal Ners dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 2(1). <https://doi.org/10.26699/jnk.v2i1.ART.p006-014>
- Smith, D. E., Chan, D. J., Maruszak, H., & Jeganathan, S. (2011). Clinical experience with nevirapine combined with tenofovir plus emtricitabine or lamivudine-containing regimens in HIV-infected subjects. *International Journal of STD & AIDS*, 22(4). <https://doi.org/10.1258/ijsa.2010.010258>
- Soriano, V., Arastéh, K., Migrone, H., Lutz, T., Opravil, M., Andrade-Villanueva, J., ... ARTEN investigators. (2011). Nevirapine versus atazanavir/ritonavir, each combined with tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine, in antiretroviral-naïve HIV-1 patients: The ARTEN Trial. *Antiviral Therapy*, 16(3). <https://doi.org/10.3851/IMP1745>
- Superkertia, I. G. M. E., Astuti, I. W., & Lestari, M. P. L. (2015). Hubungan Antara Tingkat Spiritualitas dengan Tingkat Kualitas Hidup pada Pasien HIV/AIDS di Yayasan Spirit Paramacitta Denpasar. *Jurnal Keperawatan Community of Publishing in Nursing*, Januari-April 2016.
- UNAIDS. (2018). UNAIDS DATA 2018. Diambil dari <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaids-data-2018>
- Vitoria, Dr. M., Bennett, Dr. D., Orrell, Dr. C., & Paton, Dr. N. (2009). HATIP 134: Terapi lini kedua. NAM Publications.
- Weberschock, T., Gholam, P., Hueter, E., Flux, K., SWS Study Centers, & Hartmann, M. (2009). Long-term efficacy and safety of once-daily nevirapine in combination with tenofovir and emtricitabine in the treatment of HIV-infected patients: A 72-week prospective multicenter study (TENOR-Trial). *European Journal of Medical Research*, 14(12). <https://doi.org/10.1186/2047-783X-14-12-516>
- WHO. (2002). WHOQOL-HIV Instrument, Users Manual, Scoring and Coding for the WHOQOL-HIV Instruments. Geneva.

- WHO. (2016). WHO Prequalification Programme WHO Public Assessment Report (WHOPAR) Lamivudine/Nevirapin/Zidovudine (30mg/50mg/60mg) Dispersible tablets. India: Strides Shasun Ltd.
- WHO, & ILO. (2005). Joint ILO/WHO guidelines on health services and HIV/AIDS. Geneva: International Labour Office: World Health Organization.
- Widiyanti, M. (2016). Dampak Perpaduan Obat ARV pada Pasien HIV/AIDS ditinjau dari Kenaikan Jumlah Limfosit CD4+ di RSUD Dok II Kota Jayapura. JURNAL PLASMA, 1(2). <https://doi.org/10.22435/plasma.v1i2.4535.53-58>
- World Health Organization. (1997). WHOQOL Measuring Quality of Life. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization. (Geneva).
- Yasin, N. M., Maranty, H., & Ningsih, W. R. (2011). Analisis Respon Terapi Antiretroviral pada Pasien HIV/AIDS. 11.