



**FAKTOR RISIKO KEJADIAN *LOST TO FOLLOW UP* PADA
PENDERITA HIV YANG MENJALANI PENGOBATAN ARV
DI PUSKESMAS SUMBERJAMBE DAN PUSKESMAS
SUKOWONO**

SKRIPSI

Oleh

**Jona Davi Kamal Haj
NIM 162010101051**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2020**



**FAKTOR RISIKO KEJADIAN *LOST TO FOLLOW UP* PADA
PENDERITA HIV YANG MENJALANI PENGOBATAN ARV
DI PUSKESMAS SUMBERJAMBE DAN PUSKEMAS
SUKOWONO**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi satu syarat untuk
menyelesaikan Program Studi Pendidikan Dokter (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

Jona Davi Kamal Haj
NIM 162010101051

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2020**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orang tua saya, Jono Wasinudin dan Machus Rorida yang selalu memberikan bimbingan, doa, kasih sayang, motivasi, serta pengorbanan yang dilakukan setiap;
2. Kakak saya Jona Davi Agga dan Adik saya M. Jonada Al Ghifari yang selalu memberikan semangat dan motivasi bagi saya;
3. Putri Prameswari Nastiti Ayu yang senantiasa memberikan semangat dan dukungan hingga saya bisa menempuh pendidikan kedokteran;
4. Para guru saya dari taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi yang telah memberikan ilmu dan mendidik saya sehingga menjadi manusia berilmu;
5. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

MOTTO

“Sepiro Gedening Sengsoro yen Tinompo Amung Cadi Cubo – PSHT”



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

nama : Jona Davi Kamal Haj

NIM : 162010101051

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Faktor risiko kejadian *lost to follow up* pada penderita HIV yang menjalani pengobatan ARV di Puskesmas Sumberjambe dan Puskemas Sukowono” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, _____

Yang menyatakan,

Jona Davi Kamal Haj

NIM 162010101051

SKRIPSI

**FAKTOR RISIKO KEJADIAN *LOST TO FOLLOW UP* PADA
PENDERITA HIV YANG MENJALANI PENGOBATAN ARV
DI PUSKESMAS SUMBERJAMBE DAN PUSKEMAS
SUKOWONO**

Oleh

Jona Davi Kamal Haj

NIM 162010101051

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama (DPU) : dr. Rony Prasetyo, M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota (DPA) : dr. Zahrah Febianti, M. Biomed

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Faktor risiko kejadian *lost to follow up* pada penderita HIV yang menjalani pengobatan ARV di Puskesmas Sumberjambe dan Puskesmas Sukowono” karya Jona Davi Kamal Haj telah diuji pada:

hari, tanggal :

tempat :

Tim Penguji:

Ketua

Anggota I

dr. Irawan Fajar Kusuma, M.Sc., Sp.PD

NIP 19810303 200604 1 003

dr. Dini Agustina, M. Biomed

NIP 19830801 200812 2 003

Anggota II

Anggota III

dr. Rony Prasetyo, M.Kes

NIP 19680927 200501 1 001

dr. Zahrah Febianti, M. Biomed

NIP 19880202 201404 2 001

Mengesahkan

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

dr. Supangat, M.Kes., Ph.D., Sp.BA

NIP 19730424 199903 1 002

RINGKASAN

Faktor risiko kejadian *lost to follow up* pada penderita HIV yang menjalani pengobatan ARV di Puskesmas Sumberjambe dan Puskesmas Sukowono; Jona Davi Kamal Haj, 162010101051; 2020: 48 Halaman; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Penyakit infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan AIDS merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah global. Di seluruh dunia, terdapat 37,9 juta oran hidup dengan HIV pada tahun 2018. Sedangkan jumlah kasus HIV tahun 2019 di Kabupaten Jember adalah sebanyak 406 kasus. *Lost to follow up* pada pasien HIV adalah sebuah kondisi pasien dengan HIV/AIDS yang keluar (*drop out*) dari pengobatan ARV. Kondisi di Indonesia dari 88% penderita (244.142) yang pernah menerima antiretroviral (ARV), sebanyak 23% diantaranya (55.508) dilaporkan mengalami *lost to follow up*. Sedangkan persentase *lost to follow up* pada pasien HIV di Kabupaten Jember adalah sebanyak (28,3%) dari total 3.317 penderita. Berdasarkan model PRECEDE/PROCEED (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation*), faktor yang memengaruhi terjadinya *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS dapat dikaji dengan menggunakan tiga faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pendorong (*reinforcing factor*) dan faktor pemungkin (*enabling factor*). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko dominan kejadian *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS dengan ARV di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumber jambe.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional menggunakan rancangan *case control*. Rancangan *case control* dilakukan berdasarkan perbandingan dua kelompok yaitu kelompok kasus (pasien HIV/AIDS dengan ARV yang *lost to follow up*) serta kelompok kontrol (pasien HIV/AIDS dengan ARV yang masih dalam perawatan). Penelitian ini dilakukan di Puskesmas

Sumberjambe dan Puskesmas Sukowono, Kabupaten Jember. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari 2020 sampai dengan April 2020. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien HIV/AIDS dengan ARV yang berada di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe yaitu 102 orang. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik simple random sampling dimana sampel dipilih antara populasi secara acak. Besar sampel ditentukan berdasarkan rumus besar sampel pada studi kasus kontrol. Besar sampel kelompok kasus (17 responden HIV/AIDS dengan ARV yang mengalami *lost to follow up*) dan besar sampel kelompok kontrol (17 responden pasien HIV/AIDS dengan ARV yang masih dalam perawatan). Variabel independen pada penelitian ini adalah faktor predisposisi, faktor pendorong dan faktor pemungkin sedangkan variabel dependen pada penelitian ini adalah kejadian *lost to follow up* pada pasien HIV/AIDS. Analisis data penelitian ini menggunakan uji statistik regresi logistik sederhana dan dilanjutkan dengan uji regresi logistik ganda.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan faktor kepatuhan ($p=0,025$), pengetahuan ($p=0,041$), dan sikap ($p=0,018$) merupakan faktor risiko yang terbukti memengaruhi terjadinya *Lost to Follow Up*. Dari ketiga faktor risiko tersebut faktor sikap menjadi faktor paling dominan yang memengaruhi kejadian *Lost To Follow Up* dengan nilai odds ratio sebesar 34,798. Artinya terjadinya *lost to follow up* karena sikap yang menolak adalah 34,798 kali lebih besar dibandingkan dengan terjadinya *lost to follow up* karena sikap yang mendukung.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Faktor risiko kejadian *lost to follow up* pada penderita HIV yang menjalani pengobatan ARV di Puskesmas Sumberjambe dan Puskemas Sukowono”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Jurusan Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Allah SWT atas segala rahmat, hidayah, dan nikmat-Nya yang diberikan kepada saya;
2. Nabi Muhammad SAW yang menjadi suri tauladan;
3. orang tua saya, Jono Wasinudin dan Machus Rovida yang selalu memberikan bimbingan, doa, kasih sayang, motivasi, serta pengorbanan yang dilakukan setiap;
4. dr. Rony Prasetyo, M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan tenaga dalam proses penyusunan skripsi ini;
5. dr. Zahrah Febianti, M. Biomed., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan tenaga dalam proses penyusunan skripsi ini;
6. dr. Irawan Fajar Kusuma, M.Sc.,Sp.PD., selaku Dosen Penguji Utama dan dr. Dini Agustina, M. Biomed., selaku Dosen Penguji Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan tenaga dalam proses penyusunan skripsi ini;
7. Dr. dr. Hairrudin, M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing penulis selama menjadi mahasiswa;
8. Kakak saya Jona Davi Agga dan adik saya M. Jonada Al Ghifari yang selalu memberikan semangat dan motivasi bagi saya;
9. Putri Prameswari Nastiti Ayu yang senantiasa memberikan semangat dan dukungan hingga saya bisa menempuh pendidikan kedokteran;

10. Perawat Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe yang telah membantu proses penelitian;
11. Keluarga pengurus PSHT Sukowono yang selalu menemani keluh kesah saya, Mualim S.p., Abdul Muqit, Sukiyanto S.p., Marsuki dan Lora Kiwam;
12. Keluarga sepercangkir kopian yang selalu menemani keluh kesah perjuangan masa kuliah, Gede Aditya, Giovani Gianosa, Fahmi Masduqie, Elvinsyah Zidane, Dika Febrian, Ganes Denisa, Alif Binangkit dan Fachrizal Zulfikar;
13. Keluarga seperjuangan yang selalu menemani keluh kesah saya, Rudi Ardiyanto, Yusril Randi Fairza, Slamet Robiyanto, Patanga, Firdhana Amar, Mas Bejo dan Yustani;
14. Jejak Ligamen yang telah berjuang bersama selama preklinik;
15. Keluarga besar angkatan 2016 Ligamen Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
16. Keluarga besar PSHT Ranting Sukowono
17. Keluarga KKN 232 Sumbermujur Lumajang;
18. semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga meneruma segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, _____

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1. Tujuan Umum	3
1.3.2. Tujuan Khusus	3
1.4. Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1. Bagi Keilmuan	4
1.4.2. Bagi Program Pengendalian HIV/AIDS	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 HIV	5
2.1.1 Pengertian HIV.....	5
2.1.2 Gejala HIV	5
2.1.3 Penularan HIV	6
2.1.4 Patofisiologi HIV	8
2.1.5 Diagnosis HIV.....	8
2.1.6 Jenis Obat HIV	9
2.1.7 Manfaat Obat ARV	10
2.1.8 Mekanisme Obat ARV	11
2.1.9 Pengobatan HIV	12
2.1.10 Pencegahan HIV.....	13
2.2 Lost Follow Up HIV.....	14
2.2.1 Pengertian <i>Lost Follow Up</i>	14
2.2.2 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Drop Out HIV	14
2.3 KERANGKA KONSEP.....	17
2.4 HIPOTESIS	18

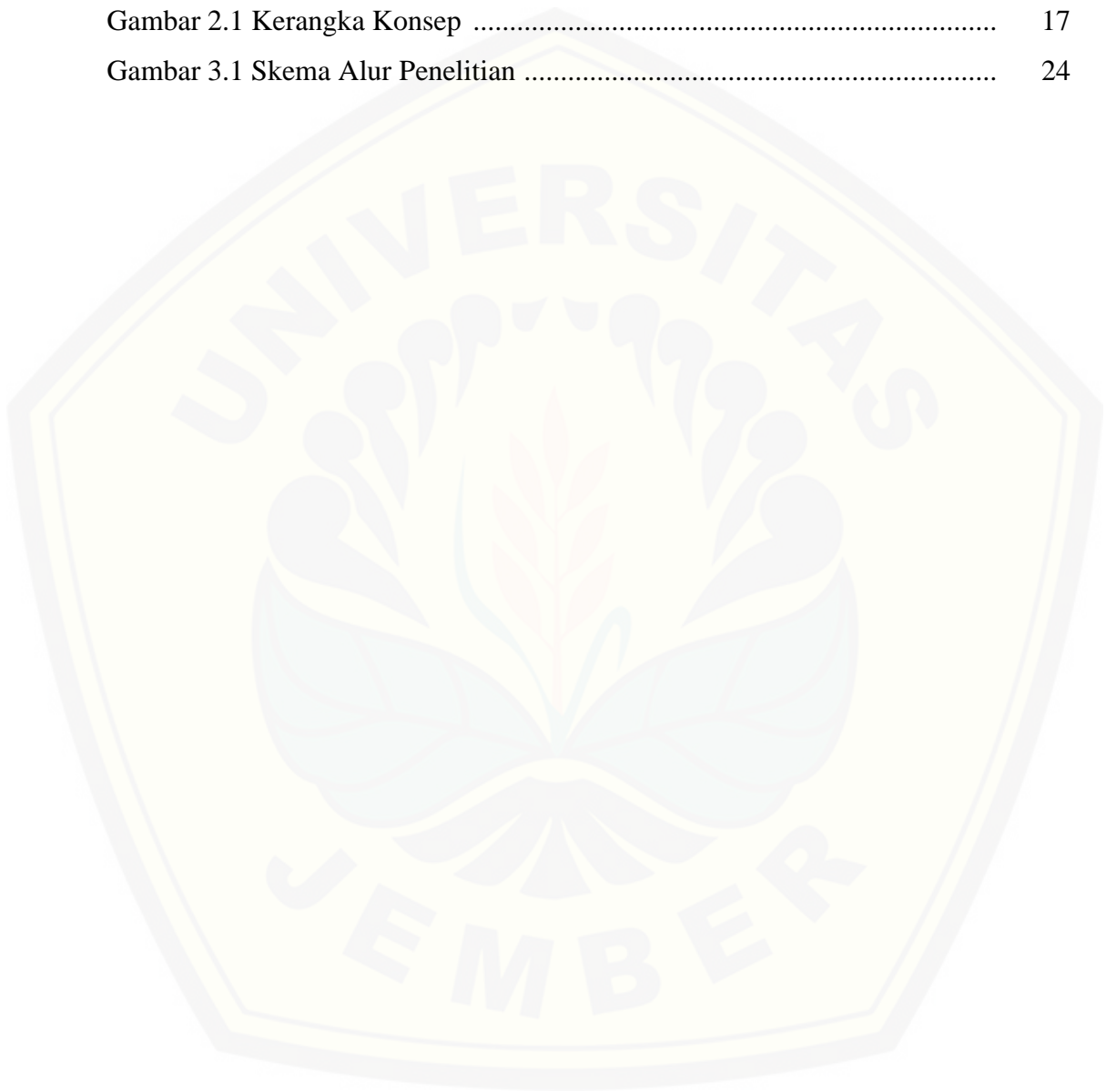
BAB 3. METODE PENELITIAN	19
3.1. Rancangan Penelitian	19
3.2. Populasi dan Sampel	19
3.2.1. Populasi	19
3.2.2. Sampel.....	19
3.3. Jenis dan Sumber Data	20
3.3.1. Jenis Data	20
3.3.2. Sumber Data.....	20
3.4. Lokasi dan Tempat Penelitian	21
3.5. Definisi Operasional Variabel dan Skala Pengukuran	21
3.6. Metode Analisis Data	23
3.7. Alur Penelitian	24
BAB 4. HASIL PENELITIAN	25
4.1 Karakteristik Responden	25
4.2 Analisa Bivariat	26
4.2.1 Faktor Predisposisi	26
4.2.2 Faktor Pendorong	28
4.2.3 Faktor Pemungkin	30
4.3 Analisis Multivariat	32
BAB 5. PEMBAHASAN	34
5.1 Faktor predisposisi	34
4.2.1 Faktor Kepatuhan	34
4.2.2 Faktor Pengetahuan	35
4.2.3 Faktor Sikap	36
5.2 Faktor pendorong	37
4.2.1 Faktor Dukungan Keluarga	37
4.2.2 Faktor Sikap Petugas.....	38
5.3 Faktor pemungkin	39
4.2.1 Faktor Jarak Rumah	39
4.2.2 Faktor Pembiayaan Kesehatan	40
4.2.3 Faktor Fasilitas Kesehatan	40
5.4 Faktor dominan	41
BAB 6. PENUTUP	45
6.1. Kesimpulan	45
6.2. Saran	45
DAFTAR PUSTAKA	46
LAMPIRAN	51

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi Klinis Infeksi HIV pada Orang Dewasa	6
Tabel 2.2 Faktor yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV	8
Tabel 2.3 Obat ARV lini pertama yang tersedia di Indonesia	10
Tabel 2.4 ARV lini pertama orang dewasa	13
Tabel 2.5 ARV lini pertama orang anak	13
Tabel 3.1 Definisi Operasional	21
Tabel 4.1 Karakteristik Responden	25
Tabel 4.2 Faktor kepatuhan pada pasien dengan HIV/AIDS	27
Tabel 4.3 Faktor pengetahuan pada pasien dengan HIV/AIDS	27
Tabel 4.4 Faktor sikap pada pasien dengan HIV/AIDS	28
Tabel 4.5 Faktor dukungan keluarga pada pasien dengan HIV/AIDS	29
Tabel 4.6 Faktor sikap petugas pada pasien dengan HIV/AIDS	29
Tabel 4.7 Faktor jarak rumah pasien HIV/AIDS	30
Tabel 4.8 Faktor pembiayaan kesehatan pasien HIV/AIDS	31
Tabel 4.9 Faktor fasilitas kesehatan pada pasien dengan HIV/AIDS	31
Tabel 4.10 Uji hipotesis	32

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Konsep	17
Gambar 3.1 Skema Alur Penelitian	24



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Lembar Persetujuan Etik	51
Lampiran 2 Surat Izin Penelitian	52
Lampiran 3 Surat Rekomendasi Penelitian	53
Lampiran 4 Surat Pernyataan Bebas Plagiasi	54
Lampiran 5 SOP pengambilan data	55
Lampiran 6 Profil Kecamatan Sukowono dan Sumberjambe	56
Lampiran 7 Lembar Penjelasan Responden	58
Lampiran 8 Surat Pernyataan (<i>Informed Consent</i>)	61
Lampiran 9 Instrumen Penelitian	62
Lampiran 10 Dokumentasi Penelitian	70
Lampiran 11 Hasil Penelitian	71

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan AIDS merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah global. Masyarakat didunia telah bersepakat untuk mengatasi HIV (Rahmawati, 2019). Salah satu bentuk komitmen tersebut dituangkan dalam tujuan ke-3 dari *Sustainable Development Goals* (SDG's) yaitu mengakhiri epidemi AIDS, tuberkulosis, malaria, penyakit tropis lainnya, memerangi hepatitis, penyakit yang ditularkan lewat air dan penyakit menular lainnya pada tahun 2030 (INFID, 2017).

Di seluruh dunia, terdapat 37,9 juta orang hidup dengan HIV pada tahun 2018. Sebanyak 36,2 juta diantaranya berusia > 15 tahun dan 1,7 juta diantaranya adalah anak-anak (< 15 tahun) (Sheet *et al.*, 2019). Pada tahun 2019, kasus HIV yang dilaporkan hingga bulan Juni mencapai 22.600 orang. Meskipun secara nasional jumlah kasus infeksi HIV yang dilaporkan semakin menurun, namun masih banyak orang-orang yang tertinggal dalam penanganan terhadap HIV/AIDS (Rahmawati, 2019). Hal ini terbukti dari 88% penderita (244.142) yang pernah menerima antiretroviral (ARV), sebanyak 23% diantaranya (55.508) dilaporkan mengalami *lost to follow up* (Kemenkes, 2019).

Berdasarkan laporan perkembangan HIV, AIDS, dan PIMS (Penyakit Infeksi Menular Seksual) di Indonesia Januari-Juli 2019, jumlah kasus HIV tahun 2019 di Kabupaten Jember adalah sebanyak 406 kasus (Kemenkes, 2019). Sejak tahun 2016 hingga 2019, persentase *lost to follow up* pada pasien HIV di Kabupaten Jember adalah sebanyak (28,3%) dari total 3.317 penderita (Dinkes Jember, 2019). *Lost to follow up* pada pasien HIV adalah sebuah kondisi pasien dengan HIV/AIDS yang keluar (*drop out*) dari pengobatan ARV. Pengobatan ARV merupakan bagian dari pengobatan HIV dan AIDS untuk mengurangi risiko penularan HIV, menghambat perburukan infeksi oportunistik, meningkatkan kualitas hidup penderita HIV, dan menurunkan jumlah virus (*viral load*) dalam darah sampai tidak terdeteksi. Penderita HIV yang diklasifikasikan sebagai *lost to follow up* yaitu ODHA (Orang dengan HIV AIDS) yang telah menerima terapi

ARV namun tidak kembali untuk berkunjung ke klinik *voluntary counselling and testing* (VCT) untuk pengobatan selama 90 hari sejak kunjungan terakhir atau putus berobat selama 3 bulan berturut-turut (Odafe *et al.*, 2012)

Berdasarkan model PRECEDE/PROCEED (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation*), faktor yang memengaruhi terjadinya *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS dapat dikaji dengan menggunakan tiga faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pendorong (*reinforcing factor*) dan faktor pemungkin (*enabling factor*) (Lawrence, 2006). Faktor predisposisi adalah faktor yang mempermudah perilaku seseorang, sedangkan faktor pendorong merupakan yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku dan faktor pemungkin merupakan faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2014)

Faktor predisposisi perilaku seseorang berkaitan dengan aspek kognitif dan afektif seperti pengetahuan, kepercayaan, perasaan, nilai serta tingkat kepercayaan diri. Selain itu terdapat beberapa faktor lainnya yang dapat menjadi faktor predisposisi sebuah perilaku yaitu status sosial ekonomi, umur, jenis kelamin dan suku/etnis (Windsor, 2015). Faktor pendorong berkaitan dengan umpan balik negative atau positif yang diterima individu dari orang lain. Faktor pendorong dapat berasal dari dukungan keluarga, dukungan kelompok dan dukungan dari pelayanan petugas kesehatan (Windsor, 2015). Sedangkan faktor pemungkin berkaitan dengan ketersediaan, keterjangkauan dan aksesibilitas (Windsor, 2015)

Lost to follow up pada pasien dengan HIV/AIDS mengakibatkan berhentinya terapi serta meningkatkan risiko kematian (Rosiana dan Sofro, 2014). Dampak dari *lost to follow up* pada pasien HIV/AIDS diantaranya adalah meningkatnya gangguan pengobatan, kejadian kematian lebih rendah di perkotaan daripada di daerah pedesaan (Zürcher, 2017). Untuk mencegah terjadinya hal tersebut, maka perlu dilakukan identifikasi dan analisis terhadap faktor dominan yang memengaruhi kejadian *lost to follow up* pada pasien HIV. Hingga saat ini, belum ada data mengenai faktor yang memengaruhi kejadian *lost to follow up*

pada pasien HIV di Kabupaten Jember. Oleh sebab itu, peneliti tertarik untuk mengangkat tema ini sebagai judul penelitian.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang didapatkan saat survey pendahuluan, diketahui bahwa terdapat dua Puskesmas di Kabupaten Jember yang memiliki banyak kasus HIV dan banyak kejadian *lost to follow up*. Kedua Puskesmas tersebut adalah Puskesmas Sumberjambe dan Puskesmas Sukowono. Oleh sebab itu, pada penelitian ini, peneliti mengambil data dari kedua Puskesmas tersebut.

Dengan mengetahui faktor risiko dominan yang memengaruhi kejadian *lost to follow up* pasien HIV tersebut, harapannya dapat dilakukan rencana tindak lanjut yang tepat sasaran dan efektif untuk meningkatkan kepatuhan pasien HIV dalam menjalani pengobatan ARV.

1.2. Rumusan Masalah

Apakah terdapat faktor risiko yang dominan pada kejadian *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS yang menjalani pengobatan ARV di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi faktor risiko dominan kejadian *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS dengan ARV di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden terhadap kejadian *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS dengan ARV di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe.
- b. Mengidentifikasi faktor predisposisi yang meliputi pengetahuan, sikap dan tingkat kepatuhan terhadap kejadian *lost to follow up* pada pasien

dengan HIV/AIDS dengan ARV di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe

- c. Mengidentifikasi faktor pendorong yang meliputi dukungan keluarga dan sikap petugas kesehatan terhadap kejadian *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS dengan ARV di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe
- d. Mengidentifikasi faktor pemungkin yang meliputi jarak rumah, dana kesehatan, fasilitas di tempat pelayanan terhadap kejadian *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS dengan ARV di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Keilmuan

Mendapatkan data mengenai gambaran faktor risiko terjadinya *lost to follow-up* pada pasien HIV / AIDS dengan ARV sehingga dapat dijadikan kajian pustaka dan memperkaya khasanah keilmuan, khususnya di bidang ilmu kesehatan tropis dan pencegahan penyakit menular.

1.4.2. Bagi Program Pengendalian HIV/AIDS

- a. Dapat memberikan informasi tentang faktor risiko kejadian *lost to follow up* pasien HIV dengan ARV sehingga serta dapat dimanfaatkan oleh Dinas Kesehatan, institusi, dan lembaga yang bergerak dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS untuk merancang program perawatan, dukungan, dan pengobatan bagi ODHA serta meningkatkan kepatuhan berobat.
- b. Dapat memberikan informasi mengenai karakteristik pasien *lost to follow up* sehingga diharapkan para pemegang kebijakan dapat menentukan langkah langkah untuk mencegah terjadinya *lost to follow up* HIV.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV

2.1.1 Pengertian HIV

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah retrovirus golongan RNA yang menyerang kekebalan tubuh manusia. Penurunan sistem kekebalan tubuh padagorang yang terinfeksi HIV memudahkan berbagai infeksi masuk ke tubuh, sehingga dapat menyebabkan timbulnya AIDS.

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) adalah kumpulan gejala – gejala penyakit yang disebabkan menurunnya kekebalan tubuh manusia. Penderita HIV mudah sekali terserang penyakit dikarenakan kekebalan tubuhnya menurun.

Penderita HIV apabila tidak mengkonsumsi obat antiretrovirus (ARV) maka akan berlanjut ke fase AIDS. Perubahan dari fase HIV menuju AIDS tergantung jenis virus dan cara penularannya. Dengan demikian infeksi HIV dibedakan menjadi 3 tipe, yaitu: i) *rapid progressor*, berlangsung 2-5 tahun; ii) *average progressor*, berlangsung 7-15 tahun; dan iii) *slow progressor*, lebih dari 15 tahun(Kemenkes, 2015)

2.1.2 Gejala HIV

Gejala HIV setiap orang berbeda beda ketika awal terjangkit HIV. Sebagian orang akan merasakan flu ringan, kuit ruam ruam merah, merasa kelelahan dan sakit kepala. Sebagian orang lainnya mungkin tidak bergejala. Oleh karena itu, tes HIV secara rutin merupakan salah satu jalan untuk mengetahui apaah kita terjangkit HIV atau tidak. Orang yang mempunyai riwayat HIV terlihat sehat, banyak yang tidak mengetahui bahwa dirinya mempunyai riwayat HIV. Tanpa mengetahuinya, mereka dapat menularkan virus tersebut ke pasangan mereka atau bahkan ke orang lain. Karena mereka tidak mengetahui, maka sistem kekebalan tubuh terus diserang, semua virus masuk, gejala penyakit HIV terus berkembang. Gejala ini dapat berlangsung lama. Ketika sistem kekebalan rusak parah, infeksi lain dan kerusakan otak dapat terjadi. Ini disebut AIDS (Public Health of Western Australia, 2013)

WHO menetapkan empat stadium klinik pada pasien yang terinfeksi HIV/AIDS sebagaimana yang disebutkan dalam Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Klasifikasi Klinis Infeksi HIV pada Orang Dewasa Menurut WHO

Stadium 1 Asintomatik
Tidak ada gejala yang signifikan Limfadenopati Generalisata Persisten
Stadium 2 Sakit ringan
Berat badan turun 5-10% ISPA berulang Herpes zoster Keilitis angularis Ulkus mulu berulang PPE (<i>Pruritic papular eruption</i>) Dermatitis
Stadium 3 Sakit sedang
Penurunan berat badan > 10% Diare lebih dari 1 bulan tanpa diketahui penyebabnya Kandidosis oral atau vaginal <i>Oral hairy leukoplakia</i> TB Paru dalam 1 tahun terakhir Infeksi bakterial yang berat TB limfadenopati Gingivitis Trombositopeni kronis
Stadium 4 Sakit berat (AIDS)
Sindroma Wasting (HIV) Pneumoni Pneumocystis Pneumonia Bakterial yang berat berulang dalam 6 bulan Kandidiasis esofagus Herpes Simpleks Ulseratif >1 bulan Limfoma Sarkoma Kaposi Kanker Serviks yang invasif Retinitis CMV TB Ekstra paru Toksoplasmosis Ensefalopati HIV Meningitis Kriptokokus Infeksi mikobakteria non-TB meluas Lekoensefalopati multifokal progresif Kriptosporidiosis kronis, mikosis meluas

Sumber : Kemenkes (2015)

2.1.3 Penularan HIV

Terdapat beberapa hal yang mempengaruhi dan mendorong pasien terkena HIV/AIDS, setiap masing-masing pasien berbeda-beda diantaranya pemakaian narkoba serta melakukan hubungan seksual dengan lawan jenis. Didikan keluarga yang tidak ditanamkan ilmu agama yang kuat dapat menjadikan pasien tersebut mudah dipengaruhi oleh lingkungan yang tidak baik. Seks bebas merupakan

faktor yang paling dominan untuk menuarkan virus HIV. Virus HIV juga dapat ditularkan melalui jarum suntik, tindik, tato yang tidak steril yang dilakukan secara bergantian. Peralatan kedokteran yang tidak steril, mendapat tranfusi darah yang mengandung HIV, Ibu HIV positif ke bayinya juga dapat menularkan HIV (Marlinda and Azinar, 2017)

Kementrian Kesehatan RI menetapkan beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV/AIDS pada Ibu ke Anak sebagaimana yang disebutkan pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Faktor yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV

Faktor Ibu	Faktor Bayi	Faktor Obstetrik
Kadar HIV/viral load dalam darah	Prematuritas dan berat lahir rendah	Jenis Persalinan
Kadar CD4	Lama menyusui, bila tanpa pengobatan	Lama Persalinan
Status gizi selama kehamilan Penyakit infeksi selama kehamilan	Luka pada mulut bayi, jika bayi menyusui	Air ketuban pecah

Sumber : Kemenkes (2014)

2.1.4 Patofisiologi HIV

HIV disebabkan karena hubungan sesama jenis atau homoseksual, heteroseksual dan juga bisa melalui tranfusi darah atau penyalahgunaan obat-obatan. HIV menyerang kelenjar limfe, limpa dan sumsum tulang sehingga menginfeksi sel T, makrofag dan sel dendritik. HIV akan mengikat protein perifer yang disebut dengan CD4. Penyakit HIV akan menginfeksi sel imun yang ada didalam tubuh sehingga menyebabkan banyaknya kematian sel T yang juga mempengaruhi respon killer pejamu. Hal tersebut menyebabkan penurunan jumlah sel T, adanya penurunan jumlah sel T menyebabkan sistem imun seluler makin menurun. Sehingga fungsi sel B dan makrofag akan menurunkan fungsi sel CD4. Hal tersebut menyebabkan sel CD4 mengalami kematian dan virus HIV bereproduksi. Ketika virus HIV bereproduksi, virus tersebut akan menginfeksi sel tubuh lainnya sehingga kekebalan tubuh akan menurun (Ilmu Penyakit Dalam, 2017).

2.1.5 Diagnosis HIV

Seseorang yang ingin melakukan tes HIV/AIDS akan diberikan konseling pra tes sebelum dilakukan pengambilan sampel. Konseling ini bertujuan untuk

menambah keilmuan sejelas jelasnya tentang HIV/AIDS, sehingga dirinya lebih siap menerima apapun hasilnya nanti. Untuk memberitahu hasil dari pemeriksaan tes HIV/AIDS, juga diberikan konseling pasca tes. Jika hasilnya positif, pasien diberikan informasi tentang bagaimana pengobatan HIV dan bagaimana cara agar tidak menularkan ke keluarga atau orang lain. Jika hasilnya negatif, konseling tetap perlu dilakukan untuk menambah wawasan bagaimana cara agar tidak tertular dari HIV. Pemeriksaan serum HIV digunakan pada awal penegakan diagnosis, sedangkan pemeriksaan RNA HIV dan pemeriksaan CD4 dilakukan untuk membantu mengetahui prognosis dan dosis awal obat pada terapi ARV (Gita Dewita, 2016).

Diagnosis pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan dengan 2 metode:

1) Langsung: yaitu isolasi virus dari sampel. Metode yang digunakan adalah melihat virus menggunakan mikroskop elektron dan deteksi antigen virus. Cara mendeteksi antigen yang umum dilakukan *Polymerase Chain Reaction (PCR)*.

2) Tidak langsung : yaitu dengan mengukur respon zat anti spesifik (antibodi), misalnya *Enzym Linked Immunosorbent Assay (ELISA)*, *Western Blot*, *Immun Fluorescent Assay (IFA)* atau *Radio Immuno Precipitation Assay (RIPA)*. Antibodi terhadap virus dapat dideteksi sejak 2-12 minggu setelah infeksi terjadi. Pada anak usia < 18 bulan, tidak dianjurkan menggunakan tes antibodi, dikarenakan nantinya akan memberkan hasil positif palsu.

2.1.6 Jenis Obat HIV

Ada banyak macam jenis obat antiretroviral. Setiap obat punya fungsi tersendiri dalam mengobati HIV dan AIDS. Sebelum diberikan obatnya, dokter akan memeriksa kondisi Anda dulu. Setelah itu, pemberian jenis dan dosis obat antiretroviral akan diberikan tergantung pada kondisi berikut:

- 1) Seberapa banyak jumlah viral load orang tersebut
- 2) Seberapa banyak jumlah sel T mereka
- 3) Jenis HIV yang diidap penderita
- 4) Seberapa parah kondisi HIV penderita
- 5) Sejauh mana HIV telah menyebar

- 6) Apa penderita memiliki kondisi kesehatan kronis lainnya, dikenal sebagai komorbiditas
- 7) Obat lain yang mereka gunakan untuk menghindari interaksi dengan obat HIV.

Di Indonesia dikenal berbagai macam ARV lini pertama, antara lain seperti yang terdapat pada Tabel 2.3.

Tabel 2.3 Obat ARV lini pertama yang tersedia di Indonesia

Nama Generik	Golongan	Sediaan
Stavudin (d4T)	NRTI	Kapsul 30mg, 40 mg
Lamivudin (3TC)	NRTI	Tablet 150 m, Larutan oral 10 mg/ml
Nevirapin (NVP)	NNRTI	Tablet 200 mg
Zidovudin (ZDV)	NRTI	Kapsul 100 mg
Didanosin (ddI)	NRTI	Tablet kunyah 100 mg
Evarinez (EFV)	NNRTI	Kapsul 200 mg
Nelfinavir (NFV)	PI	Tablet 250 mg

Sumber : (Ilmu Penyakit Dalam, 2017)

2.1.7 Manfaat Obat ARV

1. Menurunkan angka kematian. Di Indonesia terjadi penurunan angka kematian pada pasien HIV tahun 2004 dan 2006 yaitu sebesar 48% dan 17%.
2. Menurunkan risiko perawatan di Rumah Sakit. Perawatan dan pengobatan terhadap pasien HIV membutuhkan biaya yang sangat besar dan membutuhkan waktu perawatan yang lama.
3. Menekan viral load. Dalam waktu sekitar 6 bulan, terdapat sekitar 80% ODHA yang berobat di RSCM hasil pemeriksaan viral loadnya menunjukkan tidak terdeteksi.
4. Memulihkan kekebalan tubuh. Pemberian ARV dapat memulihkan sistem kekebalan tubuh pada ODHA.
5. Menurunkan risiko penularan. Berbagai penelitian menyebutkan bahwa pemberian ARV secara dini pada ODHA dapat menurunkan risiko penularan sebesar 96% karena itulah timbul pemahaman bahwa pengobatan ARV juga sebagai pencegahan.

(Setiati dkk., 2014)

2.1.8 Mekanisme Obat ARV

1. Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)

NRTI bekerja menghambat enzim reverse transcriptase sehingga menyebabkan perubahan RNA menjadi DNA terhambat. Selain itu NRTI juga menyebabkan penghentian pemanjangan DNA. NRTI diubah secara intraseluler dalam 3 tahap penambahan gugus fosfat atau proses fosforilasi.

Golongan obat : Zidovudin, Didanosin, Abakavir, Zalcitabin, Stavudin, Lamivudin dan Emtricitabin.

2. Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor (NtRTI)

Mekanisme kerja NtRTI pada penghambatan replikasi HIV sama dengan NRTI, hanya saja pada NtRTI diubah secara intraseluler dalam 2 tahap proses fosforilasi. Golongan obat ini diindikasikan untuk infeksi HIV dalam kombinasi ARV yang lain dan kontraindikasi pada ibu menyusui.

Golongan obat : Tenofovir

3. Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI)

NNRTI bekerja menghambat aktivitas enzim reverse transcriptase dengan cara berikatan di tempat yang dekat dengan tempat aktif enzim dan menginduksi perubahan konformasi pada situs aktif ini. Hal tersebut menyebabkan inhibisi alosterik aktivitas DNA polymerase dependen-RNA dan DNA. Mekanisme kerja pada NNRTI ini tidak melalui tahapan fosforilasi intraseluler tetapi langsung berikatan dengan reverse transcriptase.

Golongan obat : Delavirdin, Nevirapin dan Efavirenz

4. Protease Inhibitor (PI)

Mekanisme Protease Inhibitor ini akan berikatan secara reversibel dengan enzim protease yang mengkatalisa pembentukan protein yang dibutuhkan untuk proses akhir pematangan virus. Sehingga menyebabkan terhambatnya pelepasan polipeptida pre kursor virus oleh enzim protease yang akan mengakibatkan penghambatan pada proses maturasi

virus. Pada akhirnya, akan menghasilkan partikel virus yang imatur dan tidak virulen.

Golongan obat : Ritonavir, Indinavir, Amprenavir, Sakuinavir, Lopinavir, Atazanavir dan Nelfinavir

5. Viral entry Inhibitor

Mekanisme kerja golongan obat ini dengan cara menghambat fusi virus menuju sel dan menghambat masuknya HIV ke sel melalui reseptor CXCR4.

Golongan obat : Enfuvirtid dan Maravifirok (Ganiswara dkk., 2016)

2.1.9 Pengobatan HIV

Pengobatan HIV di Indonesia sudah diatur dalam PERMENKES Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral yang menyebutkan pilihan paduan ART lini pertama berikut ini berlaku untuk ODHA yang belum pernah mendapatkan ARV sebelumnya, yaitu:

1) Paduan ARV lini pertama pada anak usia 5 tahun ke atas dan dewasa

ARV lini pertama digunakan untuk usia anak diatas usia 5 tahun dan dewasa, termasuk ibu hamil dan menyusui, ODHA koinfeksi hepatitis B, dan ODHA dengan TB.

Kementrian kesehatan menyebutkan paduan ARV lini pertama utama dan paduan ARV lini pertama seperti yang disebutkan dalam Tabel 2.4

Tabel 2.4 ARV lini pertama orang dewasa

ARV lini pertama untuk dewasa	
Paduan pilihan	TDF + 3TC (atau FTC) + EFV dalam bentuk KDT
Paduangualternatif	<ul style="list-style-type: none"> • AZT (Zidovudine) + 3TC (Lamivudine) + EFV (Efavirenz) atau NVP (Nevirapine) • TDF Tenofovir + 3TC (Lamivudine) atau FTC (Emtricitabine) + NVP (Nevirapine)

Sumber : (Kementrian Kesehatan RI, 2014)

2) Paduan ART lini pertama pada anak usia kurang dari 5 tahun

Paduan ART lini pertama pada anak sama seperti gorang dewasa, yaitu menggunakan kombinasi 2 NRTI dan 1 NNRTI. Kementrian kesehatan menyebutkan paduan ARV lini pertama orang anak anak seperti dalam Tabel 2.5

Tabel 2.5 ARV lini pertama orang anak anak (Kementrian Kesehatan RI, 2014)

Pilihan NRTI KE – 1	Pilihan NRTI ke – 2	Pilihan NNRTI
Zidovudin (AZT)	Lamivudin	Nevaripin (NVP)
Stavudin (d4T)		Efavirenz (EFV)
Tenofir (TDF)		

2.1.10 Pencegahan HIV

Pencegahan HIV sangat mudah dilakukan jika kita melakukan hidup sehat dan tetap memegang teguh ajaran agama. HIV sering ditransmisikan melalui darah, sehingga usaha pencegahan dilakukan dengan beberapa cara. Pasien yang telah terdiagnosis HIV tidak boleh mendonorkan darah, plasma, organ tubuh, jaringan. Tidak boleh melakukan seks bebas / berganti pasangan. Pencegahan juga dapat dilakukan dengan menggunakan jarum suntik yang steril atau tidak dilakukan dengan bergantian. Pemeriksaan antibodi HIV harus diberikan terhadap orang yang bertendensi berkontak dengan penderita seropositif seperti pasangan seksual, orang yang sering bertukar pakai jarum, dan bayi yang dilahirkan dari ibu seropositif (Suhaimi dan Savira, 2009).

Pada tahun 2030 Kementrian Kesehatan menargetkan *Three Zero*, yaitu:

- 1) Tidak ada lagi penularan infeksi baru HIV
- 2) Tidak ada lagi kematian akibat AIDS
- 3) Tidak ada lagi stigma dan diskriminasi pada orang dengan HIV AIDS (ODHA) (Sri, 2018)

2.2 *Lost Follow Up* HIV

2.2.1 Pengertian *Lost Follow Up*

Lost Follow Up adalah sebuah kondisi dimana pasien dengan HIV/AIDS keluar (*drop out*) dari pengobatan ARV. Pengobatan ARV merupakan bagian dari pengobatan HIV dan AIDS untuk mengurangi risiko penularan HIV dan menurunkan jumlah virus (*viral load*) dalam darah. ODHA yang di klasifikasikan sebagai *lost to follow up* yaitu ODHA yang telah menerima terapi ARV namun tidak kembali untuk berkunjung ke klinik *voluntary counselling and testing*

(VCT) untuk pengobatan selama 90 hari sejak kunjungan terakhir atau putus berobat selama 3 bulan berturut-turut (Odafe *et al.*, 2012).

2.2.2 Faktor – faktor yang memengaruhi *Drop Out* HIV

a. Pengetahuan

Pasien HIV yang mempunyai tingkat pengetahuan lebih tinggi biasanya selalu berkunjung ke klinik karena mereka tahu untuk menjadikan kualitas hidup mereka menjadi lebih baik satu satunya cara mengkonsumsi obat ARV (Schöni-Affolter *et al.*, 2011).

b. Sikap

Pasien HIV disini ada berbagai sikap untuk memahami penyakit yang dideritanya dengan cara pengobatannya. Ada pasien yang ingin memperbaiki kualitas hidupnya dengan cara meminum obat secara rutin dan ada juga pasien yang menolak minum obat dengan berbagai macam alasan. Ada beberapa pasien HIV yang merasa tidak nyaman dalam minum obat ARV contohnya dalam bergaul, mereka merasa malu untuk minum obat dihadapan teman temannya(Sugiharti, 2014).

c. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga disini sangat penting perannya. Karena setiap hari yang berinteraksi dengan pasien HIV yaitu adalah keluarga. Keluarga bisa sebagai penghambat atau pendukung pasien HIV untuk terapi. Dukungan keluarga berperan besar dalam hal kepatuhan minum obat ARV pada ODHA dalam menjalani pengobatan. Dengan adanya dukungan keluarga yang baik akan memengaruhi positif pada kepatuhan minum obat ARV (Bachrun, 2017).

d. Sikap petugas kesehatan

Sikap petugas kesehatan merupakan salah satu faktor pendorong untuk pasien HIV, ketika sikap petugas kesehatan kurang baik maka penderita HIV akan menjadi malas malasan berkunjung ke klinik VCT, sebaliknya jika petugas kesehatan memberikan pengetahuan, kepercayaan, menyemangati maka penderita HIV akan merasa lebih dihargai dan dapat minum obat ARV dengan rutin. Dalam sebuah penelitian menyebutkan stigma petugas kesehatan pada salah satu institusi

pelayanan kesehatan Puskesmas ditemukan bahwa sebagian besar (60%) petugas kesehatan yang terdiri dari perawat, dokter, bidan, ahli gizi dan analisis memiliki stigma yang tinggi terhadap ODHA. Tingginya stigma terhadap ODHA ini dapat memunculkan dampak negatif terutama dalam proses pemberian pelayanan kesehatan pada ODHA (Wilandika, 2019).

e. Jarak rumah

Jarak rumah ke klinik VCT memengaruhi kepatuhan pasien meminum obat ARV. Semakin jauh jarak rumah ke klinik VCT maka beban biaya yang harus dikeluarkan semakin banyak, apalagi ketika seseorang terjangkit virus HIV itu memerlukan beberapa kali untuk berkunjung ke klinik VCT. Meskipun obat ARV didapatkan secara gratis, tetapi biaya transportasi yang menjadikan kendala bagi setiap pasien HIV. Dalam penelitian disebutkan bahwa jarak rumah >10 km 1.51 kali berisiko mengalami *Lost Follow Up* terapi ARV (Handayani *et.al*, 2017).

f. Dana kesehatan

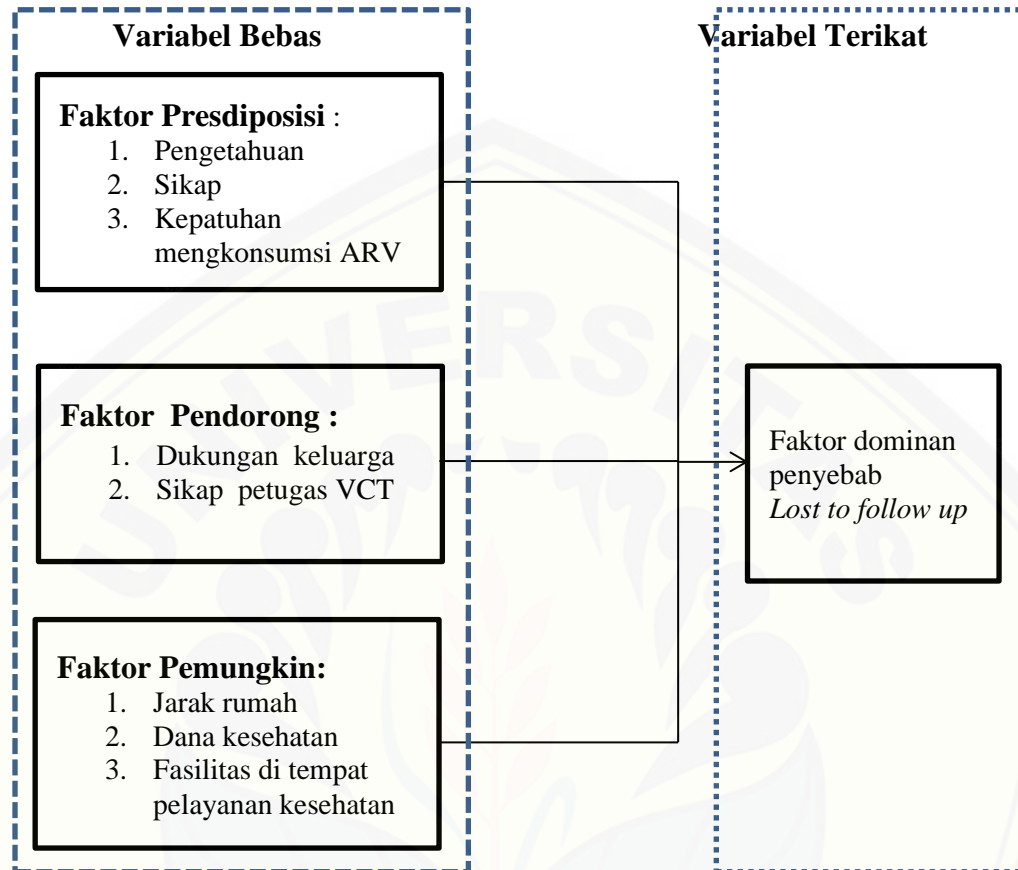
Dana kesehatan disini sangat berpengaruh bagi kepatuhan pasien, apakah semua pengobatan yang didapatkan diberikan secara gratis 100 %, membayar 50 %, atau membayar 100 %. Ketika pasien disuruh membayar 100 % dengan pengobatan yang lama maka pasien tersebut lebih condong tidak patuh untuk meminum obat ARV. Dalam penelitian disebutkan meskipun pasien menggunakan Jaminan Kesehatan tetapi banyak pasien tersebut mengalami *lost to follow up* karena system yang berbelit belit (Handayani *et al.*, 2017).

g. Fasilitas di tempat pelayanan kesehatan

Pelayanan di klinik VCT seperti lamanya antrian, tersedianya ruangan yang cukup, tersedianya ruangan yang tertutup itu merupakan faktor yang sangat memengaruhi keberlanjutan pasien datang ke klinik VCT. Karena beberapa hal tersebut memengaruhi persepsi pasien dalam menjalankan terapinya (Rosiana dan Sofro, 2014)

2.3 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini dijelaskan melalui bagan pada Gambar 2.1



Gambar 2.1 Kerangka konsep

Keterangan :

- : Diteliti
- : Variabel bebas
- : Variabel terikat

Dari gambar diatas diketahui bahwa dari karakteristik responden yang merupakan *predisposing factor* (faktor-faktor predisposisi) dapat memengaruhi terjadinya *lost to follow up* yaitu sikap, pengetahuan dan kepatuhan berada di dalam garis utuh.

Dukungan keluarga dan sikap petugas VCT diprediksi dapat memengaruhi perilaku *Lost to follow up*. Dukungan keluarga dan sikap petugas VCT merupakan

faktor risiko yang diteliti sehingga berada dalam satu garis utuh dan juga merupakan *reinforcing factors* (faktor-faktor pendorong). Jarak rumah, dana kesehatan dan fasilitas di tempat pelayanan kesehatan diprediksi dapat memengaruhi perilaku *Lost to follow up*. Jarak rumah, dana kesehatan dan fasilitas di tempat pelayanan merupakan faktor risiko yang diteliti sehingga berada dalam satu garis utuh dan juga merupakan *enabling factor* (faktor-faktor pendukung).

Berdasarkan penjelasan di atas, diketahui bahwa terdapat banyak faktor yang memengaruhi kejadian *lost to follow up* pada pasien HIV. Dari berbagai faktor tersebut, peneliti tertarik untuk mengetahui faktor dominannya agar tindak lanjut terhadap pasien HIV yang mengalami *lost to follow up* dapat dilakukan dengan efektif dan efisien.

2.4 Hipotesis

Terdapat faktor risiko yang dominan pada kejadian *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS yang menjalani pengobatan ARV di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional menggunakan rancangan *case control*. Rancangan *case control* dilakukan berdasarkan perbandingan dua kelompok yaitu kelompok kasus (pasien HIV/AIDS dengan ARV yang *lost to follow up*) serta kelompok kontrol (pasien HIV/AIDS dengan ARV yang masih dalam perawatan). Tujuan dari rancangan penelitian *case control* adalah dapat digunakan untuk menentukan faktor risiko yang berhubungan dengan penyakit (Omair, 2016).

3.2. Populasi dan Sampel

3.2.1. Populasi

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas subyek atau obyek dengan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sangadji dan Sopiah, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien HIV/AIDS dengan ARV yang berada di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe yaitu 102 orang (Dinkes Jember, 2019).

3.2.2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sopiah, 2010). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan *Purposive Sampling* dimana sampel dipilih antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti. Besar sampel ditentukan berdasarkan rumus besar sampel pada studi kasus kontrol untuk data yang tidak berpasangan (Kuntoro, 2010). Penelitian ini menggunakan $\alpha=0,05$ dan $\beta=0,1$

$$n = \frac{\{(R + 1)Z_{1-\alpha} + 2Z_{1-\beta}\sqrt{R}\}^2}{(R - 1)^2}$$

Diketahui:

R = nilai *odd ratio* pada penelitian sebelumnya (Prediktor dari *lost to follow up* pada pasien dewasa dengan terapi ARV) = 5,36 (Magerso *et al.*,2010)

$$Z_{1-\alpha} = Z_{1-0,05} = Z_{0,95} = 1,645$$

$$Z_{1-\beta} = Z_{1-0,1} = Z_{0,9} = 1,285$$

Maka besar sampelnya adalah sebagai berikut

$$\begin{aligned} &= \frac{\{(5,36 + 1)1,645 + 2 \times 1,285\sqrt{5,36}\}^2}{(5,36 - 1)^2} \\ &= 14,17 \rightarrow 15 \text{ responden} \end{aligned}$$

Besar sampel ditambah 10% dengan maksud untuk mengatasi responden yang mengalami drop out. Sehingga besar sampel minimal yang diperlukan adalah $(10\% \times 15) + 15 = 16,5$ jadi dibulatkan menjadi 17 responden. Besar sampel kelompok kasus (17 responden HIV/AIDS dengan ARV yang mengalami *lost to follow up*) dan besar sampel kelompok kontrol (17 responden pasien HIV/AIDS dengan ARV yang masih dalam perawatan).

3.3. Jenis dan Sumber Data

3.3.1. Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data primer. Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari subyek penelitian dalam hal ini adalah pasien HIV/AIDS dengan ARV.

3.3.2. Sumber Data

Teknik pengumpulan data primer dilakukan dengan menggunakan instrumen berupa kuisisioner yang ditanyakan langsung kepada responden melalui wawancara. Sebelumnya peneliti menjelaskan tujuan penelitian dan cara pengisian kuisisioner kepada responden penelitian, setelah memahami tujuan penelitian,

responden diminta menandatangani surat pernyataan kesediaan menjadi responden penelitian bagi yang bersedia berpartisipasi dalam kegiatan penelitian.

3.4. Lokasi dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Sumberjambe dan Puskesmas Sukowono. Pengumpulan data dilakukan pada Februari 2020 sampai dengan April 2020.

3.5. Definisi Operasional Variabel dan Skala Pengukuran

Definisi operasional dan skala pengukuran penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.1

Variabel	Definisi Operasional	Kriteria	Alat ukur	Skala ukur
<i>lost to follow up</i>	Kejadian <i>lost to follow up</i> pada gpasiengHIV/AIDS dengan ARV. Dikatakan <i>lost to follow up</i> apabila pasien dengan HIV/AIDS yang telah menerima terapi ARV namun tidak kembali untuk berkunjung ke klinik voluntary counselling and testing (VCT) untuk pengobatan selama 90 hari sejak kunjungan terakhir atau putus berobat selama 3 bulan berturut-turut(Odafe <i>et al.</i> , 2012)	Positif <i>lost to follow up</i> Negatif <i>lost to follow up</i> (dalam masa perawatan)	Kuisisioner	Nominal
Faktor predisposisi				
1. Pengetahuan	Tingkat pengetahuan responden HIV/AIDS mengenai dan terapi ARV yang diperoleh dari pendidikan formal maupun non formal dan di nilai dari skor jawaban benar dalam kuisisioner poin B	1. Berisiko positif: Nilai pengetahuan < 70 % 2. Berisiko negatif : Nilai pengetahuan ≥ 70% Jumlah pertanyaan: 17 Skor benar: 1 Skor salah: 0 $Nilai : \frac{total\ skor}{17} \times 100\%$	Kuisisioner	Nominal

2. Sikap	Sikap responden mengenai HIV/AIDS dan terapi ARV yang dinilai dari kuisisioner poin C	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berisiko positif: Sikap menolak Nilai sikap < 70 % 2. Berisiko negatif : Sikap mendukung Nilai sikap ≥ 70% a. Jumlah pernyataan positif = 5 Skor setuju: 1 Skor tidak setuju: 0 b. Jumlah pernyataan negatif =5 Skor setuju: 0 Skor tidak setuju: 1 $\text{Nilai} : \frac{\text{total skor}}{10} \times 100\%$	Kuisisioner	Nominal
3. Kepatuhan mengkonsumsi ARV	Kepatuhan responden dalam mengkonsumsi terapi ARV yang dinilai dari kuisisioner poin B	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berisiko positif: Tidak patuh ≤ 80% atau lebih dari 12 dosis yang tidak diminum dalam periode 30 hari 2. Berisiko negatif: Patuh: tingkat kepatuhan minum ARV > 80% atau kurang dari 12 dosis yang tidak diminum dalam periode 30 hari (Ubra, 2012) 	Kuisisioner	Nominal
Faktor pendorong				
1. Dukungan keluarga	Bantuan sokongan yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota lainnya. Dukungan ini dalam bentuk perawatan dan pengawasan pada pasien HIV/AIDS yang dinilai dari kuisisioner poin E	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berisiko positif: Tidak mendukung Nilai dukungan keluarga < 70 % 2. Berisiko negatif: Mendukung Nilai dukungan keluarga ≥ 70% a. Jumlah pernyataan positif= 3 Skor iya: 1 Skor tidak: 0 b. Jumlah pernyataan negatif=3 Skor iya: 0 Skor tidak: 1 $\text{Nilai} : \frac{\text{total skor}}{6} \times 100\%$	Kuisisioner	Nominal
2. Sikap petugas kesehatan	Pernyataan responden mengenai petugas kesehatan yang melayani pada saat konseling dan pengobatan HIV/AIDS yang dinilai dari kuisisioner poin F	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berisiko positif: Tidak mendukung Nilai sikap petugas < 70 % 2. Berisiko negatif : Mendukung Nilai sikap petugas ≥ 70% a. Jumlah pernyataan positif = 4 Skor iya : 1 Skor tidak : 0 b. Jumlah pernyataan negatif =4 Skor iya : 0 Skor tidak: 1 $\text{Nilai} : \frac{\text{total skor}}{8} \times 100\%$	Kuisisioner	Nominal

Faktor pemungkin				
1. Jarak rumah	Jarak rumah pasien ke klinik VCT terdekat dalam kilometer yang dinilai dari kuisisioner poin C	1. Berisiko positif: Jarak rumah > 10 km 2. Berisiko negatif: Jarak rumah ≤ 10 km (Shaweno, getnet, dan Fikru, 2019)	Kuisisioner	Nominal
2. Dana kesehatan	Pembiayaan pengobatan responden di fasilitas pelayanan kesehatan yang dinilai dari kuisisioner poin H	1. Berisiko positif: Biaya tidak terjangkau Nilai keterjangkauan < 70 % 2. Berisiko negatif: Biaya terjangkau Nilai keterjangkauan ≥ 70% Jumlah pernyataan biaya = 7 Skor terjangkau = 1 Skor tidak terjangkau = 0 $\text{Nilai} : \frac{\text{total skor}}{7} \times 100\%$	Kuisisioner	Nominal
3. Fasilitas tempat pelayanan kesehatan	Kelengkapan fasilitas di tempat pelayanan kesehatan yang dinilai dari kuisisioner poin I	1. Berisiko positif: Fasilitas tidak lengkap Nilai kelengkapan < 70 % 2. Berisiko negatif: Fasilitas lengkap Nilai kelengkapan ≥ 70% Jumlah pernyataan fasilitas = 7 Skor Ada = 1 Skor tidak ada = 0 $\text{Nilai} : \frac{\text{total skor}}{7} \times 100\%$	Kuisisioner	Nominal

3.6. Metode Analisis Data

1. Analisis data bivariat

Analisis data bivariat menggunakan regresi logistik sederhana. Analisis regresi logistik merupakan salah satu bagian dari analisis regresi, yang digunakan untuk memprediksi probabilitas kejadian suatu peristiwa. Atau dengan kata lain model regresi logistik digunakan untuk meramal variabel dependen berdasarkan nilai variabel bebas. Regresi logistik sederhana mempunyai satu variabel bebas dan satu variabel tergantung. Analisis bivariat berfungsi sebagai penentuan variabel independen potensial. Dimana variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$ akan dilanjutkan sebagai variabel independen dalam analisis multivariat (Lapau, 2013)

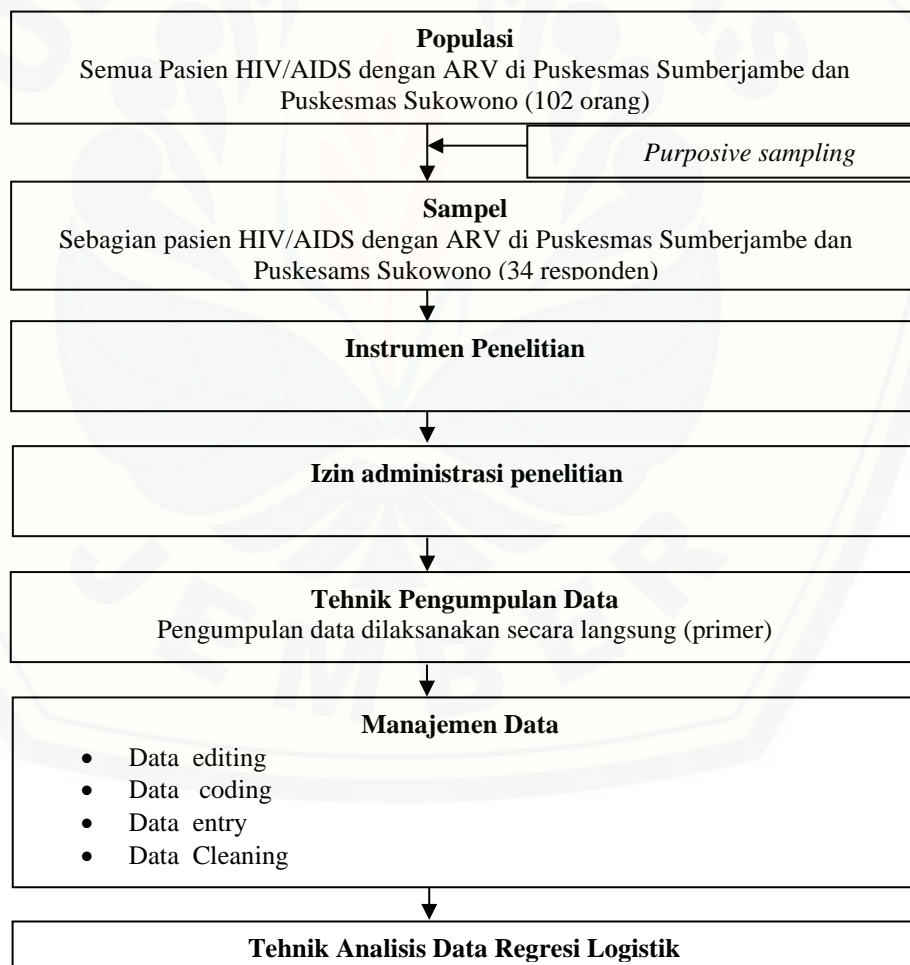
2. Analisis data multivariat

Variabel independen yang telah memenuhi syarat ($p < 0,25$) di analisis secara bersama-sama dengan menggunakan regresi logistik ganda. Model regresi

logistik ganda (*multiple logistic regression*) adalah model regresi logistik dengan lebih daripada 1 prediktor (variabel independen) yang dianalisis secara simultan. Hasil analisis dengan multivariat dengan regresi logistik menghasilkan p value masing-masing variabel. Variabel yang p valuenya $>0,05$ ditandai dan dikeluarkan satu-persatu dari model, hingga seluruh variabel yang p - valuenya $>0,05$ hilang. Pada langkah terakhir akan tampak nilai $\exp(B)$, yang menunjukkan bahwa semakin besar nilai $\exp(B)/OR$ maka makin besar pengaruh variabel tersebut terhadap variabel dependen (Lapau, 2013).

3.7. Alur Penelitian

Alur Penelitian ditunjukkan oleh Gambar 3.1.



Gambar 3.1. Skema Alur Penelitian

BAB 5. PEMBAHASAN

5.1 Faktor Predisposisi Kejadian *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS

5.1.1. Faktor kepatuhan pada Pasien HIV/AIDS

Kepatuhan terhadap terapi merupakan hal yang sangat penting bagi pasien yang mengidap penyakit HIV. Pada pasien HIV, kepatuhan yang baik merupakan hal yang penting dalam keberhasilan terapi ARV (Nyoman *et al.*, 2018). Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pasien HIV yang mengalami LFU adalah pasien yang tidak patuh (58,8%). Hasil analisa juga menunjukkan bahwa kepatuhan mengkonsumsi ARV merupakan faktor yang memengaruhi perilaku seseorang untuk menjadi *lost to follow up*. Handayani, Ahmad and Subronto, (2017) menjelaskan bahwa ODHA yang memutuskan untuk berhenti mengikuti terapi, akan memiliki risiko kematian yang lebih besar. Hal ini disebabkan sistem imun yang awalnya dikendalikan oleh terapi ARV akan menjadi semakin buruk, sehingga ODHA rentan terhadap infeksi oportunistik dan berakibat pada kematian. Penelitian Miller *et al.* (2010) menyebutkan bahwa meskipun ODHA mengetahui dan menyadari dampak yang ditimbulkan dari berhenti mengkonsumsi ARV dapat menyebabkan menurunnya kondisi kesehatannya, terdapat beberapa alasan mengapa ODHA melakukan hal tersebut, diantaranya adalah adanya efek samping serta lamanya waktu tunggu yang harus diluangkan ODHA untuk mendapatkan ARV di fasilitas kesehatan. Opio *et al.*, (2019) dalam penelitiannya juga menyebutkan stigmatisasi saat menunggu untuk mendapatkan ARV di fasilitas kesehatan membuat ODHA merasa kurang nyaman. Sejalan dengan penelitian ini dimana pada kelompok *lost to follow up*, 64,7 % responden menyatakan “saya malu berulang-ulang harus datang klinik VCT karena takut ketahuan orang lain bahwa saya telah terinfeksi HIV” serta terdapat 76,5% responden yang menyatakan “saya telah berhenti melanjutkan pengobatan HIV karena saya tahu bahwa obat-obatan HIV yang saya konsumsi menyebabkan efek samping yang tidak diinginkan”.

Gambaran karakteristik responden dalam penelitian ini menunjukkan pasien yang memiliki pekerjaan ibu rumah tangga lebih banyak (41,1%), dari pada pasien yang bekerja sebagai buruh harian, petani, wiraswasta dan ASN. Jenis pekerjaan diketahui berhubungan secara signifikan dengan kepatuhan terapi ARV (Pariaribo *et al.*, 2017). Hal ini berkaitan dengan kepercayaan diri serta rasa malu apabila diketahui oleh keluarga dan tetangga bahwa dirinya merupakan seseorang penderita HIV (Ayu, Puspita and Nurmala, 2016). Kurangnya rasa percaya diri selain berakibat menimbulkan rasa malu tetapi juga menimbulkan rasa takut menerima stigma negatif baik dari keluarga maupun tetangga. Karena pasien berusaha menutupi kondisi dirinya yang merupakan seorang penderita HIV, memungkinkan pasien untuk tidak patuh dalam menjalani pengobatan.

5.1.2. Faktor pengetahuan pada Pasien HIV/AIDS

Diketahui pasien yang memiliki pengetahuan yang baik tentang HIV/AIDS lebih banyak (52,9%) dari pada pasien yang memiliki pengetahuan kurang. Namun demikian kelompok LFU sebagian besar memiliki pengetahuan kurang. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Haroen *et.al* yang menemukan fakta bahwa salah satu alasan ODHA mengalami LFU karena pengetahuan yang tidak benar. Pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi yang memengaruhi kepatuhan seseorang terhadap pengobatan yang dijalani. (Haerati *et al.*, 2018).

Gambaran karakteristik responden dalam penelitian ini menunjukkan pasien yang memiliki tingkat pendidikan SD lebih banyak (44,1%) dari pada pasien yang memiliki tingkat pendidikan tidak tamat SD, SMP, SMA dan PT. Sedangkan prosentase pasien yang memiliki pengetahuan kurang sebesar 47,1%. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya tingkat pendidikan diketahui berhubungan secara signifikan dengan peningkatan pengetahuan ODHA tentang HIV/AIDS. Dimana semakin tinggi tingkat pendidikan semakingbaikpula tingkat pengetahuannya, demikian pula sebaliknya (Oktarina, Hanafi and Budisuari, 2009; Wahyuni and Ronoatmodjo, 2017). Kurangnya pengetahuan dapat menyebabkan tingkat kepatuhan rendah yang selanjutnya bisa meningkatkan

risiko resistansi untuk ARV (Haroen *et al.*, 2017). Mahardining (2010) menambahkan, pasien HIV yang mempunyai pengetahuan lebih akan merubah perilakunya sehingga kualitas hidup mereka menjadi lebih baik.

5.1.3. Faktor sikap pada Pasien HIV/AIDS

HIV/AIDS merupakan penyakit seumur hidup dan harus dihadapi dengan sikap positif penderitanya. Semakin positif sikap penderita terhadap pengelolaan HIV/AIDS, maka semakin baik praktik ODHA dalam mengikuti pengelolaan HIV/AIDS sehingga virus HIV semakin terkontrol. Jika penderita tidak mempunyai sikap yang positif terhadap pengelolaan HIV/ AIDS, maka dapat terjadigkomplikasi baik akut maupun kronis dan pada akhirnya akan menimbulkan kematian (Nisari, 2016).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok LFU memiliki prosentase sikap negatif yang lebih besar dibandingkan dengan prosentase sikap mendukung (positif). Setelah didiagnosa HIV positif, seseorang dapat mengalami kekecewaan, kesedihan, ketakutan, putus asa, kurangnya kesadaran, dan rasa sakit. Bahkan dalam beberapa kasus dapat menyebabkan frustrasi dan depresi(Arias-Colmenero *et al.*, 2020). Apabila seseorang belum dapat menerima tentang penyakit yang dideritanya sehingga berpotensi untuk melakukan *lost to follow-up* terhadap pengobatan ARV (Manowati, Purwaningsih and Bakar, 2019). Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini yang menyatakan bahwa sikap pasien terhadap terapi ARV berpengaruh terhadap kejadian *lost to follow up*. Selain itu karakteristik responden yaitu tingkat pendidikan diketahui dapat memengaruhi sikap orang dengan HIV/AIDS, dimana seseorang yang tingkat pendidikan yang rendah cenderung memiliki sikap yang negatif diantara orang-orang dengan HIV/AIDS (Iqbal *et al.*, 2019). Sesuai dengan penelitian ini dimana sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan sekolah dasar, sehingga berpotensi dalam memengaruhi sikap responden terhadap terapi ARV.

5.2 Faktor pendorong *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS

5.2.1. Faktor dukungan keluarga pada Pasien HIV/AIDS

Hasil menunjukkan pasien yang mengalami LFU memiliki prosentase dukungan keluarga yang lebih rendah dibanding pasien yang tidak LFU. Dukungan keluarga diperlukan untuk mendorong keberhasilan pengobatan ODHA. Sebagian besar ODHA membutuhkan keluarga untuk menemani mereka mengunjungi klinik VCT dalam rangka pengobatan. Selain itu, keluarga berperan untuk memantau dan mengawasi pasien serta menyemangati ODHA (Cherry *et al.*, 2018). Dukungan keluarga dapat berupa sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sedang sakit (Novrianda, Nurdin and Ananda, 2018). Hasil penelitian Xu *et al.* (2017), yang menyebutkan bahwa dukungan keluarga yang sangat terbatas ditemukan berkontribusi pada kualitas hidup ODHA, yang cenderung meningkat secara signifikan saat pengobatan ARV berlanjut.

Persentase responden pada kelompok LFU yang menyatakan bahwa anggota keluarga yang tidak mendukung sebesar 35,3%, kondisi ini tidak jauh berbeda dengan kelompok LFU dengan persentase responden yang tidak menerima dukungan keluarga sebesar 23,5%. Responden menyatakan bahwa keluarga mereka tidak mengetahui bahwa mereka adalah seorang HIV-positif, sehingga keluarga tidak tahu bahwa mereka harus menjalani pengobatan. Hal tersebut mereka lakukan karena mereka takut menerima label negatif, takut dikucilkan, dan takut dijauhi keluarganya. Alasan lainnya adalah apabila ada keluarga yang sudah mengetahui bahwa mereka seorang HIV positif maka keluarga mulai menjauhi dan tidak peduli terhadap kondisinya. Kondisi yang dialami oleh beberapa responden baik LFU maupun tidak LFU tersebut merupakan sebuah bentuk ketakutan menerima diskriminasi bahkan ada yang telah menerima diskriminasi dari keluarganya. Hasanah dan Herani (2012) menjelaskan bahwa beberapa bentuk diskriminasi yang diterima oleh ODHA adalah penolakan keluarga (dijauhi keluarga), pemisahan peralatan makan, dikucilkan, dan penolakan dari lingkungan sekitar. Diskriminasi ini terjadi karena adanya ketakutan lingkungan akan tertular penyakit HIV dan AIDS.

Berdasarkan uraian tersebut diketahui bahwa baik kelompok LFU maupun tidak LFU, keduanya memiliki kondisi yang hampir sama. Oleh sebab itu hasil analisis menunjukkan faktor dukungan keluarga bukan merupakan faktor yang memengaruhi perilaku seseorang untuk menjadi *lost to follow up*.

5.2.2. Faktor sikap petugas kesehatan pada Pasien HIV/AIDS

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sikap petugas kesehatan tidak memengaruhi kejadian LFU. Hal ini ditunjukkan dengan prosentase sikap petugas kesehatan yang sama-sama tinggi pada kelompok LFU dan kelompok yang tidak LFU dan dibuktikan dengan nilai $p > 0.05$. Sikap petugas kesehatan terhadap pasien HIV sebagian besar sudah positif hal ini dapat disebabkan karena Kementerian Kesehatan telah melakukan beberapa kegiatan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV, salah satu diantaranya adalah peningkatan kemampuan klinis melalui TOT fasilitator dan pelatihan bagi petugas kesehatan yang terdiri dari pelatihan tes HIV bagi petugas laboratorium, pelatihan konselor HIV, pelatihan program pencegahan penularan hiv dari ibu ke anak (Kemenkes RI, 2015). Dimana pelatihan-pelatihan tersebut berpotensi meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan tenaga kesehatan sehingga sebagian besar dari mereka memiliki sikap yang positif pada pasien HIV/AIDS. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa sikap terhadap ODHA secara signifikan berbeda antara perawat yang memiliki pelatihan HIV dan yang tidak (Waluyo, Nova and Edison, 2011).

Sesuai dengan etika dan kewajiban petugas kesehatan maka setiap pasien HIV/AIDS layak untuk mendapatkan perawatan yang manusiawi dan tidak dibeda-bedakan atau menerima diskriminasi (Murni *et al.*, 2016). Stigma dan diskriminasi merupakan permasalahan serius dalam upaya pencegahan, perawatan, dan pengobatan pasien HIV/AIDS. Stigma terkait HIV dalam pelayanan kesehatan dapat menghambat ODHA dalam proses mencari perawatan jika sebelumnya pernah mengalami perlakuan yang tidak diharapkan (Wilandika, 2019). Penelitian (Rahmadhani, 2018) yang menunjukkan bahwa peran petugas VCT berhubungan dengan perilaku ODHA dalam pemanfaatan layanan HIV.

Dimana stigma dan diskriminasi HIV/AIDS yang mereka terima di fasilitas kesehatan menjadi hambatan dalam kemajuan upaya pencegahan epidemic HIV dan bahkan dapat menurunkan intervensi untuk mereduksi penyebaran infeksi HIV (Wilandika, 2019).

5.3 Faktor pemungkin *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS

5.3.1 Faktor jarak rumah pasien HIV/AIDS

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jarak rumah tidak memengaruhi kejadian LFU. Hal ini ditunjukkan dengan prosentase jarak rumah (> 10 km) ke fasilitas kesehatan yang sama-sama tinggi pada kelompok LFU dan kelompok yang tidak LFU dan dibuktikan dengan nilai $p > 0.05$. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Boro, Paun and Pellokila (2018) yang menunjukkan bahwa tidak ada asosiasi antara jarak rumah ke fasilitas kesehatan dengan kejadian *lost to follow up*.

Pane *et al.*(2018) memang menyebutkan bahwa jarak menjadi salah satu karakteristik yang berkaitan dengan keteraturan ODHA dalam mengunjungi fasilitas kesehatan. Namun demikian Wulandari (2015) dalam hasil penelitiannya menyebutkan bahwa salah satu faktor yang memengaruhi kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan yaitu karakteristik pasien. Dimana pasien yang datang menggunakan kendaraan pribadi lebih rutin datang setiap bulan, dibandingkan dengan yang tidak memiliki kendaraan pribadi. Berkaitan dengan moda transportasi yang digunakan, 3 dari 17 orang pada kelompok *lost to follow up* menyatakan bahwa meskipun jarak rumah mereka dekat dengan fasilitas kesehatan mereka tidak melanjutkan pengobatan karena salah satu yang menjadi alasan mereka adalah tidak memiliki kendaraan pribadi.

Handayani *et.,al* (2017) menyebutkan bahwa jarak tempuh juga berkaitan dengan kondisi geografis, dimana medan yang sulit dilalui juga akan memengaruhi akses ke tempat pelayanan kesehatan. Namun demikian kondisi geografis puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe relatif sama, dimana jalan-jalan desanya tidak seluruhnya beraspal namun dapat diakses dengan baik oleh kendaraan roda dua maupun roda empat. Dengan kondisi geografi yang

relatif sama-sama mudah diakses menyebabkan jarak tempuh dalam penelitian ini bukan merupakan faktor yang memengaruhi kejadian *lost to follow up*.

5.3.2 Faktor pembiayaan kesehatan pasien HIV/AIDS

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor pembiayaan tidak memengaruhi kejadian LFU. Hal ini ditunjukkan dengan pembiayaan sama-sama terjangkau baik pada kelompok LFU maupun kelompok yang tidak LFU dan dibuktikan dengan nilai $p > 0.05$. Dukungan pelayanan kesehatan yang diterima ODHA adalah dalam bentuk tempat pelayanan kesehatan, pengobatan dan laboratorium, dan pembiayaan kesehatan (Setyoadi, 2013). Hasil survey karakteristik pasien menunjukkan bahwa pembiayaan responden telah dicover oleh pemerintah karena sebagian besar responden menggunakan BPJS. Dimana persentase responden yang menggunakan BPJS pemerintah sebanyak 76,4% dan BPJS mandiri sebanyak 11,8%. Sehingga besarnya pembiayaan pengobatan tidak lagi menjadi beban responden sehingga tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap terjadinya LFU.

Kepatuhan dikaitkan dengan beban ekonomi yang harus ditanggung pada pengobatan yang bersifat seumur hidup bagi gpasieng HIV yang tidak memiliki jaminan kesehatan (Handayani, Ahmad and Subronto, 2017). Namun hasil penelitian menunjukkan bahwa pembiayaan bukan merupakan faktor yang memengaruhi perilaku seseorang untuk menjadi LFU. Hal ini disebabkan karena salah satu kendala yang dihadapi dalam penggunaan jaminan kesehatan yang memengaruhi kepatuhan pasien berhubungan dengan sistem layanan kesehatan itu sendiri (Handayani, Ahmad and Subronto, 2017). Sehingga dapat disimpulkan bahwa pembiayaan terjangkau tanpa disertai dengan sistem layanan kesehatan yang baik juga berpotensi untuk menjadi kendala yang dapat memengaruhi kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan.

5.3.3 Faktor fasilitas kesehatan pasien HIV/AIDS

Penelitian ini menunjukkan bahwa faktor fasilitas kesehatan tidak memengaruhi kejadian LFU. Hal ini disebabkan karena sebagian besar (58,8%)

pasien HIV/AIDS yang menjadi sampel penelitian menyatakan bahwa Puskesmas memiliki fasilitas yang lengkap dan dibuktikan dengan nilai $p > 0.05$. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1507 Tahun 2005 menyebutkan bahwa sarana pelayanan konseling dan testing HIV/AIDS terdiri dari papan nama, ruang tunggu, jam kerja layanan, ruang konseling, ruang pengambilan darah, ruang petugas dan ruang laboratorium. Hasil survey dilapangan menunjukkan bahwa baik Puskesmas Sukowono maupun Puskesmas Sumberjember telah memenuhi syarat untuk dilakukan pelayanan konseling dan testing HIV/AIDS. Sehingga kelengkapan sarana pelayanan HIV/AIDS tidak memberikan pengaruh yang signifikan dalam hasil penelitian ini.

Kondisi kedua Sutriani (2013) menyampaikan bahwa penampilan fisik seperti peralatan serta personil yang mencakup kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan, penataan eksterior dan interior, kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai, kerapian dan kebersihan penampilan petugas berdampak pada tingkat kepuasan pasien, sehingga pasien akan kembali untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. artinya akses layanan kesehatan bukan hanya ditunjukkan dengan adanya peningkatan jumlah (kuantitas) tetapi juga kualitas fasilitas kesehatan (Ridwan and Saftarina, 2015). Coly *et al.*, (2014) menyebutkan kualitas sistem pelayanan kesehatan berkaitan dengan fasilitas waktu yang diberikan, waktu tunggu serta kemudahan dalam menemui petugas kesehatan.

5.4 Faktor resiko yang dominan pada kejadian *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS

Faktor resiko dominan pada kejadian *lost to follow up* pada pasien HIV/AIDS dapat diketahui dengan menggunakan analisis multivariat yaitu regresi logistik berganda. Hasil analisis menunjukkan bahwa kepatuhan, tingkat pengetahuan serta sikap responden mengenai HIV/AIDS dan terapi ARV memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kejadian *lost to follow up*. Temuan ini sesuai dengan teori dari Lawrence Green yang menyebutkan bahwa perilaku kesehatan didorong oleh adanya pengetahuan, kepercayaan, dan sikap (Green, 2006). Selain itu Windsor (2015) juga menyebutkan faktor predisposisi

perilaku seseorang berkaitan dengan aspek kognitif dan afektif seperti pengetahuan, kepercayaan, perasaan, nilai serta tingkat kepercayaan diri. Nilai odds rasio yaitu risiko terjadinya *lost to follow up* karena tingkat pengetahuan yang kurang adalah 19,245 kali lebih besar dibandingkan dengan terjadinya *lost to follow up* karena tingkat pengetahuan yang baik. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Haerati *et al.*(2018) dan Haroen *et al.*, (2017), yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi yang memiliki pengaruh terhadap kepatuhan seseorang dalam menjalani pengobatan. Dimana kurangnya pengetahuan dapat berdampak pada tingkat kepatuhan rendah. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa nilai odds rasio terjadinya *lost to follow up* karena tidak patuh dalam mengkonsumsi ARV adalah 30,768 kali lebih besar dibandingkan dengan terjadinya *lost to follow up* karena patuh dalam mengkonsumsi ARV.

Hasil penelitian ini juga menjelaskan bahwa sikap petugas kesehatan tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kejadian *lost to follow up*. Temuan ini bertolak belakang dengan hasil penelitian Mpinganjira *et al.*(2020) yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang berkontribusi dalam kejadian *lost to follow up* adalah sistem kesehatan termasuk didalamnya buruknya sikap petugas kesehatan. Petugas/tenaga kesehatan, baik dilihat dari ketersediaan, kecukupan, sikap, maupun perilakunya, termasuk dalam faktor yang memperkuat (reinforcing factors) seseorang untuk berperilaku tertentu, dalam hal ini perilaku/tindakan penderita HIV/AIDS untuk melakukan pengobatan. Namun demikian Hadiyati *et al.* (2017) menyebutkan pelayanan kesehatan yang berkualitas berdasar atas harapan pasien bukan hanya sikap petugas tetapi juga berhubungan dengan kualitas pelayanan medis, pelayanan administrasi, keamanan pelayanan, kepercayaan terhadap tempat pelayanan kesehatan, akses, kesetaraan dan transparansi informasi.

Diketahui bahwa faktor dominan yang memengaruhi terjadinya *lost to follow up* pada penelitian ini adalah sikap responden mengenai HIV/AIDS dan terapi ARV. Dimana nilai odds rasio terjadinya *lost to follow up* karena sikap yang menolak adalah 34,798 kali lebih besar dibandingkan dengan terjadinya *lost*

to follow up karena sikap yang mendukung. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Coly *et al.*, (2014) dimana sikap tentang HIV/ARV menjadi faktor dominan yang berhubungan dengan status *lost to follow up*. Jadi semakin positif sikap penderita terhadap pengelolaan HIV/AIDS, maka semakin baik praktik penderita HIV/ AIDS dalam mengikuti pengelolaan HIV/ AIDS sehingga virus HIV semakin terkontrol (Nisari, 2016).

Faktor pengetahuan diketahui memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kejadian *lost to follow up*, namun demikian bukan menjadi faktor dominan. Lusi, Utami dan Nauli (2014)k menyebutkan terbentuknya perilaku baru dimulaik dari domain kognitif dalam arti subjek atau individu mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus berupa materi atau objek diluarnya, yang menimbulkan pengetahuan baru pada individu sehingga terbentuk respon batin yang tampak dalam sikap individu terhadap objek yang diketahuinya tersebut. Dibandingkan dengan sikap, faktor pengetahuan memberikan pengaruh yang lebih kecil terhadap perilaku *lost to follow up*. Faktor sikap menjadi lebih dominan disebabkan karena sikap berada di tempat yang sentral dalam kaitannya dengan tindakan manusia, sikap dapat dikatakan sebagai fungsi keyakinan. Seseorang yang yakin bahwa tindakan yang akan dilakukan menimbulkan dampak positif pada dirinya, ia akan bersikap cenderung melakukan tindakan tersebut. Demikian pula sebaliknya jika ia yakin tindakan yang akan dilakukan berdampak negatif pada dirinya, ia bersikap menolak melakukan tindakan tersebut (Zuchdi, 1995).

Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua macam yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal merupakan karakteristik dari orang yang bersangkutan yang bersifat bawaan seperti sifat, kepribadian, bakat, dan kecerdasan. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi dan politik (Maulana, 2009). Termasuk dalam faktor eksternal diantaranya adalah faktor pembiayaan, fasilitas kesehatan, jarak rumah, dukungan sosial baik dari keluarga maupun petugas kesehatan. Penelitian ini menemukan fakta bahwa faktor internal lebih dominan dalam memengaruhi perilaku seseorang. Hasil ini sejalan dengan penelitian Sri dan Septiawan (2019) yang menyebutkan bahwa faktor internal yaitu sikap dan motivasi merupakan faktor

dominan yang dapat memengaruhi perilaku pencegahan HIV/AIDS dikalangan Wanita Pekerja Seksual (PSK)

Perlu adanya strategi komunikasi interpersonal yang efektif dengan ODHA, dengan harapan dapat membangun kepercayaan dalam diri ODHA sehingga akan memperbaiki sikap yang kemudian akan berpengaruh terhadap keberlanjutan pengobatan (atau tidak memutuskan untuk *lost to follow up*). Huda *et al* (2019) menyebutkan lima sikap positif untuk mendukung efektifitas komunikasi interpersonal yang terjadi yaitu keterbukaan, empati, dukungan, sikap positif dan kesetaraan. Harsono *et al.*(2017) menambahkan bahwasannya kepercayaan dan norma subyektif berpengaruh pada sikap. Selanjutnya kepercayaan, sikap, dan norma subyektif berpengaruh pada niat dalam berperilaku.

Keterbatasan dalam penelitian ini berkaitan dengan item pertanyaan dari kuisisioner. Sebagian responden lupa mengenai hal-hal yang ditanyakan dalam kuisisioner, sehingga masih perlu dibimbing dan diyakinkan. Selain itu item pertanyaan didalam kuisisioner merupakan pertanyaan tertutup sehingga responden tidak leluasa dalam mengungkapkan alasan mengenai faktor-faktor apa saja yang menyebabkan terjadinya *lost to follow up*, mengingat faktor internal diketahui merupakan faktor yang lebih dominan dibandingkan dengan faktor eksternal dalam memengaruhi terjadinya *lost to follow up*.

BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Faktor kepatuhan, pengetahuan dan sikap merupakan faktor risiko yang terbukti memengaruhi terjadinya *lost to follow up*. Dari ketiga faktor risiko tersebut faktor sikap menjadi faktor paling dominan yang memengaruhi kejadian *lost to follow up* dengan nilai odds ratio sebesar 34,798. Artinya terjadinya *lost to follow up* karena sikap yang menolak adalah 34,798 kali lebih besar dibandingkan dengan terjadinya *lost to follow up* karena sikap yang mendukung.

6.2 Saran

Perlu dilakukan pengkajian menggunakan instrument dengan pertanyaan terbuka sehingga mendapat gambaran yang lebih luas dan menyeluruh mengenai semua hal yang berkaitan dengan faktor risiko yang memengaruhi kejadian *lost to follow up*.

DAFTAR PUSTAKA

- Alwi, I., Sudoyo, A., Simadribata, M. dan Setiyohaci, B. 2017. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Interna Publishing.
- Arias-Colmenero, T., Pérez-Morente, M. Á., Ramos-Morcillo, A. J., Capilla-Díaz, C., Ruzafa-Martínez, M. dan Hueso-Montoro, C. 2017. Experiences and Attitudes of People with HIV/AIDS: A Systematic Review of Qualitative Studies. *International journal of environmental research and public health*. 17(2): 639.
- Ayu, N., Puspita, D. dan Nurmala, I. 2016. Dukungan Sosial Terhadap Konsumsi Arv Ibu Rumah Tangga Penderita Hiv Di Surabaya'. *Jurnal Promkes*. 4(2): 165–176.
- Bachrun, E. 2017. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)'. *Journal Elektronik*. 7:57–061.
- Dachlan, U. 2014. *Panduan Lengkap Structural Equation Modeling Tingkat Dasar*. Lentera Ilmu.
- Dinkes Jember .2019. *Program Pencegahan Dan Pengendalian Hiv/Aids Di Kabupaten Jember*. Jember.
- Duli, N. 2019. *Metodologi Penelitian Kuantitatif: Beberapa Konsep Dasar Untuk Penulisan Skripsi & Analisis Data dengan SPSS*. Deepublish Publisher.
- Ganiswara, S., R. Setiabudi, U. Sjamsuddin, dan Z. . Bustani. 2016. Farmakologi dan terapi. edisi iv, farmakologi fk ui : jakarta. *Bagian Farmakologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*
- Gita Dewita, A. B. B. 2016. Pendekatan Diagnostik dan Penatalaksanaan Pada Pasien Diagnostic and Treatment Approaches in Patients with HIV-', *J Medula Unila*, 6(1): 56–61.
- Green, L. 2006 'A Framework for Planning and Evaluation: PRECEDE-PROCEED. Evolution and Application of the Model', *10Es Ans Journees De Sante Publique*, 1:1–4.
- Haerati H., Asrina A., Suriah S., dan Gobel F.A. 2018. Loss To Follow Up Pada Orang Dengan Hiv Dan Aids Yang Menerima Terapi Antiretroviral Di

Kabupaten Bulukumba. *Sinergitas Multidisiplin Ilmu Pengetahuan dan Teknologi*. 1.

Handayani, L., Ahmad, R. A. dan Subronto, Y. W. 2017 .Faktor risiko loss to follow up terapi ARV pada pasien HIV. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 33(4): 173.

Haroen, H., Puspitasari, T.S., Borne, B.V.D. dan Mambangari, C.W. 2017. Lost To Follow-Up : Reasons and True Outcome for Patients on Arv Treatment in Teratai Clinic Bandung Indonesia. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 3(1): 25.

Iqbal S., Maqsood S., Zafar A., Zakar R., Zakar M.Z. dan Fischer F. 2019. Determinants of overall knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS transmission among ever-married women in Pakistan: evidence from the Demographic and Health Survey 2012-13. *BMC Public Health*. 19(1):793.

Kemenkes. 2015. *Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan Hiv Dan Sifilis Dari Ibu Ke Anak Bagi Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kemenkes. 2019. *Laporan Perkembangan Hiv Aids Dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS)*. Jakarta.

Kemenkes RI .2015. *Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak*. 1st edn. jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Ibu dan Anak.

Kuntoro .2010. *Metode Sampling dan Penentuan Besar Sampel*. Surabaya: Pustaka Melati.

Lapau. 2013. *Metode Penelitian Kesehatan Metode Ilmiah Penullisan Skripsi, Tesis dan Disertasi*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.

Lusi, I., Utami, G. T. dan Nauli, F. A. (2014) ‘Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Tentang Penyakit Filariasis Dengan Tindakan Masyarakat Dalam Pencegahan Filariasis’, *Jurnal Online Mahasiswa*, 1(2).

Manowati, L., Purwaningsih dan Bakar, A. 2019. Persepsi Pasien HIV/AIDS Menjadi Penyebab Lost to Follow Up Terapi ARV. *Critical Medical And Surgical Nursing Journal*. 8(1): 31–40.

Marlinda, Y. dan Azinar, M. 2017. Perilaku Pencegahan Penularan HIV/AIDS. *Journal of Health Education*. 2(2): 192–200.

- Maulana, H. 2009. *Promosi Kesehatan*. 1st edn. Jakarta: EGC.
- Murni, S. 2016. *Pasien berdaya*. 2nd edn. Jakarta: Yayasan Spiritia.
- Mustamu, A.C., Nurdin, M. dan Pratiwi, I.G. 2019. Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pada Orang Dengan HIV dan AIDS. *Jurnal Kesehatan Prima*. 13(1): 76-84.
- Nisari, N. 2016. Pengaruh Perilaku Keteraturan Terapi Arv Pada Pasien Hiv/Aids Terhadap Pencegahan Penularan Keluarga Beresiko (OHIDHA) Di IPPI Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Formil (Forum Ilmiah) KesMas Respati*. 1(2): 79–86.
- Notoatmodjo, S. 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novrianda, D., Nurdin, Y. and Ananda, G. 2018. Dukungan Keluarga Dan Kualitas Hidup Orang Dengan Hiv/Aids Di Lantera Minangkabau Support. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*. 1(1): 26.
- Odafe, S., Idoko, O., Badru, T., Aiyenigba, B., Suzuki, C., Khamofu, H., Onyekwena, O., Okechukwu, E., Torpey, K., dan Chabikuli, O. N. 2012. Patients' demographic and clinical characteristics and level of care associated with lost to follow-up and mortality in adult patients on first-line ART in Nigerian hospitals. *Journal of the International AIDS Society*. 15(2): 17424.
- Oktarina, Hanafi, F. dan Budisuari, M. A. 2009. Hubungan Antara Karakteristik Responden , Keadaan Wilayah Dengan Pengetahuan , Sikap Terhadap HIV / AIDS Pada Masyarakat Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 12(4).
- Omair, A. 2016. Selecting the appropriate study design: Case-control and cohort study designs. *Journal of Health Specialties*. 4(1): 37.
- Pariaribo, K. *et al.* (2017) 'Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi Antiretroviral (ARV) pada Pasien HIV/AIDS di RSUD Abepura Jayapura', 2(1), pp. 7–16.
- Public Health of Western Australia .2013. *HIV / AIDS*. Western Australia: Communicable Disease Control Directorate Departement of Health.
- Rahmadhani, D. Y. 2018. Hubungan Pengetahuan Tentang Hiv/Aids, Sikap Dan Peran Petugas Kesehatan Dalam Pemanfaatan Layanan Konseling Dan Test HIV/AIDS Pada GWL (Gay, Waria, Lelaki Suka Lelaki) Di LSM

- MWGI Kota Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*. 7(1): 55.
- Rahmawati, M. 2019. *Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia dalam Ancaman RKUHP*. Jakarta: Institute for Criminal Justice Reform (ICJR).
- Ridwan, I. dan Saftarina, F. 2015. Pelayanan Fasilitas Kesehatan: Faktor Kepuasan dan Loyalitas Pasien. *Jurnal Majority*, 4(9): 20–26.
- Rosiana, A. dan Sofro, M. 2014. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Lost To Follow-Up Pada Pasien Hiv/Aids Dengan Terapi Arv Di Rsup Dr Kariadi Semarang. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*. 3(1): 111495.
- Schöni-Affolter, F., Keiser, O., Mwango, A., Stringer, J., Ledergerber, B., Mulenga, L., Bucher, H. C., Westfall, A. O., Calmy, A., Boule, A., Chintu, N., Egger, M., dan Chi, B. H. 2011. Estimating loss to follow-up in HIV-infected patients on antiretroviral therapy: the effect of the competing risk of death in Zambia and Switzerland. *PloS one*. 6(12): e27919.
- Setyoadi. 2013. Pengalaman odha mendapatkan dukungan sosial dalam menjalani kehidupan sehari-hari di malang raya. *Jurnal Ners*. 8(2): 240–252.
- UNAIDS. 2019. *Global Hiv Statistics*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf. diakses tanggal 11 November 2019.
- Sopiah, S. 2010. *Metodologi Penelitian Pendekatan Praktis dalam Penelitian*. Yogyakarta: ANDI OFFSET.
- Setiati, S., K. M. Simadibrata, I. Alwi, B. Setiyohadi, dan A. W. Sudoyo. 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I Edisi VI. Ilmu Penyakit Dalam*.
- Sri, U. 2018. HIV / AIDS Dalam Sustainable Development Goals (SDGs): Insiden , Permasalahan dan Upaya Ketercapaian di Indonesia. *Jurnal Fmipa*. pp. 117–137.
- Sugiharti. 2014. Gambaran Kepatuhan Orang Dengan Hiv-Aids (Odha) Dalam Minum Obat ARV Di Kota Bandung, Provinsi Jawa Barat, Tahun 2011-2012. *Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes*. pp. 1–11.
- Suhaimi, D. and Savira, M. 2009. Pencegahan Dan Penatalaksanaan Infeksi Hiv/Aids Pada Kehamilan. *Majalah Kedokteran Bandung*. 41(2): 1–7.
- Veronica. 2016. *Infeksi Human Immunodeficiency Virus Dan Acquired Immunodeficiency Syndrome*. Program Pendidikan Dokter Spesialis I,

Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin Fakultas Kedokteran Unud/Rs Sanglah Denpasar

- Wardani, N.T. 2018. Prediktor Kepatuhan Pengguna Antiretroviral Pada Orang Dengan Hiv / Aids Lelaki Seks Dengan Lelaki Di Klinik Bali Medika Tahun 2013 & 2014. *E-Jurnal Medika Udayana*. 7(9).
- Wahyuni, S. and Ronoatmodjo, S. 2017. Hubungan Antara Pengetahuan HIV / AIDS Dengan Sikap Penolakan Terhadap Orang Dengan HIV / AIDS (ODHA) Pada Masyarakat Indonesia (Analisis Lanjut Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia. 8(1): 41–52.
- Waluyo, A., Nova, P. A. dan Edison, C. 2011. Perilaku Perawat Terhadap Orang Dengan HIV / AIDS', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 14(2): 127–132.
- Wilandika, A. 2019. Penilaian Petugas Kesehatan pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) pada Salah Satu Puskesmas di Bandung. *Jurnal Keperawatan*, 10: 7–15.
- Windsor, R. 2015. *Evaluation of Health Promotion-Disease Prevention Programs: Improving Population Health Through Evidenced-Based Practices*. New York: Oxford University Press.
- Zuchdi, D. 1995. Pembentukan Sikap. *Jurnal Cakrawala Pendidikan*. 3(3): 51–63.
- Zürcher, K., Mooser, A., Anderegg, N., Tymejczyk, O., Couvillon, M. J., Nash, D. dan Egger, M. 2017. Outcomes of HIV-positive patients lost to follow-up in African treatment programmes. *Tropical medicine & international health : TM & IH*. 22(4): 375–387.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan Etik



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
KOMITE ETIK PENELITIAN
Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877 Jember
68121 – Email : fk_unej@telkom.net

KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVA

Nomor : 1.427 /H25.1.11/KE/2020

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University. With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :

FAKTOR RISIKO KEJADIAN *LOST TO FOLLOW UP* PADA PENDERITA HIV YANG MENJALANI PENGOBATAN ARV DI PUSKESMAS SUMBERJAMBE DAN PUSKESMAS SUKOWONO

Nama Peneliti Utama : Jona Davi Kamal Haj.
Name of the principal investigator

NIM : 162010101051

Naraha Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Name of institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above mentioned proposal.

Jember, 23 Juli 2020 - 13/20
Ketua Komisi Etik Penelitian



dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Lampiran 2 Surat Izin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

JL. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624 JSC FAI: (0331) 425222
Website : dinkes.jemberkab.go.id, E-mail : dinas.kesehatan@jemberkab.go.id

JEMBER

Kode Pos 68111

Jember, 24 Juli 2020

Nomor : 440/24100/311/2020
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr. Kepala Bidang Pencegahan dan P2
Dinas Kesehatan Kab. Jember
Plt. Kepala Puskesmas Sumberjambe
Plt. Kepala Puskesmas Sukowono
di

JEMBER

Menindak lanjuti Surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/926/415/2020, Tanggal 23 Juli 2020, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap Saudara dapat memberikan Data seperlunya kepada :

Nama : Jona Davi Kamal Haj / 162010101051
NIM :
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian, Terkait:
Faktor Resiko Kejadian Lost Up pada Penderita HIV yang
Menjalani Pengobatan ARV di Puskesmas Sumberjambe dan
Puskesmas Sukowono
Waktu Pelaksanaan : 24 Juli 2020 s/d 24 Agustus 2020

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan & melakukan social distancing
4. **Menyerahkan hasil kegiatan studi terkait dalam bentuk Softcopy / CD ke Sub Bag Perencanaan dan Pelaporan Dinas Kesehatan Kab. Jember**

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.
Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Plt. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
Ka. Bid. Sumber Daya Kesehatan



Dyah Kusworini Indriaswati, SKM, M.Si
Pembina
NIP. 19680929 199203 2 014

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

Lampiran 3 Surat Rekomendasi Penelitian



**PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -

J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/926/415/2020

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Permendagri RI Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Permendagri RI Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat Ketua Komite Etik Penelitian Universitas Jember tanggal 23 Juli 2020 Nomor : 1427/H25.1.11/KE/2020 perihal Rekomendasi

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Jona Davi Kamal Haj. / 162010101051
- Instansi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
- Alamat : Jln. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
- Keperluan : Mengadakan penelitian dengan judul : "Faktor Risiko Kejadian Lost Up pada Penderita HIV Yang Menjalani Pengobatan ARV di Puskesmas Sumberjambe dan Puskesmas Sukowono"
- Lokasi : ▪ Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
▪ Puskesmas Sumberjambe dan Sukowono
- Waktu Kegiatan : Juli s/d Agustus 2020

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 23-07-2020

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK


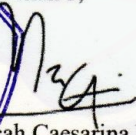
KABUPATEN JEMBER

Kapit. Kajian Strategis dan Politik



- Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Ketua Komite Etik Penelitian Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan.

Lampiran 4 Surat Rekomendasi Bebas Plagiasi

	KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN UNIVERSITAS JEMBER FAKULTAS KEDOKTERAN Jalan Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto. Kotak Pos Jember 68121 Telepon (0331) 337877, 324446, Faksimile (0331) 337877 Laman: fk.unej.ac.id Email: fk@unej.ac.id
<hr/> SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI Nomor : 2 4 4 2 /UN25.11/ET/2020	
<p>Komisi Bimbingan KTI dan Publikasi, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya peningkatan kualitas dan originalitas karya tulis ilmiah mahasiswa berupa skripsi, telah melakukan pemeriksaan plagiasi atas skripsi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember di bawah ini:</p>	
Nama : Jona Davi Kamal Haj NIM : 162010101051 Angkatan : 2016 Judul Skripsi : Faktor Risiko Kejadian <i>Lost To Follow Up</i> pada Penderita Hiv yang Menjalani Pengobatan ARV di Puskesmas Sumberjambe dan Puskesmas Sukowono	
<p>Bersama ini bahwa hasil uji turnitin kami menyatakan "Bebas Plagiasi" Demikian surat rekomendasi ini dibuat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.</p>	
<p>Mengetahui, Wakil Dekan I,</p>  Ancah Caesarina Novi M. Ph.D. NIP. 198203092008122002	<p>Jember, 13 OCT 2020 Komisi Bimbingan KTI dan Publikasi Ketua,</p>  Dr. dr. Yunita Armiyanti, M.Kes. NIP 197406042001122002

Lampiran 5 SOP Pengambilan Data

SOP Pengambilan Data Dari Responden

- a. Melakukan diskusi dengan kepala Puskesmas dan pemegang program HIV guna menentukan waktu pelaksanaan penelitian
- b. Peneliti mengunjungi kediaman masing-masing responden bersama petugas kesehatan pemegang program HIV
- c. Peneliti memberikan masker dan *handscone* kepada responden
- d. Peneliti mengatur jarak terhadap responden minimal 1 meter
- e. Petugas kesehatan memberikan penjelasan maksud dan tujuan kegiatan yang akan dilakukan
- f. Responden diberikan lembar penjelasan dan lembar *informed consent*
- g. Responden diberikan penjelasan mengenai manfaat yang didapatkan
- h. Responden diberikan kesempatan untuk memilih bersedia menjadi responden atau tidak bersedia (mengundurkan diri)
- i. Responden yang bersedia menjadi responden, melakukan pernyataan persetujuan melalui *informed concent*
- j. Responden yang bersedia menjadi responden akan diberikan kuisisioner untuk diisi
- k. Responden mengembalikan kuisisioner yang telah diisi secara lengkap

Lampiran 6 Profil Kecamatan Sukowono dan Kecamatan Sumberjambe

1. Profil Kecamatan Sukowono

Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember adalah Kecamatan yang terletak di Propinsi Jawa Timur . Desa Sukowono termasuk dataran tinggi karena letaknya sekitar 215 Dpl . Jumlah penduduk Kecamatan Sukowono saat ini kurang lebih 61.188 jiwa. Kecamatan Sukowono berada di ujung utara kabupaten jember berbatasan langsung dengan Kabupaten Bondowoso . Luas Kecamatan Sukowono adalah 44,04 Km². Kepadatan Penduduk Kecamatan Sukowono mencapai 1.333,65.

Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember merupakan Kecamatan yang terdiri dari bermacam-macam suku bangsa , agama , dan bahasa . Sebagian besar penduduk Kecamatan Sukowono suku bangsa madura , bahasa madura dan beragama islam . Dalam kehidupan sehari-hari mata pencaharian penduduk Kecamatan Sukowono terbesar adalah pertanian / petani . Kecamatan Sukowono terbagi dari beberapa desa yaitu : Mojogemi, Pocangan, Sumberwringin, Sumberdanti, Sukowono, Sukokerto, Arjasa, Balet Baru, Dawuan Mangli, Sukorejo, Sukosari, Sumberwaru

2. Profil Kecamatan Sumberjambe

Kecamatan Sumberjambe adalah salah satu Kecamatan di Kabupaten Jember yang secara geografis merupakan dataran tinggi dengan ketinggian wilayah 446 mdpl sampai dengan 625 mdpl dan terletak 35 Km sebelah utara kota Jember terletak pada 08,06595 Lintang Selatan (LS) dan 113,89885 Bujur Timur (BT). Wilayah Kecamatan Sumberjambe berbatasan dengan Kecamatan Pujer Kabupaten Bondowoso (sebelah utara), Gunung Raung Kabupaten Banyuwangi (sebelah timur), Kecamatan Ledokombo (sebelah Selatan) dan Kecamatan Sukowono (sebelah Barat).

Luas wilayahnya meliputi 13.823,98 Ha yang terdiri dari perkampungan 827,92 Ha (5,989 %) , sawah 2.009,5 Ha (14,536%) , tegal

3.653,91 (26,431%), perkebunan 1.032,67 Ha (7,470%) dan hutan 6.067,98 Ha (43,894%).

Secara administratif wilayah ini terdiri dari 9 Desa, 61 dusun, 72 RW dan 440 RT dengan klasifikasi Desa swadaya II dan III. Sampai dengan akhir tahun 2010 jumlah penduduk Kecamatan Sumberjambe mencapai 59.623 jiwa dengan jumlah Rumah Tangga Miskin (RTM) sebesar 11.440 KK dan anggota RTM sebanyak 22.756 jiwa yang terdiri dari 20.225 KK dengan kepadatan penduduk sebesar 412 Jiwa/km :

1.	Desa Sumberjambe	:	6.481	jiwa
2.	Desa Rowosari	:	4.905	jiwa
3.	Desa Gunungmalang	:	7.994	jiwa
4.	Desa Cumedak	:	6.714	jiwa
5.	Desa Randuagung	:	6.714	jiwa
6.	Desa Sumberpakem	:	5.229	jiwa
7.	Desa Plerean	:	6.657	jiwa
8.	Desa Pringgodani	:	6.390	jiwa
9.	Desa Jambearum	:	8.038	jiwa

Lampiran 7 Penjelasan Penelitian Bagi Responden Penelitian

PENJELASAN PENELITIAN BAGI RESPONDEN PENELITIAN**Saya yang bertanda tangan di bawah ini:**

Nama : Jona Davi Kamal Haj
Alamat : Jl. Cumedak no 122 Sukosari, Sukowono, Jember
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Nomor HP : 08523609097882
e-mail : jonadavi91219@gmail.com

Judul Penelitian: “Faktor risiko kejadian *lost to follow up* pada penderita HIV yang menjalani pengobatan ARV di Puskesmas Sumberjambe dan Puskesmas Sukowono”

Tujuan**Tujuan Umum**

Mengidentifikasi faktor risiko kejadian *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS dengan ARV di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe.

Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi faktor predisposisi yang meliputi pengetahuan, sikap dan tingkat kepatuhan terhadap kejadian *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS dengan ARV di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe
- b. Mengidentifikasi faktor pendorong yang meliputi dukungan keluarga dan sikap petugas kesehatan terhadap kejadian *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS dengan ARV di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe

- c. Mengidentifikasi faktor pemungkin yang meliputi jarak rumah, dana kesehatan, fasilitas di tempat pelayanan terhadap kejadian *lost to follow up* pada pasien dengan HIV/AIDS dengan ARV di Puskesmas Sukowono dan Puskesmas Sumberjambe

Perlakuan yang diterapkan pada subjek

1. Pada tahap awal, responden diberikan penjelasan tentang proses penelitian dan pengambilan data
2. Responden diberikan *informed consent*
3. Responden diminta untuk mengisi kuesioner Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku *lost to follow-up* Pada Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Pengobatan ARV Di Puskesmas Sumberjambe dan Puskesmas Sukowono

Manfaat Penelitian Bagi Subjek Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi responden dan tidak *lost to follow-up* atau tidak keluar dari pengobatan HIV

Hak untuk Undur Diri

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapan pun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang bersifat merugikan responden dan apabila dalam penelitian ini tidak bersedia dijadikan responden, maka peneliti akan mencari responden yang lain.

Jaminan Kerahasiaan Data

Semua data dan informasi identitas responden akan dijaga kerahasiaannya, yaitu dengan tidak mencantumkan identitas responden secara jelas dan pada laporan penelitian nama responden dibuat kode.

Adanya Insentif untuk Subyek Penelitian

Seluruh subjek penelitian akan memperoleh *souvenir*.

Informasi Tambahan

Penelitian ini akan menyampaikan hasil penelitian kepada responden dan jika responden mengizinkan, hasil penelitian ini juga akan diberikan kepada institusi pendidikan dimana peneliti sedang belajar serta pada institusi pelayanan kesehatan setempat.

Pernyataan Kesediaan

Apabila responden telah memahami penjelasan dan setuju sebagai responden dalam penelitian ini, mohon menandatangani surat pernyataan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian.

Jember, 2020

Hormat saya,

Jona Davi Kamal Haj

Lampiran 8 Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden (*Informed Consent*)

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan **BERSEDIA / TIDAK BERSEDIA** *) menjadi peserta / responden penelitian yang akan dilakukan oleh Jona Davi Kamal Haj, mahasiswa Program Studi S1 Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember, yang berjudul:

“Faktor risiko kejadian *lost to follow up* pada penderita HIV yang menjalani pengobatan ARV di Puskesmas Sumberjambe dan Puskesmas Sukowono”

Nama :

Umur : tahun

Alamat :

No Telp / Hp :

Kode ** :

Sebagai responden dari penelitian tersebut. Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapa pun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

*) coret yang tidak perlu

**) diisi oleh peneliti

Jember, 2020

Peneliti

Responden

(Jona Davi Kamal Haj)

(.....)

Saksi

(.....)

Lampiran 9 Instrumen Penelitian

INSTRUMEN PENELITIAN
FAKTOR RISIKO KEJADIAN *LOST TO FOLLOW UP* PADA
PENDERITA HIV YANG MENJALANI PENGOBATAN ARV DI
PUSKESMAS SUMBERJAMBE DAN PUSKEMAS SUKOWONO

A. Karakteristik Responden

1. Kode :
2. Usia : (Tahun)
3. Jenis kelamin :
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
4. Tingkat pendidikan :
 - a. Tidak tamat SD
 - b. SD
 - c. SMP
 - d. SMA
 - e. PT
5. Sudah menikah :
 - a. Sudah
 - b. Belum
6. Jumlah anak :
7. Jenis pekerjaan:
 - a. Buruh harian
 - b. Ibu rumah tangga
 - c. Pengemudi (supir)
 - d. ASN
 - e. Petani, pekebun, peternak
 - f. Wiraswasta
 - g. Nelayan
 - i. Pekerja Seks Komersial
8. Dana kesehatan:
 - a. Dana pribadi (umum)
 - b. BPJS mandiri
 - c. BPJS/bantuan dana dari pemerintah

B. Berikut ini adalah pernyataan tentang kepatuhan dalam mengonsumsi ARV. Berikan tanda (√) pada kolom jawaban IYA/TIDAK sesuai dengan yang anda lakukan.

NO	Pernyataan	Iya	Tidak
1.	Apakah anda masih rutin mengonsumsi ARV setiap hari		

C. Jarak rumah anda dengan klinik VCT terdekat adalah 10 km

NO	Pernyataan Jarak rumah	Iya	Tidak
1.	Apakah jarak rumah anda menuju tempat klinik VCT lebih 10 km?		
2.	Apakah anda menggunakan kendaraan bermotor untuk menuju klinik VCT?		

D. Berikut ini adalah jenis tanggungan yang harus anda keluarkan pada saat melakukan pemeriksaan/perawatan/pengobatan di klinik VCT. Berikan tanda (√) pada tagihan yang harus anda bayarkan.

NO	Biaya Kesehatan	Tanggungan		Terjangkau	
		Bayar	Tidak bayar	Terjangkau	Tidak terjangkau/mahal
1.	Biaya pendaftaran				
2.	Biaya dokter				
3.	Biaya ARV				
4.	Biaya obat IO (infeksi Oportunistik)				
5.	Biaya laboratorium				

6.	Biaya transportasi dari rumah ke klinik VCT				
7.	Biaya akomodasi (makan/jajan)				

E. Berikut ini adalah kondisi sarana prasarana di klinik VCT yang pernah anda datangi

NO	Sarana Prasarana Klinik VCT	Kelengkapan		Kondisi	
		Ada	Tidak ada	Baik	Tidak terawat
1.	Papan nama atau papan petunjuk ruang/klinik VCT				
2.	Papan informasi tentang alur layanan VCT				
3.	Tempat cuci tangan				
4.	Tempat sampah				
5.	Penerangan/pencahayaan di ruang konseling				
6.	Media (materi) KIE atau informasi di ruang tunggu				
7.	Media (materi) KIE atau informasi di ruang konseling				

F. Berikut ini adalah pernyataan pengetahuan tentang HIV. Jawablah pernyataan tersebut dengan memberikan tanda (√) pada jawaban yang anda anggap BENAR/SALAH

NO	Pernyataan Pengetahuan tentang HIV	Benar	Salah

1.	HIV dan AIDS adalah penyakit yang sama		
2.	Seseorang bisa tertular HIV bila menggunakan toilet umum bersama		
3.	Batuk dan bersin dapat menularkan HIV		
4.	AIDS adalah penyebab dari HIV		
5.	Seorang ibu hamil yang terinfeksi HIV dapat menularkan virus HIV pada janinnya		
6.	Makan makanan yang sehat dapat mencegah seseorang tertular HIV		
7.	Seseorang yang terinfeksi HIV dapat terlihat dan merasa sehat		
8.	Orang yang telah terinfeksi HIV dapat menunjukkan tanda dan gejala dalam waktu yang cepat		
9.	Seseorang dapat terinfeksi HIV selama 5 tahun atau lebih tanpa mendapatkan AIDS		
10.	Ada vaksin (imunisasi) yang dapat menghentikan atau mencegah seseorang tertular HIV		
11.	Seseorang dapat tertular HIV, bahkan apabila dia berhubungan seksual dengan orang lain yang terinfeksi HIV hanya sekali saja		
12.	Seseorang tidak akan tertular HIV apabila dia mengkonsumsi obat antibiotik		
13.	Mengkonsumsi vitamin dapat		

	mencegah seseorang tertular HIV		
14.	Fungsi dari ARV adalah untuk membunuh virus HIV		
15.	Fungsi dari ARV adalah untuk menurunkan menurunkan jumlah virus HIV dalam tubuh		
16.	Fungsi dari ARV adalah untuk meningkatkan kesehatan/kekuatan/sistem daya tahan tubuh		
17.	Fungsi dari ARV adalah untuk memperlambat perkembangan virus HIV		

G. Berikut ini adalah pernyataan tentang sikap terhadap HIV dan pengobatan HIV. Berikan tanda (√) pada pernyataan SETUJU/TIDAK SETUJU sesuai dengan yang kepercayaan, keyakinan serta perasaan anda.

NO	Pernyataan	Setuju	Tidak setuju
1.	Saya seharusnya datang ke klinik VCT untuk memeriksakan perkembangan kondisi kesehatan saya (+)		
2.	Saya malu berulang-ulang harus datang klinik VCT karena takut ketahuan orang lain bahwa saya telah terinfeksi HIV (-)		
3.	Saya seharusnya mengonsumsi ARV setiap hari (+)		
4.	Saya percaya bahwa ARV dapat bermanfaat untuk menekan		

	perkembangan virus HIV (+)		
5.	Meskipun tidak menyembuhkan, ARV dapat memperpanjang kesempatan untuk hidup (+)		
6.	Kondisi kesehatan saya menjadi lebih baik ketika saya mengkonsumsi ARV (+)		
7.	Obat-obatan untuk HIV memiliki efek samping yang dapat memperburuk kondisi kesehatan saya (-)		
8.	Tidak ada gunanya bertanya (konsultasi) dengan dokter atau petugas VCT tentang efek samping obat-obatan untuk HIV yang telah saya rasakan (-)		
9.	Saya telah berhenti melanjutkan pengobatan HIV karena saya tahu bahwa obat-obatan HIV yang saya konsumsi menyebabkan efek samping yang tidak diinginkan (-)		
10.	Saya telah berhenti melanjutkan pengobatan HIV karena saya tahu bahwa obat-obatan HIV tidak membuat kondisi kesehatan saya menjadi lebih baik (-)		

H. Berikut ini adalah pernyataan tentang dukungan keluarga terhadap anda. Berikan tanda (√) pada kolom jawaban IYA/TIDAK pada pernyataan berikut:

NO	Pernyataan	Iya	Tidak
1.	Pasangan atau keluarga saya tahu		

	bahwa saya adalah seorang HIV-positive (+)		
2.	Pasangan atau keluarga saya selalu mengingatkan jadwal pemeriksaan kondisi kesehatan saya secara rutin (+)		
3.	Sejak tahu saya seorang HIV-positif, beberapa orang dalam keluarga saya menjauhi dan tidak peduli dengan kondisi saya (-)		
4.	Sejak tahu saya seorang HIV-positif, beberapa orang dalam keluarga saya memilih menghindari menyentuh dan berbicara dengan saya (-)		
5.	Pasangan atau keluarga saya selalu mengingatkan saya supaya saya mengkonsumsi ARV secara rutin (+)		
6.	Pasangan atau keluarga saya merasa keberatan secara finansial, apabila saya melanjutkan pengobatan/pemeriksaan kondisi saya (-)		

I. Pada saat anda masih menjalani pengobatan/perawatan/pemeriksaan di tempat layanan kesehatan. Berikan tanda (√) pada kolom jawaban IYA/TIDAK pada pernyataan berikut:

NO	Pernyataan	Iya	Tidak
1.	Petugas melayani anda dengan ramah meskipun mengetahui anda adalah seorang HIV-positif (+)		

2.	Petugas mengabaikan atau menghindari untuk melayani anda karena status anda adalah HIV-positif (-)		
3.	Anda pernah di tolak untuk mendapatkan pelayanan/pemeriksaan/perawatan/pengobatan yang seharusnya anda terima (-)		
4.	Anda selalu diterima dan dilayani dengan baik selama anda menjalani pemeriksaan/perawatan/pengobatan (+)		
5.	Petugas terlihat kurang nyaman berinteraksi dengan anda. Dilihat dari cara melihat dan berbicara dengan anda (-)		
6.	Kesigapan petugas dalam melayani pasien tidak dibeda-bedakan (sama) antara pasien HIV-positif dengan pasien lainnya (+)		
7.	Keterangan (informasi) dari petugas kurang meyakinkan (-)		
8.	Petugas menjamin kepercayaan dan kerahasiaan informasi pasien (+)		

Lampiran 10 Dokumentasi Penelitian



Lampiran 11 Hasil Penelitian

A. ANALISA DESKRIPTIF

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kepatuhan minum ARV * Lost to follow up	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%
Pengathuan * Lost to follow up	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%
Sikap * Lost to follow up	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%
Dukungan Keluarga * Lost to follow up	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%
Sikap Petugas Kesehatan * Lost to follow up	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%
Jarak rumah ke fasyankes * Lost to follow up	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%
Pembiayaan pengobatan * Lost to follow up	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%
Fasilitas tempat pelayanan kesehatan * Lost to follow up	34	100.0%	0	.0%	34	100.0%

Kepatuhan minum ARV * Lost to follow up Crosstabulation

			Lost to follow up		Total
			negatif	positif	
Kepatuhan minum ARV	Tidak Patuh	Count	1	10	11
		% within Lost to follow up	5.9%	58.8%	32.4%
	Patuh	Count	16	7	23
		% within Lost to follow up	94.1%	41.2%	67.6%
Total		Count	17	17	34
		% within Lost to follow up	100.0%	100.0%	100.0%

Pengathuan * Lost to follow up Crosstabulation

			Lost to follow up		Total
			Negative	positif	
Pengathuan	Kurang	Count	4	12	16
		% within Lost to follow up	23.5%	70.6%	47.1%
	Baik	Count	13	5	18
		% within Lost to follow up	76.5%	29.4%	52.9%
Total		Count	17	17	34
		% within Lost to follow up	100.0%	100.0%	100.0%

Sikap * Lost to follow up Crosstabulation

		Lost to follow up		Total
		Negative	positif	
Sikap Menolak	Count	1	11	12
	% within Lost to follow up	5.9%	64.7%	35.3%
Mendukung	Count	16	6	22
	% within Lost to follow up	94.1%	35.3%	64.7%
Total	Count	17	17	34
	% within Lost to follow up	100.0%	100.0%	100.0%

Dukungan Keluarga * Lost to follow up Crosstabulation

			Lost to follow up		Total
			negatif	positif	
Dukungan Keluarga	Tidak Mendukung	Count	4	6	10
		% within Lost to follow up	23.5%	35.3%	29.4%
	Mendukung	Count	13	11	24
		% within Lost to follow up	76.5%	64.7%	70.6%
Total		Count	17	17	34
		% within Lost to follow up	100.0%	100.0%	100.0%

Sikap Petugas Kesehatan * Lost to follow up Crosstabulation

			Lost to follow up		Total
			negatif	positif	
Sikap Petugas Kesehatan	Tidak Mendukung	Count	1	6	7
		% within Lost to follow up	5.9%	35.3%	20.6%
	Mendukung	Count	16	11	27
		% within Lost to follow up	94.1%	64.7%	79.4%
Total		Count	17	17	34
		% within Lost to follow up	100.0%	100.0%	100.0%

Jarak rumah ke fasyankes * Lost to follow up Crosstabulation

			Lost to follow up		Total
			negatif	positif	
Jarak rumah ke fasyankes >10 km	Count	17	11	28	
	% within Lost to follow up	100.0%	64.7%	82.4%	
< 10 km	Count	0	6	6	
	% within Lost to follow up	.0%	35.3%	17.6%	
Total	Count	17	17	34	
	% within Lost to follow up	100.0%	100.0%	100.0%	

Pembiayaan pengobatan * Lost to follow up Crosstabulation

			Lost to follow up		Total
			negatif	positif	
Pembiayaan pengobatan	Tidak Terjangkau	Count	2	1	3
		% within Lost to follow up	11.8%	5.9%	8.8%
	Terjangkau	Count	15	16	31
		% within Lost to follow up	88.2%	94.1%	91.2%
Total		Count	17	17	34
		% within Lost to follow up	100.0%	100.0%	100.0%

Fasilitas tempat pelayanan kesehatan * Lost to follow up Crosstabulation

			Lost to follow up		Total
			negatif	positif	
Fasilitas tempat pelayanan kesehatan	Tidak Lengkap	Count	0	6	6
		% within Lost to follow up	.0%	35.3%	17.6%
	Lengkap	Count	17	11	28
		% within Lost to follow up	100.0%	64.7%	82.4%
Total		Count	17	17	34
		% within Lost to follow up	100.0%	100.0%	100.0%

B. REGRESI LOGISTIK SEDERHANA

1. Kepatuhan minum ARV

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	34	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	34	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		34	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
negatif	0
positif	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)
Kepatuhan minum ARV	Tidak Patuh	11	1.000
	Patuh	23	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	12.165	1	.000
	Block	12.165	1	.000
	Model	12.165	1	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	34.969 ^a	.301	.401

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table^a

Observed	Predicted
----------	-----------

			Lost to follow up		Percentage Correct
			negatif	positif	
Step 1	Lost to follow up	negatif	16	1	94.1
		positif	7	10	58.8
Overall Percentage					76.5

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Patuh(1)	3.129	1.143	7.502	1	.006	22.857
	Constant	-.827	.453	3.328	1	.068	.437

a. Variable(s) entered on step 1: Patuh.

2. Pengetahuan

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	34	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	34	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		34	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
negatif	0
positif	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding
			(1)
Pengathuan	Kurang	16	1.000
	Baik	18	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	7.869	1	.005
	Block	7.869	1	.005
	Model	7.869	1	.005

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	39.265 ^a	.207	.275

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		Lost to follow up		Percentage Correct	
		negatif	positif		
Step 1	Lost to follow up	negatif	13	4	76.5
		positif	5	12	70.6
	Overall Percentage				73.5

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Pengetahuan(1)	2.054	.781	6.914	1	.009	7.800
	Constant	-.956	.526	3.297	1	.069	.385

a. Variable(s) entered on step 1: Pengetahuan.

3. Sikap

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	34	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	34	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		34	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
negatif	0
positif	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)
Sikap	Menolak	12	1.000
	Mendukung	22	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	14.468	1	.000
	Block	14.468	1	.000
	Model	14.468	1	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	32.666 ^a	.347	.462

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table^a

Observed		Predicted		
		Lost to follow up		Percentage Correct
		negatif	positif	
Step 1	negatif	16	1	94.1
	positif	6	11	64.7
Overall Percentage				79.4

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
--	---	------	------	----	------	--------

Step 1 ^a	Sikap(1)	3.379	1.149	8.648	1	.003	29.333
	Constant	-.981	.479	4.198	1	.040	.375

a. Variable(s) entered on step 1: Sikap.

4. Dukungan keluarga

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	34	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	34	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		34	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
negatif	0
positif	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)
Dukungan Keluarga	Tidak Mendukung	10	1.000
	Mendukung	24	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.570	1	.450
	Block	.570	1	.450
	Model	.570	1	.450

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	46.564 ^a	.017	.022

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		Lost to follow up		Percentage Correct	
		negatif	positif		
Step 1	Lost to follow up	negatif	13	4	76.5
		positif	11	6	35.3
Overall Percentage					55.9

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a Dukung_Klg(1)	.573	.765	.561	1	.454	1.773
Constant	-.167	.410	.166	1	.683	.846

a. Variable(s) entered on step 1: Dukung_Klg.

5. Sikap Petugas

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	34	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	34	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		34	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
negatif	0
positif	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)
Sikap Petugas Kesehatan	Tidak Mendukung	7	1.000
	Mendukung	27	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	4.894	1	.027
	Block	4.894	1	.027
	Model	4.894	1	.027

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	42.240 ^a	.134	.179

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table^a

Observed		Predicted		
		Lost to follow up		Percentage Correct
		negatif	positif	
Step 1	Lost to follow up negatif	16	1	94.1
	positif	11	6	35.3
Overall Percentage				64.7

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Sikap_Tgs(1)	2.166	1.149	3.555	1	.059	8.727
	Constant	-.375	.392	.915	1	.339	.688

a. Variable(s) entered on step 1: Sikap_Tgs.

6. Jarak

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	34	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	34	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		34	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
negatif	0
positif	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding	
			(1)	
Jarak rumah ke fasyankes	>10 km	28	1.000	
	> 10 km	6	.000	

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	9.614	1	.002
	Block	9.614	1	.002
	Model	9.614	1	.002

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	37.521 ^a	.246	.328

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Classification Table^a

Observed			Predicted		
			Lost to follow up		Percentage Correct
			negatif	positif	
Step 1	Lost to follow up	negatif	17	0	100.0
		positif	11	6	35.3
Overall Percentage					67.6

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Jarak(1)	-21.638	1.641E4	.000	1	.999	.000
	Constant	21.203	1.641E4	.000	1	.999	1.615E9

a. Variable(s) entered on step 1: Jarak.

7. Pembiayaan

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	34	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	34	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		34	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
negatif	0
positif	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding
			(1)
Pembiayaan pengobatan	Tidak Terjangkau	3	1.000
	Terjangkau	31	.000

Block 1: Method = Enter**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.372	1	.542
	Block	.372	1	.542
	Model	.372	1	.542

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	46.762 ^a	.011	.015

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table^a

Observed			Predicted		
			Lost to follow up		Percentage Correct
			negatif	positif	
Step 1	Lost to follow up	negatif	2	15	11.8
		positif	1	16	94.1
Overall Percentage					52.9

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	
Step 1 ^a	Dana(1)	-.758	1.276	.352	1	.553	.469
	Constant	.065	.359	.032	1	.857	1.067

a. Variable(s) entered on step 1: Dana.

8. Fasilitas

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	34	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	34	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		34	100.0

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	34	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	34	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		34	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
negatif	0
positif	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding
			(1)
Fasilitas tempat pelayanan kesehatan	Tidak Lengkap	6	1.000
	Lengkap	28	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	9.614	1	.002
	Block	9.614	1	.002
	Model	9.614	1	.002

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	37.521 ^a	.246	.328

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Classification Table^a

Observed			Predicted		Percentage Correct
			Lost to follow up		
			negatif	positif	
Step 1	Lost to follow up	negatif	17	0	100.0
		positif	11	6	35.3
Overall Percentage					67.6

Classification Table^a

Observed			Predicted		
			Lost to follow up		Percentage Correct
			negatif	positif	
Step 1	Lost to follow up	negatif	17	0	100.0
		positif	11	6	35.3
Overall Percentage					67.6

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Fasilitas(1)	21.638	1.641E4	.000	1	.999	2.497E9
	Constant	-.435	.387	1.266	1	.261	.647

a. Variable(s) entered on step 1: Fasilitas.

C. REGRESI LOGISTIK BERGANDA

1. TAHAP 1

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	34	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	34	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		34	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
negatif	0
positif	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding
			(1)
Sikap Petugas Kesehatan	Tidak Mendukung	7	1.000
	Mendukung	27	.000
Pengetahuan	Kurang	16	1.000
	Baik	18	.000
Sikap	Menolak	12	1.000

Kepatuhan minum ARV	Mendukung	22	.000
	Tidak Patuh	11	1.000
	Patuh	23	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	32.472	4	.000
	Block	32.472	4	.000
	Model	32.472	4	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	14.662 ^a	.615	.820

a. Estimation terminated at iteration number 7 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table^a

Observed			Predicted		Percentage Correct
			Lost to follow up		
			negatif	positif	
Step 1	Lost to follow up	negatif	17	0	100.0
		positif	1	16	94.1
Overall Percentage					97.1

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a						
Patuh(1)	3.988	1.653	5.820	1	.016	53.932
Pengetahuan(1)	2.813	1.499	3.521	1	.061	16.665
Sikap(1)	3.646	1.724	4.471	1	.034	38.318
Sikap_Tgs(1)	2.975	2.061	2.084	1	.149	19.595
Constant	-4.319	1.635	6.981	1	.008	.013

a. Variable(s) entered on step 1: Patuh, Pengetahuan, Sikap, Sikap_Tgs.

2. TAHAP 2 (Mengeluarkan variabel sikap petugas → p value paling besar)

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	34	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	34	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		34	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
negatif	0
positif	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding
			(1)
Sikap	Menolak	12	1.000
	Mendukung	22	.000
Pengetahuan	Kurang	16	1.000
	Baik	18	.000
Kepatuhan minum ARV	Tidak Patuh	11	1.000
	Patuh	23	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	29.982	3	.000
	Block	29.982	3	.000

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	29.982	3	.000
	Block	29.982	3	.000
	Model	29.982	3	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	17.152 ^a	.586	.781

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		Lost to follow up		Percentage Correct	
		negatif	positif		
Step 1	Lost to follow up	negatif	17	0	100.0
		positif	2	15	88.2
	Overall Percentage				94.1

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	
Step 1 ^a							
	Patuh(1)	3.426	1.531	5.009	1	.025	30.768
	Pengetahuan(1)	2.957	1.445	4.187	1	.041	19.245
	Sikap(1)	3.550	1.496	5.632	1	.018	34.798
	Constant	-3.742	1.439	6.760	1	.009	.024

a. Variable(s) entered on step 1: Patuh, Pengetahuan, Sikap.

