

MONOGRAF
Peningkatan Kepatuhan Berobat
Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)
Di Kota Palembang

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Dr. Rico Januar Sitorus, S.KM, M.Kes (Epid)

MONOGRAF
Peningkatan Kepatuhan Berobat
Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)
Di Kota Palembang



MONOGRAF
Peningkatan Kepatuhan Berobat Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)
Di Kota Palembang

Edisi Pertama
Copyright©2022
WI.2022.0128

Cetakan Pertama: Januari, 2022
Ukuran: 15,5 cm x 23 cm; Halaman: xvi + 91

Penulis:

Dr. Rico Januar Sitorus, S.KM, M.Kes (Epid)

Editor : *Elisna Wulandari, S.KM*
Istiqomah Sita Dewi, S.KM
Miftaqlia Era Khairia, S.KM

Cover : *Tim Wawasan Ilmu*

Tata letak : *Nisfi Miftakhul Jannah*

Penerbit

Wawasan Ilmu

Anggota IKAPI

Leler RT 002 RW 006 Desa Kaliwedi Kec. Kebasen Kab. Banyumas
Jawa Tengah 53172

Email : naskah.wawasanilmu@gmail.com

Web : www.wawasanilmu.co.id

ISBN : 978-623-5984-14-8

All Right Reserved

Hak Cipta pada Penulis

Hak Cipta Dilindungi Undang-undang

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronis maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam atau dengan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat limpahan karunia-Nya monograf ini bisa disusun dengan baik. Monograf ini disusun agar dapat membantu petugas Kesehatan, keluarga ODHA, dan khususnya penderita HIV/AIDS yang sering disebut dengan ODHA dapat meningkatkan kepatuhan berobat.

Informasi yang diberikan dalam monograf ini diperoleh dari hasil penelitian yang dilakukan pada populasi ODHA. Penulis menyadari masih banyak informasi yang belum lengkap tentang upaya peningkatan kepatuhan berobat pada ODHA, namun penulis yakin monograf ini dapat membantu dalam meningkatkan kepatuhan berobat dikalangan ODHA.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh tim peneliti yang telah kerja keras dalam mengumpulkan informasi yang diperlukan, dan juga kepada tim editor yang sudah membantu memperbaiki isi dari monograf ini.

Akhir kata untuk penyempurnaan monograf ini, penulis mengharapkan Kritik dan saran yang membangun dari pembaca.

Palembang, Desember 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR GRAFIK.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Definisi HIV	9
B. Stigma HIV	9
C. Jenis Stigma	9
D. Dampak Stigma	10
E. Kepatuhan Berobat.....	11
F. Determinan Kepatuhan berobat pada ODHA	11
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	13
A. Desain Penelitian.....	13
B. Populasi dan Sampel	13
C. Alur Penelitian	15
D. Kerangka Konsep Penelitian	16
E. Definisi Operasional	16
F. Analisis Data	18
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	19
A. Hasil Penelitian	19
1. Analisis Univariat	19
2. Analisis Bivariat	32
3. Analisis Multivariat.....	35

B.	Pembahasan	38
1.	Upaya Peningkatan Kepatuhan Berobat.....	38
2.	Peningkatan Self Efficacy	39
3.	Stigma	44
4.	Dukungan Keluarga.....	48
BAB 5	VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER	53
A.	<i>Self Efficacy</i>	53
1.	Validitas Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	53
2.	Reliabilitas Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	56
3.	Pengkategorian Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	59
B.	Stigma	60
1.	Validitas Kuesioner Stigma	60
2.	Reliabilitas Kuesioner Stigma	62
3.	Pengkategorian Kuesioner Stigma	65
C.	Dukungan Keluarga	66
1.	Validitas Kuesioner Dukungan Keluarga	66
2.	Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga	68
3.	Pengkategorian Kuesioner Dukungan Keluarga	70
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN.....	71
A.	Kesimpulan	71
B.	Saran.....	71
1.	Bagi ODHA	71
2.	Bagi Keluarga ODHA	72
3.	Bagi Pemerintah dan Instansi Kesehatan.....	72
DAFTAR PUSTAKA		75
LAMPIRAN		80
A.	Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	80
B.	Kuesioner Stigma HIV.....	83
C.	Kuesioner Dukungan Keluarga	86
D.	Kuesioner Kepatuhan Berobat.....	88
RIWAYAT PENULIS		91

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	16
Tabel 4.1	Distribusi Rata-Rata Umur dan Lama Berobat ODHA.....	19
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden (n = 244)...	19
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Tingkat Kepatuhan Berobat.....	23
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Stigma Sosial.....	27
Tabel 4.5	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Domain <i>Self Efficacy</i>	30
Tabel 4.6	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Domain Dukungan Keluarga	30
Tabel 4.7	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Stres	32
Tabel 4.8	Hubungan Stigma Sosial dan Kepatuhan Berobat	32
Tabel 4.9	Hubungan <i>Self Efficacy</i> dan Kepatuhan Berobat.....	33
Tabel 4.10	Hubungan Dukungan Keluarga dan Kepatuhan Berobat.....	33
Tabel 4.11	Hubungan Stres dan Kepatuhan Berobat	34
Tabel 4.12	Hubungan Lama Berobat dan Kepatuhan Berobat	34
Tabel 4.13	Hubungan Infeksi Oportunistik dan Kepatuhan Berobat..	35
Tabel 4.14	Pemodelan Awal Multivariat.....	35
Tabel 4.15	Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Dukungan Keluarga Dikeluarkan dari Pemodelan	36
Tabel 4.16	Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Lama Berobat Dikeluarkan dari Pemodelan.....	36
Tabel 4.17	Perubahan Nilai PR Setelah Variabel <i>Self Efficacy</i> Dikeluarkan dari Pemodelan.....	37
Tabel 4.18	Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Infeksi Oportunistik Dikeluarkan dari Pemodelan.....	37
Tabel 4.19	Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Stres Dikeluarkan dari Pemodelan	37
Tabel 4.20	Model Terakhir.....	38

Tabel 5.1	Validitas Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	54
Tabel 5.2	Koefisien Reliabilitas Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	56
Tabel 5.3	Reliabilitas Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	57
Tabel 5.4	Skor Penilaian Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	60
Tabel 5.5	Validitas Kuesioner Stigma.....	60
Tabel 5.6	Koefisien Reliabilitas dan Koefisien Korelasi Kuesioner Stigma HIV Versi Singkat	63
Tabel 5.7	Reliabilitas Kuesioner Stigma.....	63
Tabel 5.8	Skor Penilaian Kuesioner Stigma.....	65
Tabel 5.9	Validitas Kuesioner Dukungan Keluarga.....	66
Tabel 5.10	Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga.....	68
Tabel 5.11	Skor Penilaian Kuesioner Dukungan Keluarga.....	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka stigma kesehatan (HSF)	10
Gambar 3.1	Kerangka Alur Penelitian	15
Gambar 3.2	Kerangka Konsep.....	16
Gambar 4.1	Domain <i>Self Efficacy</i> dalam Manajemen Penyakit HIV/AIDS	40
Gambar 4.2	Wawancara Responden.....	41
Gambar 4.3	Domain Stigma HIV	45
Gambar 4.4	Tingkat Stigma HIV pada ODHA di Kota Palembang (2021).....	46
Gambar 4.5	Wawancara Responden.....	47
Gambar 4.6	Domain Dukungan Keluarga.....	48
Gambar 4.7	Wawancara Responden.....	49
Gambar 4.8	Tingkat Dukungan Keluarga pada ODHA di Kota Palembang (2021).....	50

DAFTAR GRAFIK

Grafik 4.1 Distribusi Jenis Kelamin Responden.....	21
Grafik 4.2 Distribusi Tingkat Pendidikan Responden	21
Grafik 4.3 Distribusi Jenis Pekerjaan Responden.....	22
Grafik 4.4 Distribusi Status Menikah Responden.....	22

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kuesioner *Self Efficacy*
- Lampiran 2. Kuesioner Stigma HIV
- Lampiran 3. Kuesioner Dukungan Keluarga
- Lampiran 4. Kuesioner Kepatuhan Berobat

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Secara global diperkirakan ada 38,0 juta orang yang hidup dengan HIV dimana 1,8 juta di antaranya adalah anak-anak di bawah usia 14 tahun.¹ Tren proporsi kejadian HIV pada populasi mengalami perubahan. Hasil survei tahun 2007 memperlihatkan prevalens HIV tertinggi pada kelompok Penasun (52,50%) dan kelompok Waria (24,33%) dan hasil survei tahun 2011 menunjukkan pula prevalens HIV tertinggi pada kelompok Penasun (41,2%) dan kelompok Waria (21,85%) sedangkan pada hasil survei 2015 menunjukkan bahwa tiga kelompok prevalens HIV tertinggi yaitu pada kelompok Penasun (28,78%), kelompok LSL (25,80%) dan Kelompok Waria (24,82%). Di Sumatera Selatan jumlah kasus HIV yang dilaporkan mengalami tren naik turun. Jumlah kasus yang dilaporkan tahun 2010-2019 adalah sebanyak 3591 orang.²

United Nations Program on HIV / AIDS (UNAIDS) menargetkan mengurangi infeksi HIV baru di bawah 500.000 per tahun pada tahun 2020 setelah target pada tahun 2016 dan 2017 pada 1.800.000 kasus. Selain itu, program 90-90-90 juga ditargetkan dapat mendiagnosis 90% dari semua orang HIV-positif, menyediakan terapi antiretroviral (ART) untuk 90% dari mereka yang didiagnosis dan mencapai penekanan virus untuk 90% dari mereka yang diobati³ Pemantauan viral load secara rutin dapat membantu mencegah infeksi HIV baru. Studi meta-analisis menunjukkan bahwa pasien yang diobati dengan terapi, antiretroviral (ART) dan memiliki viral load tidak terdeteksi tidak menularkan HIV.⁴

Kasus kejadian HIV/AIDS di Indonesia menempati posisi ke 5 sebagai negara paling berisiko HIV/AIDS di Asia. Untuk itu, HIV/AIDS, masih menjadi masalah yang serius dihadapi di Indonesia. Sejak tahun 1987,

terus terjadi peningkatan kasus HIV di Indonesia. Dari tahun 2005 sampai dengan 2020, jumlah kasus HIV terus mengalami peningkatan dalam setiap tahunnya. Jumlah kumulatif kasus HIV di Indonesia hingga bulan September 2020 ada sebanyak 409.857 kasus (75% dari target 90% estimasi ODHA tahun 2020 sebesar 543.100).⁵

Perkembangan kasus HIV/AIDS di Indonesia menurut laporan SIHA (2020) Triwulan III dari Januari-September 2020 ada 32.293 kasus HIV dilaporkan dengan penyumbang kasus HIV tertinggi pada kelompok usia produktif (25-49 tahun) sebesar 69%. Sedangkan untuk jumlah AIDS yang dilaporkan per Juli-September 2020 ada 2.286 kasus dengan penyumbang kasus AIDS tertinggi pada kelompok usia 30-39 tahun sebesar 33,2%. Lima provinsi dengan jumlah kasus AIDS dilaporkan terbesar berturut-turut adalah Papua Barat (477 kasus), Bali (433 kasus), Jawa Tengah (423 kasus), Jawa Barat (115 kasus) dan Sumatera Selatan (112 kasus). Jumlah kumulatif penemuan kasus HIV yang dilaporkan sampai dengan September 2020 sebanyak 409.857 orang, sedangkan jumlah kasus AIDS yang dilaporkan sampai dengan September 2020 sebanyak 127.873 orang dimana jumlah kasusnya relatif stabil setiap tahun.⁶

Menurut data triwulan III per Januari-September 2020 ada 434 kasus HIV dan 200 kasus AIDS dilaporkan di Sumatera Selatan. Jumlah kumulatif yang dilaporkan dari tahun 1995 sampai dengan September 2020 sebanyak 4.353 kasus HIV dan 1.522 kasus AIDS. Sedangkan untuk kasus meninggal karena AIDS ada 125 orang. Kota Palembang menjadi penyumbang tertinggi kasus HIV dan AIDS di Sumatera Selatan yakni kumulatif kasus HIV 3.379 dan kasus AIDS 1.190. Menurut laporan kaskade HIV dan pengobatan ARV per Provinsi sampai Juni 2020, Jumlah ODHA yang ditemukan di Provinsi Sumsel ada 4.233 orang dimana 3.697 diantaranya ODHA ditemukan dan masih hidup dan 1.499 ODHA on ART.⁷

Jumlah kasus HIV/AIDS di Kota Palembang pada tahun 2020 mengalami penurunan dibandingkan dengan total kasus HIV/AIDS pada tahun 2019, akan tetapi, pendeteksian tersebut belum dilakukan secara maksimal, dikarenakan munculnya kasus COVID-19 sampai saat ini. Dinas Kesehatan Kota Palembang juga mengungkapkan bahwa proses *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) sejak bulan Maret hingga Juli 2020 sempat terhenti sementara waktu semenjak adanya pandemi COVID-19. *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) atau Konseling dan Tes Sukarela (KTS) ialah salah satu strategi kesehatan masyarakat yang efektif dilakukan dalam rangka pencegahan penularan virus HIV dan sebagai awal permulaan untuk memperoleh layanan manajemen kasus serta dukungan, perawatan, dan pengobatan bagi Orang dengan HIV/AIDS (ODHA).⁸

Antiretroviral (ARV) adalah obat yang dapat membantu ODHA dalam meminimalisir perkembangan virus HIV pada tubuh, sehingga obat ini dibutuhkan seumur hidup penderita untuk menekan virus dalam tubuh. Obat ARV bekerja dengan mengurangi jumlah virus pada tubuh sehingga angka CD4 dalam darah tetap terjaga dan sistem imun tubuh menjadi lebih baik. Oleh sebab itu, obat ARV diwajibkan bagi penderita HIV/AIDS untuk dikonsumsi secara teratur dan konsisten, serta tepat waktu. Sama seperti penyakit kronis lainnya, obat ini harus dikonsumsi selama umur hidup ODHA agar dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Oleh karena itu, layanan yang mudah dijangkau oleh ODHA akan sangat diperlukan guna menjaga perawatan dan pengobatan pasien, dan obat ARV yang dijamin ketersediaannya oleh pemerintah serta gratis untuk dimanfaatkan. Salah satu strategi Fast Track 90-90-90 telah dirancang pada hari AIDS sedunia pada 2017 lalu, terdiri dari percepatan dalam mencapai 90% ODHA yang mengetahui status dirinya dengan melakukan pemeriksaan tes secara dini; 90% ODHA yang sudah mengetahui status dirinya melakukan pengobatan ARV sesegera mungkin; 90% ODHA yang teratur mengkonsumsi obat ARV dapat mengurangi jumlah virus dalam tubuh sehingga meminimalisir penularan virus HIV dari satu orang ke orang yang lain. Strategi ini juga bertujuan agar stigma dan diskriminasi yang terjadi pada orang yang terinfeksi HIV/AIDS dapat dihilangkan.³

Insiden dan prevalensi HIV di masyarakat sampai saat ini masih jadi beban negara. Stigmatisasi pada penderita HIV merupakan salah satu faktor yang dapat mempersulit penanganan kasus ini. Adapun pengaruh dari stigma sendiri diantaranya mengakibatkan mereka tidak mau membuka diri untuk datang berobat dan melakukan tes, sehingga mereka tidak mengetahui status mereka. Stigma masih sering didapatkan oleh ODHA yang berdampak negatif pada keberlangsungan kehidupan mereka sehari-hari. Ancaman stigma dan diskriminasi dapat mencegah orang yang hidup dengan HIV untuk mengungkapkan status mereka kepada orang lain dan menjadi penghalang kepatuhan pengobatan HIV. Orang yang hidup dengan HIV / AIDS (ODHA) tidak hanya menghadapi masalah medis tetapi juga masalah sosial yang terkait dengan penyakit tersebut. Salah satu hambatan untuk menjangkau mereka yang berisiko atau terinfeksi HIV / AIDS adalah stigma. Stigma meningkatkan kerahasiaan dan penyangkalan, yang juga merupakan katalisator penularan HIV. Stigmatisasi adalah bagian dari pernyataan konservatif atas hubungan kekuasaan, kemiskinan, atau otoritas moral yang bertumpu pada kemampuan untuk mengontrol seksualitas. Sebuah penelitian yang bersifat kualitatif yang dilakukan di Amerika Serikat pada 31 orang homoseksual muda dan berkulit hitam menyebutkan bahwa rendahnya kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan yaitu karena stigma yang negatif terhadap homoseksual dan HIV.⁹

Stigma HIV / AIDS berdampak negatif pada pencarian tes HIV, mencari perawatan setelah diagnosis, kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien HIV, dan akhirnya persepsi negatif dan pengobatan ODHA oleh komunitas dan keluarga mereka, termasuk pasangan. HIV/AIDS dapat menimbulkan berbagai dampak buruk pada ODHA diantaranya masalah fisik, emosional dan psikososial.¹⁰

Masalah fisik ditimbulkan akibat virus yang menyerang tubuh serta proses perawatan penyakit itu sendiri. Masalah emosional terjadi karena pengaruh yang ditimbulkan akibat mengkonsumsi obat-obatan dalam perawatan HIV/AIDS. Sedangkan masalah psikososial ditimbulkan karena adanya stigma masyarakat terkait HIV/AIDS.¹¹ Adanya tekanan dan kesulitan yang dialami oleh penderita HIV/AIDS secara terus-menerus dapat memunculkan beban psikologis, seperti stres dan depresi. Beban psikologis yang ditimbulkan tersebut dapat ditangani apabila seseorang mempunyai *self efficacy* yang tinggi. *Self efficacy* merupakan suatu kemampuan individu dalam mengatur dirinya dengan melakukan tindakan-tindakan guna mencapai sesuatu yang diharapkan.¹²

Secara psikologis, *self-efficacy* memiliki peranan promotif yang penting dalam kesehatan, yaitu mempengaruhi fase perubahan individu diantaranya memulai usaha untuk mengubah kebiasaan, penerapan pengaruh dalam diri untuk mencapai keberhasilan, dan mempertahankan perubahan kebiasaan yang telah dicapai.¹³ *Self-efficacy* merupakan hal yang penting untuk dimiliki oleh pasien penyakit kronik, tidak terkecuali ODHA. Dengan adanya *self efficacy* yang tinggi, harapannya penderita HIV mampu berpikir dan bertindak positif serta dapat menerima keadaan dirinya.¹⁴

Kepatuhan ODHA dalam minum ARV dipengaruhi oleh faktor internal yaitu keinginan untuk sehat, dan ingin hidup lebih lama dan faktor eksternal pendukung kepatuhan minum ARV yaitu adanya dukungan keluarga, dukungan kelompok sebaya serta dukungan petugas kesehatan. Dukungan keluarga merupakan salah satu menjadi motivasi penderita HIV/AIDS dalam menjalani program pengobatan. Dukungan keluarga didenifikasikan sebagai suatu sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya.¹⁵

Sebuah penelitian menyatakan ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga responden dengan kepatuhan minum obat ARV pada pasien HIV di Unit Pelayanan Terpadu HIV RSUPN DR Cipto Mangunkusumo. Pentingnya dukungan keluarga terhadap keberlangsungan pengobatan karena keluarga adalah orang terdekat pasien yang selalu memantau dan mengawasi pasien terutama pada saat semangat pasien menurun. Sehingga hal tersebut membantu ODHA dalam meningkatkan kesehatan guna memerangi virus HIV.¹⁶ Penelitian yang dilakukan oleh

Debby dalam kepatuhan subjek dalam pengobatan ARV di RSCM Jakarta tahun 2019 didapatkan sebanyak 50,5% subjek yang tidak patuh,¹⁶ sedangkan penelitian yang dilakukan di klinik VCT RSUD Batang didapatkan sebanyak 38,2% subjek tidak patuh dalam mengkonsumsi obat ARV.¹⁷

Beberapa penelitian dilakukan untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan ODHA dalam menjalani terapi ARV. Penelitian¹⁸ di Klinik VCT Kabupaten Cilacap didapat hasil variabel yang mempengaruhi ketidakpatuhan terapi ARV pada ODHA dewasa adalah tingkat pendidikan, jumlah CD4, PMO dan infeksi oportunistik. Peneliti lain juga menemukan faktor lain yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani terapi ARV yaitu usia dari subjek terkait.¹⁹

Masalah ini perlu mendapat perhatian dari segi manapun terutama bagi pemerintah, penyedia layanan, pasien, termasuk masyarakat dan keluarga pasien agar tidak bertambah parahnya penyakit, terjadinya resistensi obat hingga kegagalan terapi. Berdasarkan data dinas kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, diketahui bahwa dari 3.474 orang yang telah terinfeksi HIV, 3.199 diantaranya sudah memulai perawatan ART dan 1.334 orang lainnya masih bertahan dalam menjalankan perawatan ART. Hasil data tersebut menunjukkan bahwa hanya 42% orang yang tetap menjalankan ART. Sedangkan di Kota Palembang, tercatat bahwa sebanyak 1180 orang atau sekitar 53% ODHA yang menjalani ART hingga Juni 2019.²⁰

Tingkat kepatuhan ODHA dalam menjalani pengobatan ARV merupakan suatu hal yang sangat dibutuhkan dalam menekan jumlah virus dalam tubuh. Untuk itu, diperlukan mengkonsumsi obat ARV sesuai dengan anjuran dari dokter, teratur, tepat waktu, dan konsisten sehingga angka CD4 dalam tubuh dapat meningkat sehingga imunitas tubuh turut meningkat. Adanya kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, dapat menentukan kombinasi obat yang dibutuhkan dapat mencukupi darah dalam tubuh dan melindungi dalam kurun waktu 24 jam. Peningkatan resistensi obat dibutuhkan apabila kadar darah dalam tubuh begitu rendah. Apabila pasien lupa untuk mengkonsumsi ARV satu kali atau dua kali seminggu bisa menyebabkan tujuan dari obat menjadi gagal, terutama pada awal pengobatan dilakukan.²¹

Pengukuran viral load secara teratur membantu mendeteksi kegagalan pengobatan lebih dini sehingga dapat mengurangi kematian dan penularan HIV.²² Perubahan rejimen pengobatan hanya disarankan setelah viral load ≥ 1000 kopi/mL dikonfirmasi.²³ Pemantauan virologi pasien yang menerima ART diharapkan berkembang secara bertahap; namun, menghadapi hambatan yang signifikan seperti akses rutin karena sistem perawatan kesehatan yang terbebani, kendala keuangan, dan kendala transportasi serta infrastruktur laboratorium.²⁴

Ancaman stigma sosial dapat mencegah orang yang hidup dengan HIV untuk mengungkapkan status mereka kepada orang lain dan menjadi penghalang kepatuhan pengobatan HIV. Orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) tidak hanya menghadapi masalah medis tetapi juga masalah sosial yang terkait dengan penyakit tersebut. Salah satu hambatan untuk menjangkau mereka yang berisiko atau terinfeksi HIV/AIDS adalah stigma. Stigma meningkatkan kerahasiaan dan penyangkalan, yang juga merupakan katalisator penularan HIV.²⁵ Stigma dan diskriminasi pada ODHA sering terjadi sehingga dapat menghambat pengobatan. Stigmatisasi adalah bagian dari pernyataan konservatif atas hubungan kekuasaan, kemiskinan, atau otoritas moral yang bertumpu pada kemampuan untuk mengontrol seksualitas.²⁶

B. Perumusan Masalah

Stigma HIV / AIDS, self efficacy yang rendah, dukungan keluarga yang rendah berdampak negatif pada pencarian tes HIV, mencari perawatan setelah diagnosis, kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien HIV, dan akhirnya persepsi negatif terhadap pengobatan ODHA oleh komunitas dan keluarga mereka, termasuk pasangan. Kita perlu memahami lebih lanjut apakah stigma, self efficacy, dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan berobat pada ODA. Komitmen yang kuat dari pemerintah, masyarakat dan stakeholder lainnya menjadi salah satu faktor penting dalam program pencegahan HIV / AIDS.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui determinan kepatuhan berobat orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

2. Tujuan Khusus

- 2.1 Diketuainya hubungan antara *selfefficacy* dengan kepatuhan berobat orang dengan HIV/AIDS (ODHA).
- 2.2 Diketuainya hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat orang dengan HIV/AIDS (ODHA).
- 2.3 Diketuainya hubungan antara stigma dengan kepatuhan berobat orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

D. Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengetahui permasalahan stigma pada ODHA.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengetahui permasalahan *self efficacy* pada ODHA.
3. Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan dukungan keluarga pada ODHA.
4. Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan berobat pada ODHA.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi HIV

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah suatu virus yang dapat menyebabkan penyakit AIDS. Virus ini menyerang sistem kekebalan (imunitas) tubuh sehingga menjadi lemah dalam melawan infeksi, kehadiran HIV di dalam tubuh akan menyebabkan defisiensi sistem imun. HIV membunuh atau merusak sel-sel sistem kekebalan tubuh terutama sel yang disebut sel T CD4-positif [CD4+] atau sel T pembantu, yang merupakan jenis sel putih yang penting untuk melawan infeksi, menghancurkan makrofag serta sel dendritik yang menyebabkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi dan kanker tertentu hancur.²⁷

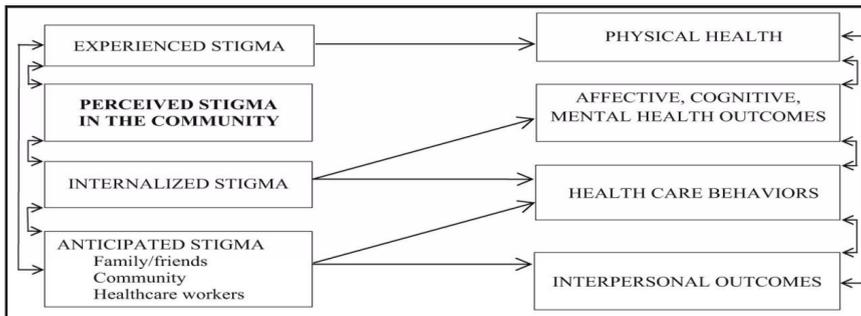
B. Stigma HIV

Stigma HIV adalah sikap dan keyakinan negatif tentang orang dengan HIV. Prasangka yang muncul saat memberi label pada individu sebagai bagian dari kelompok yang diyakini tidak dapat diterima secara sosial. Bukti menunjukkan stigmatisasi orang yang hidup dengan HIV (ODHA) tersebar luas di masyarakat. Sikap ini dapat menghambat kebijakan negara untuk diagnosis yang efektif dan perawatan medis pada ODHA. Stigma dan diskriminasi HIV mempengaruhi keadaan emosional dan kesehatan mental orang yang hidup dengan HIV. Orang yang hidup dengan HIV sering menginternalisasi stigma yang mereka alami dan mulai mengembangkan citra diri yang negatif.²⁸

C. Jenis Stigma

Diskriminasi dapat digambarkan sebagai bentuk "stigma yang diberlakukan" atau tindakan negatif akibat stigma yang berfungsi untuk merendahkan dan mengurangi peluang hidup mereka yang terstigma.

Tindakan diskriminatif terhadap ODHA dapat berujung pada pengingkaran hak atas kesehatan, pendidikan, dan pekerjaan.²⁹ “Stigma internal” atau “stigma diri” terjadi ketika seseorang menerima gagasan dan stereotip negatif tentang orang yang hidup dengan HIV dan mulai menerapkannya pada diri mereka sendiri. Stigma yang diinternalisasi HIV dapat menyebabkan perasaan malu, takut diungkapkan, terisolasi, dan putus asa. Perasaan ini dapat menghalangi orang untuk dites dan dirawat untuk HIV.²⁸



Gambar 2.1 Kerangka stigma kesehatan (HSF)³⁰

D. Dampak Stigma

Stigmatisasi menciptakan budaya kerahasiaan dan keheningan yang tidak perlu berdasarkan ketidaktahuan dan ketakutan akan viktimisasi. Stigma yang di dapatkan oleh ODHA dapat menunda dan menggagalkan pencarian pengobatan dan kepatuhan berobat. Penundaan pengobatan dan kegagalan kepatuhan dalam berobat mengakibatkan penyebaran penyakit ini di populasi semakin luas, dampak pada pelayanan kesehatan dan menggagalkan upaya penanggulangan pandemi ini secara global.²⁹

1. Program Pengurangan Dampak Stigma dan Diskriminasi³¹

Program yang bertujuan untuk mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap orang yang hidup dengan HIV atau orang yang berisiko terinfeksi HIV harus mengatasi penyebab stigma dan diskriminasi yang dapat ditindaklanjuti dan memberdayakan orang yang hidup dengan dan rentan terhadap HIV. Program untuk mengatasi penyebab ini dapat melibatkan berbagai pendekatan, termasuk :

- a. Interaksi komunitas dan diskusi kelompok terfokus yang melibatkan orang yang hidup dengan HIV dan anggota populasi yang rentan terhadap infeksi HIV.
- b. Penggunaan media, termasuk kampanye iklan, hiburan yang dirancang untuk mendidik sekaligus menghibur ("*edutainment*"), dan integrasi pesan non-stigmatisasi ke dalam acara TV dan radio.

- c. Keterlibatan dengan pemimpin agama dan komunitas, dan selebriti.
- d. Memasukkan non-diskriminasi sebagai bagian dari kebijakan kelembagaan dan tempat kerja dalam pengaturan ketenagakerjaan dan Pendidikan.
- e. Pengukuran stigma terkait HIV melalui People Living with HIV Stigma termasuk di rangkaian layanan kesehatan dan komunitas, dan
- f. Mobilisasi dan dukungan sebaya dikembangkan untuk dan oleh orang yang hidup dengan HIV yang bertujuan untuk mempromosikan kesehatan, kesejahteraan dan hak asasi manusia.

E. Kepatuhan Berobat

Kepatuhan atau aderen terhadap terapi antiretroviral (ART) adalah kunci keberhasilan pengobatan infeksi HIV, karena ART berkelanjutan mampu menekan HIV hingga tak terdeteksi, mengurangi risiko resistensi obat, meningkatkan kualitas dan kelangsungan hidup, meningkatkan kesehatan secara keseluruhan serta mengurangi risiko penularan HIV. Aderen terhadap ART dipengaruhi oleh sejumlah faktor, termasuk kondisi sosial pasien, kondisi klinis, jenis obat yang dikonsumsi, dan hubungan pasien dengan penyedia layanan. Dari perspektif pasien, ketidakpatuhan kadang diakibatkan karena salah satu atau lebih dari beberapa barier psikososial, seperti depresi dan gangguan mental, gangguan neurokognitif, rendahnya pengetahuan tentang kesehatan, rendahnya *support social*, hidup penuh stres, konsumsi alkohol berlebihan, pengguna napsa aktif, tunawisma, kemiskinan, menjaga rahasia status HIV, penolakan, stigma. Selain itu, umur pasien juga mempengaruhi aderen. Khususnya, beberapa remaja dan pasien HIV dewasa muda merupakan kelompok yang memiliki tantangan yang cukup besar dalam mencapai tingkat kepatuhan. Di samping itu, kegagalan untuk mengadopsi praktek-praktek yang memfasilitasi kepatuhan, seperti kegiatan ambil obat untuk sehari-hari atau menggunakan sistem pengingat obat atau *organizer pil*, juga terkait dengan kegagalan pengobatan.³²

F. Determinan Kepatuhan berobat pada ODHA

Penelitian sebelumnya telah mengidentifikasi faktor-faktor yang menjadi hambatan utama untuk kepatuhan ARV yang optimal yaitu penggunaan narkoba, gejala depresi, bepergian, kesibukan, efek samping terkait ARV, kegagalan untuk menggunakan isi ulang obat ARV, stigma/diskriminasi, dan kurangnya dukungan keluarga. Ketidakpatuhan terhadap terapi pada ODHA dapat mengakibatkan resistensi obat ARV atau kegagalan pengobatan.^{33,34}

Pekerjaan, infeksi oportunistik (komorbiditas) dan status pernikahan merupakan determinan kepatuhan berobat. Penelitian ini sejalan

dengan penelitian Najjar, dkk, yang menyatakan bahwa tidak ada pekerjaan dan memiliki riwayat penyakit kronik mempengaruhi untuk tidak menjalankan pengobatan secara teratur. Kepatuhan yang rendah lebih besar terjadi pada pasien miskin. Kepatuhan pasien terhadap pengobatan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor termasuk pola komunikasi antara pasien dengan profesional kesehatan, keyakinan, sumber daya pasien termasuk keuangan, psikologis, dukungan sosial, kondisi komorbiditas dan pengetahuan pasien.^{35,36} Adequate levels of knowledge were 71.4%, and of adherence 75%, which were recorded for 705 (59.1% Orang yang terinfeksi human immunodeficiency virus (HIV) juga berisiko terhadap infeksi lain seperti hepatitis B dan hepatitis C. Prevalensi ODHA yang mengalami coinfeksi hepatitis B di populasi sebesar 4,4 %, sedangkan Hepatitis C sebesar 19,4 %^{37,38}

Pengetahuan pasien yang memadai tentang pengobatan penting untuk perilaku penggunaan obat yang tepat dan kepatuhan pasien. Untuk meningkatkan kepatuhan terapi perlu didukung oleh self-efficacy yang baik. Self-efficacy adalah faktor psikososial yang dapat dimodifikasi terkait dengan keyakinan individu dalam kemampuan mereka untuk berhasil menyelesaikan tindakan dan telah terbukti terkait secara positif dengan kinerja. Self-efficacy yang baik dapat meningkatkan performa diri seseorang sehingga dia merasa positif dan ingin memperbaiki diri sendiri.³⁹

BAB 3

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan studi observasional dengan desain studi *Cross Sectional*. Pada studi ini pengukuran terhadap variabel independen dan variabel dependen dilakukan secara bersamaan. Konsep penelitian ini dengan menggunakan model faktor risiko dimana variabel independen utamanya adalah stigma sosial, sedangkan variabel dependennya adalah kepatuhan berobat.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ODHA yang tercatat dilayanan *Care Support and Treatment (CST)* dan Komunitas Sriwijaya Plus di Kota Palembang sebanyak 1180 orang.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah ODHA dengan terapi ARV yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

3. Besar sampel

Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus Lemeshow, *et al* (1997) besar sampel desain *cross sectional* uji hipotesis dua proporsi populasi, yaitu

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$n = \frac{(1,96 \sqrt{0,442(0,779)} + 1,28 \sqrt{0,313(0,687)} + 0,129(0,871))^2}{0,0338}$$

$$n = 105$$

Keterangan :

n : Jumlah Sampel

$Z_{1-\alpha/2}$: Derivat baku alpha 5% = 1,96

$Z_{1-\beta}$: Derivat baku beta kekuatan uji 90% = 1,282

$\bar{P}\bar{P}$: $(P_1 + P_2)/2 = 0,21$

P_1 : Proporsi dukungan keluarga rendah pada dengan tingkat kepatuhan rendah : 31,3 %⁴⁰

P_2 : Proporsi dukungan keluarga baik dengan tingkat kepatuhan rendah : 12,9 %⁴⁰

Berdasarkan perhitungan rumus diperoleh jumlah sampel minimal sebanyak $n=n_1+n_2= 210$ responden, Untuk menghindari *drop out* dan *missing* data maka dilakukan penambahan 10%, maka besar sampel yang diperlukan

$$n^1 = \frac{n}{(1 - f)}$$

$$n^1 = \frac{210}{(1 - 0,1)}$$

$n= 233,33$ atau pembulatan 235 orang

Keterangan :

n^1n^1 = jumlah drop out

$n = n$ = besar sampel yang dihitung

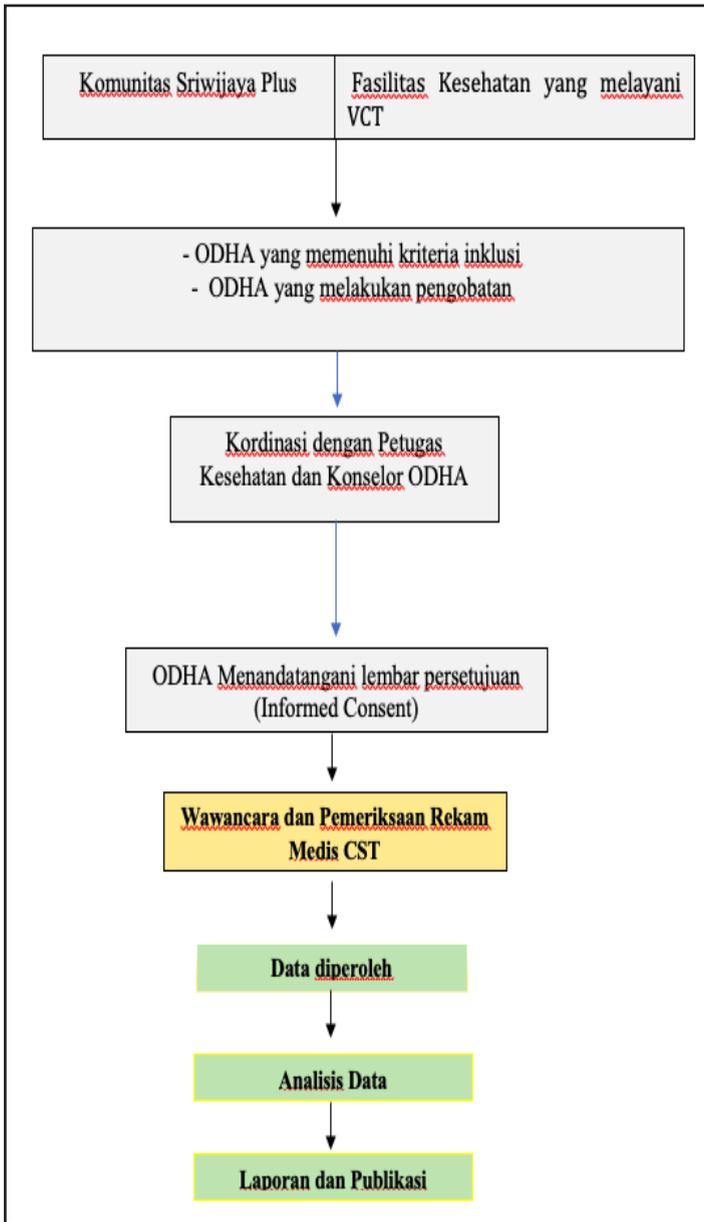
f = perkiraan proporsi drop out 10%

Dengan demikian besar sampel yang diperlukan pada penelitian ini sebanyak 235 orang.

4. Kerangka Sampel

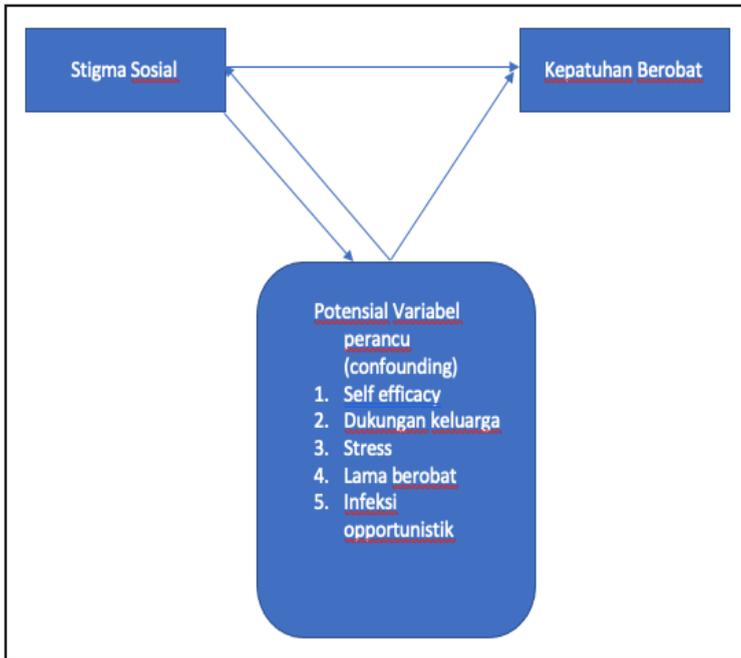
Sampel diambil diberbagai tempat dengan cara purposive sampling. Tempat pengambilan sampel dilakukan di Komunitas Sriwijaya Plus dan di Fasilitas Kesehatan yang melayani VCT (Rumah Sakit Moh. Hoesin, Puskesmas Dempo, dan Puskesmas Sukarami).

C. Alur Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Alur Penelitian

D. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.2 Kerangka Konsep

E. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Kepatuhan berobat	Kepatuhan terapi dan minum obat ARV yaitu tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau orang lain.	Wawancara	Kuisisioner Kepatuhan berobat.	Tidak patuh : kepatuhan minum ARV < 95%. Patuh : tingkat kepatuhan minum ARV ≥ 95% (lupa minum obat <3dosis dalam 30 hari)	Ordinal

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Stigma sosial	Label sosial dari sekelompok orang dengan cap atau pandangan buruk yang diterima ODHA selama menjadi penderita HIV/AIDS.	Wawancara	Kuesioner <i>HIV Stigma Scale</i>	1= Stigma sosial Rendah (Total skor 25-50) 2 = Stigma sosial Tinggi (Total skor 51-100)	Ordinal
Self efficacy	Tingkat keyakinan akan kemampuan ODHA dalam mengatur/ melakukan perilaku agar dapat menghadapi masalah terkait penyakit HIV/AIDS	Wawancara	Kuesioner <i>HIV Self Efficacy</i> (HIV-SE)	1 = Self efficacy rendah (Total skor $\leq 55\%$) 2 = Self efficacy Cukup (Total skor 56-75%) 3 = Self efficacy Baik (Total skor 76-100%)	Ordinal
Dukungan keluarga	Bantuan yang diterima responden dari orang terdekat dalam kehidupannya seperti teman sebaya, keluarga ataupun lingkungan baik bantuan materiil maupun non materiil	Wawancara	Kuesioner	Dukungan tinggi (Skor $\geq 76-100$ persen dari jawaban) Dukungan rendah (Skor ≤ 75 persen dari jawaban)	Ordinal
Stress	Reaksi tubuh baik secara fisiologis maupun psikologis ketika ODHA mengalami tekanan dari luar	Wawancara	Kuesioner <i>Perceived Stress Scale HIV</i> (PSS-HIV)	1 = Ringan (Total skor 1-13) 2 = Sedang (Total skor 14-26) 3 = Berat ((Total skor 27-40)	Ordinal

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Lama berobat	Lamanya pasien HIV/AIDS dalam menjalankan terapi ARV.	Wawancara	Kuesioner	< 1 tahun' ≥ 1 tahun	Ordinal
Infeksi oportunistik	Penyakit penyerta yang pernah dialami	Wawancara	Kuesioner	1. Ada 2.Tidak ada	Ordinal

F. Analisis Data

1. Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif dilakukan dengan melakukan distribusi frekuensi untuk data karakteristik subyek yang meliputi semua variabel independent dan dependen.

2. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik digunakan uji *chi-square test*. Nilai kemaknaan untuk menjawab hipotesis adalah alpha 5% dengan nilai *confidence interval* ditetapkan 95%. Bila *p value* < α (0,05) berarti ada hubungan bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen atau H_0 ditolak. Namun jika *p value* > α (0,05) maka tidak ada hubungan bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen atau H_0 diterima.

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang digunakan adalah analisis regresi logistik karena variabel dependen merupakan data katagorik., sehingga dapat diketahui variabel perancu (*confounding*). Analisis ini dilakukan dengan cara mengeluarkan variabel secara bertahap dari nilai p yang paling besar ($p > 0,05$) diantara variabel yang lain. Jika didapatkan perubahan nilai $OR > 10\%$ saat variabel tersebut dikeluarkan maka variabel yang dikeluarkan tersebut merupakan *confounding*.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan dengan melakukan distribusi frekuensi untuk data karakteristik subyek yang meliputi variabel kepatuhan berobat, stigma sosial, *self efficacy*, dukungan keluarga, lama berobat, dan infeksi oportunistik.

1) Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Tabel 4.1 Distribusi Rata-Rata Umur dan Lama Berobat ODHA

Variabel	Mean	SD	Min-Max	95% CI
Umur (tahun)	32,16	8,275	10-63	31,12-33,21
Lama Berobat (bulan)	46,57	43,82	0,5 – 288	41,14-52,19

Tabel 4.1 menggambarkan bahwa rata-rata umur responden adalah 32 tahun dengan rentang usia 10-63 tahun, dan rata-rata lama berobat 46,57 bulan (3,8 tahun) dengan rentang lama pengobatan 0,5 – 288 bulan. Dari hasil ini kita dapat mengetahui bahwa ada responden sudah menjalani pengobatan dalam waktu lama 24 tahun.

Berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan, distribusi frekuensi karakteristik responden sebagai berikut.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden (n = 244)

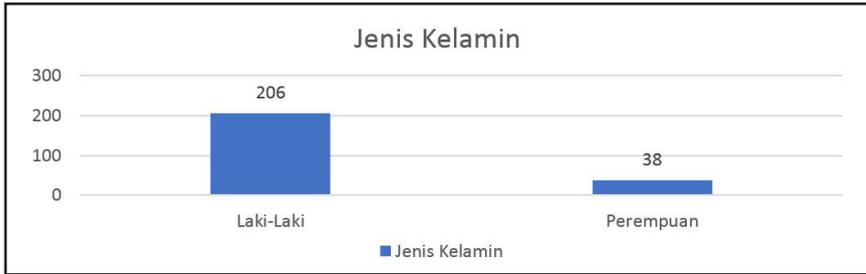
Variabel	Frekuensi	Persentase
Umur		
- < 30 tahun	104	42,6
- ≥ 30 tahun	140	57,4

Lama Menderita HIV		
- Dini (< 32 bulan)	99	40,6
- Lama (\geq 32 bulan)	145	59,4
Cara Penularan		
- Hubungan Seksual	206	84,4
- Transfusi Darah	9	3,7
- Penggunaan Jarum Suntik	23	9,4
- Transplantasi Organ	1	0,4
- Ibu ke Anak	5	2,0
Status Hubungan Seksual		
- LSL	142	58,2
- Bukan LSL	102	41,8
Infeksi Oportunistik		
- Ada	52	21,3
- Tidak Ada	192	78,7
Jenis Infeksi Oportunistik		
- Tuberculosis	23	9,4
- Meningitis Kritokokus	4	1,7
- Diare	10	4,1
- Sitomegalo	1	0,4
- Kanker terkait HIV	0	0
- Infeksi CMV	2	0,8
- Korioretinitis Toksoplasmosis	1	0,4
- Lainnya	19	7,8

Tabel 4.2 menggambarkan bahwa mayoritas responden yaitu 57,4 % berusia \geq 30 tahun, 59,4 % sudah terinfeksi HIV \geq 32 bulan, 84,4% tertular HIV melalui hubungan seksual, 58,2 % dengan orientasi seksual lelaki sesama lelaki, dan 21,3 % memiliki infeksi oportunistik, seperti tuberculosis, meningitis kritokokus, diare, sitomegalo, kanker terkait HIV, infeksi CMV, korioretinitis toksoplasmosis, dan lainnya.

2) Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin

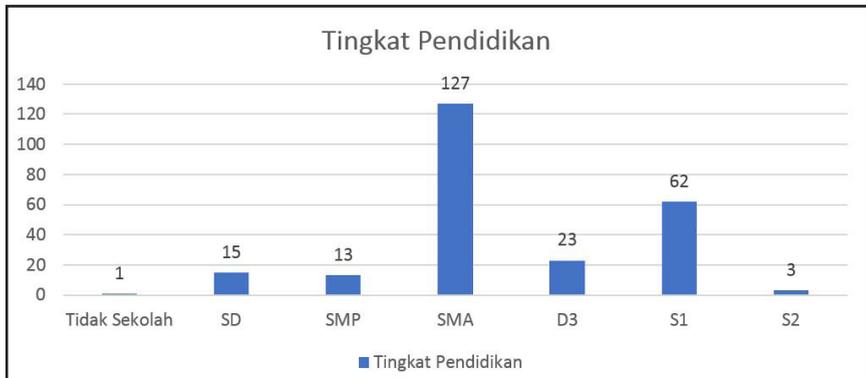
Grafik 4.1 Distribusi Jenis Kelamin Responden



Grafik 4.1 menggambarkan bahwa perbandingan responden laki-laki jauh lebih banyak dibandingkan dengan perempuan yaitu 206 orang atau 84,42 %.

3) Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan

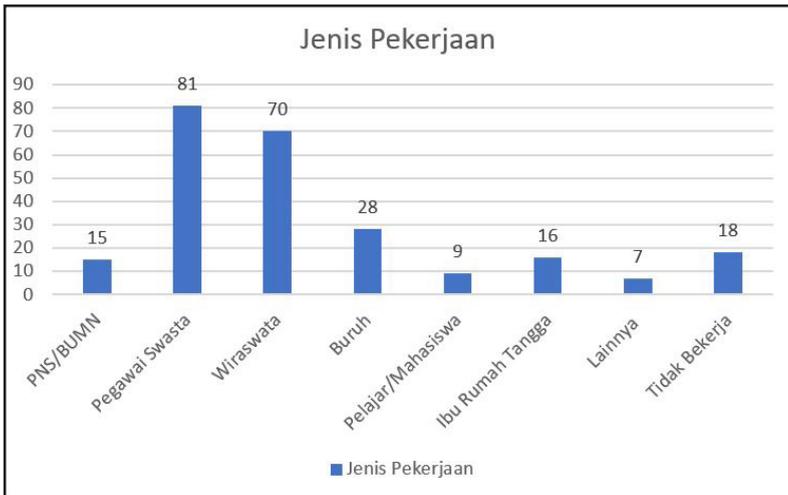
Grafik 4.2 Distribusi Tingkat Pendidikan Responden



Grafik 4.2 menggambarkan mayoritas responden memiliki Pendidikan tamat SMA yaitu 127 orang atau, 52,04 %. Dari hasil ini juga kita bisa melihat bahwa responden dengan tingkat pendidikan strata 1 sebesar 62 orang 25,41 %. Responden dalam penelitian terdistribusi di semua tingkat Pendidikan mulai dari tidak sekolah sampai pendidikan strata 2.

4) Distribusi Jenis Pekerjaan Responden

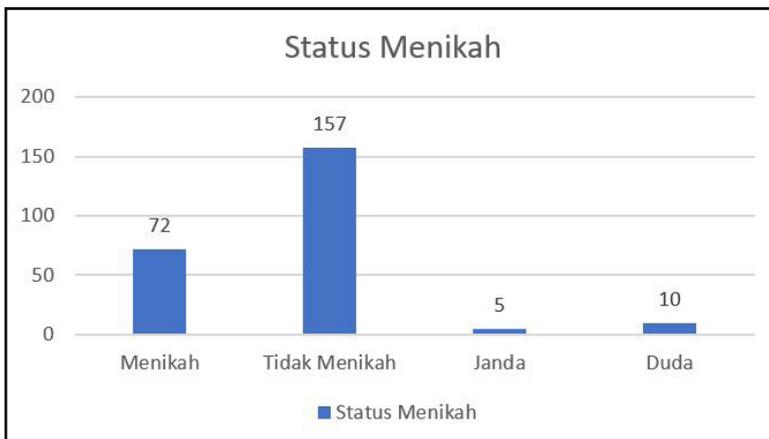
Grafik 4.3 Distribusi Jenis Pekerjaan Responden



Grafik 4.3 di atas menjelaskan bahwa mayoritas responden yang bekerja sebagai pegawai swasta, yakni sebanyak 81 orang. Sedangkan ODHA yang bekerja sebagai PNS/BUMN sebanyak 15 orang, wiraswasta sebanyak 70 orang, buruh sebanyak 28 orang, pelajar/mahasiswa sebanyak 9 orang, ibu rumah tangga sebanyak 16 orang, lainnya 7 orang, dan yang tidak bekerja sebanyak 18 orang.

5) Distribusi Status Menikah Responden

Grafik 4.4 Distribusi Status Menikah Responden



Grafik 4.4 di atas menjelaskan bahwa mayoritas responden yang tidak menikah, yakni sebanyak 157 orang. Sedangkan ODHA yang menikah sebanyak 72 orang, janda sebanyak 5 orang, dan duda sebanyak 10 orang.

6) Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kepatuhan Berobat

Berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan, distribusi frekuensi tingkat kepatuhan berobat pada ODHA sebagai berikut.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepatuhan Berobat

Tingkat Kepatuhan Berobat	Total	
	n	%
Tidak Patuh	57	23,4
Patuh	187	76,6

Tingkat Kepatuhan Berobat	Total	
	n	%
Tidak Patuh	57	23,4
Patuh	187	76,6

Pertanyaan

Apakah anda pernah lupa minum obat antiretroviral ?

Ya	133	54,5
Tidak	111	45,5
Tidak Tahu	0	0

Dalam minggu ini, sudah berapa kali anda lupa minum obat

> 3 kali	0	0
< 3 kali	131	53,7
Tidak Pernah	113	46,3

Berapa dosis ARV yang anda lupa minum dalam satu bulan terakhir

Kurang dari 3 dosis	244	100
Antara 3-12 dosis	0	0
Lebih dari 12 dosis	0	0

Kapan terakhir kali anda berkunjung ke layanan kesehatan untuk mengambil obat ARV ?		
Satu minggu lalu	0	0
Satu bulan lalu	244	100
Lebih dari satu bulan	0	0
Apakah anda bersedia menunjukkan kartu biru ? (untuk melihat identitas dan kunjungan berobat)		
Bersedia	0	0
Tidak bersedia	244	100
Bagaimana cara anda agar tidak lupa minum obat ?		
Menggunakan alarm/buku agenda	244	100
Mengandalkan orang lain (teman, keluarga) untuk mengingatkan	0	0
Tidak melakukan apa-apa	0	0
Apakah terdapat perubahan saat tidak minum obat ARV ?		
Ya	0	0
Tidak	133	54,5
Tidak tahu	111	45,5
Apakah yang anda lakukan saat anda tidak minum obat ARV ?		
Segera minum obat saat ingat/mengandalkan dosis di waktu minum obat selanjutnya	157	64,3
Konsultasi ke dokter	60	24,6
Tidak melakukan apa-apa	27	11,1
Apakah anda rutin mengkonsumsi obat ARV ?		
Ya	111	45,5
Tidak	133	54,5
Adakan ocial anda melewati dosis obat/ tidak patuh dalam minum obat ARV ?		
Tidak ada (Kosongkan)	111	45,5
Ada (Sebutkan alasannya)	133	54,5

Apakah ocial anda melewati dosis obat/tidak patuh dalam minum obat ARV ?		
Apakah Anda sedang dalam keadaan sibuk belakangan ini ?		
Ya	128	52,5
Tidak	116	47,5
Apakah Anda hanya sekedar lupa ?		
Ya	133	54,5
Tidak	111	45,6
Apakah karena jumlah pill yang terlalu banyak untuk diminum ?		
Ya	0	0
Tidak	244	100
Apakah karena adanya efek samping akibat obat ?		
Ya	0	0
Tidak	244	100
Apakah karena Anda tidak ingin orang lain tahu ?		
Ya	0	0
Tidak	244	100
Apakah karena adanya jadwal rutinitas yang berubah-ubah ?		
Ya	0	0
Tidak	244	100
Apakah karena Anda merasa bahwa obat ARV mengandung racun atau berbahaya ?		
Ya	0	0
Tidak	244	100
Apakah karena Anda tertidur di waktu anda harus minum obat ?		
Ya		45,1
Tidak		54,9

Apakah karena Anda sedang sakit atau tidak enak badan ?	
Ya	0
Tidak	100
Adanya masalah dengan cara minum obat (ex : harus sebelum makan, sesudah makan, harus minum yang banyak atau harus sebelum tidur).	
Ya	0
Tidak	100
Pihak pemberi obat (RS, Klinik, Puskesmas) tidak membagikan obat pada anda.	
Ya	0
Tidak	100
Anda merasa sehat tanpa konsumsi obat ARV.	
Ya	0
Tidak	100
Apakah Anda sedang mengkonsumsi obat lain?	
Ya	0
Tidak	100
Merasa depresi atau merasa terlalu gembira social mengkonsumsi obat ARV.	
Ya	0
Tidak	100
Anda sedang mengkonsumsi alkohol	
Ya	0
Tidak	100
Setelah meminum obat Anda merasa mual/lalu tidak mengganti obat ARV yang membuat anda mual tersebut.	
Ya	0
Tidak	100
Kehabisan dosis obat dan tidak dapat pergi ke tempat Anda biasa mendapatkan obat.	
Ya	10,2
Tidak	89,8

Tidak percaya terhadap efek obat ARV.	
Ya	0
Tidak	100
Jarak tempat Anda mengambil obat terlalu jauh.	
Ya	0
Tidak	100
Berbagi atau menjual obat ARV yang sudah anda dapat.	
Ya	0
Tidak	100
Dokter Anda menganjurkan Anda untuk berhenti.	
Ya	0
Tidak	100

Tabel 4.3 di atas menggambarkan bahwa ODHA yang memiliki tingkat kepatuhan berobat yang patuh lebih banyak dari pada ODHA yang memiliki tingkat kepatuhan berobat yang tidak patuh. Berdasarkan hasil analisis gambaran deskriptif tingkat kepatuhan berobat, didapatkan bahwa para ODHA yang tidak patuh dalam melakukan kepatuhan berobat dikarenakan ODHA dalam keadaan sibuk sebesar 52,5%, karena lupa sebesar 54,5%, karena tertidur diwaktu minum obat sebesar 45,1% dan kehabisan dosis obat dan tidak bisa pergi ketempat pengambilan obat sebesar 10,2%.

7) Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Domain Stigma Sosial

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Stigma Sosial

Stigma HIV	Frekuensi		Persentase	
Rendah	57		23,4	
Tinggi	187		76,6	
Jumlah	244		100	

Pernyataan	STS		TS		N		S		SS	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Sub Skala <i>Personalized Stigma</i>										
Beberapa orang yang mengetahui saya mengidap HIV semakin menjauhi saya.	21	8,6	67	27,5	64	26,2	82	33,6	10	4,1

Beberapa orang menghindari menyentuh saya setelah mereka tahu bahwa saya mengidap HIV.	22	9,0	59	24,2	53	21,7	79	32,4	31	12,7
Orang-orang yang saya sayangi berhenti menghubungi saya setelah mereka tahu saya mengidap HIV.	32	13,1	95	38,9	45	18,4	61	25,0	11	4,5
Beberapa orang yang dekat dengan saya takut orang lain akan menolak mereka jika terungkap bahwa saya mengidap HIV.	26	10,7	87	35,7	42	17,2	72	29,5	17	7,0
Orang-orang tidak mau saya berada di dekat anak-anak mereka ocial mereka tahu saya mengidap HIV.	39	16,0	94	38,5	54	22,1	49	20,1	8	3,3
Orang-orang mundur menjauhi saya saat mereka tahu saya mengidap HIV.	22	9,0	74	30,3	60	24,6	75	30,7	13	5,3
Saya berhenti bersosialisasi dengan beberapa orang karena reaksi mereka ocial mereka tahu saya mengidap HIV.	39	16,0	95	38,9	45	18,4	54	22,1	11	4,5
Saya telah kehilangan teman-teman karena memberi tahu mereka bahwa saya mengidap HIV.	15	6,1	95	38,9	62	25,4	60	24,6	12	4,9
Orang-orang yang mengetahui saya mengidap HIV cenderung mengabaikan sisi baik saya.	26	10,7	73	29,9	48	19,7	79	32,4	18	7,4
Orang-orang tampaknya takut kepada saya ocial mereka tahu saya mengidap HIV.	23	9,4	52	21,3	51	20,9	98	40,2	20	8,2
Ketika orang-orang tahu saya mengidap HIV, mereka mencari kelemahan pada karakter saya.	26	10,7	62	25,4	44	18,0	82	33,6	30	12,3
Sub Skala Disclosure										
Memberitahu orang lain bahwa saya mengidap HIV adalah sesuatu yang berisiko.	11	4,5	23	9,4	25	10,2	88	36,1	97	39,8
Saya berusaha keras merahasiakan status HIV saya.	9	3,7	13	5,3	26	10,7	101	41,4	95	38,9

Saya sangat berhati-hati kepada siapa saya memberitahu bahwa saya mengidap HIV.	8	3,3	13	5,3	23	9,4	128	52,5	72	29,5
Saya khawatir bahwa orang yang mengetahui saya mengidap HIV akan memberitahu orang lain.	8	3,3	20	8,2	22	9,0	111	45,5	83	34,0
Sub Skala Public Attitudes										
Orang dengan HIV diperlakukan seperti orang buangan.	32	13,1	86	35,2	28	11,5	83	34,0	15	6,1
Sebagian besar orang meyakini bahwa orang dengan HIV adalah kotor.	35	14,3	77	31,6	30	12,3	83	34,0	19	7,8
Sebagian besar orang berpikir bahwa orang dengan HIV menjijikkan.	42	17,2	88	36,1	22	9,0	77	31,6	15	6,1
Sebagian besar orang dengan HIV ditolak ocial orang lain mengetahui statusnya.	19	7,8	52	21,3	44	18,0	99	40,6	30	12,3
Sejak mengetahui saya mengidap HIV, saya khawatir orang-orang akan mendiskrimi- nasi saya.	16	6,6	53	21,7	38	15,6	109	44,7	28	11,5
Sebagian besar orang tidak nyaman berada di sekitar orang dengan HIV.	23	9,4	54	22,1	58	23,8	93	38,1	16	6,6
Sub Skala Negative Self-Images										
Saya merasa saya tidak sebaik orang lain karena saya mengidap HIV.	26	10,7	72	29,5	39	16,0	90	36,9	17	7,0
Mengidap HIV membuat saya merasa tidak bersih.	40	16,4	101	41,4	27	11,1	62	25,4	14	5,7
Mengidap HIV membuat saya merasa bahwa saya adalah orang yang buruk.	45	18,4	98	40,2	33	13,5	57	23,4	11	4,5
Adanya HIV dalam tubuh saya merupakan sesuatu yang menjijikkan bagi saya.	49	20,1	103	42,2	23	9,4	53	21,7	16	6,6

Tabel 3 menjelaskan bahwa responden yang mengalami stigma tinggi lebih banyak dibandingkan dengan responden yang mengalami stigma rendah yaitu 76,6%. Sebagian besar responden merasa yakin dalam manajemen perasaan tertekan, manajemen terapi dan kepatuhan berobat, mengelola gejala, berkomunikasi dengan penyedia layanan sosial, mendapat dukungan dari orang lain, mengelola kelelahan, dan sebagian besar responden tidak mendapatkan dukungan emosional dari masyarakat.

8) Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Domain *Self Efficacy*

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Domain *Self Efficacy*

Self Efficacy	Frekuensi	Persentase
Rendah	122	50,0
Tinggi	122	50,0
Jumlah	244	100

Tabel 4.5 menggambarkan proporsi responden dengan self efficacy rendah dan self efficacy tinggi sama.

9) Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Domain Dukungan Keluarga.

Berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan, distribusi frekuensi responden berdasarkan domain dukungan keluarga sebagai berikut :

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Domain Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga	Frekuensi	Persentase
Dukungan Rendah	143	58,6
Dukungan Tinggi	101	41,4
Jumlah	244	100

Pertanyaan	Tidak Pernah		Jarang		Kadang-Kadang		Sering		Selalu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dukungan Emosional										
Keluarga mendampingi Anda dalam menjalani perawatan	98	40,2	28	11,5	32	13,1	32	13,1	54	22,1
Keluarga mengajak Anda membicarakan masalah yang sedang Anda hadapi tanpa diminta	50	20,5	30	12,3	42	17,2	58	23,8	64	26,2
Keluarga tetap menyayangi Anda selama Anda sakit	24	9,8	13	5,3	21	8,6	48	19,7	138	56,6
Keluarga memberikan perhatian yang baik setiap Anda membutuhkan bantuan	21	8,6	19	7,8	25	10,2	68	27,9	111	45,5
Keluarga menghibur Anda saat Anda sedang sedih dengan masalah yang Anda hadapi	26	10,7	32	13,1	30	12,3	70	28,7	86	35,2

Pertanyaan	Tidak Pernah		Jarang		Kadang-Kadang		Sering		Selalu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Dukungan Instrumental									
Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas jika Anda memerlukan untuk keperluan pengobatan	72	29,5	31	12,7	31	12,7	49	20,1	61	25,0
Keluarga sangat berperan aktif dalam pengobatan dan perawatan sakit Anda	74	30,3	30	12,3	41	16,8	45	18,4	54	22,1
Keluarga bersedia membiayai perawatan dan pengobatan Anda	92	37,7	22	9,0	31	12,7	34	13,9	65	26,6
Keluarga siap membantu dalam melakukan aktivitas sehari-hari bila Anda tidak mampu melakukannya sendiri saat sedang sakit	59	24,2	23	9,4	35	14,3	48	19,7	79	32,4
Dukungan Informasi										
Keluarga memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter/perawat yang merawat Anda	113	46,3	28	11,5	27	11,1	38	15,6	38	15,6
Keluarga mengingatkan Anda untuk minum obat dan istirahat yang cukup	90	36,9	18	7,4	29	11,9	38	15,6	69	28,3
Keluarga menjelaskan kepada Anda setiap Anda bertanya tentang hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit Anda	107	43,9	32	13,1	37	15,2	37	15,2	31	12,7
Keluarga berusaha untuk mencari informasi tentang pengobatan yang Anda terima	108	44,3	26	10,7	37	15,2	42	17,2	31	12,7
Dukungan Penghargaan										
Keluarga memberi pujian kepada Anda bila Anda melakukan anjuran yang diberikan oleh tenaga kesehatan	88	36,1	26	10,7	34	13,9	62	25,4	34	13,9
Keluarga melibatkan Anda dalam pengambilan keputusan mengenai pengobatan yang akan Anda jalani	70	28,7	22	9,0	34	13,9	68	27,9	50	20,5
Keluarga melibatkan Anda dalam pengambilan keputusan tentang hal-hal yang menyangkut masalah keluarga	39	16,0	22	9,0	45	18,4	68	27,9	70	28,7
Keluarga melibatkan Anda dalam aktivitas sosial	33	13,5	18	7,4	31	12,7	65	26,6	97	39,8

Pertanyaan	Tidak Pernah		Jarang		Kadang-Kadang		Sering		Selalu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Keluarga tidak melarang Anda untuk berhubungan dengan teman	26	10,7	8	3,3	22	9,0	38	15,6	150

Table 4.6 menggambarkan bahwa ODHA lebih banyak mendapatkan dukungan yang rendah dibandingkan dengan dukungan keluarga yang tinggi yaitu 58,6 %. Sebagian besar responden menjawab “tidak pernah” pada pernyataan dukungan instrumental dan informasional. Artinya, ODHA yang mendapat dukungan keluarga rendah lebih banyak daripada ODHA yang mendapat dukungan keluarga tinggi pada domain dukungan instrumental dan dukungan informasi.

10) Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Domain Stres

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Stres

Stres	Frekuensi	Persentase
Ringan	207	84,8
Berat	37	15,2
Jumlah	244	100

Tabel 4.7 menjelaskan bahwa responden lebih banyak mengalami stress ringan dibandingkan dengan stress berat yaitu 84,8%.

2. Analisis Bivariat

1) Hubungan Stigma Sosial dengan Kepatuhan Berobat

Tabel 4.8 Hubungan Stigma Sosial dan Kepatuhan Berobat

Stigma Sosial	Kepatuhan Berobat				Total		p value	PR (95% CI)
	Tidak Patuh		Patuh					
	n	%	n	%	n	%		
Tinggi	49	26,2	138	73,8	187	100	0,085	2,175
Rendah	8	14,0	49	86,0	57	100		(0,962-4,915)
Jumlah	57	23,4	187	76,6	244	100		

Tabel 4.8 menjelaskan hubungan stigma sosial dengan kepatuhan berobat pada ODHA. Proporsi responden yang tidak patuh berobat lebih tinggi mengalami stigma sosial yaitu 26,2 %, demikian juga untuk ODHA dengan kepatuhan tinggi juga mengalami stigma yang tinggi. Uji statistik dengan

chi square menunjukkan nilai $p \text{ value} = 0,085 > \alpha (0,05)$ dengan *Prevalence Ratio* (PR) 2,175 (0,962–4,915). Hal ini menunjukkan secara statistik tidak ada hubungan antara stigma sosial dengan kepatuhan berobat.

2) Hubungan Self Efficacy dengan Kepatuhan Berobat

Tabel 4.9 Hubungan Self Efficacy dan Kepatuhan Berobat

Self Efficacy	Kepatuhan Berobat				Total		p value	PR(95% CI)
	Tidak Patuh		Patuh		n	%		
	n	%	n	%				
Rendah	37	30,3	85	69,7	122	100	0,015	2,220
Tinggi	20	16,4	102	83,6	122	100		(1,200-4,108)
Jumlah	57	23,4	187	76,6	244	100		

Tabel 4.9 menjelaskan hubungan *self efficacy* dengan kepatuhan berobat pada ODHA. Proporsi responden yang tidak patuh berobat lebih tinggi mengalami *self efficacy* rendah yaitu 30,3 %, tetapi untuk ODHA dengan responden yang patuh memiliki *self efficacy* tinggi. Uji statistik dengan *chi square* menunjukkan nilai $p \text{ value} = 0,015 < \alpha (0,05)$ dengan *Prevalence Ratio* (PR) 2,220 (1,200–4,108). Hal ini menunjukkan secara statistik ada hubungan antara stigma sosial dengan kepatuhan berobat. ODHA yang memiliki *self efficacy* rendah memiliki kemungkinan 2,220 kali untuk tidak patuh berobat dibandingkan dengan ODHA dengan *self efficacy* tinggi.

3) Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Berobat

Tabel 4.10 Hubungan Dukungan Keluarga dan Kepatuhan Berobat

Dukungan Keluarga	Kepatuhan Berobat				Total		p value	PR (95% CI)
	Tidak Patuh		Patuh		n	%		
	n	%	n	%				
Rendah	48	24,0	152	76,0	200	100	0,759	1,228
Tinggi	9	20,5	35	79,5	44	100		(0,551-2,736)
Jumlah	57	23,4	187	76,6	244	100		

Tabel 4.10 menjelaskan hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat pada ODHA. Proporsi responden yang tidak patuh berobat lebih tinggi memiliki dukungan keluarga rendah yaitu 24 %, tetapi untuk ODHA dengan responden yang patuh memiliki dukungan keluarga yang tinggi. Uji statistik dengan *chi square* menunjukkan nilai $p \text{ value} = 0,759 > \alpha (0,05)$

dengan *Prevalence Ratio* (PR) 1,228 (0,551–2,736). Hal ini menunjukkan secara statistik tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat.

4) Hubungan Stres dengan Kepatuhan Berobat

Tabel 4.11 Hubungan Stres dan Kepatuhan Berobat

Stres	Kepatuhan Berobat				Total		p value	PR (95% CI)
	Tidak Patuh		Patuh					
	n	%	n	%	n	%		
Berat	18	48,6	19	51,4	37	100	0,000	4,081 (1,961-8,492)
Ringan	39	18,8	168	81,2	207	100		
Jumlah	57	23,4	187	76,6	244	100		

Tabel 4.11 menjelaskan hubungan tingkat stres dengan kepatuhan berobat pada ODHA. Proporsi responden yang tidak patuh berobat lebih tinggi mengalami stress berat yaitu 48,6 %, tetapi untuk ODHA dengan responden yang patuh memiliki stress ringan lebih banyak dibandingkan dengan yang stress berat. Uji statistik dengan *chi square* menunjukkan nilai *p value* = 0,0001 < α (0,05) dengan *Prevalence Ratio* (PR) 4,081 (1,961–8,492). Hal ini menunjukkan secara statistik ada hubungan antara tingkat stres dengan kepatuhan berobat. ODHA yang memiliki tingkat stress berat memiliki kemungkinan 4,081 kali lebih besar untuk tidak patuh berobat dibandingkan dengan ODHA dengan tingkat stress rendah.

5) Hubungan Lama Berobat dengan Kepatuhan Berobat

Tabel 4.12 Hubungan Lama Berobat dan Kepatuhan Berobat

Lama Berobat	Kepatuhan Berobat				Total		p value	PR (95% CI)
	Tidak Patuh		Patuh					
	n	%	n	%	n	%		
< 1 tahun	6	19,4	25	80,6	31	100	0,736	0,762
≥ 1 tahun	51	23,9	162	76,1	213	100		(0,296-1,961)
Jumlah	57	23,4	187	76,6	244	100		

Tabel 4.12 menjelaskan hubungan lama berobat dengan kepatuhan berobat pada ODHA. Proporsi responden yang tidak patuh berobat lebih tinggi dengan lama berobat ≥ 1 tahun yaitu 23,9 %, demikian juga untuk ODHA dengan responden yang patuh memiliki lama berobat ≥ 1 tahun lebih

tinggi dibandingkan dengan yang berobat < 1 tahun. Uji statistik dengan *chi square* menunjukkan nilai *p value* = 0,736 > α (0,05) dengan *Prevalence Ratio* (PR) 0,762 (0,296–1,961). Hal ini menunjukkan secara statistik tidak ada hubungan antara lama berobat dengan kepatuhan berobat.

6) Hubungan Infeksi Oportunistik dengan Kepatuhan Berobat

Tabel 4.13 Hubungan Infeksi Oportunistik dan Kepatuhan Berobat

Infeksi Oportunistik	Kepatuhan Berobat				Total		p value	PR (95 % CI)
	Tidak Patuh		Patuh					
	n	%	n	%	n	%		
Ada	19	36,5	33	63,5	52	100	0,019	2,333 (1,198-4,545)
Tidak Ada	38	19,8	154	80,2	192	100		
Jumlah	57	23,4	187	76,6	244	100		

Tabel 4.13 menjelaskan hubungan infeksi oportunistik dengan kepatuhan berobat pada ODHA. Proporsi responden yang tidak patuh berobat rendah mengalami infeksi oportunistik yaitu 36,5 % dibandingkan dengan responden yang patuh berobat, demikian juga ODHA dengan responden yang patuh memiliki infeksi oportunistik lebih rendah dibandingkan dengan yang memiliki infeksi oportunistik. Uji statistik dengan *chi square* menunjukkan nilai *p value* = 0,019 < α (0,05) dengan *Prevalence Ratio* (PR) 2,333 (1,198–4,545). Hal ini menunjukkan secara statistik ada hubungan antara infeksi oportunistik dengan kepatuhan berobat. ODHA yang memiliki infeksi oportunistik memiliki kemungkinan 2,333 kali lebih besar untuk tidak patuh berobat dibandingkan dengan ODHA dengan tidak memiliki infeksi oportunistik.

3. Analisis Multivariat

1) Pemodelan Awal Multivariat

Tabel 4.14 Pemodelan Awal Multivariat

Variabel	p value	PR
Stigma Sosial	0,354	1,520
Self Efficacy	0,063	1,916
Dukungan Keluarga	0,736	0,860
Stres	0,006	2,989
Lama Berobat	0,427	0,665
Infeksi Oportunistik	0,020	2,316

Tabel 4.14 menjelaskan hasil pemodelan awal analisis multivariat. Hasil analisis menunjukkan bahwa nilai p value dukungan keluarga paling besar yaitu 0,736, sedangkan nilai p value paling kecil adalah infeksi oportunistik yaitu 0,002. Pada analisis multivariat ini, untuk mendapatkan model yang parsimony dilakukan pengeluaran variabel yang nilai p value $> 0,05$ dan dimulai dengan nilai p value yang paling besar. Untuk mengetahui apakah variabel yang dikeluarkan sebagai confounding, dilakukan perhitungan *Prevalence Ratio* sebelum dikeluarkan dikurangi dengan nilai *Prevalence Ratio* setelah variabel dikeluarkan kemudian dibagi dengan nilai *Prevalence Ratio* sebelum dan dikali 100 %. Jika perubahan *Prevalence Ratio*-nya melebihi 10 % maka secara statistik dianggap sebagai *confounding* dan dimasukkan kembali ke dalam Pemodelan.

2) Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Dukungan Keluarga Dikeluarkan dari Pemodelan

Setelah variabel dukungan keluarga dikeluarkan, perubahan nilai PR untuk stigma sosial adalah sebagai berikut.

Tabel 4.15 Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Dukungan Keluarga Dikeluarkan dari Pemodelan

Variabel	PR Sebelum	PR Sesudah	Perubahan PR
Stigma Sosial	1,520	1,494	1,7%

Table 4.15 menjelaskan bahwa perubahan PR variabel stigma sosial $< 10\%$, sehingga variabel dukungan keluarga dikeluarkan dalam model. Selanjutnya, variabel lain yang memiliki p value $> 0,05$ adalah lama berobat. Dengan demikian, dikeluarkan dari model dan hasilnya seperti berikut.

3) Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Lama Berobat Dikeluarkan dari Pemodelan

Setelah variabel lama berobat dikeluarkan, perubahan nilai PR untuk stigma sosial adalah sebagai berikut.

Tabel 4.16 Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Lama Berobat Dikeluarkan dari Pemodelan

Variabel	PR Sebelum	PR Sesudah	Perubahan PR
Stigma Sosial	1,520	1,459	4,1%

Table 4.16 menjelaskan bahwa perubahan PR variabel lama berobat $< 10\%$, sehingga variabel lama berobat dikeluarkan dalam model. Selanjutnya, variabel lain yang memiliki p value $> 0,05$ adalah stigma sosial. Dengan demikian, dikeluarkan dari model dan hasilnya seperti berikut.

4) Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Self Efficacy Dikeluarkan dari Pemodelan

Setelah variabel stigma sosial dikeluarkan, perubahan nilai PR untuk selfefficacy adalah sebagai berikut.

Tabel 4.17 Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Self Efficacy Dikeluarkan dari Pemodelan

Variabel	PR Sebelum	PR Sesudah	Perubahan PR
Stigma Sosial	1,520	1,721	11,6%

Tabel 4.17 menjelaskan bahwa, variabel stigma sosial mengalami perubahan PR > 10%, dengan demikian variabel *self efficacy* tidak dikeluarkan dalam model karena merupakan confounding. Selanjutnya, variabel lain yang dikeluarkan adalah infeksi oportunistik. Dengan demikian, dikeluarkan dari model dan hasilnya seperti berikut.

5) Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Infeksi Oportunistik Dikeluarkan dari Pemodelan

Setelah variabel stigma sosial dikeluarkan, perubahan nilai PR untuk infeksi oportunistik adalah sebagai berikut.

Tabel 4.18 Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Infeksi Oportunistik Dikeluarkan dari Pemodelan

Variabel	PR Sebelum	PR Sesudah	Perubahan PR
Stigma Sosial	1,520	1,416	7,3%

Tabel 4.18 menjelaskan variabel stigma sosial mengalami perubahan PR < 10%, dengan demikian variabel infeksi oportunistik dikeluarkan dalam model. Selanjutnya, variabel lain yang dikeluarkan adalah stres. Dengan demikian, variabel stres dikeluarkan dari model dan hasilnya seperti berikut.

6) Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Stres Dikeluarkan dari Pemodelan

Setelah variabel stigma sosial dikeluarkan, perubahan nilai PR untuk sosial adalah sebagai berikut.

Tabel 4.19 Perubahan Nilai PR Setelah Variabel Stres Dikeluarkan dari Pemodelan

Variabel	PR Sebelum	PR Sesudah	Perubahan PR
Stigma Sosial	1,520	1,742	12,7%

Dengan hasil perbandingan PR, variabel stigma sosial mengalami perubahan PR > 10%, dengan demikian variabel stress tidak dikeluarkan dalam

model karena merupakan confounding. Selanjutnya, variabel lain yang dikeluarkan adalah infeksi oportunistik. Dengan demikian, dikeluarkan dari model dan hasilnya seperti berikut.

7) Model Terakhir

Tabel 4.20 Model Terakhir

Variabel	p value	PR (95% CI)
Stigma Sosial	0,431	1,416 (0,596-3,368)
Self Efficacy	0,115	1,698 (0,878-3,281)
Stres	0,002	3,300 (1,539-7,077)

Tabel 4.20 menjelaskan hasil analisis dengan pemodelan akhir. Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara stigma social dengan kepatuhan berobat. Variabel yang memengaruhi kepatuhan berobat adalah stres, sedangkan variabel *self efficacy* merupakan variabel *confounding*

B. Pembahasan

1. Upaya Peningkatan Kepatuhan Berobat

Pengobatan HIV tergantung pada tingkat kepatuhan terapi antiretroviral (ART), yang sangat terhambat oleh kemiskinan, dan stigma sosial. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ODHA yang mengalami stigma sosial tinggi lebih banyak dibandingkan dengan responden yang mengalami stigma rendah yaitu 76,6%. Ancaman stigma sosial dapat mencegah orang yang hidup dengan HIV mengungkapkan status mereka kepada orang lain dan menjadi penghalang kepatuhan pengobatan HIV. Oleh karena itu, perawatan klinis yang ditujukan kepada orang yang hidup dengan HIV harus mencakup pertimbangan kepekaan pasien terhadap stigma sosial, seperti modifikasi jadwal pengobatan dan rujukan untuk konseling sebelum mendaftar dalam terapi antiretroviral.

Kepatuhan berobat merupakan tingkat perilaku pasien untuk mengikuti petunjuk yang diberikan berupa suatu terapi dalam bentuk pengobatan, diet, dan latihan yang sudah disepakati dan ditentukan oleh kedua pihak. Kepatuhan berobat menjadi suatu hal yang mesti dilakukan ODHA dalam menjalankan perawatan dan pengobatan. Akan tetapi, dalam menjalankan pengobatan tidak selalu mudah untuk dilakukan. Terdapat beberapa hambatan yang dapat terjadi selama proses berobat berlangsung. Bila dilihat dari faktor internal, hambatan yang dapat terjadi yakni adanya efek samping yang dirasakan setelah pengobatan, seperti pusing, lemas, lesu, mual, dan muntah. Dilihat dari faktor eksternal, hambatan yang dapat terjadi seperti

adanya stigma yang didapat ODHA dari orang lain ketika dirinya diketahui terinfeksi HIV, tidak adanya dukungan dari keluarga dan orang terdekat, sedangkan dari faktor prasarana, hambatan yang dapat terjadi seperti transportasi dan biaya yang tidak memadai, jarak pelayanan kesehatan yang sangat jauh sehingga menyulitkan ODHA dalam melakukan pengobatan. Untuk itu, dalam upaya peningkatan berobat terdapat beberapa hal yang dapat dilakukan seperti peningkatan *self efficacy*, pengurangan stigma, serta adanya dukungan keluarga.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Proporsi responden yang tidak patuh berobat lebih tinggi mengalami stigma sosial yaitu 26,2 %, demikian juga untuk ODHA dengan kepatuhan tinggi juga mengalami stigma yang tinggi. Uji statistik dengan *chi square* menunjukkan nilai *p value* = 0,085 > α (0,05) dengan *Prevalence Ratio* (PR) 2,175 (0,962–4,915). Hal ini menunjukkan secara statistik tidak ada hubungan antara stigma sosial dengan kepatuhan berobat.

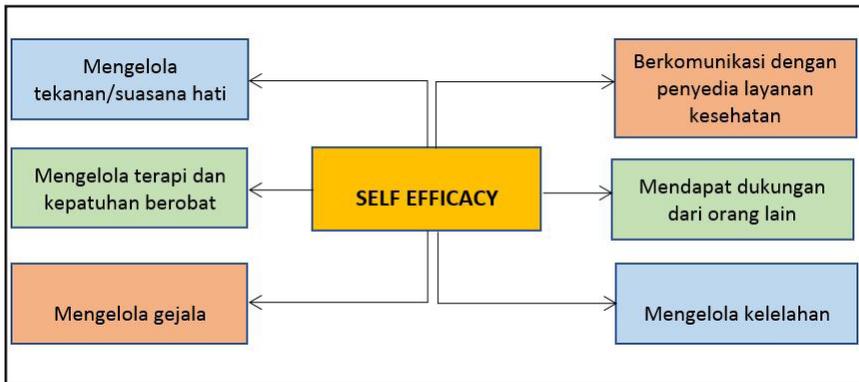
2. Peningkatan Self Efficacy

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa *self efficacy* berhubungan dengan kepatuhan berobat. Perempuan yang hidup dengan HIV dengan efikasi diri tinggi kepatuhan mengikuti ART 2,33 kali lebih sering dibandingkan dengan efikasi diri rendah.⁴¹ *Self efficacy* adalah konsep multidimensi; didefinisikan sebagai ODHA yang percaya diri dengan kemampuannya untuk mengelola HIV-nya, percaya bahwa setiap masalah dapat dikendalikan, dan memiliki keinginan untuk mengatasi masalah tersebut (misalnya dengan mempertahankan rejimen pengobatan).⁴²

Self efficacy merupakan kemampuan seseorang dalam mengatur dan mengelola dirinya dengan melakukan tindakan-tindakan guna menggapai sesuatu yang diharapkannya. Adanya keyakinan dalam *self efficacy* menjadi kunci utama dalam proses pembentukan motivasi dalam diri seseorang¹² Oleh sebab itu, *self efficacy* berhubungan dengan sebuah keyakinan diri. Resnick (2009, dalam Yanti, 2017) mengemukakan bahwa teori ini dimulai dengan memikirkan, meyakini, serta merasakan sesuatu yang dapat memengaruhi tingkah laku pada diri individu. Penerapan *self efficacy* dilakukan dengan mempertimbangkan setiap perilaku yang hendak dilaksanakan oleh individu. Hal ini mengacu pada penilaian diri mengenai baik/buruknya seseorang dalam melakukan sesuatu¹³

Dalam manajemen penyakit HIV, terdapat 6 tingkat *self efficacy* pada diri ODHA, yaitu mengelola tekanan/suasana hati, mengelola terapi dan kepatuhan berobat, mengelola gejala, berkomunikasi dengan penyedia

layanan kesehatan, mendapat dukungan dari orang lain, dan mengelola kelelahan. Keyakinan diri pada ODHA dapat dibentuk apabila ODHA dapat mengelola tekanan yang dialami dengan baik, mematuhi pengobatan yang dijalani, dapat mengelola gejala yang ditimbulkan dari penyakit HIV/AIDS dengan baik, adanya komunikasi dengan penyedia layanan kesehatan terkait pengobatan yang dilakukan, adanya dukungan yang diperoleh ODHA dari orang-orang di sekitarnya, dan dapat mengelola kelelahan dengan baik.¹³



Gambar 4.1 Domain *Self Efficacy* dalam Manajemen Penyakit HIV/AIDS

Berdasarkan perhitungan statistik terhadap ODHA di Kota Palembang pada tahun 2021, didapatkan hasil bahwa ODHA yang memiliki *self efficacy* rendah ada sebanyak 30 orang (12,3%). Sedangkan ODHA yang memiliki *self efficacy* tinggi ada sebanyak 214 orang (87,7%). Bila dilihat berdasarkan domainnya, maka sebagian besar ODHA sudah dapat mengelola tekanan/suasana hati dengan baik, seperti ODHA merasa semangat, jarang bersedih, tidak merasa kesepian, serta melakukan suatu hal untuk membuat dirinya merasa lebih baik di kala sedih/tertekan. Bila dilihat berdasarkan domain mengelola terapi dan kepatuhan berobat, maka sebagian besar ODHA sudah patuh dalam mengkonsumsi obat ARV. Kepatuhan berobat ini dinilai dari ketepatan ODHA dalam mengkonsumsi obat sesuai jadwal yang telah ditentukan, mengikuti instruksi dosis obat, mengambil sebagian/semua obat yang telah diresepkan, serta selalu berdiskusi dengan dokter/perawat untuk menentukan pengobatan terbaik. Adapun berdasarkan domain mengelola gejala, maka sebagian besar ODHA sudah dapat mengatasi gejala yang ditimbulkan dari penyakit HIV dan masalah kesehatan lain yang mengganggu. Sebagian besar ODHA juga selalu berkomunikasi dengan penyedia layanan kesehatan, seperti dokter dan perawat. ODHA selalu menanyakan penyakit yang tengah dihadapi, serta mendiskusikan secara terbuka terkait pengobatan dan perawatan yang dijalani.



Gambar 4.2 Wawancara Responden

Sebagian besar ODHA juga mendapatkan dukungan dari orang lain selama mengidap HIV/AIDS. Bentuk dukungan yang diperoleh ODHA berupa dukungan emosional, penghargaan, informasional, instrumental, dan jaringan sosial. Contoh dukungan yang diperoleh, seperti adanya keluarga dan teman yang membantu ketika ODHA membutuhkan bantuan, mendapatkan informasi terkait penyakit dan pengobatan dari penderita lain, serta mendapatkan dukungan emosional dari keluarga maupun teman. Akan tetapi, sebagian besar ODHA tidak mendapatkan dukungan emosional dari masyarakat.

Hal ini juga didorong, karena sebagian besar ODHA kerap kali menutupi status dirinya sebagai penderita HIV/AIDS, sehingga ODHA tidak memperoleh dukungan emosional dari masyarakat. Bila dilihat berdasarkan domain mengelola kelelahan, maka sebagian besar ODHA sudah dapat mengelola kelelahan yang disebabkan oleh penyakit mengganggu maupun kelelahan yang diakibatkan karena aktivitas sehari-hari.

Self efficacy dapat berpengaruh terhadap manajemen penyakit HIV yang dialami oleh ODHA. Beberapa hal yang memengaruhi hal tersebut diantaranya, sebagai berikut :

- a. Adanya kemampuan ODHA dalam mengelola tekanan/suasana hati

Kemampuan ODHA dalam mengelola tekanan/suasana hati dapat berpengaruh terhadap peningkatan *self efficacy* pada dirinya. Pengelolaan tekanan/suasana hati dapat berupa perasaan cemas, gelisah, marah, sedih, gugup, takut, mudah tersinggung, stres, dan depresi. Dengan adanya *self efficacy* yang tinggi, ODHA mampu mengatasi dan mengontrol hal tersebut, sehingga tidak memengaruhi kondisi kesehatan pada ODHA.

- b. Mematuhi pengobatan yang dijalani

Pemberian terapi antiretroviral (ARV) diberikan dalam upaya untuk mencegah sistem imun yang semakin rendah serta mencegah timbulnya

infeksi oportunistik pada penderita HIV. Oleh karena itu, ODHA harus menaati terapi ARV yang dijalani sebagai upaya untuk meningkatkan sistem imun pada diri ODHA. Peningkatan imunitas tubuh pada ODHA juga dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA. Dengan adanya keyakinan diri yang tinggi, dapat membentuk kepercayaan pada diri ODHA dalam mematuhi pengobatan yang dijalani.

c. Dapat mengelola gejala yang ditimbulkan dari HIV/AIDS

Gejala yang ditimbulkan akibat HIV/AIDS seringkali membuat ODHA merasa terganggu. Gejala dan keluhan yang ditimbulkan dapat beragam, mulai dari fase infeksi akut, laten, hingga kronis. Ketika ODHA memiliki *self efficacy* yang tinggi, maka dirinya dapat mengontrol dan mengelola gejala yang ditimbulkan, sehingga tidak mengganggu kondisi kesehatan ODHA.

d. Berkomunikasi dengan penyedia layanan Kesehatan

ODHA yang dini menderita HIV kerap kali tidak menyadari bahwa dirinya telah terinfeksi virus HIV, sehingga kadang kala mengabaikan gejala yang ditimbulkan dan tidak sesegera mungkin untuk memeriksakan diri ke dokter. Bahkan, ketika mereka sudah menyadari terinfeksi virus HIV, ODHA tidak langsung melanjutkan pengobatan dan perawatan penyakit. Untuk itu, dibutuhkan komunikasi yang baik antara penderita HIV dengan penyedia layanan kesehatan sejak di awal pertemuan agar membentuk kepercayaan ODHA terhadap dokter/perawat dalam melakukan pengobatan lebih lanjut. Penyedia layanan kesehatan juga hendaknya tidak melakukan stigmatisasi, agar ODHA merasa nyaman dan tidak terpaksa untuk melakukan pengobatan.

e. Mendapat dukungan dari orang lain

Dukungan merupakan suatu hal yang dibutuhkan bagi setiap orang, karena membentuk rasa kenyamanan dan membangkitkan kembali mental pada diri individu. Adanya dukungan yang diperoleh ODHA dari orang lain, dapat membuat ODHA merasa semangat dalam menjalani hidup. Dukungan tersebut dapat diperoleh dari keluarga, teman, maupun orang-orang di sekitarnya. Bentuk dukungan yang diperoleh ODHA dapat berupa dukungan emosional, penghargaan, instrumental, informasional, dan jaringan sosial.

f. Mengelola kelelahan

Sama halnya dengan gejala yang ditimbulkan dari penyakit HIV/AIDS, kelelahan merupakan salah satu faktor yang membuat ODHA merasa terganggu dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Imunitas tubuh yang melemah serta mudahnya berbagai virus masuk ke dalam tubuh, dapat membuat ODHA mudah mengalami kelelahan. Tentunya, hal ini juga berpengaruh terhadap manajemen penyakit HIV/AIDS. Untuk itu, ODHA diharapkan dapat

mengelola kelelahan yang dihadapi, baik akibat penyakit yang mengganggu maupun aktivitas sehari-hari. Pada dasarnya, tinggi rendahnya *self efficacy* pada diri seseorang begitu beragam (Bandura, 1997).

Ada banyak faktor yang dapat memengaruhi tingkat *self efficacy* pada diri seseorang, seperti jenis kelamin, umur, budaya, tingkat pendidikan, pengalaman, serta status atau peran dalam lingkungan. Berdasarkan hasil penelitian dari Khairia (2021), didapatkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi tingkat *self efficacy* pada ODHA, diantaranya sebagai berikut ⁴³:

a. Lama Menderita HIV

Pengalaman dapat membentuk dan memengaruhi penghayatan terhadap stimulus sosial sehingga menjadi indikator untuk membentuk sikap. Semakin lama ODHA yang menderita HIV, maka semakin terbentuk pula sikap terhadap perubahan perilaku, sehingga membentuk *self efficacy* pada dirinya. ODHA yang sudah lama menderita HIV juga cenderung untuk menerima status dirinya dan lebih fokus terhadap pengobatan ARV yang dijalannya. Hal inilah yang membentuk sikap terhadap perubahan perilaku berisiko, sehingga dapat meningkatkan *self efficacy* pada diri ODHA. Sebaliknya, ODHA yang dini menderita HIV cenderung merasa takut dan cemas dalam menjalani hidup, sehingga tidak sedikit ODHA merasakan putus asa. ODHA yang dini menderita HIV umumnya belum tergabung dalam komunitas sebaya karena ketidaktahuan dirinya akan komunitas tersebut serta ketidakterbukaan dirinya terhadap status HIV yang diderita.

b. Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan salah satu peranan penting dalam meningkatkan *self efficacy* pada ODHA. Dengan adanya dukungan sosial yang tinggi, ODHA dapat merasakan kenyamanan dalam menjalani kehidupan sosialnya, merasa dicintai dan dihargai, sehingga membentuk kepercayaan dirinya terhadap kemampuan yang dimiliki serta membuat ODHA menjadi terus bersemangat dan tidak mudah putus asa dalam menghadapi masalah yang tengah dihadapi. Tentunya, hal ini juga berpengaruh terhadap manajemen penyakit yang diderita ODHA. Sebaliknya, kurangnya dukungan sosial yang didapatkan ODHA dapat membuat kehidupannya menjadi tidak nyaman, menurunkan rasa percaya diri, mudah menyerah, dan lebih cepat putus asa dalam mencapai tujuan dan masalah yang sedang dihadapi.⁴⁴

c. Stres

Djauzi (2010) menyatakan dalam penelitiannya bahwa terdapat 70% ODHA mengalami gangguan psikis diakibatkan karena ketidakpercayaan dirinya terinfeksi HIV, sehingga banyak dari mereka mengalami stres berat. Reaksi tersebut dimunculkan sejak ODHA mengetahui status dirinya mengidap HIV, sehingga membuat ODHA merasa cemas, takut, marah, dan

lebih sering tidak melakukan aktivitas seperti biasanya. ODHA yang memiliki stres yang tinggi juga dapat menurunkan *self efficacy* yang dimilikinya sehingga menurunkan kepercayaan dirinya terhadap kemampuan yang dimiliki. Oleh karena itu, diharapkan ODHA dapat mengelola stres dengan baik serta memiliki *self efficacy* yang tinggi.⁴⁵

3. Stigma

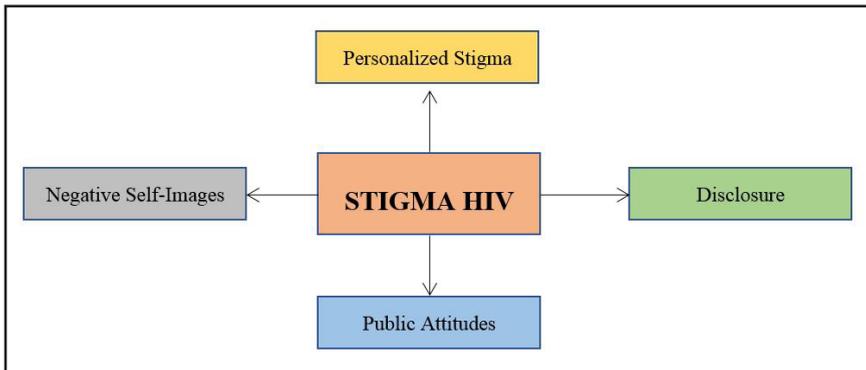
Stigma masih menjadi masalah yang kerap kali dialami oleh ODHA. Adanya stigma yang dialami ODHA dapat memengaruhi tingkat *self efficacy* pada dirinya. Stigma pada ODHA dapat membuat dirinya merasa buruk dan tidak berguna, sehingga membuat ODHA tidak semangat dalam menjalani hidup dan merasa putus asa. Terlebih stigma yang didapatkan ODHA berasal dari keluarga atau orang terdekat. Hal ini tentunya dapat memengaruhi kondisi psikologisnya, karena ODHA tidak hanya menerima stigma, tetapi juga tidak menerima dukungan dari keluarga dan orang terdekatnya.

Stigma yang dirasakan terutama terkait dengan pengungkapan yang tidak disengaja, sedangkan stigma diri terkait dengan pengungkapan sukarela. Koping religius berhubungan positif dengan penerimaan, sedangkan stigma yang dirasakan menjelaskan tingkat penolakan status HIV yang lebih tinggi. Kepatuhan dipengaruhi secara negatif oleh penggunaan alkohol, stigma diri, dan penyangkalan sehingga kepatuhan sebagian besar diprediksi oleh mekanisme koping negatif daripada positif.⁴⁶

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden lebih banyak mengalami stress ringan dibandingkan dengan stress berat yaitu 84,8 %. Proporsi responden yang tidak patuh berobat lebih tinggi mengalami stress berat yaitu 48,6 %, tetapi untuk ODHA dengan responden yang patuh memiliki stress ringan lebih banyak dibandingkan dengan yang stress berat. Uji statistik dengan *chi square* menunjukkan nilai *p value* = 0,0001 < α (0,05) dengan *Prevalence Ratio* (PR) 4,081 (1,961–8,492). Hal ini menunjukkan secara statistik ada hubungan antara tingkat stress dengan kepatuhan berobat. ODHA yang memiliki tingkat stress berat memiliki kemungkinan 4,081 kali lebih besar untuk tidak patuh berobat dibandingkan dengan ODHA dengan tingkat stress rendah.

Timbulnya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dikarenakan masyarakat masih tabu dalam memandang penyakit ini. HIV/AIDS dianggap erat kaitannya dengan perilaku seks bebas dan menyimpang serta penyalahgunaan narkoba. Selain itu, adanya keyakinan dari diri masyarakat bahwa penyakit ini merupakan konsekuensi yang didapatkan akibat melanggar moral, sehingga tidak sedikit orang masih menganggap HIV/AIDS merupakan penyakit yang menjijikkan. Stigma dari masyarakat terkait

HIV dapat berasal dari keluarga, teman, lingkungan sekitar, serta akses layanan umum^{47,48} Stigma yang diperoleh dapat berupa diskriminasi, seperti membedakan barang-barang yang digunakan ODHA, membersihkan barang yang telah disentuh ODHA, serta dijauhi dan dilarang untuk bermain dengan anak-anak. Adanya stigma yang tinggi terhadap ODHA dapat memengaruhi kepatuhan berobat pada ODHA.⁴⁹ Menurut Berger, et.al. (2001), komponen stigma terbagi menjadi 4 faktor, yaitu domain *personalized stigma*, domain *disclosure*, domain *public attitudes*, dan domain *negative self-images*.⁵⁰



Gambar 4.3 Domain Stigma HIV

a. Personalized Stigma

Personalized stigma merupakan sudut pandang seseorang bahwa dirinya mengalami stigma dari masyarakat, sehingga menimbulkan respon negatif pada dirinya. Contoh *personalized stigma* yang dirasakan ODHA ialah dijauhi orang-orang ketika dirinya mengidap HIV/AIDS, kehilangan teman-teman dan orang terdekat setelah memberitahu statusnya kepada orang lain, ODHA berhenti bersosialisasi dengan beberapa orang karena reaksi mereka setelah mengetahui status HIV.

b. Disclosure

Stigma pada domain *disclosure* merupakan sikap yang dikhawatirkan dan ditakutkan ODHA apabila informasi dan statusnya terungkap ke orang lain, sehingga ODHA yang mengalami stigma ini cenderung menutupi status dirinya sebagai penderita HIV/AIDS dan sangat berhati-hati dalam mengungkapkan statusnya kepada orang lain. Selain itu, adanya kekhawatiran ODHA akan orang-orang yang mengetahui status dirinya dan mengatakannya ke orang lain.

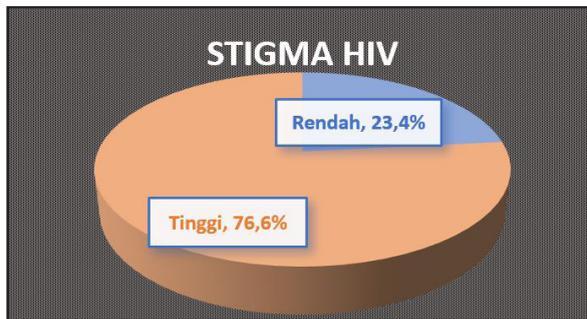
c. Public Attitudes

Sama halnya seperti domain *disclosure*, *public attitudes* merupakan kekhawatiran ODHA akan adanya diskriminasi ketika status dirinya

terungkap. Domain ini merujuk pada sesuatu yang dipikirkan oleh kebanyakan orang lain terhadap orang yang terinfeksi HIV. Contoh domain *public attitudes* yang dirasakan ODHA ialah orang dengan HIV diperlakukan sebagai orang buangan, sehingga sebagian besar dari mereka ditolak ketika statusnya terungkap.

d. Negative Self-Images

Domain ini merujuk pada pada perasaan ODHA terhadap dirinya sendiri, seperti menganggap bahwa dirinya tidak bersih, merasa buruk, dan tidak sebaik orang lain. Pada domain ini, ODHA merasakan perasaan malu dan rasa bersalah.



Gambar 4.4 Tingkat Stigma HIV pada ODHA di Kota Palembang (2021)

Berdasarkan perhitungan statistik terhadap ODHA di Kota Palembang pada tahun 2021, didapatkan hasil bahwa ODHA yang mengalami stigma tinggi ada sebanyak 187 orang (76,6%). Sedangkan ODHA yang mengalami stigma rendah ada sebanyak 57 orang (23,4%). Bila dilihat berdasarkan domainnya, maka sebagian besar ODHA mengalami *personalized stigma*, dimana ODHA dijauhi oleh orang-orang terdekatnya ketika mereka mengetahui status HIV yang dideritanya. Akan tetapi, sebagian dari mereka masih diterima oleh keluarga dan teman dekat meskipun telah diketahui status HIV yang diderita. Dilihat berdasarkan domain *disclosure*, maka sebagian besar ODHA cenderung untuk menutupi status dirinya sebagai pengidap HIV/AIDS dan sangat berhati-hati untuk mengungkapkan statusnya kepada orang lain.

Berdasarkan domain *public attitudes*, maka didapatkan bahwa sebagian besar ODHA merasa takut jika orang-orang akan mendiskriminasi dan menjauhi ODHA apabila status dirinya terungkap, karena stigma masyarakat terkait penyakit ini merupakan suatu hal yang buruk. Dilihat berdasarkan domain *negative self-images*, maka didapatkan bahwa sebagian besar ODHA tidak menganggap bahwa mengidap HIV merupakan suatu hal yang buruk, sehingga membuat ODHA lebih mudah dalam menerima status dirinya.

Upaya Penanggulangan Stigma



Gambar 4.5 Wawancara Responden

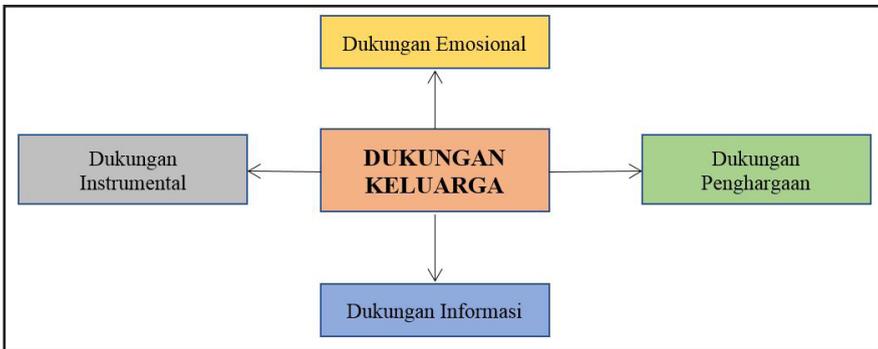
Santi (2014) mengatakan bahwa beberapa hal yang bisa dilakukan dalam mengubah stigma seseorang terhadap ODHA ialah lebih cermat dan hati-hati terhadap bahasa yang digunakan pada ODHA. Hal ini dilakukan agar dapat terhindar dari kata-kata yang dapat menimbulkan stigma pada ODHA. Selain itu, berikan pula perhatian dan dukungan terhadap ODHA beserta keluarga dan lingkungan tempat tinggalnya, adanya dorongan agar ODHA dapat mengakses layanan kesehatan, seperti konseling, tes HIV, pengobatan medis, dan lain sebagainya. Berikut ini merupakan beberapa strategi penanggulangan yang dapat dilakukan dalam menghadapi stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.⁵¹

- a. Adanya upaya yang dilakukan dalam rangka menghapus stigma terhadap ODHA, dimulai dari tenaga medis dan tenaga kesehatan, melalui pendidikan serta membentuk kebijakan yang relevan.
- b. Adanya pengembangan intervensi untuk meminimalisir terjadinya stigma di berbagai tempat, seperti layanan kesehatan, tempat kerja, sarana pendidikan, dan tempat-tempat publik lainnya.
- c. Mengikutsertakan tokoh agama dan tokoh masyarakat dalam bagian kampanye anti stigma dan diskriminasi.
- d. Menghidupkan lingkungan yang aman dan nyaman untuk mengkampanyekan hal-hal terkait penanggulangan HIV/AIDS dengan cara yang efektif serta adanya pemenuhan Hak Asasi Manusia (HAM) di setiap tingkatan elemen.
- e. Pemberdayaan terhadap masyarakat sipil untuk turut berpartisipasi dalam mengurangi stigma dan diskriminasi pada populasi kunci dan ODHA, termasuk mengembangkan kebijakan dan implementasi secara operasional.

4. Dukungan Keluarga

Menurut Oxford (1992, dalam Kusuma, 2011), dukungan keluarga dapat diartikan sebagai sebuah *support system* yang diperoleh seseorang dari keluarga, sehingga memudahkan dirinya untuk membangun kontak sosial dengan masyarakat. Dukungan tersebut dapat berupa dukungan emosional, materiil, layanan, dan informasi. Ketika individu mendapatkan dukungan dari keluarga, maka dirinya akan merasa lega karena mendapatkan perhatian sehingga memberikan kesan yang menyenangkan pada dirinya. Sarafino juga mengungkapkan bahwa dukungan merupakan rasa nyaman, perhatian, penghargaan, serta bantuan dalam bentuk lainnya yang diperoleh individu dari orang lain. Untuk itu, dukungan sosial menjadi salah satu hal yang dibutuhkan bagi setiap individu.⁴⁷

Menurut Sarafino dan Smith (2012), dukungan keluarga terbagi menjadi 5 bentuk, yaitu dukungan emosional, penghargaan, informasi, dan instrumental.⁵²



Gambar 4.6 Domain Dukungan Keluarga

a. Dukungan Emosional (*Emotional Support*)

Dukungan emosional ialah bentuk dukungan yang mengarah pada pemberian perhatian, kepedulian, kasih sayang, penghargaan, perhatian, serta kepercayaan. Pada ODHA, dukungan ini diberikan sebagai bentuk empati serta kasih sayang terhadap dirinya. Bentuk dorongan positif yang diberikan dapat berupa menghargai pendapat, keputusan, dan perilaku yang dilakukan ODHA.

b. Dukungan Penghargaan (*Esteem Support*)

Dukungan penghargaan merupakan bentuk dukungan penilaian, penguatan, dan umpan balik (*feedback*) yang didapatkan ODHA dari orang lain. Sama halnya dengan dukungan emosional, dukungan penghargaan juga mengarah pada kepedulian orang lain terhadap ODHA.

c. Dukungan Informasi (*Informational Support*)

Dukungan informasi merujuk kepada pemberian saran, nasihat, dan kritik yang dapat membantu ODHA dalam menghadapi kondisi dan status sosial seperti stigma dan diskriminasi. Dengan adanya dukungan informasi, ODHA dapat lebih mudah menerima dan sabar dalam menghadapi hal-hal tersebut.

d. Dukungan Instrumental (*Instrumental Support*)

Dukungan instrumental dapat diperoleh dengan pemberian bantuan secara langsung atau tidak langsung dalam bentuk jasa atau benda. Dukungan ini merupakan sarana yang diberikan dalam menolong ODHA, baik melalui waktu, uang, alat, atau bantuan lainnya. Dukungan instrumental yang diberikan dapat berupa dengan memberikan barang-barang perlengkapan hidup, kebutuhan sehari-hari, serta membantu ODHA dalam menjalani hidupnya.

Manfaat Dukungan Keluarga



Gambar 4.7 Wawancara Responden

Adanya dukungan keluarga yang diperoleh individu memberikan beberapa manfaat pada dirinya diantaranya, seperti berikut :

a. Dukungan Emosional (*Emotional Support*)

Pemberian dukungan emosional dapat membuat individu merasa nyaman, tenteram, merasa disayangi dan dicintai.

b. Dukungan Penghargaan (*Esteem Support*)

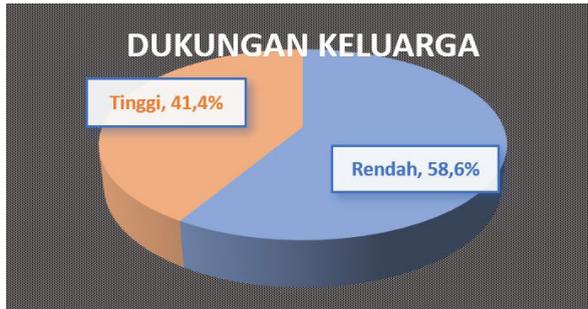
Dengan adanya dukungan penghargaan, seseorang dapat membangun harga diri, kompetensi dan kemampuan dirinya dalam menghadapi masalah, merasa berharga, serta membuat kepercayaan diri dan konsep dirinya menjadi semakin meningkat.

c. Dukungan Instrumental (*Instrumental Support*)

Dukungan instrumental ialah suatu bentuk dari bantuan fisik yang dapat meringankan beban atas kesulitan-kesulitan yang tengah dirasakan.

d. Dukungan Informasi (*Informational Support*)

Dukungan informasional dapat membantu individu mendapatkan informasi yang diperlukan serta membantunya dalam memperoleh solusi ketika menghadapi masalah.



Gambar 4.8 Tingkat Dukungan Keluarga pada ODHA di Kota Palembang (2021)

Berdasarkan perhitungan statistik terhadap ODHA di Kota Palembang pada tahun 2021, didapatkan hasil bahwa ODHA yang mendapatkan dukungan keluarga rendah ada sebanyak 143 orang (58,6%). Sedangkan ODHA yang mendapatkan dukungan keluarga tinggi ada sebanyak 101 orang (41,4%).

Bila dilihat berdasarkan domainnya, maka sebagian besar ODHA masih mendapatkan dukungan emosional dari keluarga, seperti keluarga tetap menyayangi ODHA, memberikan perhatian dan membantu ODHA saat dibutuhkan. Akan tetapi, sebagian dari mereka juga tidak mendapatkan pendampingan ketika menjalani perawatan dan pengobatan, serta tidak selalu mengajak membicarakan masalah yang tengah dihadapi. Dilihat berdasarkan domain dukungan penghargaan, maka didapatkan bahwa sebagian besar ODHA tidak memperoleh dukungan penghargaan dari orang-orang terdekatnya, seperti ODHA tidak selalu dilibatkan dalam pengambilan keputusan yang menyangkut masalah keluarga, tidak selalu dilibatkan dalam aktivitas sosial, serta keluarga tidak ikut mengambil keputusan terhadap pengobatan yang ODHA jalani. Akan tetapi, sebagian dari mereka juga mendapatkan dukungan penghargaan, seperti ODHA mendapatkan pujian bila melakukan anjuran yang diberikan oleh dokter/perawat, serta tidak melarang untuk bersosialisasi dengan teman. Berdasarkan domain dukungan informasi, maka didapatkan bahwa sebagian besar ODHA mendapatkan dukungan informasi dari keluarga. Hal ini dinilai dari kepedulian keluarga untuk mengingatkan ODHA agar minum obat dan istirahat yang cukup, keluarga turut mencari informasi mengenai pengobatan yang akan dijalani ODHA. Dilihat berdasarkan domain dukungan instrumental, maka didapatkan bahwa sebagian besar ODHA mendapatkan dukungan instrumental dari keluarga, dimana keluarga menyediakan waktu dan fasilitas

bila ODHA membutuhkan keperluan pengobatan, keluarga berperan aktif terhadap pengobatan yang dilakukan, keluarga ikut membiayai perawatan dan pengobatan yang dilakukan. Akan tetapi, sebagian dari mereka merasakan bahwa keluarga tidak ikut membantu dalam kegiatan sehari-hari apabila ODHA membutuhkan bantuan. Stres atau tekanan emosional adalah salah satu faktor yang lebih umum terkait dengan kepatuhan pengobatan HIV. Stres dan peristiwa kehidupan yang penuh tekanan dikaitkan dengan perkembangan penyakit HIV yang mungkin mencerminkan efek stres pada ketidakpatuhan pengobatan. ODHA yang mengalami depresi cenderung tidak patuh terhadap pengobatan. Hal ini karena, dengan ART, ODHA dapat merasa tertekan dan memandangnya secara negatif, berfokus pada efek sampingnya, takut akan mengungkapkan dirinya sebagai pasien HIV, dan percaya bahwa ART bersifat racun bagi tubuh.⁵³ ODHA sering mengalami depresi karena merasa malu dan terisolasi, memiliki stigma terhadap HIV, mengalami kecemasan tingkat tinggi, mengalami kesulitan dalam peran ganda sebagai ibu dan istri serta kurangnya dukungan sosial dan keterampilan koping. Tingkat depresi dikaitkan dengan kemungkinan ketidakpatuhan yang lebih tinggi di antara peserta trauma kejiwaan.⁵⁴

BAB 5

VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER

Validitas dan reliabilitas merupakan satu kesatuan yang perlu dilakukan sebelum melakukan proses analisis data. Validitas ialah bentuk ukuran yang digunakan untuk menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan terhadap sebuah instrumen. Suatu instrumen dapat dikatakan valid bila mampu mengukur apa yang seharusnya diukur (Arikunto, 2010). Sedangkan reliabilitas merupakan bentuk ukuran yang menunjukkan seberapa jauh hasil pengukuran tetap sama dan konsisten apabila dilakukan pengukuran pada penelitian lain dengan kondisi yang sama (Hastono, 2006). Sebelum melakukan penelitian, sebaiknya dilakukan validitas dan reliabilitas terlebih dahulu untuk mengukur kuesioner yang hendak digunakan.

A. *Self Efficacy*

1. *Validitas Kuesioner Self Efficacy*

Pada penelitian ini, instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel *self efficacy* adalah HIV *Self Efficacy* (HIV-SE). Kuesioner ini sudah teruji validitas dan reliabilitas untuk mengevaluasi *self efficacy* pada orang dengan HIV/AIDS, terutama kemampuan ODHA dalam mengatasi masalah-masalah terkait HIV/AIDS. Kuesioner HIV *Self Efficacy* (HIV-SE) diadaptasi dari penelitian yang dilakukan oleh Shively et.al. (2012) dengan judul “*Evaluating Self Efficacy for HIV Disease Management Skill*”. Setelah dilakukan uji validitas kembali, maka diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 5.1 Validitas Kuesioner *Self Efficacy*

No.	Pernyataan	R Hitung	R Tabel	Kriteria
Manajemen Perasaan Tertekan				
1.	Saya selalu bersemangat.	0,529	0,3610	Valid
2.	Saya akan melakukan sesuatu jika saya merasa kurang bersemangat.	0,646	0,3610	Valid
3.	Saya jarang bersedih.	0,420	0,3610	Valid
4.	Saya melakukan sesuatu untuk membuat diri saya merasa lebih baik ketika saya sedih.	0,486	0,3610	Valid
5.	Saya tidak merasa kesepian.	0,435	0,3610	Valid
6.	Saya melakukan sesuatu untuk membuat diri saya merasa lebih baik saat saya kesepian.	0,679	0,3610	Valid
7.	Saya tidak terganggu dengan kesedihan/tekanan yang saya alami.	0,548	0,3610	Valid
8.	Saya melakukan sesuatu untuk membuat diri saya merasa lebih baik ketika sedih/tertekan.	0,463	0,3610	Valid
9.	Saya dapat mengurangi tekanan emosional yang saya rasakan.	0,370	0,3610	Valid
Manajemen Terapi dan Kepatuhan Obat				
10.	Saya selalu mengikuti semua instruksi dosis obat.	0,747	0,3610	Valid
11.	Saya mengambil obat tepat waktu.	0,767	0,3610	Valid
12.	Saya selalu minum obat ARV seperti yang sudah dianjurkan.	0,697	0,3610	Valid
13.	Saya selalu mengambil sebagian atau semua obat ARV seperti yang diresepkan.	0,821	0,3610	Valid
14.	Saya yakin bisa minum obat ARV seperti yang diresepkan.	0,735	0,3610	Valid
15.	Saya selalu minum obat ARV setiap hari sesuai dengan anjuran dokter.	0,668	0,3610	Valid
16.	Saya selalu berdiskusi dengan dokter/perawat dalam menentukan pengobatan yang terbaik.	0,693	0,3610	Valid

No.	Pernyataan	R Hitung	R Tabel	Kriteria
Mengelola Gejala				
17.	Saya dapat mengurangi efek/gejala penyakit HIV secara umum.	0,615	0,3610	Valid
18.	Saya dapat menghindari masalah tidur yang disebabkan oleh penyakit yang mengganggu.	0,705	0,3610	Valid
19.	Saya dapat menghindari ketidaknyamanan fisik yang disebabkan oleh penyakit mengganggu.	0,788	0,3610	Valid
20.	Saya dapat menghindari gejala atau masalah kesehatan lain yang mengganggu.	0,668	0,3610	Valid
21.	Saya dapat mengontrol gejala atau masalah kesehatan yang saya miliki, sehingga gejala atau masalah kesehatan tersebut tidak mengganggu saya.	0,741	0,3610	Valid
Berkomunikasi dengan Penyedia Layanan Kesehatan				
22.	Saya menanyakan penyakit saya kepada dokter/ perawat.	0,810	0,3610	Valid
23.	Saya mendiskusikan secara terbuka masalah yang berhubungan dengan pengobatan.	0,678	0,3610	Valid
24.	Saya dapat mengatasi perbedaan pendapat dengan dokter/perawat dalam hal pengobatan.	0,801	0,3610	Valid
25.	Saya menanyakan pengobatan dan perawatan saya pada dokter/perawat.	0,812	0,3610	Valid
Mendapat Dukungan dari Orang Lain				
26.	Saya mendapatkan informasi tentang kondisi penyakit dan pengobatan dari penderita lain.	0,534	0,3610	Valid
27.	Saya memiliki teman dan keluarga yang membantu saya ketika saya membutuhkan bantuan.	0,649	0,3610	Valid
28.	Saya dibantu oleh masyarakat ketika membutuhkan bantuan.	0,374	0,3610	Valid

No.	Pernyataan	R Hitung	R Tabel	Kriteria
29.	Saya mendapat dukungan emosional dari teman/ keluarga.	0,629	0,3610	Valid
30.	Saya mendapat dukungan emosional dari masyarakat selain dari teman/ keluarga.	0,422	0,3610	Valid
31.	Saya dapat mengurangi kelelahan yang saya alami.	0,733	0,3610	Valid
32.	Saya dapat menghindari kelelahan yang disebabkan oleh penyakit yang mengganggu.	0,718	0,3610	Valid
33.	Saya bisa mengatasi kelelahan selama melakukan aktivitas sehari-hari.	0,771	0,3610	Valid
34.	Saya dapat mengatasi kekecewaan yang disebabkan oleh kelelahan yang saya alami.	0,670	0,3610	Valid

Sumber : Data Primer (2021)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa semua item pertanyaan pada kuesioner *self efficacy* memiliki r hitung $>$ r tabel, sehingga dapat dinyatakan bahwa kuesioner ini valid dan dapat digunakan dalam penelitian.

2. Reliabilitas Kuesioner *Self Efficacy*

Pada kuesioner ini, uji reliabilitas menunjukkan nilai koefisiensi *Cronbach's Alpha* sebesar 0,96 dengan 6 sub skala domain yang berkisar antara 0,88 hingga 0,97, yang artinya kuesioner ini sudah sangat reliabel. Berikut ini merupakan reliabilitas dari sub skala domain instrumen HIV *Self Efficacy*.

Tabel 5.2 Koefisien Reliabilitas Kuesioner *Self Efficacy*

Domain	Jumlah Item	Cronbach's Alpha
Mengelola tekanan/suasana hati	9 item	0,97
Mengelola terapi dan kepatuhan berobat	7 item	0,94
Mengelola gejala	5 item	0,94
Berkomunikasi dengan penyedia layanan kesehatan	4 item	0,91
Mendapat dukungan dari orang lain	5 item	0,88

Domain	Jumlah Item	Cronbach's Alpha
Mengelola kelelahan	4 item	0,95
Skor Total Skala HIV <i>Self Efficacy</i>	34 item	0,96

Sumber : Shively et.al. (2012)

Setelah dilakukan uji reliabilitas kembali oleh peneliti maka diperoleh hasil, sebagai berikut :

Tabel 5.3 Reliabilitas Kuesioner *Self Efficacy*

No.	Pernyataan	Cronbach's Alpha	Kriteria
Manajemen Perasaan Tertekan			
1.	Saya selalu bersemangat.	0,959	Reliabel
2.	Saya akan melakukan sesuatu jika saya merasa kurang bersemangat.	0,958	Reliabel
3.	Saya jarang bersedih.	0,960	Reliabel
4.	Saya melakukan sesuatu untuk membuat diri saya merasa lebih baik ketika saya sedih.	0,959	Reliabel
5.	Saya tidak merasa kesepian.	0,960	Reliabel
6.	Saya melakukan sesuatu untuk membuat diri saya merasa lebih baik saat saya kesepian.	0,958	Reliabel
7.	Saya tidak terganggu dengan kesedihan/tekanan yang saya alami.	0,959	Reliabel
8.	Saya melakukan sesuatu untuk membuat diri saya merasa lebih baik ketika sedih/tertekan.	0,959	Reliabel
9.	Saya dapat mengurangi tekanan emosional yang saya rasakan.	0,960	Reliabel
Manajemen Terapi dan Kepatuhan Obat			
10.	Saya selalu mengikuti semua instruksi dosis obat.	0,958	Reliabel
11.	Saya mengambil obat tepat waktu.	0,957	Reliabel
12.	Saya selalu minum obat ARV seperti yang sudah dianjurkan.	0,958	Reliabel
13.	Saya selalu mengambil sebagian atau semua obat ARV seperti yang diresepkan.	0,957	Reliabel

No.	Pernyataan	Cronbach's Alpha	Kriteria
14.	Saya yakin bisa minum obat ARV seperti yang diresepkan.	0,958	Reliabel
15.	Saya selalu minum obat ARV setiap hari sesuai dengan anjuran dokter.	0,958	Reliabel
16.	Saya selalu berdiskusi dengan dokter/perawat dalam menentukan pengobatan yang terbaik.	0,958	Reliabel
Mengelola Gejala			
17.	Saya dapat mengurangi efek/gejala penyakit HIV secara umum.	0,958	Reliabel
18.	Saya dapat menghindari masalah tidur yang disebabkan oleh penyakit yang mengganggu.	0,958	Reliabel
19.	Saya dapat menghindari ketidaknyamanan fisik yang disebabkan oleh penyakit mengganggu.	0,957	Reliabel
20.	Saya dapat menghindari gejala atau masalah kesehatan lain yang mengganggu.	0,958	Reliabel
21.	Saya dapat mengontrol gejala atau masalah kesehatan yang saya miliki, sehingga gejala atau masalah kesehatan tersebut tidak mengganggu saya.	0,958	Reliabel
Berkomunikasi dengan Penyedia Layanan Kesehatan			
22.	Saya menanyakan penyakit saya kepada dokter/ perawat.	0,957	Reliabel
23.	Saya mendiskusikan secara terbuka masalah yang berhubungan dengan pengobatan.	0,958	Reliabel
24.	Saya dapat mengatasi perbedaan pendapat dengan dokter/perawat dalam hal pengobatan.	0,957	Reliabel
25.	Saya menanyakan pengobatan dan perawatan saya pada dokter/perawat.	0,957	Reliabel
Mendapat Dukungan dari Orang Lain			
26.	Saya mendapatkan informasi tentang kondisi penyakit dan pengobatan dari penderita lain.	0,959	Reliabel

No.	Pernyataan	Cronbach's Alpha	Kriteria
27.	Saya memiliki teman dan keluarga yang membantu saya ketika saya membutuhkan bantuan.	0,958	Reliabel
28.	Saya dibantu oleh masyarakat ketika membutuhkan bantuan.	0,961	Reliabel
29.	Saya mendapat dukungan emosional dari teman/ keluarga.	0,958	Reliabel
30.	Saya mendapat dukungan emosional dari masyarakat selain dari teman/keluarga.	0,961	Reliabel
31.	Saya dapat mengurangi kelelahan yang saya alami.	0,958	Reliabel
32.	Saya dapat menghindari kelelahan yang disebabkan oleh penyakit yang mengganggu.	0,958	Reliabel
33.	Saya bisa mengatasi kelelahan selama melakukan aktivitas sehari-hari.	0,958	Reliabel
34.	Saya dapat mengatasi kekecewaan yang disebabkan oleh kelelahan yang saya alami.	0,958	Reliabel
	Total	0,959	Reliabel

Sumber : Data Primer (2021)

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa semua item pertanyaan dari *self efficacy* memiliki *Cronbach's Alpha* > 0,6, sehingga kuesioner ini dinyatakan reliabel. Reliabilitas dari kuesioner *self efficacy* memiliki *Cronbach's Alpha* sebesar 0,959 dengan rentang antara 0,957 sampai 0,961 dalam setiap item pertanyaan. Dilihat dari nilai *Cronbach's Alpha*, maka dapat disimpulkan bahwa instrumen dari kuesioner ini memiliki reliabilitas yang tinggi.

3. Pengkategorian Kuesioner *Self Efficacy*

Pada kuesioner ini, masing-masing item pertanyaan mempunyai skala likert yang berkisar dari 1 hingga 4, dengan pembagian *scoring* terbagi menjadi 4, yakni skor 1 = tidak yakin, skor 2 = kurang yakin, skor 3 = yakin, dan skor 4 = sangat yakin, sehingga total skor pada skala ini memiliki rentang skor antara 34 hingga 136. Adapun penentuan kategori total skor *self efficacy* dilakukan dengan melakukan *natural cut off point* yang dihitung dengan rumus, seperti berikut :

$$\frac{\text{Skor Maksimum} + \text{Skor Minimum}}{2}$$

Skor maksimum dari variabel ini ialah 136 dan skor minimum ialah 34. Sehingga natural *cut off point* untuk kuesioner ini adalah 85. Berikut ini merupakan kategori skor untuk penilaian kuesioner HIV *Self Efficacy*.

Tabel 5.4 Skor Penilaian Kuesioner *Self Efficacy*

Kategori	Total Skor
<i>Self Efficacy</i> Rendah	< 85
<i>Self Efficacy</i> Tinggi	≥ 85

Sumber : Septiani (2009)

Semakin tinggi total skor *self efficacy* maka semakin tinggi pula *self efficacy* yang dimiliki oleh ODHA. Sebaliknya, semakin rendah total skor *self efficacy* maka semakin rendah pula *self efficacy* yang dimiliki oleh ODHA.

B. Stigma

1. Validitas Kuesioner Stigma

Kuesioner yang digunakan untuk mengukur skala stigma HIV adalah kuesioner modifikasi *Berger HIV Stigma Scale* yang sudah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia. Kuesioner ini sudah teruji valid dan reliabel dalam mengukur *perceived stigma* pada populasi ODHA di Indonesia. Kevalidan ini dibuktikan dari uji validitas isi yang menunjukkan bahwa butir-butir pertanyaan instrumen relevan dengan konsep *perceived stigma* pada ODHA. Validitas pada kuesioner ini juga didukung dari uji validitas konstruksi yang menunjukkan bahwa instrumen ini mencerminkan konstruksi teoretis konsep *perceived stigma* pada ODHA. Setelah dilakukan uji validitas kembali maka diperoleh hasil, sebagai berikut :

Tabel 5.5 Validitas Kuesioner Stigma

No.	Pernyataan	R Hitung	R Tabel	Kriteria
1.	Memberitahu orang lain bahwa saya mengidap HIV adalah sesuatu yang berisiko.	0,742	0,3610	Valid
2.	Saya berusaha keras merahasiakan status HIV saya.	0,786	0,3610	Valid
3.	Saya merasa saya tidak sebaik orang lain karena saya mengidap HIV.	0,737	0,3610	Valid
4.	Orang dengan HIV diperlakukan seperti orang buangan.	0,858	0,3610	Valid

No.	Pernyataan	R Hitung	R Tabel	Kriteria
5.	Sebagian besar orang meyakini bahwa orang dengan HIV adalah kotor.	0,846	0,3610	Valid
6.	Mengidap HIV membuat saya merasa tidak bersih.	0,736	0,3610	Valid
7.	Sebagian besar orang berpikir bahwa orang dengan HIV menjijikkan.	0,829	0,3610	Valid
8.	Mengidap HIV membuat saya merasa bahwa saya adalah orang yang buruk.	0,717	0,3610	Valid
9.	Sebagian besar orang dengan HIV ditolak ketika orang lain mengetahui statusnya.	0,683	0,3610	Valid
10.	Saya sangat berhati-hati kepada siapa saya memberitahu bahwa saya mengidap HIV.	0,515	0,3610	Valid
11.	Beberapa orang yang mengetahui saya mengidap HIV semakin menjauhi saya.	0,734	0,3610	Valid
12.	Sejak mengetahui saya mengidap HIV, saya khawatir orang-orang akan mendiskriminasi saya.	0,788	0,3610	Valid
13.	Sebagian besar orang tidak nyaman berada di sekitar orang dengan HIV.	0,834	0,3610	Valid
14.	Adanya HIV dalam tubuh saya merupakan sesuatu yang menjijikkan bagi saya.	0,698	0,3610	Valid
15.	Saya khawatir bahwa orang yang mengetahui saya mengidap HIV akan memberitahu orang lain.	0,596	0,3610	Valid
16.	Beberapa orang menghindari menyentuh saya setelah mereka tahu bahwa saya mengidap HIV.	0,804	0,3610	Valid
17.	Orang-orang yang saya sayangi berhenti menghubungi saya setelah mereka tahu saya mengidap HIV.	0,695	0,3610	Valid

No.	Pernyataan	R Hitung	R Tabel	Kriteria
18.	Beberapa orang yang dekat dengan saya takut orang lain akan menolak mereka jika terungkap bahwa saya mengidap HIV.	0,878	0,3610	Valid
19.	Orang-orang tidak mau saya berada di dekat anak-anak mereka ketika mereka tahu saya mengidap HIV.	0,673	0,3610	Valid
20.	Orang-orang mundur menjauhi saya saat mereka tahu saya mengidap HIV.	0,892	0,3610	Valid
21.	Saya berhenti bersosialisasi dengan beberapa orang karena reaksi mereka ketika mereka tahu saya mengidap HIV.	0,610	0,3610	Valid
22.	Saya telah kehilangan teman-teman karena memberitahu mereka bahwa saya mengidap HIV.	0,673	0,3610	Valid
23.	Orang-orang yang mengetahui saya mengidap HIV cenderung mengabaikan sisi baik saya.	0,813	0,3610	Valid
24.	Orang-orang tampaknya takut kepada saya ketika mereka tahu saya mengidap HIV.	0,858	0,3610	Valid
25.	Ketika orang-orang tahu saya mengidap HIV, mereka mencari kelemahan pada karakter saya.	0,755	0,3610	Valid

Sumber : Data Primer (2021)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa semua item pertanyaan pada kuesioner stigma memiliki r hitung $>$ r tabel, sehingga kuesioner ini dinyatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian ini.

2. Reliabilitas Kuesioner Stigma

Pada kuesioner ini, reliabilitas terlihat dari nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,94 untuk skor total (40 item) dengan rentang antara 0,81 hingga 0,92 untuk skor sub skala. Sedangkan versi singkat dari kuesioner ini terdiri dari 25 item dengan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,93 dengan rentang antara 0,72 hingga 0,92 untuk sub skala. Instrumen versi singkat ini juga memiliki korelasi yang sangat kuat dengan versi aslinya (40 item). Koefisien korelasi *Spearman's*

Rho antara instrumen versi singkat dengan versi aslinya adalah sebesar 0,98. Untuk sub skala, koefisien korelasi antara instrumen versi singkat dengan versi aslinya berkisar antara 0,86 sampai dengan 0,97.

Tabel 5.6 Koefisien Reliabilitas dan Koefisien Korelasi Kuesioner Stigma HIV Versi Singkat

Skala dan Sub Skala Stigma HIV	Jumlah Item	Cronbach's Alpha	Spearman's Rho
Sub Skala <i>Personalized Stigma</i>	12 item	0,92	0,97
Sub Skala <i>Disclosure</i>	4 item	0,72	0,90
Sub Skala <i>Public Attitudes</i>	6 item	0,89	0,89
Sub Skala <i>Negative Self-Images</i>	4 item	0,77	0,86
Skor Total Skala Stigma HIV	25 item	0,93	0,98

Sumber : Nurdin (2013)

Setelah dilakukan uji reliabilitas kembali oleh peneliti maka diperoleh hasil, sebagai berikut :

Tabel 5.7 Reliabilitas Kuesioner Stigma

No.	Pernyataan	Cronbach's Alpha	Kriteria
1.	Memberitahu orang lain bahwa saya mengidap HIV adalah sesuatu yang berisiko.	0,970	Reliabel
2.	Saya berusaha keras merahasiakan status HIV saya.	0,970	Reliabel
3.	Saya merasa saya tidak sebaik orang lain karena saya mengidap HIV.	0,970	Reliabel
4.	Orang dengan HIV diperlakukan seperti orang buangan.	0,969	Reliabel
5.	Sebagian besar orang meyakini bahwa orang dengan HIV adalah kotor.	0,970	Reliabel
6.	Mengidap HIV membuat saya merasa tidak bersih.	0,970	Reliabel
7.	Sebagianbesar orang berpikir bahwa orang dengan HIV menjijikkan.	0,970	Reliabel
8.	Mengidap HIV membuat saya merasa bahwa saya adalah orang yang buruk.	0,971	Reliabel
9.	Sebagian besar orang dengan HIV ditolak ketika orang lain mengetahui statusnya.	0,971	Reliabel

No.	Pernyataan	Cronbach's Alpha	Kriteria
10.	Saya sangat berhati-hati kepada siapa saya memberitahu bahwa saya mengidap HIV.	0,972	Reliabel
11.	Beberapa orang yang mengetahui saya mengidap HIV semakin menjauhi saya.	0,971	Reliabel
12.	Sejak mengetahui saya mengidap HIV, saya khawatir orang-orang akan mendiskriminasi saya.	0,970	Reliabel
13.	Sebagian besar orang tidak nyaman berada di sekitar orang dengan HIV.	0,970	Reliabel
14.	Adanya HIV dalam tubuh saya merupakan sesuatu yang menjijikkan bagi saya.	0,971	Reliabel
15.	Saya khawatir bahwa orang yang mengetahui saya mengidap HIV akan memberitahu orang lain.	0,972	Reliabel
16.	Beberapa orang menghindari menyentuh saya setelah mereka tahu bahwa saya mengidap HIV.	0,970	Reliabel
17.	Orang-orang yang saya sayangi berhenti menghubungi saya setelah mereka tahu saya mengidap HIV.	0,971	Reliabel
18.	Beberapa orang yang dekat dengan saya takut orang lain akan menolak mereka jika terungkap bahwa saya mengidap HIV.	0,969	Reliabel
19.	Orang-orang tidak mau saya berada di dekat anak-anak mereka ketika mereka tahu saya mengidap HIV.	0,971	Reliabel
20.	Orang-orang mundur menjauhi saya saat mereka tahu saya mengidap HIV.	0,969	Reliabel
21.	Saya berhenti bersosialisasi dengan beberapa orang karena reaksi mereka ketika mereka tahu saya mengidap HIV.	0,971	Reliabel
22.	Saya telah kehilangan teman-teman karena memberitahu mereka bahwa saya mengidap HIV.	0,971	Reliabel

No.	Pernyataan	Cronbach's Alpha	Kriteria
23.	Orang-orang yang mengetahui saya mengidap HIV cenderung mengabaikan sisi baik saya.	0,970	Reliabel
24.	Orang-orang tampaknya takut kepada saya ketika mereka tahu saya mengidap HIV.	0,969	Reliabel
25.	Ketika orang-orang tahu saya mengidap HIV, mereka mencari kelemahan pada karakter saya.	0,970	Reliabel
Total		0,971	Reliabel

Sumber : Data Primer (2021)

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa semua item pertanyaan dari stigma memiliki *Cronbach's Alpha* > 0,6, sehingga kuesioner ini dinyatakan reliabel. Reliabilitas dari kuesioner stigma memiliki *Cronbach's Alpha* sebesar 0,971 dan berkisar antara 0,969 hingga 0,972 dalam setiap item pertanyaan. Dilihat dari nilai *Cronbach's Alpha*, maka dapat dinyatakan bahwa instrumen dari kuesioner stigma memiliki reliabilitas yang tinggi.

3. Pengkategorian Kuesioner Stigma

Kuesioner stigma yang digunakan untuk penelitian ini adalah instrumen baku yang dikembangkan oleh Berger et.al. (2001). Skala pada kuesioner ini berisi 25 item pertanyaan dengan pembagian *scoring* terbagi menjadi 5, yakni skor 1 = sangat tidak setuju, skor 2 = tidak setuju, skor 3 = netral, skor 4 = setuju, skor 5 = sangat setuju. Adapun penentuan kategori total skor stigma dihitung dengan rumus, sebagai berikut (Maulana, 2020) :

Berikut ini merupakan kategori skor untuk penilaian kuesioner stigma.

$$\frac{\text{Total jawaban responden}}{\text{Jumlah soal yang dijawab}}$$

Tabel 5.8 Skor Penilaian Kuesioner Stigma

Kategori	Total Skor
Stigma Rendah	1,00-2,50
Stigma Tinggi	2,51-5,00

Sumber : Lysaker, et.al. (2007, dalam Maulana, 2020)

Semakin rendah total skor stigma maka semakin rendah pula stigma yang pernah dirasakan ODHA. Sebaliknya, semakin tinggi total skor stigma maka semakin tinggi pula stigma yang pernah dirasakan ODHA.

C. Dukungan Keluarga

1. Validitas Kuesioner Dukungan Keluarga

Instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel dukungan keluarga menggunakan kuesioner dukungan keluarga dari penelitian Henni Kusuma (2011). Kuesioner ini teruji valid untuk digunakan dalam meneliti dukungan keluarga yang didapat oleh ODHA. Sebelum melakukan penelitian, kuesioner ini dilakukan uji validitas kembali dengan hasil, sebagai berikut :

Tabel 5.9 Validitas Kuesioner Dukungan Keluarga

No.	Pernyataan	R Hitung	R Tabel	Kriteria
Dukungan Emosional				
1.	Keluarga mendampingi Anda dalam menjalani perawatan	0,923	0,361	Valid
2.	Keluarga mengajak Anda membicarakan masalah yang sedang Anda hadapi tanpa diminta	0,890	0,361	Valid
3.	Keluarga tetap menyayangi Anda selama Anda sakit	0,870	0,361	Valid
4.	Keluarga memberikan perhatian yang baik setiap Anda membutuhkan bantuan	0,760	0,361	Valid
5.	Keluarga menghibur Anda saat Anda sedang sedih dengan masalah yang Anda hadapi	0,753	0,361	Valid
Dukungan Instrumental				
6.	Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas jika Anda memerlukan untuk keperluan pengobatan	0,943	0,361	Valid
7.	Keluarga sangat berperan aktif dalam pengobatan dan perawatan sakit Anda	0,940	0,361	Valid
8.	Keluarga bersedia membiayai perawatan dan pengobatan Anda	0,871	0,361	Valid

No.	Pernyataan	R Hitung	R Tabel	Kriteria
9.	Keluarga siap membantu Anda dalam melakukan aktivitas sehari-hari bila Anda tidak mampu melakukannya sendiri saat sedang sakit	0,929	0,361	Valid
Dukungan Informasi				
10.	Keluarga memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter/perawat yang merawat Anda	0,908	0,361	Valid
11.	Keluarga mengingatkan Anda untuk minum obat dan istirahat yang cukup	0,893	0,361	Valid
12.	Keluarga menjelaskan kepada anda setiap Anda bertanya tentang hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit Anda	0,956	0,361	Valid
13.	Keluarga berusaha untuk mencari informasi tentang pengobatan yang Anda terima	0,937	0,361	Valid
Dukungan Penghargaan				
14.	Keluarga memberi pujian kepada Anda bila Anda melakukan anjuran yang diberikan oleh tenaga kesehatan	0,945	0,361	Valid
15.	Keluarga melibatkan Anda dalam pengambilan keputusan mengenai pengobatan yang akan Anda jalani	0,954	0,361	Valid
16.	Keluarga melibatkan Anda dalam pengambilan keputusan tentang hal-hal yang menyangkut masalah keluarga	0,862	0,361	Valid
17.	Keluarga melibatkan Anda dalam aktivitas sosial	0,478	0,361	Valid
18.	Keluarga tidak melarang Anda untuk berhubungan dengan teman	0,559	0,361	Valid

Sumber : Data Primer (2021)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa semua item pertanyaan pada kuesioner dukungan keluarga memiliki r hitung $>$ r tabel, sehingga kuesioner ini dinyatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian ini.

2. Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga

Instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel dukungan keluarga menggunakan kuesioner dukungan keluarga dari penelitian Henni Kusuma (2011). Kuesioner ini terdiri dari 18 pertanyaan dengan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,883 ($\geq 0,7$). Hasil ini menunjukkan instrumen valid dan reliabel untuk digunakan. Kuesioner dukungan keluarga ini kemudian dilakukan uji validitas dan reliabilitas kembali dalam penelitian Betty Saurina tahun (2018) dan didapat nilai koefisien *Cronbach's Alpha* sebesar 0,971 ($\geq 0,7$). Hal ini menunjukkan bahwa instrumen tersebut terbukti valid dan reliabel untuk digunakan. Kuesioner dukungan keluarga juga dilakukan uji reliabilitas kembali oleh peneliti dengan hasil, sebagai berikut :

Tabel 5.10 Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga

No.	Pernyataan	Cronbach's Alpha	Kriteria
Dukungan Emosional			
1.	Keluarga mendampingi Anda dalam menjalani perawatan	0,979	Reliabel
2.	Keluarga mengajak Anda membicarakan masalah yang sedang Anda hadapi tanpa diminta	0,980	Reliabel
3.	Keluarga tetap menyayangi Anda selama Anda sakit	0,980	Reliabel
4.	Keluarga memberikan perhatian yang baik setiap Anda membutuhkan bantuan	0,981	Reliabel
5.	Keluarga menghibur Anda saat Anda sedang sedih dengan masalah yang Anda hadapi	0,981	Reliabel
Dukungan Instrumental			
6.	Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas jika Anda memerlukan untuk keperluan pengobatan	0,979	Reliabel
7.	Keluarga sangat berperan aktif dalam pengobatan dan perawatan sakit Anda	0,979	Reliabel
8.	Keluarga bersedia membiayai perawatan dan pengobatan Anda	0,980	Reliabel

No.	Pernyataan	Cronbach's Alpha	Kriteria
9.	Keluarga siap membantu Anda dalam melakukan aktivitas sehari-hari bila Anda tidak mampu melakukannya sendiri saat sedang sakit	0,979	Reliabel
Dukungan Informasi			
10.	Keluarga memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter/ perawat yang merawat Anda	0,979	Reliabel
11.	Keluarga mengingatkan Anda untuk minum obat dan istirahat yang cukup	0,980	Reliabel
12.	Keluarga menjelaskan kepada anda setiap Anda bertanya tentang hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit Anda	0,979	Reliabel
13.	Keluarga berusaha untuk mencari informasi tentang pengobatan yang Anda terima	0,979	Reliabel
Dukungan Penghargaan			
14.	Keluarga memberi pujian kepada Anda bila Anda melakukan anjuran yang diberikan oleh tenaga kesehatan	0,979	Reliabel
15.	Keluarga melibatkan Anda dalam pengambilan keputusan mengenai pengobatan yang akan Anda jalani	0,979	Reliabel
16.	Keluarga melibatkan Anda dalam pengambilan keputusan tentang hal-hal yang menyangkut masalah keluarga	0,980	Reliabel
17.	Keluarga melibatkan Anda dalam aktivitas sosial	0,984	Reliabel
18.	Keluarga tidak melarang Anda untuk berhubungan dengan teman	0,983	Reliabel
	Total	0,981	Reliabel

Sumber : Data Primer (2021)

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa semua item pertanyaan dari dukungan keluarga memiliki *Cronbach's Alpha* > 0,6, sehingga kuesioner ini dinyatakan reliabel. Reliabilitas dari kuesioner dukungan keluarga memiliki

Cronbach's Alpha sebesar 0,981 dan berkisar antara 0,979 hingga 0,984 dalam setiap item pertanyaan. Dilihat dari nilai *Cronbach's Alpha*, maka instrumen dari kuesioner ini memiliki reliabilitas yang tinggi.

3. Pengkategorian Kuesioner Dukungan Keluarga

Kuesioner dukungan keluarga yang digunakan merupakan kuesioner penelitian yang dilakukan oleh Henni Kusuma (2011). Kuesioner ini terdiri dari 18 pertanyaan dengan skala likert yang digunakan dari 1 sampai dengan 5. Kuesioner ini terbagi menjadi 4 domain, yakni dukungan emosional (pertanyaan nomor 1-5), dukungan instrumental (pertanyaan nomor 6-9), dukungan informasi (pertanyaan nomor 14-18), dan dukungan penghargaan (pertanyaan nomor 14-18). Masing-masing dari pertanyaan tersebut memiliki 5 alternatif jawaban, yaitu selalu (5), sering (4), kadang-kadang (3), jarang (2), dan tidak pernah (1). Sehingga, skor total dari kuesioner ini berkisar antara 18 sampai dengan 90. Adapun penentuan kategori total skor dukungan keluarga dilakukan dengan menggunakan *cut off point* 75% dari total skor yang dihitung dengan rumus, seperti berikut (Arikunto, 2002) :

$$\frac{75}{100} \times \text{Total Skor}$$

Skor maksimum dari instrumen ini adalah 90, sehingga *cut off point* 75% untuk instrumen ini adalah 67,5. Berikut ini merupakan kategori skor untuk penilaian kuesioner dukungan keluarga.

Tabel 5.11 Skor Penilaian Kuesioner Dukungan Keluarga

Kategori	Total Skor
Dukungan Rendah	< 67,5
Dukungan Tinggi	≥ 67,5

Sumber : Arikunto (2002)

Semakin rendah total skor dukungan keluarga maka semakin rendah pula dukungan keluarga yang didapatkan ODHA. Sebaliknya, semakin tinggi total skor dukungan keluarga maka semakin tinggi pula dukungan keluarga yang didapatkan ODHA.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Hasil penelitian ini menunjukkan mayoritas responden yaitu 57,4 % berusia ≥ 30 tahun, 59,4 % sudah terinfeksi HIV ≥ 32 bulan, 84,4% tertular HIV melalui hubungan seksual, 58,2 % dengan orientasi seksual lelaki sesama lelaki, dan 21,3 % memiliki infeksi oportunistik, seperti tuberculosi, meningitis krikokokus, diare, sitomegalo, kanker terkait HIV, infeksi CMV, korioretinitis toksoplasmosis, dan lainnya. Berdasarkan uji statistik, tidak ada hubungan antara stigma sosial dengan kepatuhan berobat. Variabel yang mempengaruhi kepatuhan berobat adalah stress, sedangkan variabel selfefficy merupakan variabel confounding

B. Saran

1. Bagi ODHA

- a. Diharapkan ODHA rutin berobat sesuai jadwal yang telah ditetapkan oleh layanan VCT untuk dapat melakukan cek kesehatan secara berkala guna mencegah risiko penyakit komplikasi lainnya yang tidak terdeteksi.
- b. Hendaknya, ODHA selalu menjalin komunikasi yang baik dan bicara secara jujur dengan para petugas layanan kesehatan terkait memberikan informasi mengenai efek samping obat yang dialami.
- c. ODHA dapat menanyakan bagaimana cara mengatasi ketika dirinya menjalani terapi ARV atau saat mengambil obat ARV di layanan kesehatan.
- d. Selain membaca, ODHA juga dapat memperluas informasi dan wawasan terkait HIV/AIDS dengan cara mengikuti seminar dan penyuluhan. Peningkatan pengetahuan ini dapat membuat ODHA

memiliki perspektif baru yang positif, sehingga ODHA dapat menjalani hidup dengan optimis dan dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

- e. Harapannya, ODHA senantiasa rutin melakukan terapi ARV untuk meminimalisir efek penyakit yang ditimbulkan akibat HIV/AIDS, mengelola stres dengan baik, serta senantiasa berpikir positif dalam menghadapi masalah fisik, psikis, dan sosial yang tengah dihadapi. Selain daripada itu, selalu mendekatkan diri kepada Tuhan menjadi cara lain yang dapat dilakukan ODHA untuk menjalani hidup yang lebih baik.

2. Bagi Keluarga ODHA

- a. Diharapkan keluarga ODHA mampu meningkatkan kesadaran dan memberikan dukungan pada ODHA dalam melakukan tingkat kepatuhan berobat dan memberikan motivasi pada ODHA agar patuh dan minum ARV secara tepat waktu sehingga ODHA merasa dirinya diperhatikan dan memiliki semangat kembali untuk menjalani pengobatan di layanan kesehatan.
- b. Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang terinfeksi HIV dapat membantu ODHA dalam mengatasi tekanan yang datang dari dalam diri sendiri dan dari luar dirinya, sehingga ODHA merasa diperlakukan sama.
- c. Mencegah perlakuan diskriminatif terhadap ODHA dalam keluarga.

3. Bagi Pemerintah dan Instansi Kesehatan

- a. Diharapkan untuk dapat meningkatkan fasilitas layanan kesehatan agar membuat para ODHA merasa nyaman pada saat melakukan pengobatan atau pengambilan obat di layanan kesehatan.
- b. Diharapkan untuk dapat meningkatkan upaya pencegahan dan pengendalian peningkatan angka pasien positif HIV/AIDS pada masyarakat terutama pada usia remaja akhir yang memasuki usia dewasa. Selain itu, fasilitas pelayanan kesehatan primer diharapkan dapat meningkatkan minat masyarakat dalam menggalakkan GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) melalui aktivitas fisik yang cukup, pola makan yang baik, menjauhi perilaku yang berisiko dan PHBS (Pola Hidup Bersih dan Sehat).
- c. Petugas kesehatan dapat melibatkan keluarga dalam menjalankan rangkaian pengobatan dan perawatan yang dijalankan ODHA, sehingga keluarga memberikan dukungan pada ODHA yang berdampak

meningkatkan kualitas hidup. Jenis dukungan yang diberikan bisa seperti dukungan emosional, informasi, dan fasilitas berupa dana, tenaga maupun waktu. Keluarga juga dapat mengingatkan pasien untuk menjaga kesehatannya seperti minum obat teratur, mendampingi pasien dalam melakukan terapi untuk pencegahan stres dan sebagainya.

- d. Penyuluhan dan konseling yang dilakukan tidak hanya berfokus kepada ODHA saja tapi juga harus merangkul anggota keluarga agar dapat menerima dan memperlakukan ODHA dengan positif sehingga dapat menghilangkan pandangan buruk serta pengetahuan yang salah mengenai HIV/AIDS.
- e. Pemberian informasi seperti penyuluhan perlu terus ditingkatkan oleh petugas Kesehatan dan juga dapat melibatkan tokoh masyarakat, adat, maupun agama.
- f. Perlu dilakukan *screening* untuk mendeteksi gangguan psikososial depresi pada ODHA. Sebaiknya diadakan *screening* depresi secara teratur sehingga dapat dievaluasi menyeluruh dan dapat diberikan perawatan psikiatri yang membantu. Sebaiknya *treatment* depresi diadakan secara terintegrasi pada Layanan CST.

DAFTAR PUSTAKA

1. Unaid. hiv-prevention-2020-road-map_en.pdfle. 2020.
2. Kemenkes RI. Data Aids di Indonesia. 2019.
3. HIV/AIDS JUNP on. Fast-track: ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: UNAIDS. 2014;
4. Estill J, Aubrière C, Egger M, Johnson L, Wood R, Garone D, et al. Viral load monitoring of antiretroviral therapy, cohort viral load and HIV transmission in Southern Africa: a mathematical modelling analysis. AIDS. 2012;26(11).
5. Kemenkes RI. Situasi Umum HIV/AIDS dan Tes HIV. In: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI 2018. 2018. p. 1–12.
6. SIHA. Laporan Perkembangan HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan III Tahun 2020. 2020.
7. SIHA. Laporan Perkembangan HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan II Tahun 2020. 2020.
8. Mujiati, Sugiharti, Isakh BM. Gambaran Pelaksanaan Layanan Voluntary Counseling and Testing (Vct) dan Sarana Prasarana Klinik Vct di Kota Bandung Tahun 2013 Figure of Services Voluntary Counseling and Testing (VCT) and VCT Clinic Infrastructure Facilities in Bandung City 2013. J Kesehat Produksi. 2013;4(3):153–60.
9. Arnold E, Rebchook GM, Kegeles SM. Culture , Health & Sexuality : An International Journal for Research , Intervention and Care ‘ Triply cursed ’: racism , homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing , treatment adherence and disclosure among young Black gay men. 2014;(February 2015).
10. Vreeman RC, Scanlon ML, Mchenry MS, Nyandiko WM. Review article The physical and psychological effects of HIV infection and its treatment on perinatally HIV-infected children. 2015;18(Suppl 6):1–15.
11. Waluyo A, Nurachmah E, Rosakawati. Persepsi Pasien dengan HIV / AIDS dan Keluarganya Tentang HIV / AIDS dan Stigma Masyarakat Terhadap Pasien HIV / AIDS *. Keperawatan Indones. 2006;10(2):61–9.
12. Alwisol. Psikologi Kepribadian. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang Press; 2007.
13. Bandura, A. 1997, ‘Self-Efficacy’, The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company. In.

14. Banna T, Pademme D. Hubungan Self-Efficacy dengan Kepatuhan Minum Obat. 2019;21-5.
15. Nurihwani. Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Pengobatan Antiretroviral (ARV) Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2017. UIN Alauddin Makassar; 2017.
16. Debby C, Sianturi R, Hary W, Pembahasan HD. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Pada Pasien HIV Di RSCM Jakarta Factors Related to Compliance of ARV Medication in HIV Patients at RSCM Jakarta. 2019;10(1).
17. Haryadi Y, Sumarni, Angkasa MP. Jenis Pekerjaan dan Tingkat Pendidikan Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral (ARV) pada Pasien HIV / AIDS. 2020;1-8.
18. Harahap Z, Arguni E, Rahayujati TB. Determinan ketidakpatuhan terapi antiretroviral pada ODHA dewasa. BKM J Community Med Public Heal. 2016;32(6):195-202.
19. Cauldbeck MB, Connor CO, Connor MBO, Saunders JA, Rao B, Mallesh VG, et al. Adherence to anti-retroviral therapy among HIV patients in Bangalore, India. AIDS Res Ther. 2009;6(7):1-8.
20. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. Laporan Data Surveilens HIV/AIDS. 2019.
21. Permenkes RI. Pedoman Pengobatan Antiretroviral (ARV). 2014.
22. Katabira ET, Kanya MR, Kalyesubula I, Namale A. National antiretroviral treatment guidelines for adults, adolescents, and children. ed Kampala, Uganda. 2009;
23. Organization WH. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. World Health Organization; 2016.
24. Roberts T, Cohn J, Bonner K, Hargreaves S. Scale-up of routine viral load testing in resource-poor settings: current and future implementation challenges. Clin Infect Dis. 2016;62(8):1043-8.
25. Greeff M, Phetlhu R, Makoe LN, Dlamini PS, Holzemer WL, Naidoo JR, et al. Disclosure of HIV status: experiences and perceptions of persons living with HIV/AIDS and nurses involved in their care in Africa. Qual Health Res. 2008;18(3):311-24.
26. Campbell C, Nair Y, Maimane S, Nicholson J. Dying Twice' A Multi-level Model of the Roots of AIDS Stigma in Two South African Communities. J Health Psychol. 2007;12(3):403-16.

27. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kajian Epidemiologi HIV Indonesia 2016. 2016;1–66.
28. Centers for Disease Control and Prevention. hiv-stigma.
29. Famoroti TO, Fernandes L, Chima SC. Stigmatization of people living with HIV/AIDS by healthcare workers at a tertiary hospital in KwaZulu-Natal, South Africa: a cross-sectional descriptive study. *BMC Med Ethics*. 2013;14(1):S6.
30. Turan B, Budhwani H, Fazeli PL, Browning WR, Raper JL, Mugavero MJ, et al. How Does Stigma Affect People Living with HIV? The Mediating Roles of Internalized and Anticipated HIV Stigma in the Effects of Perceived Community Stigma on Health and Psychosocial Outcomes. *AIDS Behav*. 2017 Jan;21(1):283–91.
31. <https://www.unaids.org>. Key Programmes to Reduce Stigma and Discrimination and Increase Access to Justice in National HIV Responses.
32. Satiti Retno Pudjiati : <https://www.kebijakan aids indonesia.net>. Kepatuhan (Adherence) terhadap Terapi Antiretroviral. 2016.
33. Geng EH, Odeny TA, Lyamuya R, Nakiwogga-Muwanga A, Diero L, Bwana M, et al. Retention in care and patient-reported reasons for undocumented transfer or stopping care among HIV-infected patients on antiretroviral therapy in Eastern Africa: application of a sampling-based approach. *Clin Infect Dis*. 2016;62(7):935–44.
34. Ndiaye M, Nyasulu P, Nguyen H, Lowenthal ED, Gross R, Mills EJ, et al. Risk factors for suboptimal antiretroviral therapy adherence in HIV-infected adolescents in Gaborone, Botswana: a pilot cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:891.
35. Najjar A, Amro Y, Kitaneh I, Abu-Sharar S, Sawalha M, Jamous A, et al. Knowledge and Adherence to Medications among Palestinian Geriatrics Living with Chronic Diseases in the West Bank and East Jerusalem. *PLoS One*. 2015 Jun;10(6):e0129240–e0129240.
36. Pellowski JA, Kalichman SC. Health behavior predictors of medication adherence among low health literacy people living with HIV/AIDS. *J Health Psychol*. 2015/02/20. 2016 Sep;21(9):1981–91.
37. Petty LA, Steinbeck JL, Pursell K, Jensen DM. Human immunodeficiency virus and coinfection with hepatitis B and C. *Infect Dis Clin*. 2014;28(3):477–99.
38. Ionita G, Malviya A, Rajbhandari R, Schluter WW, Sharma G, Kakchapati S, et al. Seroprevalence of hepatitis B virus and hepatitis C

- virus co-infection among people living with HIV/AIDS visiting antiretroviral therapy centres in Nepal: a first nationally representative study. *Int J Infect Dis.* 2017;60:64–9.
39. Themanson JR, Rosen PJ. Examining the relationships between self-efficacy, task-relevant attentional control, and task performance: Evidence from event-related brain potentials. *Br J Psychol.* 2015 May;106(2):253–71.
 40. Talumewo OC, Mantjoro EM, Kalesaran AFC. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Odha dalam Menjalani Terapi Antiretroviral di Puskesmas Tikala Baru Kota Manado Tahun 2019. *KESMAS.* 2019;8(7).
 41. Andini S, Yona S, Waluyo A. Self-efficacy, depression, and adherence to antiretroviral therapy (ART) among Indonesian women with HIV. *Enfermería Clínica.*
 42. Huang, L., Li, L., Zhang, Y., Li, H., Li, X., & Wang, H. (2013). Self-efficacy, medication adherence, and quality of life among people living with HIV in Hunan Province of China: a questionnaire survey. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care.*
 43. Khairia, M. 2021, *Determinan Self Efficacy pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Palembang*, [Skripsi]. Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya, Palembang.
 44. Riskia, F. & Dewi, K. 2017, 'Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Self Efficacy pada Mahasiswa Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Surabaya Angkatan Tahun 2015'. *Jurnal Psikologi Pendidikan*, vol. 4, no. 1.
 45. Siregar, I. K. & Putri, S. R. 2019, 'Hubungan Self-Efficacy dan Stres Akademik Mahasiswa'. vol. 6, no. 2, pp. 91-95. doi: <http://dx.doi.org/10.37064/consilium.v6i2.6386>.
 46. Lyimo, R. A., Stutterheim, S. E., Hospers, H. J., de Glee, T., van der Ven, A., & de Bruin, M. (2014). Stigma, disclosure, coping, and medication adherence among people living with HIV/AIDS in Northern Tanzania. *AIDS patient care and STDs*, 28(2), 98–105. .
 47. Sarafino, E. P. 2011, *Health Psychology*. 7th edn. USA: John Wiley & Sons.
 48. Ardani, I & Handayani, S. 2017, 'Stigma terhadap Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) sebagai Hambatan Pencarian Pengobatan: Studi Kasus pada Pecandu Narkoba Suntik di Jakarta'. *Buletin Penelitian Kesehatan*, vol. 45, no. 2, pp. 81–88. doi: <https://doi.org/10.2243>.

49. Umar, E., et.al. 2019, 'The Influence of Self-Efficacy on The Relationship Between Depression and HIV-Related Stigma with Art Adherence Among The Youth in Malawi'. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. doi: 10.7454/Jki.v0i0.952.
50. Berger B. E, Ferrans C. E, & Lashley F. R. 2001, 'Measuring Stigma in People with HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale'. *Research in Nursing & Health*, vol. 24. pp. 518-29.
51. Santi. 2014, *Hilangkan Stigma dan Diskriminasi pada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS)*. Tuban: STIKes NU Tuban.
52. Sarafino, E. P. & Smith, T. W. 2012, *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. 7th edn. New York: Jhon Wiley & Sons.
53. Betancur, M. N., Lins, L., Oliveira, I. R., & Brites, C. (2017). Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. *The Brazilian journal of* .
54. Hou J, Fu J, Meng S, Jiang T, Guo C, Wu H, et al. Posttraumatic Stress Disorder and Nonadherence to Treatment in People Living With HIV: A Systematic Review and Meta-analysis. Vol. 11, *Frontiers in Psychiatry* . 2020. p. 834.

LAMPIRAN

A. Kuesioner *Self Efficacy*

Petunjuk Pengisian : Berikan tanda *check list* (ü) pada setiap kolom jawaban yang tersedia di bawah ini sesuai dengan kondisi dan situasi yang Anda alami.

Keterangan :

1 = Tidak Yakin

2 = Kurang Yakin

3 = Yakin

4 = Sangat Yakin

No.	Pernyataan	1	2	3	4
Manajemen Perasaan Tertekan					
1.	Saya selalu bersemangat.				
2.	Saya akan melakukan sesuatu jika saya merasa kurang bersemangat.				
3.	Saya jarang bersedih.				
4.	Saya melakukan sesuatu untuk membuat diri saya merasa lebih baik ketika saya sedih.				
5.	Saya tidak merasa kesepian.				
6.	Saya melakukan sesuatu untuk membuat diri saya merasa lebih baik saat saya kesepian.				
7.	Saya tidak terganggu dengan kesedihan/tekanan yang saya alami.				
8.	Saya melakukan sesuatu untuk membuat diri saya merasa lebih baik ketika sedih/tertekan.				
9.	Saya dapat mengurangi tekanan emosional yang saya rasakan.				
Manajemen Terapi dan Kepatuhan Obat					
10.	Saya selalu mengikuti semua instruksi dosis obat.				
11.	Saya mengambil obat tepat waktu.				
12.	Saya selalu minum obat ARV seperti yang sudah dianjurkan.				

13.	Saya selalu mengambil sebagian atau semua obat ARV seperti yang diresepkan.				
14.	Saya yakin bisa minum obat ARV seperti yang diresepkan.				
15.	Saya selalu minum obat ARV setiap hari sesuai dengan anjuran dokter.				
16.	Saya selalu berdiskusi dengan dokter/perawat dalam menentukan pengobatan yang terbaik.				
Mengelola Gejala					
17.	Saya dapat mengurangi efek/gejala penyakit HIV secara umum.				
18.	Saya dapat menghindari masalah tidur yang disebabkan oleh penyakit yang mengganggu.				
19.	Saya dapat menghindari ketidaknyamanan fisik yang disebabkan oleh penyakit mengganggu.				
20.	Saya dapat menghindari gejala atau masalah kesehatan lain yang mengganggu.				
21.	Saya dapat mengontrol gejala atau masalah kesehatan yang saya miliki, sehingga gejala atau masalah kesehatan tersebut tidak mengganggu saya.				
Berkomunikasi dengan Penyedia Layanan Kesehatan					
22.	Saya menanyakan penyakit saya kepada dokter/perawat.				
23.	Saya mendiskusikan secara terbuka masalah yang berhubungan dengan pengobatan.				
24.	Saya dapat mengatasi perbedaan pendapat dengan dokter/perawat dalam hal pengobatan.				
25.	Saya menanyakan pengobatan dan perawatan saya pada dokter/perawat.				
Mendapat Dukungan dari Orang Lain					
26.	Saya mendapatkan informasi tentang kondisi penyakit dan pengobatan dari penderita lain.				
27.	Saya memiliki teman dan keluarga yang membantu saya ketika saya membutuhkan bantuan.				
28.	Saya dibantu oleh masyarakat ketika membutuhkan bantuan.				

29.	Saya mendapat dukungan emosional dari teman/keluarga.				
30.	Saya mendapat dukungan emosional dari masyarakat selain dari teman/keluarga.				
Mengelola Kelelahan					
31.	Saya dapat mengurangi kelelahan yang saya alami.				
32.	Saya dapat menghindari kelelahan yang disebabkan oleh penyakit yang mengganggu.				
33.	Saya bisa mengatasi kelelahan selama melakukan aktivitas sehari-hari.				
34.	Saya dapat mengatasi kekecewaan yang disebabkan oleh kelelahan yang saya alami.				

Sumber : Kuesioner HIV Self Efficacy (HIV-SE) oleh Shively et.al., (2012)

B. Kuesioner Stigma HIV

Petunjuk Pengisian : Berikan tanda *check list* (ü) pada setiap kolom jawaban yang tersedia di bawah ini sesuai dengan kondisi dan situasi yang Anda alami.

Keterangan :

1 = Sangat Tidak Setuju (STS)

2 = Tidak Setuju (TS)

3 = Netral (N)

4 = Setuju (S)

5 = Sangat Setuju (SS)

Bagian pertama dari kuesioner ini menanyakan mengenai pengalaman, perasaan, dan pendapat Anda tentang apa yang dirasakan oleh orang dengan HIV dan bagaimana mereka diperlakukan. Lakukanlah yang terbaik untuk menjawab setiap pertanyaan.						
No.	Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
1.	Memberitahu orang lain bahwa saya mengidap HIV adalah sesuatu yang berisiko.					
2.	Saya berusaha keras merahasiakan status HIV saya.					
3.	Saya merasa saya tidak sebaik orang lain karena saya mengidap HIV.					
4.	Orang dengan HIV diperlakukan seperti orang buangan.					
5.	Sebagian besar orang meyakini bahwa orang dengan HIV adalah kotor.					
6.	Mengidap HIV membuat saya merasa tidak bersih.					
7.	Sebagian besar orang berpikir bahwa orang dengan HIV menjijikkan.					
8.	Mengidap HIV membuat saya merasa bahwa saya adalah orang yang buruk.					
9.	Sebagian besar orang dengan HIV ditolak ketika orang lain mengetahui statusnya.					
10.	Saya sangat berhati-hati kepada siapa saya memberitahu bahwa saya mengidap HIV.					

11.	Beberapa orang yang mengetahui saya mengidap HIV semakin menjauhi saya.					
12.	Sejak mengetahui saya mengidap HIV, saya khawatir orang-orang akan mendiskriminasi saya.					
13.	Sebagian besar orang tidak nyaman berada di sekitar orang dengan HIV.					
14.	Adanya HIV dalam tubuh saya merupakan sesuatu yang menjijikkan bagi saya.					

Bagian kedua dari kuesioner ini dibuat berdasarkan asumsi (anggapan) seolah-olah Anda telah menceritakan kepada orang lain bahwa Anda mengidap HIV atau bahwa mereka sudah mengetahuinya. Jika butir pertanyaan tersebut tidak benar-benar terjadi pada Anda, coba bayangkan jika Anda berada pada situasi tersebut. Lalu berikan jawaban Anda berdasarkan apa yang Anda rasakan dan bagaimana orang lain bereaksi terhadap Anda.

No.	Pernyataan	STS	TS	N	S	SS
15.	Saya khawatir bahwa orang yang mengetahui saya mengidap HIV akan memberitahu orang lain.					
16.	Beberapa orang menghindari menyentuh saya setelah mereka tahu bahwa saya mengidap HIV.					
17.	Orang-orang yang saya sayangi berhenti menghubungi saya setelah mereka tahu saya mengidap HIV.					
18.	Beberapa orang yang dekat dengan saya takut orang lain akan menolak mereka jika terungkap bahwa saya mengidap HIV.					
19.	Orang-orang tidak mau saya berada di dekat anak-anak mereka ketika mereka tahu saya mengidap HIV.					
20.	Orang-orang mundur menjauhi saya saat mereka tahu saya mengidap HIV.					
21.	Saya berhenti bersosialisasi dengan beberapa orang karena reaksi mereka ketika mereka tahu saya mengidap HIV.					

22.	Saya telah kehilangan teman-teman karena memberitahu mereka bahwa saya mengidap HIV.					
23.	Orang-orang yang mengetahui saya mengidap HIV cenderung mengabaikan sisi baik saya.					
24.	Orang-orang tampaknya takut kepada saya ketika mereka tahu saya mengidap HIV.					
25.	Ketika orang-orang tahu saya mengidap HIV, mereka mencari kelemahan pada karakter saya.					

Sumber : Kuesioner Berger HIV Stigma Scale oleh Berger et.al. (2001)

C. Kuesioner Dukungan Keluarga

Petunjuk Pengisian : Berikan tanda *check list* (✓) pada setiap kolom jawaban yang tersedia di bawah ini sesuai dengan kondisi dan situasi yang Anda alami.

Keterangan :

TP = Tidak Pernah

JR = Jarang

KK = Kadang-kadang

SR = Sering

SL = Selalu

No.	Pertanyaan	TP	JR	KK	SR	SL
Dukungan Emosional						
1.	Keluarga mendampingi saya dalam menjalani perawatan					
2.	Keluarga mengajak anda membicarakan masalah yang sedang anda hadapi tanpa diminita					
3.	Keluarga tetap menyayangi anda selama anda sakit.					
4.	Keluarga memberikan perhatian yang baik setiap anda membutuhkan bantuan					
5.	Keluarga menghibur anda saat anda sedang sedih dengan masalah yang anda hadapi					
Dukungan Instrumental						
6.	Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas jika saya memerlukan untuk keperluan pengobatan					
7.	Keluarga berperan aktif dalam pengobatan dan perawatan sakit anda.					
8.	Keluarga bersedia membiayai perawatan dan pengobatan anda					
9.	Keluarga siap membantu saya dalam melakukan aktivitas sehari-hari bila anda tidak mampu melakukannya sendiri saat sedang sakit					

Dukungan Informasi					
10.	Keluarga memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter/perawat yang merawat anda.				
11.	Keluarga mengingatkan anda untuk minum obat dan istirahat yang cukup.				
12.	Keluarga menjelaskan kepada anda setiap anda bertanya tentang hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit anda.				
13.	Keluarga berusaha untuk mencari informasi tentang pengobatan yang anda terima.				
Dukungan Penghargaan					
14.	Keluarga memberi pujian kepada anda bila anda melakukan anjuran yang diberikan oleh tenaga kesehatan.				
15.	Keluarga melibatkan anda dalam pengambilan keputusan mengenai pengobatan yang anda jalani.				
16.	Keluarga melibatkan anda dalam pengambilan keputusan tentang hal-hal yang menyangkut masalah keluarga.				
17.	Keluarga melibatkan anda dalam aktivitas sosial.				
18.	Keluarga tidak melarang anda untuk berhubungan dengan teman.				

Sumber : Henni Kusuma (2011)

D. Kuesioner Kepatuhan Berobat

Petunjuk Pengisian : Isilah pertanyaan yang tersedia dengan memberikan tanda silang (X) pada jawaban yang anda pilih.

No.	Pertanyaan	Kategori
1.	Apakah anda pernah lupa minum obat antiretroviral ?	Ya Tidak Tidak tahu
2.	Dalam minggu ini, sudah berapa kali Anda lupa minum obat ?	> 3 kali < 3 kali Tidak pernah
3.	Berapa dosis ARV yang Anda lupa minum dalam satu bulan terakhir ?	Kurang dari 3 dosis Antara 3-12 dosis Lebih dari 12 dosis
4.	Kapan terakhir kali Anda berkunjung ke layanan kesehatan untuk mengambil obat ARV ? (minta tunjukkan kartu kunjungan pengobatan ARV = kartu biru)	Satu minggu lalu Satu bulan lalu Lebih dari satu bulan
5.	Apakah Anda bersedia menunjukkan obat Anda ?	Bersedia Tidak bersedia (jika bersedia, lakukan perhitungan dosis ARV berdasarkan jumlah obat sejak kunjungan terakhir sesuai kartu biru)

6.	Bagaimana cara Anda agar tidak lupa minum obat ?	Menggunakan alarm/ buku agenda Mengandalkan orang lain (teman, keluarga) untuk mengingatkan Tidak melakukan apapun
7.	Apakah terdapat perubahan saat tidak minum obat ARV ?	Ya Tidak Tidak tahu
8.	Apakah yang Anda lakukan saat Anda tidak minum obat ARV ?	Segera minum obat saat ingat/ menggandakan dosis di waktu minum obat selanjutnya Konsultasi ke dokter Tidak melakukan apa-apa
9.	Apakah Anda rutin/patuh mengkonsumsi obat ARV ?	Ya, patuh Tidak
10.	Alasan Anda melewati dosis obat/tidak patuh dalam meminum obat ARV :	
a.	Apakah Anda sedang dalam keadaan sibuk belakangan ini ?	
b.	Apakah Anda hanya sekedar lupa ?	

c.	Apakah karena jumlah pill yang terlalu banyak untuk diminum ?	
d.	Apakah karena adanya efek samping akibat obat ?	
e.	Apakah karena Anda tidak ingin orang lain tahu ?	
f.	Apakah karena adanya jadwal rutinitas yang berubah-ubah ?	
g.	Apakah karena Anda merasa bahwa obat ARV mengandung racun atau berbahaya ?	
h.	Apakah karena Anda tertidur di waktu anda harus minum obat ?	
i.	Apakah karena Anda sedang sakit atau tidak enak badan ?	
j.	Adanya masalah dengan cara minum obat (ex : harus sebelum makan, sesudah makan, harus minum yang banyak atau harus sebelum tidur).	
k.	Pihak pemberi obat (RS, Klinik, Puskesmas) tidak membagikan obat pada anda.	
l.	Anda merasa sehat tanpa konsumsi obat ARV.	
m.	Anda sedang mengkonsumsi obat lain.	
n.	Merasa depresi atau merasa terlalu gembira ketika mengkonsumsi obat ARV.	
o.	Anda sedang mengkonsumsi alcohol	
p.	Setelah meminum obat Anda merasa mual/ lalu tidak mengganti obat ARV yang membuat anda mual tersebut.	
q.	Kehabisan dosis obat dan tidak dapat pergi ke tempat Anda biasa mendapatkan obat.	
r.	Tidak percaya terhadap efek obat ARV.	
s.	Jarak tempat Anda mengambil obat terlalu jauh.	
t.	Berbagi atau menjual kembali obat ARV yang sudah anda dapat.	
u.	Dokter Anda menganjurkan Anda untuk berhenti.	

RIWAYAT PENULIS



Dr. Rico Januar Sitorus, SKM.M.Kes(Epid), dilahirkan pada tanggal 21 Januari 1981 di Desa Lumban Tabu, Kabupaten Toba, Provinsi Sumatera Utara. Penulis menempuh Pendidikan S1 di FKM USU, Pendidikan S2 di Magister Epidemiologi UNDIP dan menamatkan Pendidikan Doktor di Prodi S3 FKM UI. Saat ini penulis sebagai Dosen tetap di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya, Palembang Sumatera Selatan. Penulis memiliki bidang kajian Epidemiologi Penyakit Menular seperti HIV/AIDS dan IMS, Epidemiologi Kesehatan Ibu dan Anak dan Epidemiologi NAPZA.