

BAB II LANDASAN TEORI

II. 1. HIV/AIDS dan Kepatuhan Menjalani Terapi ARV

II. 1. 1. HIV/AIDS

Definisi AIDS

AIDS adalah kependekan dari *acquired immune deficiency syndrome*. *Acquired* berarti didapat, bukan berasal dari faktor keturunan. *Immune* terkait dengan sistem kekebalan tubuh seseorang. *Deficiency* berarti kekurangan. *Syndrome* berarti penyakit dengan kumpulan gejala, bukan hanya dengan gejala tertentu. Jadi, AIDS adalah kumpulan gejala akibat kekurangan atau kelemahan sistem kekebalan tubuh yang dibentuk setelah kita lahir.

AIDS disebabkan oleh virus yang disebut dengan HIV atau *human immunodeficiency virus*. Bila seseorang terinfeksi HIV, tubuh orang tersebut akan mencoba menyerang infeksi. Sistem kekebalan tubuh akan membuat ‘antibodi’, molekul khusus yang menyerang HIV itu.

Tes darah untuk HIV mencari antibodi itu. Jika ada antibodi itu di dalam darah seseorang, berarti ia telah terinfeksi HIV. Orang yang mempunyai antibodi terhadap HIV disebut ‘HIV-positif’. HIV-positif tidak sama dengan AIDS. Semakin lama terinfeksi HIV, semakin rusak sistem kekebalan tubuh. Virus, parasit, jamur, dan bakteri yang biasanya tidak jadi masalah akan menjadi penyebab penyakit jika sistem kekebalan tubuh rusak. Penyakit ini disebut sebagai ‘infeksi oportunistik (IO)’.

Setelah terinfeksi HIV, infeksi tersebut kemudian dapat berkembang menjadi AIDS. Penularan HIV dapat terjadi dari seseorang yang tidak terlihat sebagai orang yang sakit, bahkan dari seseorang dengan hasil tes HIV yang tidak positif. Darah, cairan vagina, air mani, dan air susu ibu seseorang yang terinfeksi HIV mengandung cukup virus untuk menularkan orang lain. Sebagian besar orang tertular HIV melalui:

1. Berhubungan seks dengan seseorang yang telah terinfeksi.
2. Memakai jarum suntik bergantian dengan seseorang yang telah terinfeksi.

3. Terlahir dari ibu yang terinfeksi, atau disusui oleh perempuan yang telah terinfeksi.

Satu cara untuk mengukur kerusakan pada sistem kekebalan tubuh adalah dengan menghitung jumlah sel CD4. Sel ini adalah bagian penting dari sistem kekebalan tubuh dan memiliki protein tertentu di permukaannya. Orang yang sehat mempunyai kadar CD4 antara 500-1500. Tanpa terapi, kadar CD4 kemungkinan akan turun. Seseorang mungkin akan mengalami gejala penyakit AIDS, misalnya demam, keringat malam, diare, atau kelenjar getah bening yang bengkak. Gejala ini bertahan lebih dari beberapa hari, kemungkinan selama beberapa minggu.

HIV dapat menjadi AIDS waktu sistem kekebalan tubuh dalam keadaan yang sangat rusak sehingga jumlah CD4 kita kurang dari 200, atau presentase CD4 kita dibawah 14%. Begitu pula jika kita menderita IO tertentu, kita AIDS. Beberapa IO tertentu yang dikeluarkan oleh Depkes yang mendefinisikan AIDS:

1. PCP, semacam infeksi paru.
2. KS, kanker kulit.
3. CMV (sitomegalovirus), infeksi yang biasanya mempengaruhi mata.
4. Kandidiasis, infeksi jamur dalam mulut atau vagina.

Terapi Antiretroviral (ARV)

Terapi antiretroviral berarti mengobati infeksi HIV dengan obat-obatan. Obat tersebut (yang disebut ARV) tidak dapat membunuh virus itu. Meskipun demikian, obat tersebut dapat memperlambat pertumbuhan virus. Waktu pertumbuhan virus diperlambat, begitu juga HIV. Karena HIV adalah retrovirus, obat-obatan ini biasa disebut sebagai terapi antiretroviral.

Setiap jenis atau 'golongan' ARV menyerang HIV dengan cara yang berbeda. Golongan obat anti-HIV pertama adalah *nucleoside reverse transcriptase inhibitor* atau NRTI, biasanya disebut analog nukleosida. Obat golongan ini menghambat perubahan kode genetik HIV, dari RNA menjadi DNA. Beberapa obat golongan ini yang ada di Indonesia adalah videx, staviral, dan viread. Golongan obat kedua menghambat dengan cara yang berbeda, dan dinamakan sebagai *non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor* atau NNRTI. Golongan

obat ini yang ada di Indonesia adalah nevirapine dan efavirenz. Golongan ketiga obat ARV adalah *protease inhibitor* atau PI. Obat ini menghambat dengan cara virus baru dipotong menjadi potongan khusus. Obat golongan PI yang ada di Indonesia adalah kaletra. Golongan ARV yang keempat adalah *fusion* dan *attachment inhibitor* yang menghambat pengikatan virus pada sel. Golongan obat ARV terbaru adalah *integrase inhibitor* yang menghambat pemaduan kode genetik HIV dengan kode genetik sel.

Pemakaian ARV

Waktu HIV menggandakan diri, sebagian bibit HIV baru menjadi sedikit berbeda dengan aslinya. Jenis berbeda ini disebut mutasi. Sebagian besar mutasi langsung mati, tetapi sebagian lainnya terus menggandakan diri. Walaupun kita memakai ARV, ternyata mutasi tersebut kebal terhadap obat. Jika terjadi hal tersebut, ini berarti bahwa obat yang dikonsumsi sudah tidak bekerja lagi dan ‘mengembangkan resistensi’. Jika hanya satu jenis obat yang dipakai virus mudah mengembangkan resistensi terhadapnya. Tetapi, jika dua jenis obat dipakai sekaligus, virus bermutasi harus unggul terhadap dua jenis obat. Jika tiga jenis obat yang dipakai, kemungkinan mutasi dapat sekaligus unggul terhadap semuanya sangat kecil.

Pemakaian kombinasi tiga jenis obat berarti pengembangan resistensi memakan jauh lebih banyak waktu. Oleh karena itu, penggunaan satu jenis obat (yang disebut monoterapi) sangat tidak dianjurkan. Satu hal yang harus diingat adalah bahwa obat ini tidak dapat menyembuhkan HIV/AIDS, tetapi obat ini dapat meningkatkan kemungkinan Odha untuk hidup lebih lama dengan cara menekan jumlah virus yang ada di dalam darah.

Keputusan untuk mulai memakai obat ini tidak dapat ditentukan secara pasti. Tetapi, sebagian besar dokter akan mempertimbangkan empat hal: 1) *viral load* atau jumlah virus yang ada di dalam darah; 2) jumlah CD4; 3) gejala yang muncul; 4) apakah pasien benar-benar siap untuk mulai memakai terapi ini. ARV biasanya ditawarkan jika *viral load* di atas 100.000, jumlah CD4 dibawah 350, atau ada gejala HIV, seperti kandidiasis. Perlu diingat, bahwa keputusan ini adalah sangat penting dan sebaiknya dibahas terlebih dahulu dengan dokter. Salah

satu hal yang perlu dipertimbangkan adalah efek samping yang mungkin dirasakan oleh pasien. Selain itu, pemantauan jumlah virus di dalam darah (*viral load*) secara teratur juga perlu dilakukan agar dapat dideteksi apakah sudah waktunya mengganti kombinasi obat (Lembaran Informasi tentang HIV/AIDS untuk Orang dengan HIV/AIDS, 2007).

II. 1. 2. Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan menurut Gatchel, Baum, dan Krantz (1989) adalah melakukan seperti apa yang disarankan oleh dokter atau mengikuti saran untuk mengadopsi tingkah laku tertentu yang berkaitan dengan kesehatan. Meminum obat saat disarankan untuk minum dan tidak menghentikannya sebelum disarankan demikian, mengikuti anjuran makan yang diberikan, berhenti merokok, hal-hal seperti inilah yang merupakan contoh kepatuhan pada saran yang diberikan oleh dokter.

Morisky, Green, dan Levine (1986) menjelaskan kepatuhan sebagai sejauh mana pasien mengikuti instruksi—baik suruhan maupun larangan—yang diberikan oleh dokter mereka atau penyedia layanan kesehatan lainnya.

Jadi, definisi kepatuhan adalah sejauh mana pasien mengikuti instruksi seperti mengadopsi tingkah laku tertentu yang berkaitan dengan kesehatan sesuai dengan apa yang disarankan oleh dokter atau penyedia layanan kesehatan lainnya.

II. 1. 3. Model Kepatuhan

Terdapat beberapa model yang dapat digunakan untuk menjelaskan kepatuhan (Brannon dan Feist, 1997):

1. Model biomedis

Model ini tidak menjelaskan mengapa seorang individu tidak patuh pada saran kesehatan yang telah diberikan oleh dokter. Model ini hanya menjelaskan faktor-faktor demografik apa saja yang berhubungan atau mempengaruhi kepatuhan seseorang terhadap saran yang diberikan oleh dokter, seperti usia, gender, latar belakang etnik, pendapatan, dan sebagainya (Fisher dalam Brannon dan Feist, 1997). Selain itu model ini juga melihat variabel lain yang mungkin mempengaruhi, seperti

kompleksitas perawatan, efek samping dari saran yang diberikan, dan tingkat keparahan dari sakit yang diderita. Model ini berasumsi bahwa berbagai karakteristik personal yang dimiliki oleh seorang individu dan karakteristik penyakit yang dideritanya dapat digunakan untuk meramalkan siapa yang akan dan siapa yang tidak akan mematuhi saran dokter.

2. Model behavioral

Model behavioral dari kepatuhan adalah berdasarkan prinsip-prinsip *operant conditioning* yang diungkapkan oleh Skinner. Kunci dari *operant conditioning* adalah penghargaan (*reinforcement*) yang sifatnya segera atas semua respon yang menggerakkan individu menuju tingkah laku yang diinginkan, dalam hal ini kepatuhan pada saran yang diberikan oleh dokter.

3. Teori belajar kognitif

Teori belajar kognitif berdasarkan atas berbagai prinsip belajar yang juga menjadi dasar model behavioral, tetapi pada teori belajar kognitif ini ditambahkan juga beberapa konsep tambahan, seperti interpretasi dan evaluasi atas situasi yang dialami oleh individu, respon emosi mereka, dan kemampuan mereka untuk meng-*cope* simptom-simtom penyakit yang mereka rasakan.

Pada penelitian ini model yang digunakan adalah model teori belajar kognitif karena dalam penelitian ini melibatkan interpretasi dan evaluasi individu atas situasi yang dialami.

II. 1. 4. Faktor-faktor yang Memprediksi Tingkat Kepatuhan

Ketidakpatuhan dapat mendatangkan beberapa konsekuensi yang harus ditanggung oleh pasien. Beberapa mungkin tidak menyakitkan, tapi beberapa yang lain dapat mendatangkan masalah yang serius. Ada beberapa faktor yang dapat memprediksi tingkat kepatuhan individu pada saran medis (Brannon dan Feist, 1997; Gatchel, Baum, dan Krantz, 1989):

1. Karakteristik penyakit yang diderita

a. Efek samping dari penanganan medis

Beberapa penelitian menemukan bahwa meningkatnya efek samping tidak menyenangkan yang dirasakan oleh individu diasosiasikan dengan bertambah besarnya kemungkinan individu untuk tidak patuh. Masur (dalam Brannon dan Feist, 1997) menemukan bahwa pada beberapa penelitian, efek samping yang tidak menyenangkan bukanlah alasan utama untuk berhenti mengkonsumsi obat atau menghentikan program perawatan. Bukti-bukti ini bukan berarti bahwa efek samping benar-benar tidak berkaitan dengan ketidakpatuhan individu terhadap saran medis, tetapi mayoritas dari individu yang tidak patuh tersebut tidak menganggap efek samping sebagai faktor yang penting.

b. Jangka waktu perawatan

Secara umum, semakin lama individu harus mengikuti program perawatan semakin besar kemungkinan mereka untuk menghentikan program perawatan tersebut.

c. Kompleksitas perawatan

Secara umum, semakin bervariasi pengobatan yang harus dijalani oleh seseorang, semakin besar kemungkinan orang tersebut untuk tidak patuh. Bagaimanapun juga, bukti yang menunjukkan mengenai jumlah dosis harian tidaklah jelas. Haynes (dalam Brannon dan Feist, 1997) melakukan review atas lima penelitian mengenai kepatuhan dan peningkatan dosis harian. Dua dari lima penelitian tersebut menunjukkan bahwa kepatuhan menurun sejalan dengan peningkatan dosis harian (dari satu kali per hari sampai empat kali per hari), tetapi tiga penelitian lainnya tidak menunjukkan adanya hubungan antara kepatuhan dengan jumlah dosis harian.

2. Karakteristik personal

a. Usia

Hubungan antara kepatuhan dengan usia dipengaruhi oleh beberapa faktor. Beberapa faktor yang mempengaruhi hubungan antara kepatuhan dengan usia diantaranya adalah kekhususan penyakit yang diderita, waktu terjangkau penyakit tersebut, dan ketentuan yang berlaku untuk dapat dinyatakan sebagai seorang yang patuh dalam menjalani perawatan, penelitian-penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa kepatuhan dapat meningkat atau menurun sejalan usia.

b. Gender

Para peneliti menemukan bahwa hanya terdapat sedikit perbedaan antara kepatuhan pria dan wanita secara keseluruhan, tetapi ada beberapa perbedaan dalam rekomendasi khusus. Beberapa penelitian menemukan bahwa pria dan wanita kurang lebih memiliki tendensi yang sama untuk tidak menjalankan program latihan mereka. Meskipun demikian, wanita menunjukkan tingkat kepatuhan yang lebih baik pada diet untuk kesehatan dan menjalankan beberapa tipe pengobatan tertentu.

c. Dukungan sosial

Salah satu prediktor yang paling kuat dari kepatuhan adalah tingkat dukungan sosial yang diterima seseorang dari keluarga dan teman-temannya, tetapi faktor ini memiliki hubungan yang variatif dengan kepatuhan. Secara umum, individu yang terisolasi dari individu-individu lainnya memiliki kecenderungan yang lebih untuk tidak patuh; sedangkan individu yang sehari-harinya memiliki banyak hubungan interpersonal yang dekat cenderung untuk mengikuti saran medis yang diberikan kepadanya. Contohnya, penelitian yang dilakukan oleh Sherwood (dalam Brannon dan Feist, 1997) menemukan bahwa kepatuhan pada pasien hemodialisis meningkat sejalan dengan pemahaman keluarganya mengenai penyakit ginjal, regimen medis, dan efek

emosional dari penyakit tersebut. Penelitian tersebut juga menemukan bahwa kepatuhan yang tertinggi diperoleh saat keluarga tidak menunjukkan jarak emosional ataupun saat keluarga terlibat secara berlebihan. Christensen, dkk (dalam Brannon dan Feist, 1997) menjelaskan bahwa pasien hemodialisis yang melihat keluarga mereka sebagai keluarga yang kohesif dan ekspresif dalam mengungkapkan perasaan mereka lebih cenderung untuk patuh pada larangan memasukkan cairan ke dalam tubuh mereka dibandingkan dengan pasien yang melihat konflik di dalam keluarganya.

Tinggal dengan orang lain yang juga menjadi bagian dari prosedur kepatuhan dapat meningkatkan kepatuhan individu. Individu yang tinggal dengan individu lain yang juga menjadi partisipan dalam sebuah penelitian mengenai hal ini lebih cenderung untuk patuh mengikuti *cancer screening regimen* dibandingkan dengan mereka yang tinggal dirumah dimana hanya merekalah yang menjadi partisipan (Thomas, dkk dalam Brannon dan Feist, 1997). Dukungan sosial, yang didefinisikan sebagai kualitas dukungan emosional, dapat memprediksi tingkat kepatuhan seseorang, tetapi kuantitas atau jumlah teman bukanlah prediktor yang reliabel. Individu yang kurang mendapatkan dukungan emosional memiliki tingkat ketidakpatuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang cukup.

d. Kepribadian (*personality traits*) dan latar belakang

Tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa kepribadian tertentu lebih mungkin untuk menjadi seseorang yang tidak patuh (Brannon dan Feist, 1997). Dalam hal latar belakang, telah ada beberapa bukti yang menunjukkan bahwa faktor-faktor budaya, sosial, atau status pendidikan atau tingkat pendapatan berhubungan dengan kepatuhan (Strain dalam Gatchel, Baum, dan Krantz, 1989). Meskipun demikian, hanya sedikit saja bukti yang mendukung hal tersebut. Faktor ekonomi juga menjadi salah satu hal yang tidak

dapat dikesampingkan; dokter harus lebih sensitif dalam hal pembiayaan berobat, baik dalam hal biaya yang harus dikeluarkan maupun jumlah waktu kerja yang harus 'dikorbankan'.

e. *Personal beliefs*

Keyakinan personal bahwa tingkah laku seseorang dapat menyebabkan keuntungan dalam hal kesehatan berhubungan secara positif dengan kepatuhan.

3. Norma budaya

Salah satu faktor yang secara nyata berhubungan dengan kepatuhan adalah keyakinan dan tingkah laku budaya seseorang. DiNicola dan DiMatteo (dalam Brannon dan Feist, 1997) mengatakan bahwa seseorang gagal untuk patuh bukan karena mereka memiliki kepribadian yang pada dasarnya tidak dapat bekerja sama, tetapi karena mereka tinggal di dalam suatu budaya yang memegang keyakinan dan tingkah laku tertentu, yang dijalankan bersama oleh pasien, yang tidak kondusif untuk patuh pada tata cara kesehatan tertentu. Sejumlah penelitian menemukan bahwa norma budaya adalah faktor yang penting untuk menentukan kemungkinan seseorang untuk patuh.

4. Interaksi antara pasien dan dokter

a. Komunikasi verbal

Mungkin faktor paling penting yang menentukan pasien untuk tidak patuh adalah kurangnya komunikasi verbal antara dokter dan pasien. Kesalahan dalam berkomunikasi ini dapat dimulai ketika dokter meminta pasiennya untuk mengatakan simtom yang mereka rasakan dan gagal untuk mendengarkan kekhawatiran yang mereka rasakan. Hal yang menyebabkan kekhawatiran pasien mungkin tidak penting bagi proses diagnosis, dan dokter mungkin tidak peduli saat mereka mencoba untuk mengumpulkan informasi yang mereka anggap relevan bagi pembuatan diagnosis. Bagaimanapun juga, pasien mungkin salah menginterpretasikan fokus dokternya sebagai kurangnya perhatian personal dari dokter tersebut atau terlalu mencari simtom yang dirasa pasien sebagai

simtom yang penting. Setelah dokter membuat diagnosis, mereka biasanya memberitahukan diagnosis tersebut kepada pasiennya. Jika diagnosis yang dibuat adalah diagnosis minor, pasien akan merasa tidak cemas dan tidak termotivasi untuk patuh atau menjalankan instruksi tertentu. Saat diagnosis yang diberikan adalah diagnosis mayor, pasien akan menjadi cemas dan kecemasan ini mungkin akan mempengaruhi konsentrasi mereka terhadap saran medis tertentu.

b. Karakteristik personal dokter

Kepatuhan pasien meningkat sejalan dengan menguatnya kepercayaan mereka terhadap kemampuan teknis dokter (Becker, Drachman, dan Kirscht dalam Brannon dan Feist, 1997; Gilbar dalam Brannon dan Feist, 1997). DiNicola dan DiMatteo (dalam Brannon dan Feist, 1997) melaporkan bahwa pasien lebih mengikuti anjuran dokter yang mereka lihat sebagai seorang yang hangat, perhatian, bersahabat, dan memperhatikan kesejahteraan pasiennya. Penelitian yang dilakukan oleh Hall, Irish, Roter, Ehrlich, dan Miller (dalam Brannon dan Feist, 1997) menunjukkan bahwa pasien berbicara mengenai lebih banyak hal pada dokter wanita dibandingkan dengan dokter laki-laki, dan jenis kelamin dokter dan pasien berkontribusi pada bentuk komunikasi selama kunjungan.

c. Jumlah waktu menunggu

Prediktor lainnya adalah waktu menunggu pasien ketika ia harus membuat janji pertemuan dengan dokter dan jumlah waktu yang harus mereka habiskan di dalam ruang tunggu dokter. Semakin lama waktu yang mereka habiskan untuk menunggu, semakin besar kemungkinan mereka untuk tidak patuh.

d. Kepuasan pasien

Salah satu pendekatan memfokuskan pada kepuasan pasien akan dokternya sebagai penentu utama dari kepatuhan. Jika pasien merasa puas, maka mereka akan patuh; jika mereka merasa tidak

puas, maka mereka lebih tidak patuh. Jika seseorang merasa tidak puas pada pelayanan yang diberikan oleh dokternya, maka orang tersebut akan lebih resisten terhadap saran yang diberikan oleh dokter tersebut (Gatchel, Baum, dan Krantz, 1989).

e. Pemahaman pasien

Ley dan Spelman (dalam Gatchel, Baum, dan Krantz, 1989) mengatakan bahwa faktor kognitif dan informasional adalah faktor-faktor yang bertanggung jawab pada kegagalan pasien untuk patuh pada regimen kesehatan yang diberikan oleh dokter mereka. Terdapat tiga hal yang menentukan kegagalan dalam interaksi pasien-dokter, yaitu materi yang diberikan oleh dokter terlalu sulit untuk dipahami oleh pasien, terkadang pasien tidak mengerti mengenai dasar fisiologi atau anatomi dan tidak memiliki pengetahuan dasar kedokteran, dan terkadang pasien memiliki konsep yang salah mengenai hal yang diberitahukan oleh dokternya sehingga tidak memiliki pemahaman yang seharusnya dimiliki oleh pasien.

II. 1. 5. Pengukuran Kepatuhan

Setidaknya terdapat lima cara yang dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan pada pasien (Brannon dan Feist, 1997):

1. Menanyakan pada petugas klinis.

Metode ini adalah metode yang hampir selalu menjadi pilihan terakhir untuk digunakan karena keakuratan atas estimasi yang diberikan oleh dokter pada umumnya salah.

2. Menanyakan pada individu yang menjadi pasien.

Metode ini lebih valid dibandingkan dengan metode yang sebelumnya. Tetapi, metode ini juga memiliki beberapa kekurangan, yaitu: pasien mungkin saja berbohong untuk menghindari ketidaksukaan dari pihak tenaga kesehatan, dan mungkin pasien tidak mengetahui seberapa besar tingkat kepatuhan mereka sendiri. Jika dibandingkan dengan beberapa pengukuran objektif atas konsumsi obat pasien, penelitian yang dilakukan

cenderung menunjukkan bahwa para pasien lebih akurat saat mereka menyatakan bahwa mereka tidak mengkonsumsi obat.

3. Menanyakan pada individu lain yang selalu memonitor keadaan pasien.

Metode ini juga memiliki beberapa kekurangan. Pertama, observasi tidak mungkin dapat selalu dilakukan secara konstan, terutama pada hal-hal tertentu seperti diet makanan dan konsumsi alkohol. Kedua, pengamatan yang terus menerus menciptakan situasi buatan dan seringkali menjadikan tingkat kepatuhan yang lebih besar dari pengukuran kepatuhan yang lainnya. Tingkat kepatuhan yang lebih besar ini memang sesuatu yang diinginkan, tetapi hal ini tidak sesuai dengan tujuan pengukuran kepatuhan itu sendiri dan menyebabkan observasi yang dilakukan menjadi tidak akurat.

4. Menghitung berapa banyak pil atau obat yang seharusnya dikonsumsi pasien sesuai saran medis yang diberikan oleh dokter.

Prosedur ini mungkin adalah prosedur yang paling ideal karena hanya sedikit saja kesalahan yang dapat dilakukan dalam hal menghitung jumlah obat yang berkurang dari botolnya. Tetapi, metode ini juga dapat menjadi sebuah metode yang tidak akurat karena setidaknya ada dua masalah dalam hal menghitung jumlah pil yang seharusnya dikonsumsi. Pertama, pasien mungkin saja, dengan berbagai alasan, dengan sengaja tidak mengkonsumsi beberapa jenis obat. Kedua, pasien mungkin mengkonsumsi semua pil, tetapi dengan cara yang tidak sesuai dengan saran medis yang diberikan.

5. Memeriksa bukti-bukti biokimia.

Metode ini mungkin dapat mengatasi kelemahan-kelemahan yang ada pada metode-metode sebelumnya. Metode ini berusaha untuk menemukan bukti-bukti biokimia, seperti analisis sampel darah dan urin. Hal ini memang lebih reliabel dibandingkan dengan metode penghitungan pil atau obat di atas, tetapi metode ini lebih mahal dan terkadang tidak terlalu 'berharga' dibandingkan dengan jumlah biaya yang dikeluarkan.

Cara yang digunakan untuk mengukur kepatuhan pada penelitian ini adalah menanyakan kepada individu yang menjadi pasien (*self report*) dengan

menggunakan metode kuesioner. Meskipun cara ini memiliki kelemahan, beberapa penelitian yang dilakukan cenderung menunjukkan bahwa para pasien lebih akurat saat mereka menyatakan bahwa mereka tidak mengonsumsi obat.

II. 1. 6. Kepatuhan Menjalani Terapi ARV pada Odha

Kepatuhan diperlukan dalam menjalani setiap terapi obat yang dijalankan oleh seseorang. Penjelasan adalah bahwa setiap obat yang dikonsumsi masuk ke dalam aliran darah, dan sewaktu darah melewati hati dan ginjal, sebagian obat itu disaring dan dibuang. Jadi, jumlah obat dalam aliran darah menjadi semakin kecil, sehingga orang yang mengonsumsi obat tersebut harus mengulangi konsumsinya lagi.

Sebelum mengonsumsi obat, petunjuk pemakaian menjadi hal yang wajib diketahui oleh pasien, dalam hal ini adalah Odha, agar akan ada selalu cukup obat dalam aliran darah. Petunjuk ini termasuk berapa pil yang harus dipakai, kapan, dan bagaimana. Jika Odha melupakan satu dosis, tidak pakai dosis penuh, atau tidak mengikuti petunjuk tentang makanan, tingkat obat dalam aliran darah dapat menjadi terlalu rendah. Tingkat obat yang rendah dapat memungkinkan virus HIV tetap menggandakan diri dalam tubuh. Semakin banyak virus yang dibuat, semakin mungkin akan dibuat virus yang cacat dan resisten terhadap obat. Jika virus HIV menjadi resisten terhadap obat yang kita pakai, terapinya akan mulai gagal. Kegagalan ini ditandai oleh *viral load* yang meningkat dan menjadi terdeteksi. Cara terbaik untuk mencegah dikembangkan resistensi adalah dengan kepatuhan.

Hasil penelitian pada tabel 2.1 di bawah ini menunjukkan bahwa walau dengan 95% kepatuhan (yaitu hanya satu dari 20 dosis dilupakan atau terlambat), hanya 81% orang yang mencapai *viral load* tidak terdeteksi.

Tabel 2.1 Tingkat kepatuhan dan persentase Odha yang virusnya tidak terdeteksi

| Tingkat Kepatuhan | % Orang yang Tidak Terdeteksi |
|--------------------------|--------------------------------------|
| > 95% | 81% |
| 90-95% | 64% |
| 80-90% | 50% |
| 70-80% | 25% |
| <70% | 6% |

(disarikan dengan perubahan seperlunya dari Lembaran Informasi tentang HIV/AIDS untuk Odha yang diterbitkan oleh Yayasan Spiritia, 2007)

II. 2. Dukungan Sosial

II. 2. 1. Pengertian Dukungan Sosial

Menurut Sarason, Levine, Basham, dan Sarason (1983; hal. 128), dukungan sosial adalah:

Social support is usually defined as the existence or availability of people on whom we can rely, people who let us know that they care about value and love us.

Dukungan sosial biasanya didefinisikan sebagai keberadaan dan kesediaan orang lain sebagai tempat bergantung, yang memperlihatkan bahwa mereka mencintai serta peduli dengan nilai yang individu anut (Sarason, Levine, Basham, dan Sarason, 1983).

Sedangkan menurut Kaplan et al. (1993), dukungan sosial adalah banyaknya hubungan sosial yang dimiliki oleh seseorang atau percabangan dari sebuah jejaring sosial. Lain lagi definisi hubungan sosial yang diberikan oleh Cobb (dalam Kaplan et al., 1993), dukungan sosial adalah persepsi atas kebersamaan dalam suatu kelompok sosial yang saling berkomunikasi dan memiliki tanggung jawab yang saling menguntungkan anggotanya. Satu definisi lainnya diungkapkan oleh DiMatteo dan Martin (2002), dukungan sosial adalah dukungan atau bantuan yang diperoleh dari individu lain, seperti teman, keluarga, tetangga, rekan kerja, ahli profesional, dan orang lain yang dikenal. Jadi, dapat disimpulkan bahwa definisi dukungan sosial adalah persepsi kebersamaan seseorang dalam suatu kelompok sosial yang didalamnya terdapat beberapa hubungan sosial atau jejaring

sosial, yang dari hubungan tersebut seseorang dapat memperoleh dukungan atau bantuan sehingga individu merasa dapat bergantung, dipedulikan dan dicintai, atau dapat dikatakan pula bahwa individu mendapatkan kenyamanan secara fisik dan psikologis.

II. 2. 2. Tipe-tipe Dukungan Sosial

Tipe dukungan sosial yang digunakan dalam penelitian ini adalah tipe dukungan sosial yang dikemukakan oleh Sarason et al. (1983). Tipe dukungan sosial secara lebih rinci, yaitu:

1. Persepsi individu akan adanya sejumlah orang yang dapat diandalkan pada saat ia membutuhkan dukungan. Pendekatannya berdasarkan jumlah sumber dukungan yang tersedia.
2. Tingkat penilaian kepuasan terhadap dukungan yang ada. Pendekatannya berdasarkan ekspresi kepuasan individu terhadap dukungan sosial yang dirasakan.

Taylor (1995) mengatakan bahwa efektivitas dukungan sosial bergantung pada kesesuaian antara tipe dukungan sosial yang dibutuhkan dengan tipe dukungan yang diterima dari lingkungannya. Secara garis besar, tipe dasar dari dukungan sosial ada 5 dimensi (Sarafino, 1994; Sheridan dan Radmacher, 1992; Kaplan, 1993):

1. Dukungan emosional

Mencakup ungkapan empatik, kepedulian, kasih sayang atau kehangatan, semangat atau dorongan dan keprihatinan terhadap orang yang bersangkutan. Misalnya umpan balik, penegasan. Dukungan bersifat emosional berupa dukungan dari orang lain yang dapat memberikan rasa aman, nyaman, dan perhatian baginya.

2. Dukungan penghargaan

Dukungan ini terjadi lewat ungkapan penghargaan yang positif, dorongan untuk maju atau persetujuan atas gagasan atau perasaan yang dimiliki individu, dan perbandingan positif individu dengan orang lain. Dukungan dari orang lain membentuk perasaan pada individu bahwa ia mampu, berarti, dan berharga. Misalnya, orang-orang yang kurang mampu atau

lebih buruk keadaannya yang membuat individu lebih menghargai dirinya sendiri.

3. Dukungan materi

Dukungan ini mencakup bantuan langsung, dan dukungan ini juga diberikan dalam bentuk alat atau bantuan nyata.

4. Dukungan informasi

Dukungan ini mencakup pemberian nasehat, petunjuk-petunjuk, saran-saran, dukungan pemberian informasi, serta memberitahukan keterampilan tertentu kepada orang lain yang dapat bermanfaat bagi pemecahan masalah (saran atau pengarahan). Juga umpan balik atau penilaian dari orang lain yang melibatkan informasi bagi individu dalam menilai kemampuannya.

5. Dukungan jaringan

Dukungan ini diperoleh melalui interaksi sehari-hari yang terjadi melalui kebetulan dimana individu mungkin menghabiskan waktu dengan orang lain dalam berbagai aktivitas sosial dan hiburan. Adanya hubungan atau kontak dengan orang lain dapat membantu individu untuk dapat mengalihkan kecemasan yang dimilikinya dalam menghadapi suatu masalah atau meningkatkan suasana hati yang menyenangkan sehingga mengurangi stress yang dirasakannya. Dukungan ini memberikan perasaan bagi individu bahwa ia diterima oleh orang lain, merupakan bagian dari suatu kelompok, dengan berbagai aktivitas minat dan aktivitas sosial serta pemikiran yang sama.

Selain lima tipe dukungan sosial di atas, DiMatteo dan Martin (2002) juga membagi dukungan sosial ke dalam beberapa tipe, yaitu:

1. Dukungan yang dapat terlihat (*tangible support*)

Dukungan ini biasanya berbentuk fisik, seperti meminjamkan uang, melakukan belanja bulanan, dan merawat anak-anak.

2. Dukungan informasi (*informational support*)

Dukungan ini bisa dilakukan dengan menyarankan tindakan alternatif yang mungkin dapat membantu untuk mengurangi masalah yang dapat menyebabkan stress. Saran ini dapat membantu orang tersebut untuk melihat masalah yang dihadapinya dengan cara pandang yang baru dan

selanjutnya membantu untuk mengatasi atau meminimalisir dampak yang ditimbulkannya.

3. Dukungan emosional (*emotional support*)

Dukungan ini dapat dilakukan dengan meyakinkan individu kembali bahwa ia disayangi, dihargai, dan dipercaya. Individu yang memberikan dukungan ini dapat menyediakan perlindungan, perawatan, penerimaan, dan kasih sayang.

Dari beberapa tipe dukungan sosial, dukungan sosial yang berupa dukungan emosional telah ditemukan sebagai sebuah faktor yang penting dalam hal membantu individu untuk mengatasi tuntutan dari penyakit serius yang dideritanya (Wortman dan Dunkel-Schetter dalam DiMatteo dan Martin, 2002).

II. 2. 3. Sumber-sumber Dukungan Sosial

Dukungan sosial dapat datang dari berbagai sumber, seperti keluarga, teman, tetangga, rekan kerja, ahli profesional, dan kenalan lainnya dari individu. Sumber dukungan sosial itu dapat memberikan dukungan berupa dukungan fisik (berupa meminjamkan uang, bantuan, dsb), saran untuk melakukan tindakan alternatif untuk menyelesaikan masalah, dan meyakinkan individu bahwa ia dipedulikan, disayangi, dan dihargai (DiMatteo dan Martin, 2002).

Penelitian berhasil membuktikan bahwa individu yang memiliki kontak sosial dan jaringan komunikasi yang lebih luas dapat hidup lebih lama dibandingkan dengan mereka yang memiliki sedikit kontak sosial dengan individu lainnya (House et al. dalam DiMatteo dan Martin, 2002). Dukungan sosial yang diberikan kepada seorang pasien dapat datang dari berbagai jejaring sosial yang dimilikinya, misalnya dari kelompok komunitas dan kelompok sosial yang bersifat informal. Selain melalui dukungan yang diberikan secara tatap muka atau secara langsung oleh pemberi dukungan, internet sekarang ini menyediakan kesempatan bagi individu untuk memberikan dan menerima dukungan sosial dan informasi (Taylor, 2006).

Salah satu dari berbagai jejaring sosial yang dimiliki individu dan dapat menjadi sumber dukungan sosial bagi individu adalah kelompok dukungan atau *support group*. Kelompok dukungan dapat menjadi sumber dukungan sosial bagi

penderita sakit yang kronis. Kelompok dukungan ini biasanya mendiskusikan mengenai hal-hal yang menjadi perhatian sebagai konsekuensi atas penyakit yang diderita oleh anggotanya. Mereka biasanya memberikan informasi yang spesifik mengenai bagaimana cara individu lain sukses mengatasi masalah yang muncul karena penyakit yang diderita dan menyediakan kesempatan bagi individu untuk saling memberikan respon atas masalah yang sama yang dihadapi oleh individu (Gottlieb dalam Taylor, 2006).

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kesesuaian antara dukungan sosial yang dibutuhkan oleh seseorang dengan dukungan sosial yang ia terima, diantaranya adalah faktor individu itu sendiri. Individu tidak mungkin mendapatkan dukungan sosial jika mereka tidak dapat bergaul, tidak mau menolong orang lain, dan tidak membiarkan orang lain tahu apa yang ia butuhkan. Ada individu yang tidak cukup asertif untuk meminta tolong, merasa mereka harus mandiri dan tidak merepotkan orang lain, merasa tidak nyaman bila menceritakan rahasianya pada orang lain, atau tidak tahu kepada siapa akan meminta tolong. Faktor lainnya yang berhubungan dengan potensi pemberi dukungan. Contohnya, mereka mungkin tidak mempunyai bantuan yang dibutuhkan, atau mungkin dalam keadaan stress, sehingga mereka sedang sibuk menolong dirinya sendiri atau tidak sensitif terhadap kebutuhan dari orang lain (Sheridan, 1992).

Individu sebagai penerima dukungan sosial juga tergantung pada komposisi dan struktur jejaring sosial yang dimilikinya dalam hal menerima dukungan, yaitu bergantung pada hubungan yang ia miliki dengan orang-orang di keluarganya dan masyarakat. Hubungan ini dapat sangat bervariasi, mulai dari jumlah orang yang biasa dihubungi, frekuensi kontak, komposisi (kedudukan orang itu, apakah keluarga, teman, teman kerja, dll; keintiman, kedekatan dari hubungan personal dan keinginan untuk saling mempercayai satu sama lain).

II. 2. 4. Efektivitas Dukungan Sosial

Dukungan sosial pada dasarnya adalah hal yang baik. Lingkungan yang bersifat mendukung dalam kehidupan sehari-hari maupun dalam konteks klinis dapat mendatangkan dua efek: (1) menurunkan tingkat kecemasan, dan (2)

meningkatkan perasaan diterima (*sense of acceptance*). Saat lingkungan sangat mendukung dalam suatu waktu tertentu, tingkat kecemasan yang rendah dan rasa keberhargaan diri (*self worth*) menjadi bagian yang stabil dari kepribadian dan dari seorang individu, bebas dari okupasi diri yang mengecewakan, dapat mengeksplorasi tujuan yang baru dan dapat berinteraksi secara bebas dengan orang lain, tempat-tempat, dan tantangan-tantangan. Paparan dengan orang-orang, tempat, tantangan-tantangan inilah yang memberikan kesempatan untuk perkembangan *self efficacy* pada bidang yang bersifat khusus dan *self esteem* pada bidang yang lebih umum (Krause dalam Sarason, Sarason, dan Pierce, 1990).

Inti dari hubungan yang sifatnya mendukung adalah komunikasi mengenai penerimaan dan cinta. Satu hal yang sering disalahartikan adalah bahwa hubungan yang mendukung dipandang sebagai sesuatu yang protektif. Kita percaya bahwa kita dicintai dan dihargai, persepsi bahwa kesejahteraan kita menjadi perhatian orang lain yang signifikan bagi kita, hal itulah yang disebut dengan protektif. Padahal, efek utama dari mengkomunikasikan perasaan pada hakikatnya bukan untuk melindungi individu dari kemungkinan disakiti, tetapi untuk mengembangkan perasaan bahwa ia berharga, mampu, dan menjadi anggota dari suatu kelompok, dan bahwa sumber yang diperlukan untuk pencarian dan penghargaan atas tujuan mereka telah tersedia untuk mereka, baik itu yang berasal dan berada di dalam diri mereka pribadi maupun yang berasal dari campuran antara usaha mereka dan usaha dari orang-orang yang penting dalam kehidupan mereka (Sarason, Sarason, dan Pierce, 1990).

Efektivitas dukungan sosial dapat dipengaruhi oleh beberapa hal. Salah satunya adalah *personal meanings* atau keberartian pribadi individu yang berkaitan dengan respon atas dukungan yang diberikan oleh anggota jaringan sosial lainnya yang mungkin berpengaruh pada kemampuan individu untuk beradaptasi dan mengatasi masalah. Sesuatu yang paling penting dari dukungan sosial adalah keyakinan individu bahwa ia memiliki orang-orang yang menghargai dan mencintai mereka, juga bersedia untuk berusaha membantu jika mereka membutuhkan bantuan (Sarason, Sarason, dan Pierce, 1990). Oleh karenanya, tingkah laku mendukung yang diberikan orang lain mungkin saja tidak dipandang

sebagai sesuatu yang menolong bagi individu penerima dukungan, atau mungkin apa yang ditawarkan tidak sesuai dengan apa yang dibutuhkan olehnya.

Persepsi individu juga menjadi hal yang penting untuk diperhatikan dalam hal efektivitas dukungan sosial yang diterimanya, persepsi bahwa dukungan sosial dapat tersedia ketika dibutuhkan menjadi hal yang penting dan berkaitan dengan kesehatan dan penyesuaian diri pada seseorang. Mengetahui bahwa orang lain bersedia untuk menyediakan bantuan, kenyamanan, dan rasa tertarik mungkin dapat membantu individu untuk menyelesaikan situasi dimana individu mungkin sedang bermasalah (Sarason, Sarason, dan Pierce, 1990).

Hal lainnya yang turut mempengaruhi efektivitas dukungan sosial adalah kemampuan individu pemberi dukungan dalam memberikan dukungannya. Pemberi dan penerima dukungan mungkin berbeda mengenai tindakan yang dimaksudkan untuk memberikan dukungan. Walaupun individu yang memberikan dukungan berbeda dalam hal kemampuan mereka, misalnya untuk menyediakan uang atau untuk menyatakan kasih sayang, mengetahui bahwa seseorang dicintai orang lain yang bersedia untuk melakukan apa yang bisa mereka lakukan untuk membantu memiliki efek yang luar biasa pada cara kerja pribadi individu (Sarason, Sarason, dan Pierce, 1990).

II. 2. 5. Dukungan Sosial Pada Odha

Pertukaran dukungan sosial yang berupa dukungan emosional, informasional, dan instrumental diasosiasikan dengan keadaan psikologis yang lebih baik (Kaplan, Sallis, dan Patterson, 1993). Dalam komunitas gay, masa berkabung merupakan pengalaman yang biasa. Individu yang mempersepsikan bahwa mereka memiliki dukungan emosional dan instrumental yang cukup, dilaporkan mengalami simptom-simtom berkabung yang kurang intens dibandingkan dengan mereka yang merasa bahwa dirinya tidak memiliki dukungan sosial yang cukup (Lennon, Martin dan Dean dalam Kaplan et al, 1993). Dukungan sosial telah menunjukkan bahwa ia telah menjadi variabel yang penting dalam berbagai penelitian mengenai stress dan kesakitan, juga telah menunjukkan bahwa ia telah menjadi faktor pelindung dari stress. Berkurangnya dukungan sosial yang dipersepsikan individu berhubungan dengan meningkatnya stress psikologis yang

sifatnya negatif, lebih merasa tidak berdaya, dan lebih besar kemarahan pada individu-individu yang HIV positif (Zich dan Temoshok dalam Kaplan et al., 1993). Hal ini memperlihatkan bahwa dukungan sosial merupakan hal yang penting dalam hal perawatan pasien HIV (Kaplan, Sallis, dan Patterson, 1993). Zich dan Temoshok (dalam Kaplan et al., 1993) menyebutkan bahwa dukungan sosial mungkin tidak ada pada individu yang terinfeksi HIV dibandingkan dengan individu dengan penyakit lainnya. Penyebab dari hal tersebut ialah adanya isu yang paling kentara pada pasien HIV, yaitu isolasi.

Dukungan sosial dapat berkurang dikarenakan individu yang potensial untuk memberikan dukungan mungkin akan menjauh dari individu yang menderita sakit. Hal ini dapat disebabkan oleh tidak berpengalamannya mereka dalam berhubungan dengan individu yang berada dalam situasi hidup yang genting dikarenakan HIV. Mereka mungkin tidak tahu apa yang harus dilakukan atau dikatakan, atau mungkin mereka memiliki konsep yang salah mengenai bagaimana caranya berhubungan dengan individu lain yang berada dalam situasi yang baru ini. Selain itu, mereka mungkin juga memiliki ketakutan bahwa mereka dapat tertular penyakit tersebut jika berhubungan dengan pasien HIV. Oleh karena itu, berkembangnya intervensi yang efektif untuk meningkatkan dukungan sosial mungkin diperlukan dalam hal mendidik pasien dan juga pemberi dukungannya (Kaplan, Sallis, dan Patterson, 1993).

II. 3. Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Kepatuhan Menjalani Terapi ARV pada Odha

Dukungan sosial telah menjadi salah satu faktor yang amat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan seseorang. Membicarakan mengenai stress yang dirasakan dengan orang lain dapat mengurangi perasaan negatif dan kemungkinan munculnya masalah kesehatan mayor maupun minor (Clark dalam Baron dan Byrne, 2000). Apalagi bila hal ini dilihat pada para Odha (orang dengan HIV/AIDS) yang sampai saat ini masih banyak menerima stigma dan diskriminasi dari orang lain yang berada di lingkungannya. Taylor (1999) mengatakan bahwa dukungan sosial merupakan hal yang sangat penting bagi Odha. Sebuah penelitian menemukan bahwa Odha yang memiliki dukungan informasi, emosi, dan praktis

memiliki tingkat depresi yang lebih rendah; dan dukungan informasi terlihat sebagai faktor yang penting dalam mengurangi stres yang diasosiasikan dengan simtom-simtom yang berhubungan dengan AIDS (Hays, Turner, dan Coates dalam Taylor, 1999; K. Siegel et al. dalam Taylor, 1999).

Sebuah penelitian lainnya menunjukkan hubungan yang lebih jelas antara dukungan sosial dengan kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha. Simoni, dkk (2007) mengadakan penelitian berupa intervensi yang berdasarkan pada bagaimana dukungan sosial dapat meningkatkan kepatuhan menjalani terapi HAART (*highly active antiretroviral therapy*) pada individu yang telah terinfeksi HIV (HIV+). Kerangka kerja intervensi yang dilakukan oleh Simoni dkk tersebut menjelaskan bahwa efek dukungan sosial pada kepatuhan dimediasi oleh variabel-variabel kognitif dan afektif, terutama emosi negatif, seperti mood depresif. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa meskipun partisipasi dalam kegiatan intervensi tidak berhubungan dengan kepatuhan yang diukur menggunakan *Electronic Drug Monitor* (EDM), tetapi berhubungan secara positif dengan dukungan sosial selama 3 bulan, begitu juga dengan kepatuhan yang diukur dengan menggunakan metode *self reported* (yang dilakukan selama tiga hari), dan simtom-simtom depresi selama 6 bulan.

Hubungan yang dikemukakan oleh Simoni, dkk (1997) merupakan penjabaran model dukungan sosial *stress buffering* (model penahan stress). Penjelasan singkat atas model *stress buffering* pada Odha di atas adalah sebagai berikut:

Individu, terutama Odha, pasti mengalami berbagai peristiwa negatif dalam hidupnya yang mengakibatkan ia mengalami stress. Penyakit yang diderita oleh para Odha sudah merupakan stress tersendiri, belum lagi jika mereka mengalami isolasi dan diskriminasi dari lingkungannya, serta tuntutan untuk mengkonsumsi obat seumur hidup jika mereka ingin tetap sehat, tentunya hal ini menyebabkan mereka semakin tertekan dan memiliki emosi negatif. Meskipun demikian, dengan adanya dukungan dari orang-orang sekitar yang menyayangi mereka, mereka akhirnya dapat mengatasi stress. Setelah mereka dapat mengatasi stress, maka mereka dapat memiliki lagi rasa percaya diri dan emosi mereka pun berubah menjadi emosi yang positif. Setelah mereka memiliki emosi yang positif, mereka

pun ingin tetap dapat menjaga kesehatannya dan mereka dapat patuh menjalankan terapi ARV dengan cara mengkonsumsi obat secara teratur.

Selain penjelasan singkat mengenai bagaimana dukungan sosial dapat meningkatkan kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha yang telah dikemukakan oleh Simoni dkk, perlu diperhatikan pula faktor-faktor yang dapat mempengaruhi dukungan sosial lainnya dan secara tidak langsung juga dapat mempengaruhi kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha. Salah satu faktor lainnya, yaitu kontrol pribadi individu. Premisnya sederhana, individu yang memiliki *sense of control* yang kuat percaya bahwa perubahan dalam lingkungan sosial mereka merupakan sebuah respon dan hal itu bergantung pada pilihan, usaha, dan tingkah laku mereka sendiri (Krause dalam Pierce, Lakey, Sarason, dan Sarason, 1997). Meskipun premis ini tidak secara langsung menghubungkan antara dukungan sosial dengan kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha, namun ada penelitian yang sangat luas yang meneliti hubungan antara perasaan kontrol pribadi dengan berbagai dampak kesehatan, termasuk penggunaan fasilitas kesehatan, sakit fisik, kesejahteraan psikologis, dan berbagai tipe lainnya dari tingkah laku yang berhubungan dengan masalah kesehatan (Krause dalam Pierce, Lakey, Sarason, dan Sarason, 1997).

Terdapat dua perspektif yang dapat digunakan untuk menjelaskan hubungan ini. Pertama, perasaan dapat mengontrol yang dimiliki seseorang dibentuk oleh tingkah lakunya dan dipengaruhi oleh individu lain yang berpengaruh penting dalam hidupnya. Kedua, perasaan dapat mengontrol yang dimiliki seseorang mempengaruhi dukungan sosial; oleh karenanya, individu yang memiliki perasaan dapat mengontrol yang kuat biasanya dapat lebih sering dan efektif dalam hal membangun jejaring sosial mereka dibandingkan dengan orang lain yang dapat mengontrol sebagian kecil saja dari lingkungan mereka (Krause dalam Pierce, Lakey, Sarason, dan Sarason, 1997).

Perasaan dapat mengontrol yang ada di dalam diri individu (*personal control*) merefer pada sekelompok keyakinan (*beliefs*) dan pengharapan yang saling berhubungan satu sama lain mengenai kemampuan individu untuk menampilkan tingkah laku yang menuju pada tujuan yang diinginkan dan respon lingkungan terhadap tingkah laku individu dan kebutuhan untuk tetap mempertahankan

kesejahteraan individu tersebut. Jika keyakinan dan pengharapan yang dimiliki individu dikonfirmasi secara positif oleh lingkungan sekitarnya, maka individu kemudian akan memiliki persepsi bahwa ia didukung oleh orang-orang di sekitarnya.

Seseorang merasa dapat mengontrol sesuatu ketika ia memiliki pilihan dan alat yang diperlukan untuk mengontrol (misalnya, uang). Kontrol berasal dari pengalaman sukses yang pernah dirasakan individu yang didalamnya ia mengetahui bahwa ia telah berhasil mempengaruhi sebagian dari suatu peristiwa tertentu. Saat hal ini terjadi, individu tersebut mengembangkan *internal locus of control*. Selain itu, untuk mengembangkan *self efficacy* dan perasaan dapat mengontrol yang ada di dalam diri individu (*feelings of personal control*), individu harus memiliki keinginan untuk mengenal lingkungannya, mengambil resiko yang cukup beralasan, dan mencoba beberapa pendekatan dalam hal pemecahan masalah (Sarason, Sarason, dan Pierce, 1990).

Bentuk dukungan dapat dibedakan menjadi beberapa macam. Rook (dalam Pierce, Lakey, Sarason, dan Sarason, 1997) membedakan antara dukungan saat krisis dengan dukungan pertemanan. Dukungan saat krisis berarti bantuan diberikan untuk membantu individu menghadapi dan mengatasi kejadian dalam hidup yang menyebabkan stress. Sebaliknya, dukungan pertemanan melibatkan hubungan yang bukan berorientasikan untuk menyelesaikan masalah, tetapi kebahagiaan yang ditimbulkan oleh adanya ekspresi pribadi dan peningkatan atas ketertarikan atau kepentingan yang sifatnya saling menguntungkan. Premis dasarnya adalah baik dukungan saat krisis maupun dukungan pertemanan dapat meningkatkan rasa dapat mengontrol yang dimiliki individu dalam kehidupan selanjutnya. Rook juga menekankan bahwa pertemanan menyediakan kesempatan bagi individu untuk mendiskusikan aspirasi dan tujuannya di masa yang akan datang.

Hasil kerja Caplan (dalam Pierce, Lakey, Sarason, dan Sarason, 1997) memperlihatkan bagaimana stress dalam hidup dapat menjadi sesuatu yang berguna untuk menjelaskan hubungan antara dukungan saat krisis dengan peningkatan kontrol pribadi. Caplan memulainya dengan mengobservasi bahwa stresor yang tidak diinginkan dapat menurunkan kemampuan kognitif dan pemecahan masalah individu, atau menurunkan rasa keahlian atau kontrol.

Berdasarkan pandangan yang dikemukakan oleh Caplan (dalam Pierce, Lakey, Sarason, dan Sarason, 1997), salah satu fungsi utama dari pemberi dukungan adalah untuk meningkatkan dan mengembalikan rasa dapat mengontrol yang dimiliki individu yang telah dihilangkan oleh kejadian yang menyebabkan stress. Khususnya, anggota jaringan sosial dapat membantu untuk mendefinisikan situasi atas suatu masalah, membuat rencana, memberikan bantuan dalam menerapkan rencana yang telah dibuat, dan memberikan umpan balik dan bimbingan saat rencana dinilai. Hasil dari bantuan yang diberikan individu lain tersebut, individu yang mengalami stress menjadi percaya bahwa situasi yang penuh masalah tersebut dapat diatasi atau dikontrol.

Satu faktor penting lainnya yang dapat mempengaruhi pengaruh dukungan sosial pada individu adalah persepsi individu itu sendiri terhadap dukungan sosial yang diterimanya. Persepsi bahwa dukungan sosial dapat tersedia ketika dibutuhkan menjadi hal yang penting dan berkaitan dengan kesehatan dan penyesuaian diri pada seseorang. Individu yang memiliki persepsi bahwa ia memiliki dukungan sosial yang besar pada umumnya memiliki perasaan bahwa mereka diterima oleh orang lain. Perasaan diterima ini tidak hanya berarti percaya bahwa orang lain akan membantunya disaat ia membutuhkan. Tetapi juga dipengaruhi oleh kepercayaan individu bahwa ia menarik, orang yang berharga, dan merupakan stimulus yang dapat menarik perhatian orang lain. Berdasarkan sudut pandang ini diketahui, perasaan diterima berhubungan dengan keyakinan individu yang berkaitan dengan kontrol pribadi dalam bidang-bidang yang penting dalam kehidupan (Sarason, Sarason, dan Pierce, 1990). Sekali lagi, dukungan sosial yang diterima dua orang individu mungkin sama dalam hal jumlah dan jenisnya, namun pengaruh yang ditimbulkannya mungkin berbeda. Pada satu individu mungkin dukungan sosial yang diterimanya itu dapat meningkatkan hal-hal yang positif dalam dirinya, dalam konteks ini terutama pada hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan, namun pada orang yang lainnya mungkin sebaliknya.

Persepsi atas dukungan sosial yang diterima oleh individu dipengaruhi pula oleh faktor lainnya, yaitu *attachment*. Hal ini disebabkan oleh fungsi dari dukungan sosial dalam kehidupan seseorang yang lebih merupakan suatu

perpanjangan atau perluasan dari pengalaman *attachment* didapatkan ketika masih kanak-kanak. Beberapa peneliti telah mengatakan bahwa pengalaman awal dengan tokoh penting dalam kehidupan seseorang yang memberikan *attachment* berkontribusi pada skema pribadi yang berhubungan dengan perasaan di masa yang akan datang mengenai keberhargaan diri (*self worth*), *self efficacy*, dan kapasitas diri untuk dapat menikmati keintiman (Sarason, Sarason, dan Pierce, 1990).

Attachment, sesuai dengan yang telah diungkapkan oleh Bowlby (dalam Sarason et al., 1983), merupakan titik berat dari definisi dukungan sosial yang dikemukakan oleh Sarason dkk (1983) di atas. Saat dukungan sosial, dalam bentuk figur *attachment*, ada pada awal kehidupan individu, Bowlby percaya bahwa seorang anak akan menjadi lebih *self reliant*, belajar untuk mendukung orang lain, dan memiliki penurunan dalam hal mengalami gejala psikopatologis di kehidupannya yang akan datang. Bowlby juga menyimpulkan bahwa keberadaan dukungan sosial meningkatkan kapasitas untuk bertahan dan mengatasi frustrasi, dan tantangan pemecahan masalah yang ada (Sarason et al., 1983).

Berbagai faktor yang mempengaruhi dukungan sosial ini dapat menjadi pertimbangan ketika dukungan sosial ini dihubungkan dengan hal yang lainnya, seperti pada kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha. Hal ini menyebabkan terjadinya relativitas hubungan antara dukungan sosial dengan kepatuhan. Relativitas tersebut tergantung pada efek yang ditimbulkan berbagai faktor yang turut mempengaruhi dukungan sosial pada masing-masing individu. Brannon & Feist (1997) mengungkapkan hal tersebut, sebagai salah satu prediktor yang kuat dari kepatuhan, tingkat dukungan sosial yang diterima seseorang dari keluarga dan teman-temannya memiliki hubungan yang variatif dengan kepatuhan.

BAB III

PERMASALAHAN PENELITIAN

Permasalahan penelitian yang diangkat dalam penelitian ini terbagi ke dalam dua bagian, yaitu permasalahan umum dan permasalahan khusus. Permasalahan umum berisikan tiga buah masalah, sedangkan permasalahan khusus berisikan enam buah permasalahan. Permasalahan umum dapat dijawab melalui data yang dikumpulkan melalui kuesioner khusus dan diolah dengan menggunakan metode penghitungan korelasi *pearson product moment*. Permasalahan khusus dijawab dengan mengolah lebih lanjut data dari salah satu kuesioner (kuesioner kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha) dan data yang berasal dari data kontrol, pengolahan datanya dilakukan dengan menggunakan metode penghitungan *chi-square*.

Sebelum melihat permasalahan umum dan khusus yang diangkat dalam penelitian ini, dapat dilihat definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian. Yang pertama adalah definisi operasional dari dukungan sosial, yaitu penilaian individu mengenai sejauh mana mereka merasa mendapatkan dukungan baik dalam jumlah (kuantitas) maupun kualitas (kepuasan), yang dilihat berdasarkan skor hasil pengukuran dari *perceived social support* dengan menggunakan *Social Support Questionnaires (SSQ)*. Semakin tinggi skor SSQ (*Number*), menunjukkan semakin banyak jumlah orang lain yang dianggap penderita menjadi penyedia *support* bagi dirinya, disebut *perceived social support number*. Sebaliknya semakin rendah skor SSQ (*Number*), menunjukkan semakin sedikit jumlah orang lain yang dianggap penderita menjadi penyedia *support* bagi dirinya. Semakin tinggi skor SSQ (*satisfaction*), menyatakan bahwa individu semakin puas atas *social support* yang diterimanya, disebut *perceived social support satisfaction*. Sebaliknya semakin rendah skor SSQ (*satisfaction*), menunjukkan semakin kurang puas individu atas *support* yang diterimanya.

Selanjutnya, definisi operasional dari kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha, yaitu penilaian mengenai sejauh mana individu mematuhi aturan mengkonsumsi obat ARV selama empat (4) hari terakhir yang dilihat berdasarkan

frekuensi konsumsi obat ARV selama empat hari terakhir. Semakin besar frekuensi berarti individu menunjukkan bahwa individu tersebut semakin patuh menjalankan terapi ARV. Seorang Odha dikatakan patuh mengkonsumsi obat jika ia mendapatkan nilai persentase sebesar $\geq 95\%$ (Yayasan Spiritia, 2007).

Permasalahan umum yang diangkat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Masalah 1

Masalah konseptual:

Apakah terdapat hubungan antara jumlah dukungan sosial yang diterima dengan kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha?

Masalah operasional:

Apakah terdapat hubungan yang signifikan antara skor rata-rata jumlah dukungan sosial yang diterima dengan kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha?

Masalah 2

Masalah konseptual:

Apakah terdapat hubungan antara persepsi kepuasan terhadap dukungan sosial yang diterima dengan kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha?

Masalah operasional:

Apakah terdapat hubungan yang signifikan antara skor rata-rata persepsi kepuasan terhadap dukungan sosial yang diterima dengan kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha?

Masalah 3

Masalah konseptual:

Apakah terdapat hubungan antara jumlah dukungan sosial yang diterima dengan persepsi kepuasan terhadap dukungan sosial yang diterima pada Odha?

Masalah operasional:

Apakah terdapat hubungan yang signifikan antara skor rata-rata jumlah dukungan sosial dengan skor rata-rata persepsi kepuasan terhadap dukungan sosial yang diterima pada Odha?

Selain itu, peneliti juga meneliti beberapa masalah khusus, yaitu:

- Apakah terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan golongan kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha?
- Apakah terdapat hubungan antara pernah/sedang ikut dalam suatu program rehabilitasi narkoba dengan golongan kepatuhan dalam menjalani terapi ARV pada Odha?
- Apakah terdapat hubungan antara penggolongan latar belakang pendidikan dengan golongan kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha?
- Apakah terdapat hubungan antara jumlah kombinasi obat ARV yang dikonsumsi dengan golongan kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha?
- Apakah terdapat hubungan antara ada/tidaknya efek samping yang dirasakan dengan golongan kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha?
- Apakah terdapat hubungan antara tingkat status sosial ekonomi dengan golongan kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha?
- Apakah terdapat hubungan antara status pernikahan yang dimiliki dengan golongan kepatuhan menjalani terapi ARV pada Odha?