

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan menjelaskan tentang teori dan konsep terkait, yaitu tentang konsep kepatuhan, konsep *self-efficacy*, konsep HIV/AIDS serta kerangka konseptual beserta hipotesis.

2.1 Konsep Kepatuhan

2.1.1 Pengertian Kepatuhan

Sarfino (1990) dikutip oleh Smet B (1994) mendefinisikan kepatuhan (ketaatan) sebagai tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau yang lain. Kepatuhan adalah perilaku positif penderita dalam mencapai tujuan terapi (Degrest et al, 1998). Menurut Decision theory (1985) penderita adalah pengambil keputusan dan kepatuhan sebagai hasil pengambilan keputusan. Kepatuhan (*compliance/ adherence*) menggambarkan sejauh mana pasien berperilaku untuk melaksanakan aturan dalam pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh tenaga kesehatan (Bart, 2004).

Perilaku ketat sering diartikan sebagai usaha penderita untuk mengendalikan perilakunya bahkan jika hal tersebut bisa menimbulkan resiko mengenal kesehatannya (Taylor, 1991). Patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah atau aturan. Sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Seseorang dikatakan patuh berobat bila mau datang ke petugas kesehatan yang telah ditentukan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan serta mau melaksanakan apa yang dianjurkan oleh petugas (Lukman Ali et al, 1999).

Adherence adalah sejauh mana pengambilan obat yang diresepkan oleh penyedia layanan kesehatan. Tingkat kepatuhan (*adherence*) untuk pasien biasanya dilaporkan sebagai persentase dari dosis resep obat yang benar-benar diambil oleh pasien selama periode yang ditentukan (Osterberg & Blasche dalam Nurina, 2012). Didalam psikologi kesehatan, kepatuhan mengacu kepada situasi perilaku seseorang individu sepadan dengan tindakan yang dianjurkan atau nasehat yang diusulkan oleh suatu praktisi kesehatan atau informasi yang diperoleh dari suatu sumber informasi lainnya.

Horne (2006) mendefinisikan *adherence* sebagai perilaku mengkonsumsi obat yang merupakan kesepakatan antara pasien dengan pemberi resep. Horne, dkk (2006) , dan hal ini banyak didukung oleh peneliti-peneliti yang lain, karena adanya keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan yang dibuat oleh dokter Osterberg & Blaschke (2005) juga menyarankan penggunaan istilah *adherence*, karena didalam pengertian *adherence* juga terdapat pengertian *compliance*, dengan tambahan pengertian bahwa didalam *adherence* peran pasien cenderung aktif dan terdapat kontrak terapeutik yang terjadi setelah melalui proses komunikasi dan akhirnya terjadi kesepakatan antara kedua belah pihak.

Dari beberapa pengertian yang telah dikemukakan diatas, pengertian kepatuhan dalam mengkonsumsi obat dalam penelitian ini juga mengacu pada istilah *adherence*, yang dapat disimpulkan sebagai perilaku untuk mentaati saran-saran atau prosedur dari dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului oleh proses konsultasi antara pasien (dan atau keluarga pasien sebagai orang kunci dalam kehidupan pasien) dengan dokter sebagai penyedia jasa medis.

2.1.2 Batasan Kepatuhan

Kepatuhan terhadap aturan pengobatan sering dikenal dengan “*Patient Compliance*”. Kepatuhan terhadap pengobatan dikhawatirkan menimbulkan sesuatu yang tidak diinginkan, seperti misalnya bila tidak minum obat sesuai aturan, maka akan semakin memperparah penyakit (Bambang, 2006 dalam Rahayu 2011).

2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Menurut Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral (2011), terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi ODHA dalam menjalani terapi, yaitu :

1. Karakteristik pasien

Meliputi faktor sosio-demografi (umur, jenis kelamin, suku, pekerjaan, pendidikan, dan penghasilan) dan faktor psikososial (kesehatan jiwa, penggunaan napza, lingkungan dan dukungan sosial, pengetahuan dan perilaku terhadap HIV).

2. Karakteristik penyakit penyerta

Meliputi stadium klinis dan lamanya sejak terdiagnosis HIV, jenis infeksi oportunistik penyerta, dan gejala yang berhubungan dengan HIV. Adanya infeksi oportunistik atau penyakit lain menyebabkan penambahan jumlah obat yang harus diminum.

3. Fasilitas layanan kesehatan

Fasilitas dan ruangan yang nyaman, jaminan kerahasiaan, penjadwalan yang baik, dan petugas yang ramah dapat membantu pasien dalam menjalani terapi.

2. Paduan terapi ARV

Meliputi jenis obat yang digunakan dalam paduan, jumlah pil yang harus diminum, karakteristik obat dan efek samping dan kemudahan untuk mendapatkan ARV.

3. Hubungan pasien-tenaga kesehatan

Hubungan tersebut dapat memengaruhi kepatuhan meliputi: kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan dan staf klinik, pandangan pasien terhadap kompetensi tenaga kesehatan, komunikasi, nada afeksi dari hubungan tersebut (hangat dan terbuka), kesesuaian kemampuan dan kapasitas tempat layanan dengan kebutuhan pasien.

2.1.4 Penilaian Kepatuhan

Menurut Chalker et al.(2009) terdapat seperangkat indikator dan sumber data untuk mengukur kepatuhan ART, yaitu:

1. *Self report –based adherence measures*

Pelaporan pasien yang dapat diukur melalui tiga indikator, yaitu persentase dari pasien dengan kepatuhan penuh terhadap ART, persentase dosis ARV yang diminum selama periode recall, dan persentase pasien dengan kepatuhan terhadap ART lebih dari 95%.

2. *Dispensing-based adherence measures*

Mengukur kepatuhan berdasarkan hari pembagiannya yang didefinisikan sebagai rata-rata persentase hari ketika pasien menerima ARV selama periode yang ditentukan,

seperti selama 6 bulan (180 hari), persentase pasien yang menerima ARV dibandingkan dengan persentase yang ditargetkan dalam waktu yang ditentukan, dan persentase pasien yang mengalami kesenjangan pada kesediaan ARV lebih dari 30 hari selama rentang waktu yang telah ditentukan.

3. *Pill count-based adherence measures*

Penghitungan jumlah pil biasanya digunakan dalam beberapa program ART untuk membandingkan konsumsi yang ada dengan konsumsi yang diharapkan sejak bagian farmasi membagikan obat.

4. *Patient attendance-based defaulting measures*

Terdapat tiga indikator yang berhubungan dengan kelalaian yaitu persentase pasien yang tidak hadir pada pertemuan yang telah dijadwalkan, persentase pasien yang melewatkan pertemuan yang seharusnya tapi datang setelah tiga hari, dan persentase pasien yang tidak datang pada pertemuan dan tidak hadir hingga 30 hari setelahnya.

Selain keempat metode diatas, terdapat beberapa metode lain untuk mengukur tingkat kepatuhan terapi dari berbagai literatur, antara lain:

1. *Modified Morisky Adherence Scale (MMAS)*

Pada pertengahan tahun 1980an, Morisky dan tim risetnya mengembangkan sebuah kuesioner untuk dapat memprediksi kepatuhan pasien terhadap pengobatan anti hipertensi. Instrumen ini telah divalidasi dalam berbagai studi dan menunjukkan hasil psikometri yang baik. Sejak saat itu para peneliti di seluruh dunia telah mengembangkan penggunaan instrument ini terhadap berbagai penyakit, seperti diabetes dan PPOK.

2. *Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)*

SMAQ merupakan kuesioner yang dibuat berdasarkan *Morisky Scale* (MS), dengan beberapa tambahan dan pengurangan pertanyaan. SMAQ terdiri atas 6 butir pertanyaan yang terdiri dari pertanyaan kualitatif dan 2 pertanyaan kuantitatif. Jawaban pertanyaan pada SMAQ menunjukkan indikasi positif apabila pasien tidak patuh. SMAQ menggabungkan pengukuran multi dimensional dengan pengukuran dosis yang terlewat, sehingga perbedaan antara variabel patuh dan tidak patuh akan menjadi jelas (Knobel et al. 2002)

SMAQ telah divalidasi oleh Knobel et al, (2002) dalam mengukur kepatuhan terapi pasien ARV pasien HIV/AIDS dan menunjukkan hasil yang positif. SMAQ memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang cukup ketika dibandingkan dengan instrument kepatuhan yang lain seperti MEMS (*Medication Event Monitoring System*), reliable, mudah diaplikasikan, dan murah. Keunggulan-keunggulan tersebut membuat SMAQ dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan terapi pasien infeksi HIV.

3. *Adherence Baseline Questionnaire* (ACTG)

ACTG merupakan singkatan dari AIDS Clinical Trial Group. *ACTG Adherence Baseline Questionnaire* dikembangkan oleh *Recruitment, Adherence, and Retention Subcomitee of the Adult Outcomes Committee* dan *Patient Care Comitee* dari ACTG. Kelompok peneliti ini terdiri atas social scientist, dokter, perawat, dan apoteker yang bekerja sama dalam mengembangkan instrument (Chesney et al, 2000). Kuesioner kepatuhan ACTG merupakan instrument yang valid dan reliable dalam mengukur kepatuhan (Reynold et al, 2007). Selain untuk mengukur kepatuhan, didalam kuesioner ini juga terdapat item-item pertanyaan terkait alasan tidak minum obat, pertanyaan-

pertanyaan tersebut yang digunakan sebagai kuesioner penelitian untuk mengetahui alasan ketidakpatuhan terapi ARV pasien HIV/AIDS. ACTG terdiri dari 5 domain yaitu rasio kepatuhan. Sebagian besar obat perlu diminum sesuai jadwal, seberapa dekat anda mengikuti jadwal spesifik anda selama 4 hari?. Apakah ada obat yang memiliki instruksi khusus, jika demikian seberapa sering anda mengikuti instruksi tersebut selama 4 hari terakhir?. Kapan terakhir kali anda melewatkan obat apapun?. Beberapa orang menemukan bahwa mereka lupa minum pil pada hari-hari akhir pekan, apakah anda melewatkan obat apapun pada akhir pekan lalu- sabtu atau minggu lalu?.

2.2 Konsep *Self-Efficacy*

2.2.1 Pengertian

Self-efficacy adalah evaluasi seseorang terhadap kemampuan atau kompetensinya untuk melakukan sebuah tugas, mencapai tujuan, atau mengatasi hambatan (Bandura, 1997). Percaya pada kompetensi diri sendiri dan efektivitas sebagai hasil dari pemberian gratifikasi (Bandura & dkk, 1999; Maddux & Gosselin, 2003). Anak-anak dan orang dewasa yang memiliki perasaan yang kuat akan efikasi diri lebih pantang menyerah, tidak terlalu cemas, dan tertekan. Mereka juga menjalani hidup yang lebih sehat. Evaluasi ini dapat bervariasi tergantung pada situasi (Cervone, 1997). Performa fisik (Courneya & McAuley, 1993; Gould & Weiss, 1981; Ng dkk., 1999), tugas akademis (Sanna & Pusecker, 1994), performa dalam pekerjaan (Huang, 1998), dan kemampuan untuk mengatasi kecemasan dan depresi (Cheung & Sun, 2000), ditingkatkan melalui perasaan yang kuat akan *self-efficacy*. Pada umumnya orang akan bertindak untuk mencapai

tujuan, jika ia merasakan mendapat hasil dari tindakannya tersebut (misalnya, berhenti menggunakan obat terlarang). Jika ia tidak yakin bahwa tindakannya akan berhasil, maka ia merasa imbalan untuk tindakannya cenderung tidak ada atau relatif hanya sedikit (Bandura, 1999). Orang dengan kepercayaan diri yang tinggi juga cenderung lebih cepat berhenti mengerjakan tugas yang nyata-nyata tidak dapat diselesaikan dibanding mereka yang memiliki kepercayaan diri yang rendah-sebaliknya, mereka lebih suka mengalokasikan waktu dan usahanya untuk tugas yang mereka tahu dapat diselesaikan (Aspinwall & Richter, 1999).

Self-efficacy adalah suatu kemampuan individu untuk dapat mengatur mengorganisasikan dirinya serta mengimplementasi tindakan demi mencapai apa yang diinginkannya. Keyakinan seseorang terhadap *self-efficacy* ini merupakan kunci penting dalam membentuk motivasi dan kesejahteraan seseorang (Alwisol, 2007). *Self-efficacy* berdasar pada teori sosial kognitif, yang mana ada keterkaitan antara perilaku seseorang, lingkungan serta faktor-faktor kognitif. Bandura juga mengatakan bahwa *self-efficacy* merupakan pertimbangan-pertimbangan yang dimiliki oleh seseorang dalam melaksanakan perilaku tertentu. Hal ini berarti merujuk kepada penilaian diri tentang baik buruknya atau bisa tidaknya seseorang dalam melakukan suatu hal (Bandura, 1997). Efikasi diri (*self-efficacy*), bagaimana orang bertingkah laku dalam situasi tertentu tergantung kepada resiprokal antara lingkungan dengan kondisi kognitif, khususnya faktor kognitif yang berhubungan dengan keyakinannya bahwa dia mampu atau tidak mampu melakukan tindakan yang memuaskan. Bandura menyebut keyakinan atau harapan diri ini sebagai efikasi diri, dan harapan hasilnya disebut ekspektasi hasil.

- a. Efikasi diri atau efikasi ekspektasi (*self efficacy – efficacy expectation*) adalah “Persepsi diri sendiri mengenai seberapa bagus diri dapat berfungsi dalam situasi tertentu.” Efikasi diri berhubungan dengan keyakinan bahwa diri memiliki kemampuan melakukan tindakan yang diharapkan.
- b. Ekspektasi hasil (*outcome expectations*): perkiraan atau estimasi diri bahwa tingkah laku yang dilakukan itu akan mencapai hasil tertentu.

Efikasi adalah penilaian diri, apakah dapat melakukan tindakan yang baik atau buruk, tepat atau salah, bisa atau tidak bisa mengerjakan sesuai dengan yang dipersyaratkan. Efikasi ini berbeda dengan aspirasi (cita-cita), karena cita-cita menggambarkan sesuatu yang ideal yang seharusnya (dapat dicapai), sedang efikasi menggambarkan penilaian kemampuan diri. Orang bisa memiliki ekspektasi hasil yang realistik (apa yang diharapkan sesuai dengan kenyataan hasilnya), atau sebaliknya ekspektasi hasilnya tidak realistik (mengharap terlalu tinggi dari hasil nyata yang dapat dicapai). Orang yang ekspektasi efikasinya tinggi (percaya bahwa dia dapat mengerjakan sesuai dengan tuntutan situasi) dan harapan hasilnya realistik (memperkirakan hasil sesuai dengan kemampuan diri), orang itu akan bekerja keras dan bertahan mengerjakan tugas sampai selesai.

Self-efficacy cenderung konsisten sepanjang waktu, tetapi bukan berarti tidak berubah. Umpan balik positif terhadap kemampuan seseorang meningkatkan *self-efficacy* (Bandura, 1986). *Self-efficacy* merujuk pada keyakinan individu bahwa ia mampu mengerjakan tugas, mencapai suatu tujuan, atau mengatasi sebuah hambatan. *Self-efficacy* yang tinggi adalah penting bagi performa tugas yang sukses, tugas-tugas sekolah, latihan

fisik, kesehatan, aksi politik, dan menghindari tingkah laku pelanggaran. Persepsi efikasi diri didefinisikan sebagai keyakinan orang-orang tentang kemampuan mereka untuk menghasilkan tingkat kinerja yang diharapkan yang menjalankan pengaruh atas peristiwa yang mempengaruhi kehidupan mereka. Keyakinan efikasi diri menentukan bagaimana orang merasakan, berpikir, memotivasi diri-sendiri dan berperilaku. Keyakinan semacam itu menghasilkan efek yang beragam ini melalui empat proses utama. Mereka termasuk proses kognitif, motivasi, afektif dan seleksi.

Rasa efikasi yang kuat meningkatkan pencapaian manusia dan kesejahteraan pribadi dalam banyak hal. Orang-orang dengan jaminan tinggi dalam kemampuan mereka mendekati tugas-tugas sulit sebagai tantangan yang harus dikuasai daripada sebagai ancaman yang harus dihindari. Pandangan efikasi seperti itu menumbuhkan minat intrinsik dan keterlibatan mendalam dalam kegiatan. Mereka menetapkan tujuan yang menantang dan mempertahankan komitmen yang kuat kepada mereka. Mereka meningkatkan dan mempertahankan upaya mereka dalam menghadapi kegagalan. Mereka dengan cepat memulihkan efikasi mereka setelah kegagalan atau kemunduran. Mereka mendekati situasi yang mengancam dengan jaminan bahwa mereka dapat mengendalikan tujuannya. Pandangan efikasi seperti itu menghasilkan pencapaian pribadi, mengurangi stress dan menurunkan kerentanan terhadap depresi.

Sebaliknya, orang yang meragukan kemampuan mereka menghindar dari tugas-tugas sulit yang mereka pandang sebagai ancaman pribadi. Mereka memiliki aspirasi yang rendah dan komitmen yang lemah terhadap tujuan yang mereka pilih untuk dikejar. Ketika dihadapkan dengan tugas-tugas sulit, mereka berketat pada kekurangan pribadi

mereka, pada hambatan yang akan mereka hadapi, dan semua jenis hasil yang merugikan dari pada berkonsentrasi pada bagaimana melakukan dengan sukses. Mereka mengendorkan upaya mereka dan menyerah dengan cepat dalam menghadapi kesulitan. Mereka lambat untuk memulihkan rasa efikasi setelah kegagalan atau kemunduran. Karena mereka melihat kinerja yang tidak memadai sebagai kekurangan kemampuan, itu tidak memerlukan banyak kegagalan bagi mereka untuk kehilangan kepercayaan pada kemampuan mereka. Mereka mudah menjadi korban stress dan depresi.

Self-efficacy merupakan bagian dari health action process approach yang dikembangkan oleh Schwarzer, (1992) untuk mengatasi kesenjangan niat dan perilaku dengan memasukkan intentional sebagai mediator untuk sampai pada perilaku (Schwarzer & Luszczynska 2008). Model ini dibagi menjadi dua tahap, yaitu motivational phase (tahap motivasi) yang mengarah dari niat ke perilaku, dan volition phase (tahap kehendak) yang mengarah ke perilaku kesehatan actual (Heckhausen & Gollwitzer 1987). Pada *motivational phase* (tahap motivasi) terdapat *risk perception* (persepsi resiko), *outcome expectancies* (harapan hasil) dan *self-efficacy* dari tindakan yang dirasakan berkontribusi untuk membuat niat. Dalam model *Health Action Process Approach* (HAPA), baik tindakan *self-efficacy* dan *outcome expectancies* akan memiliki pengaruh kuat yang langsung pada niat daripada *risk perception*. Pengaruh *risk perception* terhadap niat dianggap paling lemah diantara tiga kognisi (Bandura 1997; Schwarzer 2008).

Self-efficacy penting pada semua tahap dalam proses perubahan perilaku kesehatan (Bandura, 1997). Beda penempatan, maka akan beda pula makna dan tugasnya pada

masing-masing *task self-efficacy*, *maintenance self-efficacy* dan *coping self-efficacy*. *Task self-efficacy* cenderung untuk memprediksi niat, sedangkan *maintenance self-efficacy* cenderung untuk memprediksi perilaku. Individu yang telah pulih dari kemunduran memerlukan keyakinan diri yang berbeda daripada mereka yang telah mempertahankan tingkat aktivitas mereka sehingga disebut *coping self-efficacy*.

Menurut Bandura (1997) *self-efficacy* (kemampuan diri) penting pada semua tahap dalam proses perubahan perilaku kesehatan, tetapi tidak selalu sama dalam penerapannya. Maknanya akan tergantung pada situasi tertentu dari individu yang mungkin lebih atau kurang maju kedalam proses perubahan. *Action self-efficacy*, *coping self-efficacy*, dan *recovery self-efficacy* telah dibedakan dalam perilaku adiktif (bersifat menimbulkan ketergantungan). Alasan *self-efficacy* sangat penting digunakan di dua tahap *Health Action Prosess Approach* (HAPA) adalah bahwa selama perubahan perilaku kesehatan, keyakinan akan kemampuan diri yang berbeda diperlukan untuk tugas utama yang berbeda. Sebagai contoh tindakan tinggi *self-efficacy*, seseorang mungkin percaya diri dalam kemampuannya membuat upaya untuk berhenti melakukan perilaku tertentu, tetapi tidak mungkin percaya diri itu terus berlanjut dari waktu ke waktu (*low recovery self-efficacy*). Beberapa jenis *self-efficacy*, meliputi:

a. *Task self-efficacy* (*Action self-efficacy*)

Task self-efficacy adalah kemampuan seseorang untuk menerapkan perilaku tertentu. *Task self-efficacy* (juga disebut sebagai *Action self-efficacy*: Schwarzer & Renner, 2008) memfasilitasi penetapan tujuan. Mengacu pada tahap proses pertama, dimana seorang individu belum bertindak, tetapi sudah menghasilkan motivasi untuk

melakukan suatu perilaku. Pada *Action self-efficacy* individu membayangkan kesuksesan, dan lebih cenderung memprakarsai perilaku baru.

b. Maintenance self-efficacy

Disebut juga *coping self-efficacy*, merupakan keyakinan tentang kemampuan seseorang untuk menghadapi hambatan yang timbul selama masa pemeliharaan (*maintenance self-efficacy*). Pada *coping self-efficacy*, seseorang yakin terhadap kemampuan dirinya untuk mengantisipasi hambatan yang timbul pada saat perencanaan. Perilaku kesehatan mungkin berubah menjadi jauh lebih sulit dari apa yang diharapkan dalam kepatuhan, tetapi *self-efficacy* berguna untuk merespon kepercayaan diri seseorang dengan strategi yang lebih baik, lebih banyak usaha, dan ketekunan yang berkepanjangan dalam mengatasi rintangan tersebut. Setelah tindakan telah diambil, individu dengan *maintenance self-efficacy* yang tinggi mempunyai kecenderungan untuk lebih banyak berusaha dan bertahan lebih lama daripada mereka yang kurang *maintenance self-efficacy*

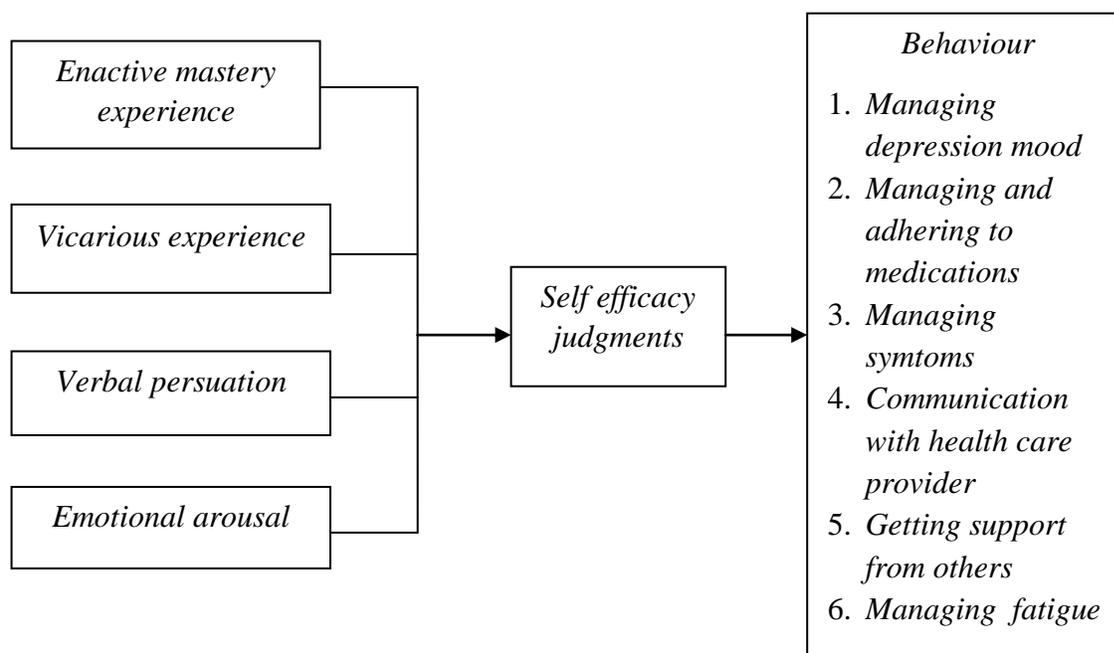
c. Recovery self-efficacy

Recovery self-efficacy berasal dari pengalaman terhadap kegagalan, penyimpangan dan kemunduran. *Recovery self-efficacy* berguna untuk kembali ke jalur perbaikan perilaku setelah tergelincir atau keluar dari jalur atau tidak sesuai dengan perilaku yang diharapkan. Seseorang akan percaya pada kompetensi mereka

untuk mendapatkan kembali kontrol setelah kembali dari kemunduran dan mengurangi kerugian (Schwarzer 1992).

2.2.2 Sumber Efikasi Diri

Perubahan tingkah laku, dalam sistem Bandura kuncinya adalah perubahan ekspektasi efikasi (efikasi diri). Efikasi diri atau keyakinan kebiasaan diri itu dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan, melalui salah satu atau kombinasi empat sumber, yakni pengalaman menguasai sesuatu prestasi (*performance accomplishment*), pengalaman vikarious (*vicarious experience*), persuasi sosial (*social persuasion*) dan pembangkitan emosi (*emotional physiological states*). Situasi dapat mempengaruhi *self-efficacy* setiap individu dan tidak semua *self-efficacy* individu selalu sama dalam satu situasi. Karena tiap individu mempunyai cara pandang dan penyelesaian tergantung dari proses belajar mereka masing-masing.



Gambar2.1 Self-efficacy berdasarkan teori Bandura 1997 (Bandura dalam Driscoll 2004)

Bandura mengatakan bahwa *self-efficacy* dapat dibentuk dari 4 sumber yaitu *enactive mastery experience*, *vicarious experience*, *verbal persuasion* dan *emotional arousal*. *Enactive mastery experience* dibentuk dari pengalaman individu terkait keberhasilan yang pernah didapatkan. *Self-efficacy* juga bisa dibentuk dari pengalaman orang lain (*vicarious experience*) yang dianggap memiliki suatu kemiripan dengan orang yang mengamatinya. *Self-efficacy* dapat dibentuk dengan persuasi secara verbal, yaitu motivasi langsung dari orang terdekat ataupun pihak yang berpengaruh seperti petugas kesehatan atau ketua kelompok dukungan. *Emotional arousal* menurut Bandura membahas tentang bagaimana kondisi emosional sangat mempengaruhi keyakinan *self-efficacy* seseorang terhadap sesuatu. Individu yang tidak emosional cenderung memiliki harapan yang tinggi dibandingkan mereka yang umumnya mudah tertekan.

Pembentukan *self-efficacy* dari empat sumber tersebut selanjutnya akan membentuk *self-efficacy judgements* yang akan mempengaruhi tingkah laku (*behaviour*). Tingkah laku yang dapat dipengaruhi *self-efficacy* mencakup bagaimana manajemen mengatasi depresi, manajemen pengobatan dan gejala yang muncul, bagaimana berkomunikasi dengan penyedia layanan kesehatan, dukungan sosial serta manajemen kecemasan.

a. Pengalaman performansi

Adalah prestasi yang pernah dicapai pada masa yang telah lalu. Sebagai sumber, performansi masa lalu menjadi pengubah efikasi diri yang paling kuat pengaruhnya. Prestasi (masa lalu) yang bagus meningkatkan ekspektasi efikasi, sedang kegagalan akan

menurunkan efikasi. Mencapai keberhasilan akan memberi dampak efikasi yang berbeda-beda, tergantung proses pencapaiannya:

- 1) Semakin sulit tugasnya, keberhasilan akan membuat efikasi semakin tinggi.
- 2) Kerja sendiri, lebih meningkatkan efikasi dibandingkan kerja kelompok, dibantu orang lain.
- 3) Kegagalan menurunkan efikasi, kalau orang merasa sudah berusaha sebaik mungkin.
- 4) Kegagalan dalam suasana emosional/ stress, dampaknya tidak seburuk kalau kondisinya optimal.
- 5) Kegagalan sesudah orang memiliki keyakinan efikasi yang kuat, dampaknya tidak seburuk kalau kegagalan itu terjadi pada orang yang keyakinan efikasinya belum kuat.
- 6) Orang yang biasa berhasil, sesekali gagal tidak mempengaruhi efikasi.

b. Pengalaman vikarious

Diperoleh melalui model sosial. Efikasi akan meningkat ketika mengamati keberhasilan orang lain, sebaliknya efikasi akan menurun jika mengamati orang yang kemampuannya kira-kira sama dengan dirinya ternyata gagal. Kalau figur yang diamati berbeda dengan diri si pengamat, pengaruh vikarious tidak besar. Sebaliknya ketika mengamati kegagalan figur yang setara dengan dirinya, bisa jadi orang tidak mau mengerjakan apa yang pernah gagal dikerjakan figur yang diamatinya itu dalam jangka waktu yang lama.

Tabel 2.1 Strategi perubahan Sumber Ekspektasi Efikasi

Sumber	Cara induksi
Pengalaman performansi	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Participant modelling</i> : meniru model yang berprestasi 2. <i>Performance desensitization</i> : menghilangkan pengaruh buruk prestasi

	<p>masa lalu</p> <p>3. <i>Performance exposure</i> : menonjolkan keberhasilan yang pernah diraih</p> <p>4. <i>Self-instructed performance</i> : melatih diri untuk melakukan yang terbaik</p>
Pengalaman vikarious	<p>1. <i>Live modelling</i> : mengamati model yang nyata</p> <p>2. <i>Symbolic modelling</i>: Mengamati model simbolik, film, komik, cerita</p>
Persuasi verbal	<p>1. <i>Suggestion</i>: mempengaruhi dengan kata-kata berdasar kepercayaan</p> <p>2. <i>Exhortation</i>: nasihat, peringatan yang mendesak/ memaksa</p> <p>3. <i>Self-instruction</i>: memerintah diri sendiri</p> <p>4. <i>Intrepretive treatment</i>: interpretasi baru memperbaiki interpretasi lama yang salah</p>
Pembangkitan emosi	<p>1. <i>Attribution</i>: mengubah atribusi, penanggung jawab suatu kejadian emosional</p> <p>2. <i>Relaxation biofeedback</i>: relaksasi</p> <p>3. <i>Symbolic desensitization</i>: menghilangkan sikap emosional dengan modeling simbolik</p> <p>4. <i>Symbolic exposure</i>: memunculkan emosi secara simbolik</p>

Sumber: Psikologi Sosial, Jakarta, 2014

c. Persuasi sosial

Efikasi diri juga dapat diperoleh, diperkuat atau dilemahkan melalui persuasi sosial. Dampak dari sumber ini terbatas, tetapi pada kondisi yang tepat persuasi dari orang lain dapat mempengaruhi efikasi diri. Kondisi itu adalah rasa percaya kepada pemberi persuasi, dan sifat realistik dari apa yang dipersuasikan.

d. Keadaan emosi

Keadaan emosi yang mengikuti suatu kegiatan akan mempengaruhi efikasi dibidang kegiatan itu. Emosi yang kuat, takut, cemas, stress, dapat mengurangi efikasi diri. Namun bisa terjadi, peningkatan emosi (yang tidak berlebihan) dapat meningkatkan

efikasi diri. Perubahan tingkah laku akan terjadi kalau sumber ekspektasi efikasinya berubah. Pengubahan *self-efficacy* banyak dipakai untuk memperbaiki kesulitan dan adaptasi tingkah laku orang yang mengalami berbagai masalah *behavioral*. Keempat sumber itu diubah dengan berbagai strategi yang diringkas dalam tabel 2.1.

2.2.3 Proses Efikasi Diri

Efikasi diri juga dapat mempengaruhi tindakan seseorang. Bandura menjelaskan bahwa efikasi diri mempunyai efek pada perilaku manusia melalui berbagai proses yaitu proses kognitif, proses motivasi, proses afeksi dan proses seleksi (Bandura, 1997:116)

a. Proses kognitif

Bahwa efikasi diri individu akan berpengaruh terhadap pola berfikir yang dapat bersifat membantu atau menghancurkan. Bandura (1997:116) menjelaskan bahwa serangkaian tindakan yang dilakukan manusia awalnya dikonstruksi dalam pikirannya. Pemikiran ini kemudian memberikan arahan bagi tindakan yang dilakukan manusia. Keyakinan seseorang akan efikasi diri mempengaruhi bagaimana seseorang menafsirkan situasi lingkungan, antisipasi yang akan diambil dan perencanaan yang akan dikonstruksi.

b. Proses afektif

Efikasi diri mempengaruhi berapa banyak tekanan yang dialami dalam situasi-situasi yang mengancam. Orang yang percaya bahwa dirinya dapat mengatasi situasi-situasi yang mengancam akan merasa tidak cemas dan merasa terganggu oleh ancaman tersebut, sebaliknya individu yang tidak yakin akan kemampuannya dalam mengatasi situasi yang mengancam akan mengalami kecemasan yang tinggi. Efikasi diri

mempengaruhi stress dan kecemasan melalui perilaku yang dapat mengatasi masalah. Seseorang akan cemas apabila menghadapi sesuatu diluar kontrol dirinya.

c. Proses seleksi

Menurut Bandura (1997:116) efikasi memegang peranan penting dalam penentuan pemilihan lingkungan karena individu merupakan bagian dalam pembentukan lingkungan.

d. Proses Motivasi

Yang mengatakan bahwa individu yang memiliki efikasi diri yang tinggi akan meningkatkan usahanya untuk mengatasi tantangan. Menurut Bandura (dalam Pervin & Jhon, 2001:449) bahwa motivasi seseorang dibangkitkan secara kognitif. Melalui kognitif seseorang memotivasi dirinya dan mengarahkan tindakannya berdasarkan informasi yang dimiliki sebelumnya.

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi *Self-efficacy*

Tinggi rendahnya *self-efficacy* seseorang sangatlah bervariasi (Bandura, 1997). Ada beberapa faktor yang mempengaruhinya, diantaranya yaitu:

a. Gender

Biasanya wanita cenderung memiliki *self-efficacy* yang tinggi daripada pria terutama ibu rumah tangga.

b. Budaya

Nilai, kepercayaan dan proses pengaturan diri merupakan komponen budaya yang dapat mempengaruhi tingkat *self-efficacy* seseorang.

c. Usia

Individu yang lebih tua umumnya lebih berpengalaman dalam mengatasi hal yang dihadapi dibandingkan orang yang lebih muda yang kurang pengalaman menghadapi peristiwa dalam hidup. Hal ini berkaitan dengan pengalaman yang individu miliki selama rentang hidupnya.

d. Tingkat pendidikan

Self-efficacy umumnya terbentuk dari proses belajar seseorang pada tingkat pendidikan formal. Individu dengan jenjang pendidikan lebih tinggi umumnya memiliki *self-efficacy* yang tinggi pula karena banyak yang menerima proses pembelajaran dan berbagai persoalan yang dihadapi ketika dalam masa pendidikan formal.

e. Pengalaman

Self-efficacy dibentuk dari sebuah pengalaman ataupun proses adaptasi dan pembelajaran yang telah dialami individu dengan lingkungannya. Namun hal ini bergantung pada bagaimana individu tersebut menghadapi keberhasilan maupun kegagalan.

f. Status atau peran dalam lingkungan

Status erat kaitannya dengan pengaruh atau kontrol individu dengan lingkungannya, sehingga individu dengan status yang lebih tinggi umumnya memiliki *self-efficacy* yang tinggi pula.

2.2.5 Efikasi Diri sebagai predictor Tingkah laku

Menurut Bandura, sumber pengontrol tingkah laku adalah resiprokal antara lingkungan, tingkah laku, dan pribadi. Efikasi diri merupakan variabel pribadi yang penting, yang kalau di gabung dengan tujuan-tujuan spesifik dan pemahaman mengenai prestasi, akan menjadi penentu tingkah laku mendatang yang penting. Berbeda dengan konsep diri (Rogers) yang bersifat kesatuan umum, efikasi diri bersifat fragmental. Setiap individu mempunyai efikasi diri yang berbeda-beda pada situasi yang berbeda, tergantung kepada:

- a. Kemampuan yang dituntut oleh situasi yang berbeda itu.
- b. Kehadiran orang lain, khususnya saingan dalam situasi itu.
- c. Keadaan fisiologis dan emosional; kelelahan, kecemasan, apatis, murung.

Efikasi yang tinggi atau rendah, dikombinasikan dengan lingkungan yang responsif atau tidak responsif, akan menghasilkan empat kemungkinan prediksi tingkah laku.

Tabel 2.2 Kombinasi Efikasi dengan Lingkungan sebagai Prediktor Tingkah laku

Efikasi	Lingkungan	Prediksi hasil tingkah laku
Tinggi	Responsif	Sukses, melaksanakan tugas yang sesuai dengan kemampuannya
Rendah	Tidak responsif	Depresi, melihat orang lain sukses pada tugas yang dianggapnya sulit

Tinggi	Tidak responsif	Berusaha keras mengubah lingkungan menjadi responsif, melakukan protes, aktivitas sosial, bahkan memaksakan perubahan
rendah	Responsif	Orang menjadi apatis, pasrah, merasa tidak mampu

Sumber: Psikologi Sosial, Jakarta, 2014

2.2.6 Dimensi *Self-Efficacy*

Bandura (1997:42, dalam Mustaqim 2008 hal.37) menyebutkan bahwa ada tiga dimensi *self-efficacy*, yaitu:

a. Level

Dimensi *level* berhubungan dengan taraf kesulitan tugas. Dimensi ini mengacu pada taraf kesulitan tugas yang diyakini individu akan mampu mengatasinya. Tingkat efikasi diri seseorang berbeda satu sama lain. Tingkatan kesulitan dari sebuah tugas, apakah sulit atau mudah akan menentukan efikasi diri (Bandura, 1997:42). Pada suatu tugas atau aktivitas, jika tidak terdapat tugas suatu halangan yang berarti untuk diatasi, maka tugas tersebut akan sangat mudah dilakukan dan semua orang pasti mempunyai efikasi diri yang tinggi pada permasalahan ini.

Keyakinan individu berimplikasi pada pemilihan tingkah laku berdasarkan hambatan atau tingkat kesulitan suatu tugas atau aktivitas. Individu terlebih dahulu akan mencoba tingkah laku yang dirasa mampu dilakukannya dan menghindari tingkah laku yang berada dibatas kemampuannya. Rentang kemampuan individu dapat dilihat dari tingkat hambatan atau kesulitan yang bervariasi dari suatu tugas atau aktivitas tertentu

b. Strength

Dimensi ini berkaitan dengan kekuatan penilaian tentang kecakapan individu. Dimensi ini juga mengacu pada derajat kemantapan individu terhadap keyakinan yang dibuatnya. Kemantapan ini yang menentukan ketahanan dan keuletan individu dalam usaha. Dimensi ini merupakan keyakinan individu dalam mempertahankan perilaku tertentu. Dimensi ini terkait dari efikasi diri seseorang ketika berhadapan dengan tuntutan tugas atau suatu permasalahan (Bandura, 1997:44).

Efikasi diri yang lemah dapat dengan mudah ditiadakan dengan pengalaman yang menggelisahkan ketika menghadapi sebuah tugas. Sebaliknya orang yang memiliki keyakinan yang kuat akan tekun pada usahanya meskipun pada tantangan dan rintangan yang tak terhingga . Dimensi ini biasanya berkaitan langsung pada dimensi level, dimana makin tinggi taraf kesulitan tugas, makin lemah keyakinan yang dirasakan untuk menyelesaikannya.

c. Generality

Dimensi *generality* merupakan suatu konsep bahwa efikasi diri seseorang tidak terbatas pada situasi yang spesifik saja. Dimensi ini mengacu pada variasi situasi dimana penilaian tentang efikasi diri dapat ditetapkan. Dimensi ini berkaitan dengan keyakinan individu akan kemampuannya melaksanakan tugas diberbagai aktivitas. Aktivitas yang bervariasi menuntut individu yakin atas kemampuannya dalam melaksanakan tugas atau aktivitas tersebut. Apakah individu merasa yakin atau tidak, individu mungkin yakin akan kemampuannya pada banyak bidang atau hanya pada beberapa bidang tertentu.

Menurut Smith, dkk (dalam Sya'dullah, 2011:17) indikator dari efikasi diri mengacu pada dimensi efikasi diri yaitu *level, strength, dan generality*, dengan melihat tiga dimensi ini maka terdapat beberapa indikator dari efikasi diri yaitu :

- 1) Yakin dapat melakukan tugas tertentu; individu yakin dapat melakukan tugas tertentu yang mana individu sendirilah yang menetapkan tugas (target) apa yang harus diselesaikan.
- 2) Yakin dapat memotivasi diri untuk melakukan tindakan yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas.
- 3) Yakin bahwa individu mampu berusaha dengan keras, gigih dan tekun dalam rangka menyelesaikan tugas dengan menggunakan segala daya untuk menyelesaikan tugas.
- 4) Yakin bahwa dirinya mampu bertahan menghadapi hambatan dan kesulitan yang muncul serta mampu bangkit dari kegagalan.
- 5) Yakin dapat menyelesaikan permasalahan diberbagai situasi atau kondisi.

2.2.7 Kuesioner HIV-SE dalam manajemen Penyakit HIV

Kuesioner HIV-*Self- efficacy* merupakan kuesioner yang dibuat oleh Shively et al, (2002) yang dibuat untuk mengukur *self-efficacy* dalam manajemen penyakit HIV. Kuesioner ini berisikan 6 domain yaitu *self-efficacy* untuk mengelola tekanan/ suasana hati (*managing depression/ mood*) yang terdiri dari 9 item pertanyaan, mengelola terapi dan kepatuhan obat (*managing and adhering to medication*) terdiri dari 7 item pertanyaan, mengelola gejala (*managing symptomps*) terdiri dari 5 item pertanyaan, berkomunikasi dengan penyedia layanan kesehatan (*communicating with health care*

provider) terdiri dari 4 item pertanyaan, mendapat dukungan dari orang lain (*getting support from others*) terdiri dari 5 item pertanyaan, dan mengelola kelelahan (*managing fatigue*) terdiri dari 4 item pertanyaan.

Kuesioner HIV-SE ini telah teruji validitas dan reliabilitas untuk mengevaluasi *self-efficacy* pasien HIV khususnya dalam kemampuan mereka untuk mengatasi permasalahan terkait penyakit HIV selama ini. Kuesioner ini juga dilengkapi dengan pengukuran *self-efficacy* untuk perilaku pengelolaan penyakit HIV yang harus dilakukan klien agar berhasil dalam pengobatan.

2.3 Konsep HIV/ AIDS

2.3.1 Pengertian

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan Virus yang menyerang kekebalan tubuh sehingga daya tahan tubuh menjadi lemah dalam melawan penyakit oportunistik. HIV dapat berkembang menjadi tahap AIDS melalui tahap inkubasi sekitar 2-15 tahun tergantung dari kekebalan penderita (WHO, 2014). *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) merupakan sekumpulan gejala penyakit menyerang tubuh manusia setelah sistem kekebalannya dirusak oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Penyakit tersebut disebabkan oleh *human immunodeficiency virus* (HIV), dan telah menjadi masalah internasional karena dalam waktu yang relatif singkat terjadi peningkatan jumlah pasien dan semakin melanda banyak Negara. Sampai saat ini belum ditemukan vaksin atau obat yang relatif efektif untuk AIDS sehingga menimbulkan keresahan dunia.

Pada saat sistem kekebalan tubuh menurun, seseorang akan lebih rentan atau mudah terkena beberapa jenis penyakit (sindrom). Penyakit tersebut disebut infeksi oportunistik. AIDS adalah tahap lanjut infeksi HIV. Menurut Kemenkes RI (2013), HIV merupakan virus yang dapat menyebabkan penyakit AIDS yang masuk golongan retrovirus. AIDS merupakan bentuk lanjut dari HIV yang merupakan kumpulan gejala dari melemahnya system kekebalan tubuh. Virus ini menyerang dan merusak sel-sel limfosit T-CD4+ sehingga penderita menjadi rentan terkena infeksi berbagai jenis mikroorganisme baik bakteri, jamur atau bahkan keganasan.

2.3.2 Etiologi

AIDS disebabkan oleh virus HIV masuk kedalam golongan retrovirus. Virus yang sebelumnya dinamakan *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV) sampai saat inipun masih belum diketahui asal muasalnya secara pasti (Sudoyo, 2009). Ciri khas dari virus ini yaitu mempunyai nucleoid yang berbentuk silinder dalam virion matur. Virus ini mempunyai 3 gen yang dibutuhkan untuk bereplikasi yaitu gag, pol dan env. Selain itu, terdapat enam gen tambahan pengatur ekspresi virus yang merupakan kunci penting dalam pathogenesis penyakit (Brooks, 2005).

2.3.3 Cara penularan Infeksi HIV

Cara penularan nfeksi HIV diantaranya, adalah:

a. Transmisi melalui kontak seksual

Studi kohort yang dilakukan Lifson pada pria homoseksual dan biseksual di California yang seropositif HIV sebelum januari 1981, ternyata 52% diantaranya mengidap AIDS pada tahun 1989. Diperkirakan 54% individu dengan seropositif HIV

akan menjadi AIDS dalam 8-10 tahun kemudian. Di Indonesia waktu yang diperlukan menjadi AIDS dapat lebih singkat karena penderita hidup pada lingkungan dengan kejadian berbagai infeksi. Kontak seksual merupakan salah satu cara utama transmisi HIV diberbagai belahan dunia. Virus ini dapat ditemukan dalam cairan semen, cairan vagina, cairan serviks. Virus akan terkonsentrasi dalam cairan semen, terutama bila terjadi peningkatan jumlah limfosit pada cairan, seperti pada keadaan peradangan genetalia misalnya uretritis, epididimitis, dan kelainan lain yang berkaitan dengan penyakit menular seksual. Virus juga dapat ditemukan pada usapan serviks dan cairan vagina. Transmisi infeksi HIV melalui hubungan seksual lewat anus lebih mudah karena membrane mukosa rectum yang tipis mudah robek, anus sering terjadi lesi. Pada kontak seks pervaginal, kemungkinan transmisi HIV dari laki-laki ke perempuan diperkirakan sekitar 20 kali lebih besar daripada perempuan ke laki-laki. Hal ini disebabkan oleh paparan HIV secara berkepanjangan pada mukosa vagina, serviks, serta endometrium dengan semen yang terinfeksi.

b. Transmisi melalui darah atau produk darah

HIV dapat ditransmisikan melalui darah dan produk darah. Terutama pada individu pengguna narkotika intravena dengan pemakaian jarum suntik secara bersama dalam satu kelompok tanpa mengindahkan asas sterilisasi. Dapat juga individu yang menerima transfusi darah atau produk darah yang mengabaikan tes penapisan HIV. Namun pada saat ini hal tersebut jarang terjadi dengan semakin meningkatnya perhatian dan semakin baiknya tes penapisan terhadap darah yang akan di transfusikan. Diperkirakan bahwa 90 sampai 100% orang yang mendapat transfusi

darah yang tercemar HIV akan mengalami infeksi. Transfusi darah lengkap (*whole blood*), sel darah merah (*packed redblood cell*), trombosit, leukosit, dan plasma semuanya berpotensi menularkan HIV. Imunoglobulin, globulin imun hepatitis B, vaksin hepatitis B yang berasal dari plasma, dan globulin imun Rho (O) belum pernah dilaporkan dapat menularkan HIV. Hal ini karena ketatnya pemrosesan yaitu telah dilakukan proses sterilisasi dari paparan HIV. Suatu penelitian di Amerika Serikat melaporkan risiko infeksi HIV-1 melalui transfusi darah dari donor yang terinfeksi HIV berkisar antara 1 per 750.000 hingga 1 per 835.000. Pada proses bayi tabung dan transplantasi organ dilaporkan beberapa kasus penularan HIV melalui semen yang digunakan dalam inseminasi buatan dan jaringan yang digunakan pada transplantasi organ sehingga sekarang setiap donor harus diperiksa akan kemungkinan infeksi HIV sebelum transplantasi.

c. Transmisi secara vertikal

Transmisi secara vertikal dapat terjadi dari ibu yang terinfeksi HIV kepada janinnya sewaktu hamil, sewaktu persalinan, dan setelah melahirkan melalui pemberian Air Susu Ibu (ASI). Angka penularan selama kehamilan sekitar 5-10%, sewaktu persalinan 10-20%, dan saat pemberian ASI 10-20%. Namun, diperkirakan penularan ibu kepada janin atau bayi terutama terjadi pada masa perinatal. Hal ini didasarkan saat identifikasi infeksi oleh teknik kultur atau *Polymerase Chain Reaction* (PCR) pada bayi baru lahir (negatif saat lahir dan positif beberapa bulan kemudian). Virus dapat ditemukan dalam ASI sehingga ASI merupakan perantara

penularan HIV dari ibu kepada bayi pascanatal. Bila mungkin pemberian ASI oleh ibu yang terinfeksi sebaiknya dihindari.

d. Potensi transmisi melalui cairan tubuh lain

Walaupun HIV pernah ditemukan dalam air liur sebagian kecil orang yang terinfeksi, tidak ada bukti yang meyakinkan bahwa air liur dapat menularkan infeksi HIV baik melalui ciuman biasa maupun paparan lain misalnya sewaktu bekerja bagi petugas kesehatan. Selain itu, air liur dibuktikan mengandung inhibitor terhadap aktivitas HIV. Demikian juga belum ada bukti bahwa cairan tubuh lain misalnya air mata, keringat, dan urine dapat merupakan media transmisi HIV. Namun cairan tubuh tersebut tetap harus diperlakukan sesuai tindakan pencegahan melalui kewaspadaan universal.

e. Transmisi pada petugas kesehatan dan petugas laboratorium

Meskipun risiko penularan kecil tetapi risiko tetap ada bagi kelompok pekerjaan berisiko terpapar HIV seperti petugas kesehatan, petugas laboratorium, dan orang yang bekerja dengan spesimen atau bahan yang terinfeksi HIV, terutama bila menggunakan benda tajam. Berbagai penelitian multi institusi menyatakan bahwa risiko penularan HIV setelah kulit tertusuk jarum atau benda tajam lainnya yang tercemar oleh darah seseorang yang terinfeksi HIV adalah sekitar 0,3% sedangkan risiko penularan HIV akibat paparan bahan yang tercemar HIV ke membran mukosa atau kulit yang mengalami erosi adalah sekitar 0,09%. Di rumah sakit Dr. Soetomo dan rumah sakit swasta di Surabaya, terdapat 16 kasus kecelakaan kerja dalam 2

tahun terakhir. Pada evaluasi lebih lanjut tidak terbukti terpapar HIV. Semua kasus diberikan penatalaksanaan seperti ketentuan yang ditetapkan WHO.

2.3.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis infeksi HIV merupakan gejala dan tanda pada tubuh host akibat intervensi HIV. Manifestasi ini dapat merupakan gejala dan tanda infeksi virus akut, keadaan asimtomatis berkepanjangan, hingga manifestasi AIDS berat. Manifestasi gejala dan tanda dari HIV dapat dibagi menjadi 4 tahap yaitu:

- a. Merupakan tahap infeksi akut, pada tahap ini muncul gejala tetapi tidak spesifik. Tahap ini muncul 6 minggu pertama setelah paparan HIV dapat berupa demam, rasa letih, nyeri otot dan sendi, nyeri telan dan pembesaran kelenjar getah bening. Dapat juga disertai meningitis aseptik yang ditandai demam, nyeri kepala hebat, kejang-kejang dan kelumpuhan saraf otak.
- b. Merupakan tahap asimtomatis, pada tahap ini gejala dan keluhan hilang. Tahap ini berlangsung 6 minggu hingga beberapa bulan bahkan tahun setelah infeksi. Pada saat ini sedang terjadi internalisasi HIV ke intraseluler. Pada tahap ini aktivitas penderita masih normal.
- c. Merupakan tahap simtomatis, pada tahap ini gejala dan keluhan lebih spesifik dengan gradasi sedang sampai berat. Berat badan menurun tetapi tidak sampai 10%, pada selaput mulut terjadi sariawan berulang, terjadi peradangan pada sudut mulut, dapat juga ditemukan infeksi bakteri pada saluran napas bagian atas namun penderita dapat melakukan aktivitas meskipun terganggu. Penderita lebih banyak berada di tempat tidur meskipun kurang 12 jam per hari dalam bulan terakhir.

d. Merupakan tahap yang lebih lanjut atau tahap AIDS, pada tahap ini terjadi penurunan berat badan lebih 10%, diare yang lebih dari 1 bulan, panas yang tidak diketahui sebabnya lebih dari satu bulan, kandidiasis oral, oral hairy leukoplakia, tuberkulosis paru, dan pneumonia bakteri. Penderita diserbu berbagai macam infeksi sekunder, misalnya pneumonia pneumokistik karinii, toksoplasmosis otak, diare akibat kriptosporidiosis, penyakit virus sitomegalo, infeksi virus herpes, kandidiasis pada esophagus, trakea, bronkus atau paru serta infeksi jamur yang lain misalnya histoplasmosis, koksidiodomikosis. Dapat juga ditemukan beberapa jenis malignansi, termasuk keganasan kelenjar getah bening dan sarkoma Kaposi. Hiperaktivitas komplemen menginduksi sekresi histamin. Histamin menimbulkan keluhan gatal pada kulit dengan diiringi mikroorganisme di kulit memicu terjadinya dermatitis HIV.

Tabel 2.3 Stadium Klinis HIV/AIDS WHO pada Dewasa Muda dan Dewasa
(Sumber: Kanya MR, Mermin J, Kaplan JE, 2008, Modifikasi: Nasronudin, 2014)

1.	INFEKSI HIV PRIMER
	1) Asimptomatik
	2) Sindrom retroviral akut
2.	STADIUM KLINIS I
	1) Asimptomatik
	2) Limfadenopati general menetap
3.	STADIUM KLINIS II
	1) Simtomatik
	2) Penurunan berat badan tanpa sebab jelas (<10%)
	3) Infeksi saluran pernapasan berulang (ISPA, sinusitis, bronchitis, otitis media, faringitis)
	4) Herpes zoster
	5) Cheilitis angularis
	6) Ulserasi oral berulang
	7) Eropsi proritik papuler
	8) Dermatitis seborrheic
	9) Infeksi jamur pada kuku
4.	STADIUM KLINIS III
	1) Penurunan berat badan dengan sebab tidak jelas (>10%)
	2) Diare kronis sebab tidak jelas >1 bulan

- 3) Kandidiasis oris menetap
 - 4) TB paru
 - 5) Infeksi bakteri berat (pneumoni, empiema, piomiositis, infeksi tulang atau sendi, meningitis, bakterimi, stomatitis ulseratif nekrotis akut, gingivitis, periodontitis)
 - 6) Anemia (HB <8 g/dl, neutropeni <500/mm³, trombositopeni <50.000/mm³) sebab tidak jelas, >1 bulan
5. STADIUM KLINIS IV
- 1) Sindrom wasting HIV
 - 2) Peumoni pneumokistik
 - 3) Pneumoni bakterial berulang
 - 4) Herpes simplek kronis (genital, anorektal) >1 bulan
 - 5) Kandidiasis orofagial
 - 6) TB ekstra pulmoner
 - 7) Sarkoma Kaposi
 - 8) Toksoplasmosis SSP
 - 9) Ensefalopati HIV
 - 10) Kriptokokus ekstra pulmoner
 - 11) Infeksi mikrobakteri non TBC berat
 - 12) Kriptosporodiosis kronis
 - 13) Infeksi CMV (retinitis, pada liver, limpa, pembuluh limfe)
 - 14) Infeksi jamur sistemik (histoplasmosis, Koksidio mikosis, penisilosis)
 - 15) Karsinoma servik
 - 16) Lesmaniasis visceral luas atipik
 - 17) Kardiomiopati, nefropati, terkait HIV

2.3.5 Diagnosis Klinis Infeksi HIV/AIDS

Diagnosis infeksi HIV/AIDS dapat dibuat berdasarkan klasifikasi klinis WHO. Di Indonesia diagnosis AIDS untuk keperluan surveilans epidemiologi dibuat bila menunjukkan tes HIV positif dan sekurang-kurangnya didapatkan 2 gejala mayor dan satu gejala minor. Apabila didapatkan salah satu tanda atau gejala berikut, dilaporkan sebagai kasus AIDS, walaupun tanpa pemeriksaan laboratorium: Sarkoma Kaposi, pneumonia berulang.

2.3.6 Penatalaksanaan Klinis Infeksi HIV/AIDS

- 1) Penatalaksanaan umum

Istirahat, dukungan nutrisi yang memadai berbasis makronutrien dan mikronutrien untuk penderita HIV/AIDS, konseling termasuk pendekatan psikologis dan psikososial, membiasakan gaya hidup sehat antara lain membiasakan senam.

2) Penatalaksanaan khusus

Pemberian *antiretroviral therapy* (ART) kombinasi, terapi infeksi sekunder sesuai jenis infeksi yang ditemukan, terapi malignansi, dan tata laksana sindroma wasting.

1. Terapi antiretroviral

Pemberian ARV tidak serta merta segera diberikan begitu saja pada penderita yang dicurigai, tetapi perlu menempuh langkah-langkah yang arif dan bijaksana, serta mempertimbangkan berbagai faktor : dokter telah memberikan penjelasan tentang manfaat, efek samping, resistensi dan tata cara penggunaan ARV, kesanggupan dan kepatuhan penderita mengkonsumsi obat dalam waktu yang tidak terbatas, serta saat yang tepat untuk memulai terapi ARV.

Tabel 2.4 Klasifikasi infeksi HIV dengan gradasi klinis (WHO, 2006)

Klinis Infeksi HIV	Stadium Klinis WHO
1. Asimtomatik	I
2. Ringan	II
3. Lanjut	III
4. Berat	IV

Sumber: HIV & AIDS pendekatan biologi molekuler klinis dan sosial, Surabaya, 2014

Tabel 2.5 Rekomendasi memulai terapi antiretroviral penderita dewasa menurut WHO (2006)

Stadium Klinis WHO	Pemeriksaan CD4 tidak dapat dilakukan	Pemeriksaan CD4 dapat dilakukan
I	ARV belum direkomendasi	Terapi bila CD4 <200 sel/mm ³

II	ARV belum direkomendasi	Mulai terapi bila CD4 <200 sel/mm ³
III	Mulai terapi ARV	Pertimbangkan terapi bila CD4 <350 sel/mm ³ dan mulai ARV sebelum CD4 turun <200 sel/mm ³
IV	Mulai terapi ARV	Terapi tanpa mempertimbangkan jumlah CD4

Sumber: HIV & AIDS pendekatan biologi molekuler klinis dan sosial, Surabaya, 2014

Keterangan:

- a. CD4 perlu diperiksa segera terutama untuk penetapan terapi, seperti pada TB pulmoner dan infeksi bakteri berat
- b. Total limfosit 1200/mm³ atau kurang, dapat dipergunakan bila CD4 tak dapat diperiksa dan infeksi HIV mulai manifestasi. Tidak diberlakukan pada asimtomatis, stadium klinis 2
- c. Memulai ARV direkomendasi pada infeksi HIV stadium 3 dengan kehamilan dan CD4 <350 sel/mm³
- d. Memulai ARV direkomendasi pada semua infeksi HIV dengan CD4 <350 sel/mm³ dengan TB pulmoner.

2. Tujuan terapi antiretroviral

- a. Menurunkan angka kesakitan akibat HIV, dan menurunkan kematian akibat AIDS
- b. Memperbaiki dan meningkatkan kualitas hidup penderita seoptimal mungkin
- c. Mempertahankan dan mengembalikan status imun ke fungsi normal
- d. Menekan replikasi virus serendah dan selama mungkin sehingga kadar HIV dalam plasma <50 kopi/ml

Terapi sebaiknya diberikan dalam bentuk kombinasi dan dipantau secara ketat untuk mengevaluasi kemajuan terapi, munculnya efek samping, serta kemungkinan timbulnya resisten

Tabel 2.6 Rekomendasi memulai terapi ARV berdasar CD4 penderita dewasa

CD4 (sel/mm ³)	Rekomendasi Terapi
1. <200	Mulai terapi ARV pada semua stadium klinis
2. 200-350	Pertimbangkan untuk memulai terapi sebelum CD4 turun <200 sel/mm ³
3. >350	Jangan memulai ARV dulu

Sumber: HIV & AIDS pendekatan biologi molekuler klinis dan sosial, Surabaya, 2014

Keterangan:

1. CD4 perlu ditetapkan setelah dilakukan upaya stabilisasi.
 2. Dalam membuat keputusan pemberian ARV seyogyanya berdasarkan CD4 dengan stadium klinis.
 3. Penurunan CD4 hingga <200 sel/mm³ merupakan kondisi serius, terkait infeksi sekunder dan kegawatan.
 4. Memulai ARV direkomendasi pada semua stadium klinis 4 dan stadium 3 pada keadaan tertentu, terutama TB pulmoner dan infeksi bakteri berat.
 5. Memulai ARV direkomendasi pada infeksi HIV stadium klinis 3 dengan kehamilan dan CD4 <350 sel/mm³.
3. Sasaran atau target ARV

Bila telah ada indikasi tepat maka ARV dapat diberikan kombinasi. Pemberian kombinasi selain bertujuan mengoptimalkan efikasi ARV, mengurangi potensi resistensi, juga teknik pemberiannya, pemilihan obatnya perlu dilandasi pemahaman yang mendalam. Hal ini penting karena masing-masing ARV mempunyai sasaran intervensi yang berbeda meskipun tujuannya sama yaitu mengeliminasi dan mencegah replikasi HIV melalui cara masing-masing.

4. 12 prinsip terapi antiretroviral

a. Indikasi

ARV harus ditetapkan pemberiannya atas indikasi pengobatan yang tepat.

b. Kombinasi

Antiretrovirus harus diberikan secara kombinasi, paling tidak melibatkan 3 jenis obat untuk mendapatkan efek optimal serta memperkecil resisten.

c. Pilihan obat

Pemilihan obat-obatan lini pertama diprioritaskan baru kemudian dipilih lini kedua atau obat lain bila dipandang perlu guna meminimalkan munculnya mutan yang resisten.

d. Penentuan saat mulai pemberian

Penetapan saat mulai pemberian berdasarkan stadium klinis. Bila stadium awal perlu disertai pemeriksaan CD4 dan beban virus.

e. Kompleksitas

Terapi antiretrovirus sangat kompleks karena beberapa obat dapat mengalami interaksi dan efek samping termasuk potensi interaksi dengan obat

non-ARV. Mengonsumsi ARV dalam waktu yang tidak terbatas juga bukan tanpa hambatan. Seringkali ARV diberikan bersama obat untuk mengatasi infeksi sekunder, maka interaksi obat satu sama lain perlu dipertimbangkan dengan saksama.

f. Resistensi

Perlu disadari adanya potensi terjadinya resistensi. Resistensi dapat terjadi ARV lini yang sama dan atau resistensi silang yang dapat terjadi antara NNRTIs dan sebagian dari PIs dan NRTIs. Perlu dievaluasi secara genetik potensi munculnya gen resisten. Potensi resistensi dapat diprediksi dari pemeriksaan genotype sebelum individu mengonsumsi ARV, melalui pemeriksaan drugs naïve. Bagi yang telah mendapat ARV, pemeriksaan resistensi dilakukan kapan saja, umumnya setelah 2 tahun atau lebih mengonsumsi ARV.

g. Informasi

Memulai dan mempertahankan terapi antiretroviral secara efektif sangat diperlukan adanya informasi dari dokter terhadap penderita. Sebelum memulai terapi ARV, penderita perlu diberikan informasi lengkap maksud dan tujuan terapi ARV. Informasi tentang efek samping segera, lambat, atau tertunda perlu disampaikan. Resistensi obat juga perlu diinformasikan dengan jelas. Penderita juga diberikan informasi tentang kerugian bila menghentikan ARV secara sepihak. Pentingnya informasi tentang monitoring pemberian ARV secara klinis, laboratoris (biokimiawi, CD4, beban virus), radiologis secara berkala.

h. Motivasi

Motivasi untuk mengonsumsi ARV harus ada. Penderita perlu ditekankan untuk tidak terlarut pada kesedihan, kecemasan, ketakutan secara berlebihan setelah mengetahui adanya infeksi HIV. Perlu diingatkan, disadarkan, diposisikan secara wajar bahwa didalam tubuhnya terdapat virus yang perlu di eliminasi melalui upaya pemberian ARV. Penderita memerlukan obat-obatan secara teratur, dosis tepat, kombinasi tepat untuk keberhasilan suatu pengobatan. Kepada penderita perlu dijelaskan keterkaitan, interaksi, resistensi antara ARV dan obat lain termasuk obat untuk infeksi sekunder. Dengan demikian penderita mempunyai keinginan kuat menjadi lebih baik melalui pengobatan. Mempunyai keinginan untuk menggeser stadium dari stadium 4 yang hampir sepenuhnya berada ditempat tidur kearah yang lebih ringan dan mampu melakukan aktivitas normal seperti sedia kala.

i. Monitoring

Efikasi pengobatan antivirus ditentukan dan dimonitor melalui pemeriksaan klinis berkala, disertai pemeriksaan laboratoris guna menentukan HIV-RNA virus dan hitung CD4 secara periodik dan teratur. Efek samping dan resisten ARV juga perlu dimonitor secara cermat dan hati-hati.

j. Target terapi

Target pemberian antiretroviral adalah

- 1) Target virologis, menekan RNA virus hingga kurang dari 50 kopi per ml dalam plasma

- 2) Imunologis, menaikkan dan mempertahankan selama mungkin jumlah CD4 diatas 500 sel per mm³
- 3) Terapeutik, obat ARV dapat diterima dengan baik oleh tubuh penderita, tanpa efek samping, meminimalkan munculnya mutan resisten
- 4) Klinis, meningkatkan kualitas seoptimal mungkin dengan skor karnofski mendekati 100 dan dipertahankan selama mungkin. Kesakitan karena HIV dan kematian karena AIDS dapat ditekan serendah mungkin.
- 5) Epidemiologis, transmisi diturunkan secara bermakna, termasuk merubah jalannya epidemiologi infeksi HIV di Indonesia. Jalannya epidemiologi dapat dirubah melalui upaya
 - a) Menurunkan infeksi HIV baru dan meningkatkan layanan pendampingan, perawatan dan pengobatan.
 - b) Memengaruhi dan intervensi perilaku seksual risiko tinggi dan pengguna narkoba suntik.
 - c) Meningkatkan jangkauan hingga sebanyak mungkin ODHA dan pengguna narkotika suntik mendapatkan dukungan, perawatan dan pengobatan disertai layanan konseling dan pemeriksaan sukarela (VCT) yang bermutu, ramah dan manusiawi.

k. Efikasi

Pengobatan antiretroviral dilakukan secara berkesinambungan. Penderita diharapkan memperoleh hasil maksimal dan efikasi klinik, virologist dan imunologis yang nyata. Penderita perlu ikut berpartisipasi dalam mengikuti

perubahan klinis sehingga dapat membantu memperoleh efikasi terapi secara optimal.

l. Interaksi

Seringkali ARV diberikan bersama obat untuk mengatasi infeksi sekunder, maka interaksi obat satu sama lain perlu dipertimbangkan dengan saksama.

m. Dermatitis HIV atau efek ARV

Mengonsumsi ARV dalam waktu yang tidak terbatas juga bukan tanpa hambatan. Kalau terjadi perubahan warna kulit, rash dikaji ulang apa sudah ada sebelum terapi ARV.

n. Pilihan Rejimen

Zidovudin, merupakan ARV dengan mekanisme kerja menghambat enzim reverse transcriptase virus, begitu gugus azidotimidin pada zidovudin mengalami fosforilasi. Diberikan dalam bentuk kombinasi, misal bersama lamivudin dan nevirapin, atau efavirenz. Zidovudin diberikan dalam dosis 600 mg per hari (300 mg per tablet). Efek samping yang paling sering dan perlu pemantauan ketat adalah anemia. Efek samping lain neutropenia, sakit kepala dan mual.

Didanosin, obat ini bekerja dengan cara menghentikan sintesis rantai DNA virus. Diberikan secara kombinasi dengan rejimen lain, terutama untuk HIV stadium lanjut. Pemberian dengan dosis 400 mg perhari. Efek samping neuropatipерifer, pancreatitis dan diare.

Lamivudin, bekerja dengan cara menghentikan pembentukan rantai DNA virus HIV maupun HBV. Diberikan dengan dosis 300 mg perhari kombinasi

dengan obat lain. Efek samping asidosis laktat, hepatomegali disertai steatosis, mual, sakit kepala.

Stavudin, mekanisme kerja obat ini menghambat pembentukan DNA virus. Diberikan kombinasi dengan sediaan lain pada HIV stadium lanjut. Dosis 80 mg perhari. Efek samping peningkatan enzim transaminase sesaat, sakit kepala, mual, rash kulit.

Nevirapin, kerjanya pada alosterik tempat ikatan non-substrat HIV. Pemberian pada 14 hari pertama 200 mg perhari, bila enzim hati tetap baik dosis dilanjutkan 400 mg perhari. Efek samping yang sering adalah rash kulit. Selain itu potensi efek samping seperti mual, sakit kepala, demam, peningkatan enzim hati.

Efavirenz, Obat ini diberikan dengan dosis 600 mg perhari, sebelum tidur guna mengurangi efek samping pada susunan saraf pusat, terutama mimpi menakutkan.

Tabel 2.7 Prinsip perawatan, pengobatan menurut perjalanan klinis

1. Asimtomatis	Promosi kesehatan: olah raga, pengaturan nutrisi, menjaga kebersihan	Konseling
2. Simtomatis	1. Profilaksis primer: pneumonia pneumokistik karinii, tuberculosis, meningitis kriptokokal 2. Terapi antiretroviral 3. Terapi komplementer	1. Konseling 2. Dukungan 3. Perawatan
3. AIDS	1. Terapi infeksi sekunder 2. Pencegahan sekunder 3. Terapi antiretroviral 4. Terapi komplementer	1. Konseling 2. Dukungan 3. Perawatan

Sumber: HIV& AIDS pendekatan biologi molekuler klinis dan sosial, Surabaya, 2014

Tabel 2.8 Kebijakan pemberian ARV

<ol style="list-style-type: none"> 1. Tepat : indikasi, obat, cara pemberian, dosis, waspada efek samping serta resistensi 2. Kedisiplinan tinggi 3. Pemantauan berkala
--

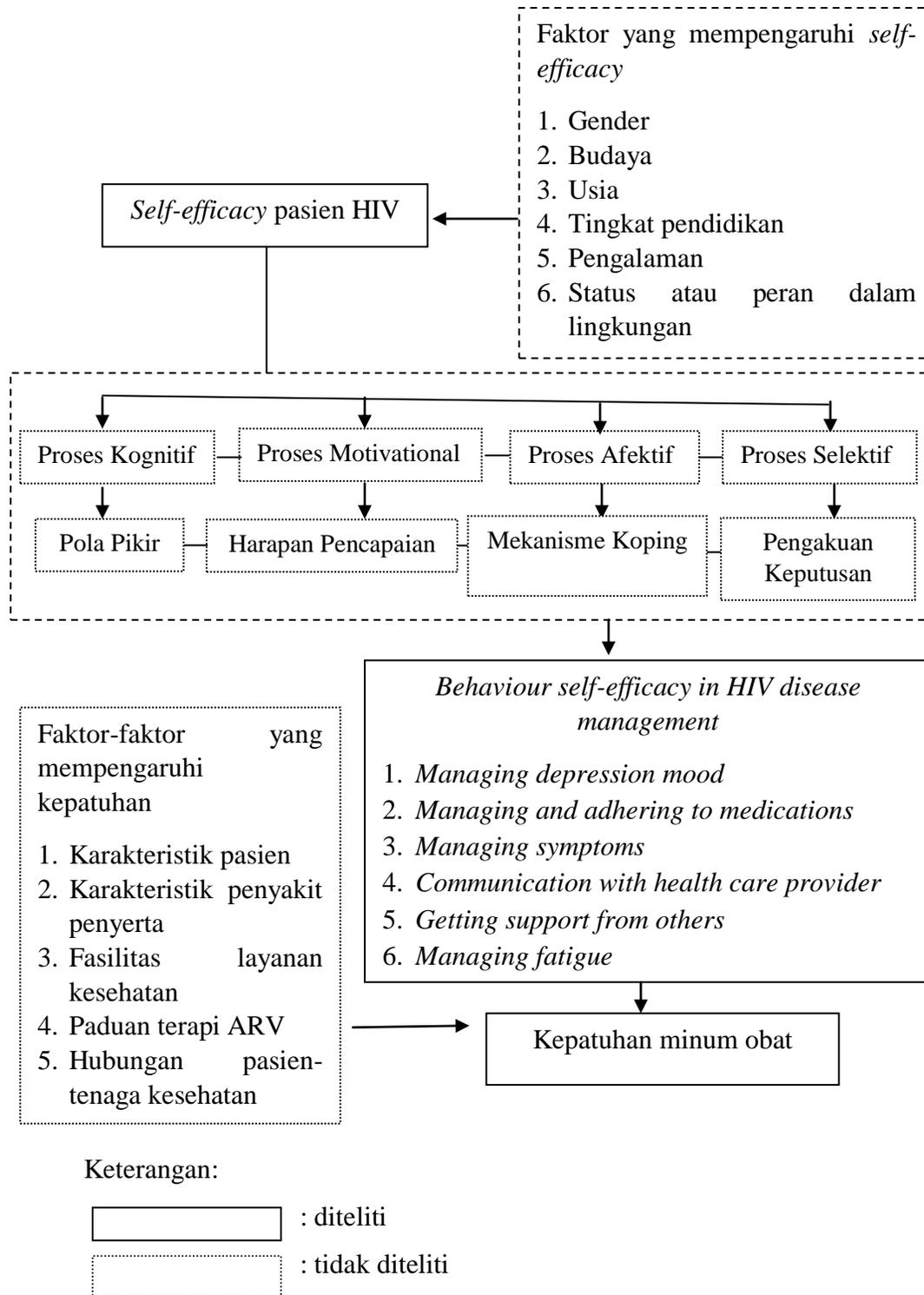
Sumber: HIV& AIDS pendekatan biologi molekuler klinis dan sosial, Surabaya, 2014

Tabel 2.9 Prinsip 5C dalam pemberian ARV

1. <i>Chronic</i>	HIV dan AIDS merupakan penyakit kronis, sehingga perlu diberikan penjelasan maksud dan tujuan, pemberian ARV dalam jangka lama.
2. <i>Comprehensive</i>	Pemberian ARV terkait dengan banyak hal. Secara terpadu melibatkan tenaga medis, paramedis, keluarga dan pendamping.
3. <i>Choise</i>	Mengingat pemberian ARV perlu jangka lama, maka potensi terjadi resistensi cukup besar. Dasar pemilihan obat perlu mempertimbangkan lini obat, alergi, efek samping, kemudahan menjangkau obat, kombinasi dan potensi interaksi dengan obat lain yang dikonsumsi.
4. <i>Contraindication</i>	Terdapat beberapa kontraindikasi yang perlu diperhatikan sebelum pemberian ARV. Kehamilan, gangguan liver, alergi, dan lain-lain.
5. <i>Complexity</i>	Terapi AIDS begitu rumit dan kompleks selain ARV juga memerlukan berbagai antimikroba lain untuk infeksi sekunder. Beberapa obat dapat saling berinteraksi dan efek samping, waktu minum obat perlu terjadwal dengan baik.

Sumber: HIV& AIDS pendekatan biologi molekuler klinis dan sosial, Surabaya, 2014

2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka konseptual hubungan *self-efficacy* dengan kepatuhan minum obat ARV pada pasien HIV di Poli VCT RSUD Bhakti Dharma Husada Surabaya.

Keterangan:

Self-efficacy dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah gender, budaya, usia, tingkat pendidikan, pengalaman, status atau peran dalam lingkungan. Selanjutnya, *self-efficacy* akan mempengaruhi perilaku klien dengan positif HIV melalui proses kognitif, motivasional, afektif dan selektif. Empat proses tersebut selanjutnya akan mempengaruhi tingkah laku klien karena terjadi peningkatan *self-efficacy* dalam hal keyakinan diri dalam mengatasi perasaan tertekan, keyakinan dalam manajemen terapi, kemampuan dalam mengkomunikasikan kondisi kesehatan kepada petugas kesehatan, serta keyakinan dalam mendapatkan dukungan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan diantaranya adalah karakteristik pasien, karakteristik penyakit penyerta, fasilitas layanan kesehatan, paduan terapi ARV dan hubungan pasien-tenaga kesehatan. Perilaku klien yang didorong oleh sejauh mana tingkat *self-efficacy* seseorang dalam masalah kesehatannya selanjutnya diduga akan mempengaruhi kepercayaan atau keyakinan diri untuk lebih memahami dirinya sehingga akan terjadi proses penerimaan diri terkait penyakitnya yang bisa menimbulkan kepatuhan dalam minum obat.

2.5 Hipotesis

H1: Ada hubungan *self-efficacy* dengan kepatuhan minum obat ARV pada pasien HIV/AIDS di Poli VCT RSUD Bhakti Dharma Husada Surabaya.