

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN *LOST TO FOLLOW UP* ARV PADA PASIEN
HIV/AIDS DI KLINIK SEROJA RSD GUNUNG JATI**

SKRIPSI



Oleh :
SHIFANY INAYAH
200711100

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
2024

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN *LOST TO FOLLOW UP* ARV PADA PASIEN
HIV/AIDS DI KLINIK SEROJA RSD GUNUNG JATI**

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Cirebon



Oleh :
SHIFANY INAYAH
200711100

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
2024

LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN *LOST TO FOLLOW UP* ARV PADA PASIEN HIV/AIDS DI KLINIK SEROJA RSD GUNUNG JATI

Oleh:
SHIFANY INAYAH
NIM: 200711100

Telah dipertahankan di hadapan penguji skripsi
Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Cirebon
Pada tanggal 11 September 2024

Pembimbing 1,

Pembimbing 2,

(Asep Novi Taufiq F., M.Kep., Ners)

(Agil Putra Tri K., M.Kep., Ners)

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Uus Husni Mahmud, S.Kp., M.Si

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Fakto-Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian
Lost to Follow Up ARV Pada HIV/AIDS Di Klinik
Seroja RSD Gunung Jati

Nama Mahasiswa : Shifany Inayah

NIM : 200711100

Menyetujui,

Pembimbing 1,

Pembimbing 2,

Asep Novi Taufiq F., M.Kep., Ners

Agil Putra Tri K., M.Kep., Ners

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Fakto-Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian
Lost to Follow Up ARV Pada HIV/AIDS Di Klinik
Seroja RSD Gunung Jati

Nama Mahasiswa : Shifany Inayah

NIM : 200711100

Menyetujui,

Penguji 1 : **Riza Arisanty Latifah., M.Kep., Ners** _____

Penguji 2 : **Asep Novi Taufiq Firdaus., M.Kep., Ners** _____

Penguji 3 : **Agil Putra Tri Kartika., M.Kep., Ners** _____

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama : Shifany Inayah

NIM : 200711100

Judul Penelitian : Fakto-Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian *Lost to Follow Up* ARV Pada HIV/AIDS Di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

Menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan yang lain atau di perguruan tinggi lain. Sepanjang pengetahuan saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebut dalam daftar Pustaka.

Cirebon, September 2024

Shifany Inayah

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian mengenai **"Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian *Lost To Follow Up* ARV Pada Pasien HIV/AID di Klinik Seroja RSD Gunung Jati"**. Sholawat serta salam selalu tercurah limpahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW yang telah menunjukkan jalan yang lurus berupa ajaran agama islam dan menjadi anugerah bagi seluruh alam semesta.

Alhamdulillah penulis bersyukur telah menyelesaikan skripsi ini, penulis menyadari bahwa keberhasilan penulisan skripsi ini tidaklah terselesaikan dengan baik tanpa bantuan orang-orang disekitar penulis. Pada kesempatan kali ini, penulis ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Arif Nurudin, MT selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Cirebon.
2. dr. Katibi, MKM selaku Direktur RSD Gunung Jati Kota Cirebon
3. Uus Husni Mahmud, S.Kp., M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon.
4. Ns. Asep Novi Taufiq Firdaus, M.Kep selaku Kaprodi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon dan juga selaku dosen pembimbing utama skripsi yang telah berkenan meluangkan waktunya, memberikan bimbingan, masukan dan arahan kepada penulis, sehingga penyusunan skripsi bisa berjalan dengan baik dan dapat selesai dengan tepat waktu.
5. Ns. Agil Putra Tri K., S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing pendamping skripsi yang telah berkenan meluangkan waktunya, memberikan bimbingan, masukan, arahan kepada penulis, sehingga penyusunan skripsi ini bisa berjalan dengan baik dan dapat selesai dengan tepat waktu.

6. Dr. Diah vita, MARS selaku dokter penanggung jawab Klinik Seroja RSD Gunung Jati Cirebon yang sudah berkenan memberikan informasi sebagai tambahan ilmu yang sangat berharga bagi penulis.
7. Seluruh Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon yang telah memberikan banyak ilmu dan pengetahuan penulis selama perkuliahan.
8. Kedua orang tua penulis, Bapak Karyana dan Ibu Tarni Tasyrih yang selalu memberikan cinta, kasih sayang yang tulus selama ini, selalu memberikan dukungan, motivasi dan selalu memanjatkan do'a yang tidak pernah putus, sehingga penulis bisa dan dapat menyelesaikan gelar sarjana keperawatan.
9. Seluruh keluarga besar penulis, semua saudara-saudara penulis, yang selama ini selalu memberikan dukungan, semangat motivasi dan selalu mendo'akan yang terbaik untuk penulis.
10. Para sahabat penulis, Wildan Ramadhan, Fikih Nurfaizal Akbar, Andini Marliana Yusnita, Nurul Afni Oktavia, Ririn Karina, Putri Najma ZW, dan Meilani Naurulmillah. Yang telah menjadi support system, dan banyak membantu penulis ketika ada kesulitan dalam menyusun skripsi ini, serta mendo'akan yang terbaik untuk penulis, sehingga skripsi ini bisa selesai dengan baik dan tepat waktu.
11. Teman-teman Program Studi Ilmu Keprawatan angkatan 2020 yang telah berjuang bersama selama perkuliahan ini, semoga ilmu yang selama ini kita dapatkan bisa bermanfaat bagi diri sendiri dan orang lain.
12. Pihak-pihak yang telah membantu dalam menyusun skripsi ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, semoga amal baik semua pihak mendapatkan balasan yang terbaik dari Allah SWT. Aamiin

Menyadari bahwa skripsi ini merupakan pengalaman belajar, penulis sadar bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini, oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diharapkan dalam menyempurnakan skripsi ini. Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih

kepada para pembaca semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan kebaikan kepada kita semua dan memberikan ilmu yang bermanfaat. Aamiin

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

ABSTRAK

FAKTO-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN *LOST TO FOLLOW UP ARV PADA HIV/AIDS DI KLINIK SEROJA RSD GUNUNG JATI*

Shifany Inayah, Asep Novi Taufiq Firdaus, Agil Putra Tri Kartika

Latar Belakang: *Human immunodeficiency virus* (HIV) masih menjadi masalah kesehatan global. *Lost to follow up* pada pasien HIV adalah sebuah kondisi pasien dengan HIV/AIDS yang keluar (*drop out*) dari pengobatan ARV. faktor yang mempengaruhi perilaku *lost to follow up* antara lain jenis kelamin, usia, pendidikan, jarak tempat tinggal, tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS, adanya stigma, kualitas pelayanan dan lainnya.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apa saja faktor-faktor yang berhubungan dengan *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain descriptive analitik dengan metode *cross sectional* dengan jumlah sampel sebanyak 43 orang, sampel dipilih menggunakan total sampling. Data diambil menggunakan kuesioner dan rekam medis pasien kemudian data dianalisis menggunakan uji *Chi-Square*.

Hasil Penelitian: Hasil uji *Chi-Square* menunjukan $p\ value \geq$ nilai signifikan (0,05) yaitu untuk faktor jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, infeksi oportunistik, pengetahuan ODHA terhadap ARV, sikap ODHA terhadap ARV, tindakan ODHA terhadap ARV, sikap petugas, dan tempat pelayanan. Sedangkan untuk hasil uji *Chi-Square* $p\ value \leq$ nilai signifikan (0,05) yaitu terdapat pada faktor usia dan jarak akses layanan ARV.

Kesimpulan: Terdapat 2 faktor yang berhubungan dengan kejadian *lost to follow up* ARV, faktor usia dan faktor jarak akses ketempat layanan ARV.

Saran: Diharapkan penelitian ini menjadi referensi untuk dapat mengurangi prevelensi ODHA yang melakukan *lost to follow up* ARV

Kata Kunci: HIV/AIDS, *Lost to follow up*, ODHA

Kepustakaan: 50 (2016-2024)

ABSTRACT

RELATED TO THE INCIDENT OF LOST TO FOLLOW UP ARV IN HIV/AIDS AT THE SEROJA CLINIC, RSD GUNUNG JATI

Shifany Inayah, Asep Novi Taufiq Firdaus, Agil Putra Tri Kartika

Background Behind : Human immunodeficiency virus (HIV) is still become problem global health . Lost to follow up in HIV patients is A condition patient with HIV/ AIDS who dropped out of ARV treatment. Factors that influence behavior lost to follow up among other types gender, age , education , distance place stay , level knowledge about HIV/AIDS, the existence of tigma , quality services and others .

Objective : Study This aiming For know What just related factors with lost to follow up ARV in HIV/AIDS patients at the Clinic Lotus of Gunung Jati Regional Hospital .

Method : Study This use analytical descriptive design with method cross sectional with amount sample as many as 43 people, samples chosen using total sampling. Data was taken use questionnaire and record medical patient then the data is analyzed using the Chi-Square test.

Research Results : Chi-Square test results shows p value \geq value significant (0.05) namely For factor type gender , education , work , infection opportunistic , knowledge of PLWHA towards ARVs, attitudes of PLWHA towards ARVs, actions of PLWHA towards ARVs, attitudes officers , and places service . While For Chi-Square test results p value \leq value significant (0.05) namely there is a factor age and distance access ARV services.

Conclusion: There are 2 related factors with incident lost to follow up ARV, factor age and factors distance access to the place ARV services.

Suggestion: It is expected study This become reference For can reduce prevalence of PLHIV who do lost to follow up ARV

Keywords : HIV/AIDS, Lost to follow up , PLWHA

Bibliography : 50 (2016-2024)

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Tujuan Khusus	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
1.4.1 Manfaat Teoritis	10
1.4.2 Manfaat Praktis	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Konsep HIV/AIDS	12
2.1.1 Definisi HIV/AIDS	12
2.1.2 Etiologi	13
2.1.3 Patofisiologi	14
2.1.4 Cara Penularan	17
2.1.5 Klasifikasi stadium HIV	19
2.1.6 Tatalaksana	20
2.1.7 Sasaran Yang Menerima ARV	21
2.1.8 Jenis dan Efek Samping Obat ARV	22

2.1.9	Komplikasi HIV	24
2.2	Konsep Lost to follow up	29
2.2.1	Definisi <i>Lost to follow up</i>	29
2.2.2	Faktor Yang Mempengaruhi	30
2.2.3	Dampak <i>Lost to follow up</i>	36
2.3	Kerangka Teori	37
2.4	Kerangka Konsep.....	39
2.5	Hipotesis	40
BAB III METEDOLOGI PENELITIAN.....		42
3.1	Desain Penelitian	42
3.2	Populasi dan Sampel.....	42
3.2.1	Populasi.....	42
3.2.2	Sampel	43
3.2.3	Teknik Sampling	44
3.3	Lokasi dan Waktu Penelitian	44
3.4	Variabel Penelitian	44
3.4.1	Variabel Independen (Bebas)	45
3.4.2	Variabel Dependental (Terikat).....	45
3.5	Definisi Operasional	45
3.6	Instrument Penelitian.....	47
3.7	Uji Validitas dan Reliabilitas	49
3.7.1	Uji Validitas	49
3.7.2	Uji Reliabilitas	51
3.8	Prosedur Pengumpulan Data	52
3.9	Pengolahan Data	54
3.10	Analisis Data.....	55
3.10.1	Uji Normalitas.....	55
3.10.2	Analisis Univariat	57
3.10.3	Analisis Bivariat	57
3.11	Etika Penelitian.....	58
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....		61

4.1	Hasil Penelitian.....	61
4.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	61
4.1.2	Analisis Univariat	61
4.1.3	Hasil Analisis Bivariat	66
4.2	Pembahasan	78
4.3	Keterbatasan Penelitian	92
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		93
5.1	Kesimpulan.....	93
5.2	Saran	93
DAFTAR PUSTAKA.....		95
LAMPIRAN.....		99

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Stadium HIV menurut WHO.....	19
Tabel 2.2 Nama Obat, Jenis Obat dan Efek Samping	23
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	45
Tabel 3.2 Standar nilai CVI.....	51
Tabel 3. 3 Interpretasi Koefisien Korelasi.....	52
Tabel 3.4 Hasil Uji Normalitas Data.....	56
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia (n=43)	62
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin (n=43)...	62
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan (n=43).....	62
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan (n=43).....	63
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Infeksi Oportunistik (n=43).....	63
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan ODHA Terhadap ARV (n=43)	64
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap ODHA Terhadap Pengobatan ARV (n=43)	64
Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tindakan ODHA (n=43)	64
Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap Petugas Kesehatan Terhadap ODHA (n=43).....	65
Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Ketersediaan Tempat Layanan ARV (n=43)	65
Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jarak Akses Tempat Layanan ARV (n=43)	66
Tabel 4.12 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status <i>Lost To Follow Up</i> (n=43).....	66
Tabel 4.13 Hubungan Usia Dengan Kejadian <i>Lost To Follow Up</i>	67
Tabel 4.14 Hubungan Jenis Kelamin Dengan Kejadian <i>Lost To Follow Up</i>	68
Tabel 4.15 Hubungan Pendidikan Dengan Kejadian <i>Lost To Follow Up</i>	69
Tabel 4.16 Hubungan Pekerjaan Dengan Kejadian <i>Lost To Follow Up</i>	70
Tabel 4. 17 Hubungan Infeksi Oportunistik Dengan Kejadian <i>Lost To Follow Up</i>	71

Tabel 4. 18 Hubungan Pengetahuan ODHA Terhadap ARV Dengan Kejadian <i>Lost To Follow Up</i>	72
Tabel 4. 19 Hubungan Sikap ODHA Terhadap ARV Dengan Kejadian <i>Lost To Follow Up</i>	73
Tabel 4. 20 Hubungan Tindakan ODHA Terhadap ARV Dengan Kejadian <i>Lost To Follow Up</i>	74
Tabel 4. 21 Hubungan Sikap Petugas Kesehatan Terhadap ODHA Dengan Kejadian <i>Lost To Follow Up</i>	75
Tabel 4. 22 Hubungan Ketersediaan Tempat Layanan ARV Dengan Kejadian <i>Lost To Follow Up</i>	76
Tabel 4.23 Hubungan Jarak Akses Ketempat Layanan ARV Dengan Kejadian <i>Lost To Follow Up</i>	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori	38
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	39

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi Skripsi	100
Lampiran 2 Surat Izin Studi Pendahuluan	101
Lampiran 3 Surat Balasan Studi Pendahuluan	102
Lampiran 4 Informed Consent	103
Lampiran 5 Instrumen Penelitian	104
Lampiran 6 Hasil Uji validitas	4
Lampiran 7 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner	5
Lampiran 8 Hasil Output Analisa data	6
Lampiran 9 Foto Kegiatan Penelitian	18

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human immunodeficiency virus (HIV) masih menjadi masalah kesehatan global, salah satu jenis virus yang menyebabkan menurunnya sistem kekebalan tubuh karena infeksi sel darah putih sehingga penderita lebih mudah terserang penyakit prevalensi HIV di seluruh dunia mengalami peningkatan, beberapa negara melaporkan tren infeksi terbaru padahal sebelumnya mengalami penurunan. Dari data UNAIDS (*united nations programme on HIV/AIDS*) pada tahun 2021 tercatat jumlah orang yang hidup dengan HIV sebanyak 38,7 juta dan jumlah kematian terkait HIV sebanyak 660,000. Sedangkan pada tahun 2022 jumlah orang yang hidup dengan HIV mengalami peningkatan sebanyak 39,0 juta dua pertiganya (25,6 juta) berada di wilayah Afrika sedangkan di Asia sebanyak 3,9 juta dan jumlah kematian terkait HIV sebanyak 630,000 dengan persentase orang yang tertular HIV sebanyak 1,3 juta (UNAIDS, 2023).

Indonesia merupakan salah satu negara Asia yang mengalami peningkatan jumlah kasus baru HIV positif yang dilaporkan dari tahun ketahun cenderung meningkat. Berdasarkan data SIHA online bulan Desember tahun 2020, jumlah estimasi ODHA di Indonesia tahun 2020 sebanyak 543.100 orang, jumlah ODHA yang ditemukan sebanyak 418.961 orang, dimana sebanyak 316.191 (58%) ODHA masih hidup dan ODHA yang meninggal sebanyak 102.770 orang (Kemenkes, 2023).

Dinas Kesehatan Jawa Barat mencatat jumlah kasus HIV positif tahun 2023 berjumlah 9.710 kasus meningkat 898 kasus dari tahun 2022 yang menemukan 8.812 kasus. Jumlah kasus AIDS pada tahun 2023 yang terlaporkan sebanyak 2.178 dengan kumulatif AIDS sebesar 14.593 kasus. Adapun jumlah kematian akibat AIDS selama tahun 2023 sebanyak 100 kasus kematian (Dinas Kesehatan Jawa Barat, 2023). Sedangkan di kabupaten Cirebon, terjadi peningkatan kasus baru HIV di Cirebon, mencapai 340 kasus, meningkat secara signifikan dari tahun sebelumnya yang tercatat sebanyak 232 kasus pada tahun 2021 (Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, 2022).

Salah satu pengobatan yang bisa diberikan kepada ODHA adalah terapi *Antiretroviral* (ARV) yang saat ini sudah ada lebih dari 40 jenis obat ARV dari beberapa golongan. Dalam pengobatan menggunakan terapi ARV, penderita akan menjalani pengobatan seumur hidupnya sehingga dibutuhkan kepatuhan serta adanya pengawas minum obat (PMO). Pengobatan *antiretrovirus* (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 (Indaryati *et al.*, 2022).

Obat ARV terdiri atas beberapa golongan seperti nukleosida *reverse transcriptase inhibitor*, *nucleotide reverse transcriptase inhibitor*, *non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor*, dan *inhibitor protease*. Efek samping dari terapi ARV juga dapat dirasakan oleh pasien HIV efek

samping pengobatan biasanya terjadi di minggu pertama hingga pada pengobatan jangka panjang. Seperti anemia, hipersensitivitas obat, depresi, mimpi buruk, mual, diare, lemah, muntah, gangguan pengecapan, kurang nafsu makan, mati rasa, atau gelisah sekitar mulut, sakit kepala, lesu, sulit tidur, *neutropenia* dan lainnya. Dari efek samping yang dirasakan oleh pasien HIV menyebabkan pasien HIV tidak patuh minum obat bahkan mangkir dari pengobatan (*lost to follow up*) (Indaryati *et al.*, 2022).

Lost to follow up pada pasien HIV adalah sebuah kondisi pasien dengan HIV/AIDS yang keluar (*drop out*) dari pengobatan ARV. 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 (Fibriansari & Cahyadi, 2021). Terdapat beberapa alasan pasien HIV/AIDS untuk berhenti terapi diantaranya adalah aktivitas atau pekerjaan sehari-hari, persepsi kondisi pasien yang kurang, keterjangkauan klinik VCT, efek samping obat ARV, pelayanan klinik VCT yang kurang memuaskan, beralih ke pengobatan alternatif, kepercayaan religi, serta kurangnya dukungan sosial (Rosiana, 2018).

Dampak negatif dari *lost to follow up* (LTFU) yaitu pada manfaat imunologis ART dan meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan rawat inap terkait AIDS. LTFU pada pasien yang menerima ART dapat mengakibatkan konsekuensi serius, seperti penghentian pengobatan, keracunan obat, kegagalan pengobatan karena kepatuhan yang buruk, dan resistensi obat hal

ini mengakibatkan peningkatan risiko kematian hingga 40% dalam penelitian terhadap pasien LTFU di Afrika sub-Sahara (Berheto *et al.*, 2015). Menurut Manowati (2019) faktor yang mempengaruhi perilaku *lost to follow up* antara lain jenis kelamin, usia, pendidikan, jarak tempat tinggal, tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS, adanya tigma, kualitas pelayanan dan lainnya.

Menurut data yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan, jumlah ODHA yang putus obat atau hilang dari pemantauan (LTFU) mencapai 65.779 orang, sementara yang meninggal setelah LTFU ARV mencapai 47.654 orang (Kemenkes RI, 2020). Berdasarkan wawancara studi pendahuluan dengan dokter penanggung jawab Klinik Seroja RSD Gunung Jati didapatkan jumlah pasien yang terinfeksi HIV dan sudah melakukan ART dari tahun 2020-2023 sebanyak 583 orang dan yang terdeteksi melakukan *lost to follow up* ARV sebanyak 136 pasien pada kisaran usia 1-70 tahun, serta usia yang paling banyak melakukan *lost to follow up* ARV adalah pada rentang usia 25-35 tahun, dengan angka kematian yang disebabkan oleh *lost to follow up* ARV mencapai 60 orang.

Ada 3 jenis terapi ARV yang tersedia di Klinik Seroja RSD Gunung Jati yaitu (1) *Reverse transcriptase inhibitor* (RTI), dibagi menjadi 2 jenis yaitu: *Nucleoside reverse transcriptase inhibitor* (NRTI/NtRTI) dengan sediaan obat *zidovudine* (ZDV) 300 mg, *abacavir* (ABC) 300 mg, *lamivudine* (3TC) 150 mg / *emicitabine* (FTC) 200 mg, *tenovofir* (TDF) 300 mg; *Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor* (NNRTI) dengan sediaan obat *efavirenz* (EFV) 600 mg, *nevirapine* (NVP) 200 mg; (2)

integrase inhibitor, dengan sediaan obat *dolutegravir* (DTG) 50 mg; (3) *protease inhibitor*, dengan sediaan obat *lopinavir* (LPV) 200 mg dan *ritonavir* (R) 50 mg.

Proses penentuan jenis terapi ARV pada pasien HIV di Klinik Seroja dengan melalui beberapa tahap skrining seperti skrining TBC dan infeksi oportunistik lainnya. Untuk *drug of choice* lini pertama pada pasien HIV tanpa TBC maka akan diberikan terapi ARV jenis TLD (*tenovofir* (TDF) 300 mg + *lamivudine* (3TC) 300 mg + *dolutegravir* (DTG) 50 mg), tetapi jika setelah pemeriksaan pasien HIV terdiagnosa TBC maka pasien harus melakukan pengobatan TBC dan harus sudah berjalan selama 2 minggu terlebih dahulu agar bisa mendapatkan pengobatan HIV dengan *drug of choice* yang akan diberikan pada lini pertama pasien TB/HIV dengan syarat pasien tidak mengalami gangguan psikis seperti pusing, sulit tidur, halusinasi dan depresi maka obat yang akan diberikan adalah TLE (*tenovofir* (TDF) 300 mg + *lamivudine* (3TC) 300 mg + *efavirenz* (EFV) 600 mg).

Namun jika pasien TB/HIV memiliki gangguan psikis setelah meminum TLE maka obat HIV akan diganti dengan jenis TLD (*tenovofir* (TDF) 300 mg + *lamivudine* (3TC) 300 mg + *dolutegravir* (DTG) 50 mg). Ada ketentuan lain juga pada pasien TB/HIV yang mengkonsumsi jenis obat TLD yaitu pada pasien TB/HIV yang mendapatkan pengobatan TB *rifampicin* maka ada tambahan dosis *dolutegravir* (DTG) 50 mg diluar dosis TLD dengan aturan minum TLD diminum pada malam hari dan tambahan *dolutegravir* (DTG) 50 mg tunggal diminum pada pagi hari. Serta pada kondisi pasien dengan hasil pemeriksaan *ureum kreatinin* yang tinggi tidak

diberikan *tenovofir* (TDF) 300 mg dan digantikan dengan *abacavir* (ABC) 300 mg, karena dapat meningkatkan *ureum kreatinin* dan dapat menurunkan fungsi *filtrasi glumerolus* sehingga menyebabkan resiko hemodialisa.

Terapi ARV yang diberikan pada pasien HIV di Klinik Seroja RSD Gunung Jati memiliki beberapa kombinasi dan dosis yang berbeda untuk dewasa dan anak-anak yaitu sebagai berikut : pada dewasa; duviral (*zidovudine* (ZDV) 300 mg + *lamivudine* (3TC) 150 mg) 2x1 hari pagi dan malam, TLE (*tenovofir* (TDF) 300 mg + *lamivudine* (3TC) 300 mg + *efavirenz* (EFV) 600 mg) 1x1 diminum pada malam hari, TLD (*tenovofir* (TDF) 300 mg + *lamivudine* (3TC) 300 mg + *dolutegravir* (DTG) 50 mg) 1x1 diminum pada malam hari, *tenovofir* (TDF) 300 mg + *emticitabine* (FTC) 200 mg 1x1 diminum pada malam hari. Pada anak-anak kombinasi terapi dan dosisnya adalah *zidovudine* (ZDV) 60 mg + *lamivudine* (3TC) 30 mg 2x1 sesuai resep dokter, *abacavir* (ABC) 120 mg + *lamivudine* (3TC) 60 mg 2x1 sesuai resep dokter, *dolutegravir* (DTG) 10 mg 1x1 sesuai resep dokter, *zidovudine* (ZDV) 100 mg 1x1.

Klinik Seroja RSD Gunung Jati merupakan layanan penanggulangan HIV/AIDS satu atap dimana baik pendaftaran, pemeriksaan, konseling dan pengambilan obat berada dalam satu tempat yang sama maka dari itu alur pemeriksaan pasien diawali dengan melakukan pendaftaran dibagian pendaftaran dengan menunjukan surat rujukan jika menggunakan BPJS dan dikenakan biaya 30.000 (tiga puluh ribu rupiah) untuk pasien umum, setelah itu akan dilakukan pemeriksaan tensi darah dan lanjut melakukan konsultasi dengan dokter untuk dilakukan skrining TBC dan IMS (infeksi menular

seksual), jika pasien terdapat suspek TBC maka akan dikonsultasikan kepada dokter spesialis paru dan jika ada penyerta seperti IMS maka akan dilakukan pemeriksaan lebih lanjut, tapi jika hasil skrining tidak terdapat dua hal tersebut maka dokter akan langsung meresepkan obat dan pasien harus mengambil dibagian farmasi Klinik Seroja.

Menurut keterangan dokter penanggung jawab Klinik Seroja, efek samping yang umum dirasakan pasien bisa disebabkan oleh beberapa faktor seperti jenis ARV yang diberikan serta kondisi pasien, pada jenis ARV TLD (*tenofovir* (TDF)+ *lamivudine* (3TC) + *dolutegravir* (DTG)) efek samping yang mungkin muncul seperti rasa gatal namun sangat jarang terjadi, sedangkan pada jenis ARV yang mengandung *efavirenz* (EFV) efek samping yang mungkin muncul seperti halusinasi, mimpi buruk, hingga depresi, untuk pasien yang sedang mengkonsumsi ARV yang memiliki kandungan *efavirenz* (EFV) dan mengalami efek samping tersebut maka akan dikonsultasikan lagi kepada dokter jiwa. Serta efek samping terapi ARV lainnya seperti fungsi hati yang meningkat, fungsi ginjal meningkat, berat badan yang menurun, sakit kepala, dan yang paling sering terjadi yaitu mual. Sehingga efek samping tersebutlah yang membuat pasien enggan untuk melanjutkan pengobatan, dampaknya adalah kegagalan terapi ARV, resiko infeksi oportunistik lebih tinggi, dan resisten terhadap obat.

Berdasarkan kronologi masalah yang telah digambarkan di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati”. Peneliti menggunakan instrumen

penelitian berupa kuesioner, kuesioner yang digunakan meliputi (1) kuesioner data demografi, untuk mengetahui data responden; (2) kuesioner pengetahuan, untuk mengetahui tingkat pengetahuan ARV; (3) kuesioner sikap, untuk mengetahui sikap pasien LTFU terhadap pengobatan ARV; (4) kuesioner tindakan, untuk mengetahui tindakan ODHA terhadap pengobatan ARV; (5) kuesioner ketersediaan tempat layanan ARV, untuk mengetahui tersedia atau tidak layanan ARV; (6) kuesioner jarak akses ketempat layanan ARV; (7) kuesioner sikap petugas kesehatan. Dengan kriteria responden adalah pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV yang melakukan *lost to follow up* atau tidak melakukan kunjungan ke layanan ARV Klinik Seroja RSD Gunung Jati sebanyak 2 atau 3 kali berturut-turut yang telah dijadwalkan. Sehingga dapat mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka dapat disimpulkan rumusan masalah mengenai apa saja “faktor-faktor yang berhubungan dengan *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati”?.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apa saja faktor-faktor yang berhubungan dengan *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengeidentifikasi hubungan usia dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati
- b. Mengidentifikasi hubungan jenis kelamin dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati
- c. Mengidentifikasi hubungan pengetahuan ODHA terhadap ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati
- d. Mengidentifikasi hubungan sikap ODHA terhadap pengobatan ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati
- e. Mengidentifikasi hubungan tindakan ODHA terhadap pengobatan ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati
- f. Mengidentifikasi hubungan pendidikan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati
- g. Mengidentifikasi hubungan pekerjaan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati
- h. Mengidentifikasi hubungan infeksi oportunistik dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

- i. Mengidentifikasi hubungan sikap petugas kesehatan terhadap ODHA dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati
- j. Mengidentifikasi hubungan ketersediaan layanan ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati
- k. Mengidentifikasi hubungan jarak akses ketempat layanan ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi referensi memberikan pemahaman yang lebih dalam tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian LTFU dalam pengobatan ARV. Institusi dapat menggunakan pengetahuan ini untuk memperbaiki prosedur dan protokol yang ada, serta mengembangkan pendekatan yang lebih efektif dalam memastikan retensi pasien.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Klinik Seroja RSD Gunung Jati

Diharapkan dapat memberikan informasi atau masukan kepada instansi berwenang sebagai pengambil kebijakan dalam hal ini ialah Klinik Seroja RSD Gunung Jati dalam rangka penentuan kebijakan dalam upaya meningkatkan motivasi pada pasien HIV/AIDS untuk

terus berobat sehingga angka kejadian *lost to follow up* dapat berkurang.

b. Bagi peneliti

Diharapkan penelitian ini dapat memperluas wawasan dan pengetahuan peneliti mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS.

c. Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi lebih bagi responden di Klinik Seroja RSD Gunung Jati sehingga responden tidak melakukan perilaku *lost to follow up*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep HIV/AIDS

2.1.1 Definisi HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus golongan RNA yang spesifik menyerang imunitas atau sistem kekebalan tubuh yang kemudian menyebabkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS). Infeksi HIV berjalan dengan sangat progresif dalam merusak sistem kekebalan tubuh, sehingga infeksi yang disebabkan oleh jamur, parasit, bakteri, ataupun virus tidak bisa ditahan oleh tubuh penderita. Seseorang yang telah terinfeksi HIV kemungkinan tidak menunjukkan gejala sakit, tetapi bisa menginfeksi orang lain. Untuk sebagian orang, infeksi HIV dapat berkembang menjadi AIDS setelah melalui beberapa periode waktu tertentu, dari beberapa bulan hingga 15 tahun (Agus Alamsyah *et al*, 2020).

AIDS muncul setelah virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh kita selama lima hingga sepuluh tahun atau lebih. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) atau kumpulan berbagai gejala penyakit akibat turunnya kekebalan tubuh individu akibat HIV. Ketika individu sudah tidak lagi memiliki sistem kekebalan tubuh maka semua penyakit dapat dengan mudah masuk ke dalam tubuh. Karena sistem kekebalan tubuhnya

menjadi sangat lemah, penyakit yang tadinya tidak berbahaya akan menjadi sangat berbahaya. Orang yang baru terpapar HIV belum tentu menderita AIDS. Hanya saja lama kelamaan sistem kekebalan tubuhnya makin lama semakin lemah, sehingga semua penyakit dapat masuk ke dalam tubuh. Pada tahapan itulah penderita disebut sudah terkena AIDS (Arifin & Fallis, 2016).

2.1.2 Etiologi

Virus masuk ke dalam tubuh manusia terutama melalui perantara darah, semen, dan sekret vagina. Setelah memasuki tubuh manusia, maka target utama HIV adalah limfosit CD 4 karena virus mempunyai afinitas terhadap molekul permukaan CD4. Virus ini akan mengubah informasi genetiknya ke dalam bentuk yang terintegrasi di dalam informasi genetik dari sel yang diserangnya, yaitu merubah bentuk RNA (*ribonucleic acid*) menjadi DNA (*deoxyribonucleic acid*) menggunakan enzim *reverse transcriptase*. DNA pro-virus tersebut kemudian diintegrasikan ke dalam sel hospes dan selanjutnya diprogramkan untuk membentuk gen virus. Setiap kali sel yang dimasuki *retrovirus* membelah diri, informasi genetik virus juga ikut diturunkan (Arifin & Fallis, 2016).

Virus HIV terdiri dari 2 sub-tipe, yaitu HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 bermutasi lebih cepat karena replikasinya lebih cepat. Secara morfologi HIV terdiri atas 2 bagian besar yaitu bagian inti (core) dan bagian selubung (envelop). Bagian inti berbentuk silindris tersusun atas dua untai RNA, enzim reverse transcriptase dan beberapa jenis protein. Bagian selubung terdiri dari lipid dan glikoprotein (gp 41 dan gp 120). Gp 120

berhubungan dengan reseptor Lymfosit (T4). Karena bagian luar virus merupakan lemak maka, virus ini sensitif terhadap pengaruh lingkungan seperti air mendidih, sinar matahari, alcohol, tetapi relatif resisten terhadap radiasi dan sinar ultraviolet. Virus HIV hidup didalam darah, saliva, semen, air mata dan mudah mati diluar tubuh (Rahman *et al.*, 2024).

Cepat lamanya waktu seseorang yang terinfeksi HIV mengembangkan AIDS dapat bervariasi antar individu. Dibiarkan tanpa pengobatan, mayoritas orang yang terinfeksi HIV akan mengembangkan tanda-tanda penyakit terkait HIV dalam 5-10 tahun, meskipun ini bisa lebih pendek. Waktu antara mendapatkan HIV dan diagnosis AIDS biasanya antara 10–15 tahun, tetapi terkadang lebih lama. Terapi *antiretroviral* (ART) dapat memperlambat perkembangan penyakit dengan mencegah virus bereplikasi dan oleh karena itu mengurangi jumlah virus dalam darah orang yang terinfeksi (dikenal sebagai viral load) (Arifin & Fallis, 2016).

2.1.3 Patofisiologi

Berdasarkan Black dan Hawks (2014) dalam (Theresia *et al*, 2024), HIV-1 merupakan bagian subfamily lentivirus dari retrovirus manusia. Penyebab penyakit ini adalah lentivirus dengan tanda gejala mendadak dan adanya terlibat sistem saraf pusat yang progresif dan terganggunya sistem kekebalan. HIV-1 adalah salah satu dari 5 virus pada group lentivirus. Virus HIV lainnya adalah HIV-2 dan human T-lymphotropic virus (HTLV) tipe 1, 2 dan 4.

Retrovirus adalah bagian dari kelompok Retroviridae dan mempunyai *ribonucleic acid* (RNA) yang berkaitan dengan *deoxyribonucleic acid* (DNA) *polymerase (transcriptase terbalik)*. HIV melakukan infeksi ke sel T pembantu (T4 limfosit), makrofag dan sel B. Virus HIV tidak langsung melakukan pengaruhnya ke sistem saraf pusat atau saraf perifer, astrosit atau oligodendrosit. Infeksi HIV pada SSP dihasilkan dari makrofag yang terinfeksi atau sesuatu dari kimia yang diproduksi dari disregulasi sitokin dan kemokin. Sel T pembantu lebih gampang melakukan infeksi dibandingkan sel-sel lain. Deplesi sel T pembantu terjadi dalam stase berikut ini yaitu:

- a) Sesudah masuk ke penjamu, HIV masuk dan lekat ke membran sel target dengan cara melekat pada molekul reseptornya CD4.
- b) Virus tidak mempunyai lapisan dan RNA masuk ke sel.
- c) Enzim yang diketahui transcriptase terbalik dikeluarkan dan RNA virus diterjemahkan ke dalam DNA
- d) DNA yang baru terbentuk ini bergerak ke dalam inti dan DNA sel
- e) Provirus dibuat saat DNA virus melakukan integrasi dirinya sendiri ke dalam DNA selular atau genom sel
- f) Sesudah provirus pada tempatnya, materi genetiknya bukan lagi murni DNA penjamu tetapi sebagian DNA virus.
- g) Sel bisa berfungsi normal
- h) Sel penjamu amti dan tunas atau anak virus terbentuk. Virus baru melakukan infeksi ke sel baru

Tujuan utama HIV yaitu sel T4 pembantu tetapi perekat yang bisa mengakibatkan HIV tertarik adalah molekul CD4 sebagai reseptor bagi HIV pada sel T4 pembantu. Walaupun molekul CD4+ ditemukan ke sel lain contoh makrofag dan monosit. Tenaga kesehatan memanggilnya sel T4 pembantu sebagai CD4+. Zat lain, kemungkinan berfungsi sebagai pembawa Messenger dan membantu HIV masuk ke dalam sel.

Sel CD4+ T pembantu mengatur sel pada sistem imun. Sel melakukan interaksi dengan monosit, makrofag, sel T sitotoksik, sel natural killer dan sel B. Sel T berfungsi memimpin semua aktivitas yang dihasilkan oleh sel imunitas yang lain. Bila Sel CD4+ T pembantu kurang bisa berakibat aktivitas koordinasi imun menurun. Badan mengalami kekurangan kekuatan dalam menjaga kesehatan yang tetap. Karena hilangnya sel pengatur ini, orang yang mengalami HIV AIDS mengalami kerentanan menghadapi infeksi.

Hasil laboratorium hitung sel T CD4+ adalah 500/mm³. 1.600/mm³. Jumlah sel T CD4+ pada bayi baru lahir hampir 2 kali orang dewasa. Orang dewasa, jumlah sel CD4+ di bawah 200/mm³ disebut rendah dan mungkin terinfeksi. Hasil laboratorium yang mengindikasikan sistem imun tidak berfungsi. Adalah sebagai berikut:

- a) Total semua sel darah putih menurun
- b) Jumlah semua dan presentasi limfosit menurun
- c) Perubahan positif pada rasio CD/CD
- d) Pada pemeriksaan sel T CD ditemukan angka menurun
- e) Pada reaktivitas tes kulit (alergi) mengalami penurunan atau tidak ada

f) Konsentrasi imunoglobulin meningkat

Rusaknya sistem imun ini ialah karena aktivitas HIV yang banyak pada pasien yang terinfeksi HIV dari sejak terinfeksi. HIV berkembang dan membanyak diri dengan cepat. HIV memproduksi 10 juta virion (partikel virus) baru per hari. Pasien dengan HIV asimptomatik dengan jumlah sel CD4+ normal, sistem imun sedang berjalan perusakannya. Obat-obat HIV AIDS bertujuan untuk memutuskan proses penyakit dengan membuat kekuatan virus terhambat dalam membelah diri atau memasuki sel baru sehingga bisa membuat sirkulasi virus berkurang di dalam tubuh dan aktivitas destruktifnya berhenti.

2.1.4 Cara Penularan

Menurut (Yolanda Sianturi, Melinda Malau, 2021) cara penularan HIV adalah sebagai berikut :

a. Media penularan HIV

HIV dapat ditularkan melalui pertukaran berbagai cairan tubuh dari individu yang terinfeksi, seperti darah, air susu ibu, air mani dan cairan vagina. Individu tidak dapat terinfeksi melalui kontak sehari-hari biasa seperti berciuman, berpelukan, berjabat tangan, atau berbagi benda pribadi, makanan atau air.

b. Cara Penularan

- 1) Hubungan seksual : hubungan seksual yang tidak aman dengan orang yang telah terpapar HIV.
- 2) Transfusi darah : melalui transfusi darah yang tercemar HIV.

- 3) Penggunaan jarum suntik : penggunaan jarum suntik, tindik, tato, dan pisau cukur yang dapat menimbulkan luka yang tidak disterilkan secara bersama-sama dipergunakan dan sebelumnya telah dipakai orang yang terinfeksi HIV. Cara-cara ini dapat menularkan HIV karena terjadi kontak darah.
- 4) Ibu hamil kepada anak yang dikandungnya
 - a) Antenatal: saat bayi masih berada di dalam rahim, melalui plasenta.
 - b) Intranatal: saat proses persalinan, bayi terpapar darah ibu atau cairan vagina.
 - c) Postnatal: setelah proses persalinan, melalui air susu ibu. Kenyataannya 25-35% dari semua bayi yang dilahirkan oleh ibu yang sudah terinfeksi di negara berkembang tertular HIV, dan 90% bayi dan anak yang tertular HIV tertular dari ibunya.
- 5) Perilaku berisiko yang menularkan HIV/AIDS
 - a) Melakukan seks anal atau vaginal tanpa kondom.
 - b) Memiliki infeksi menular seksual lainnya seperti sifilis, herpes, klamidia, kencing nanah, dan vaginosis bakterial.
 - c) Berbagi jarum suntik yang terkontaminasi, alat suntik dan peralatan suntik lainnya dan solusi obat ketika menyuntikkan narkoba.
 - d) Menerima suntikan yang tidak aman, transfusi darah, transplantasi jaringan, prosedur medis yang melibatkan pemotongan atau tindakan yang tidak steril.

- e) Mengalami luka tusuk jarum yang tidak disengaja, termasuk diantara pekerja kesehatan.
- f) Memiliki banyak pasangan seksual atau mempunyai pasangan yang memiliki banyak pasangan lain.

2.1.5 Klasifikasi stadium HIV

Ada 2 klasifikasi yang hingga saat ini sering digunakan yaitu klasifikasi menurut WHO dan *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) Amerika Serikat. Di negara-negara berkembang menggunakan sistem klasifikasi WHO dengan memakai data klinis dan laboratorium, sementara di negara-negara maju menggunakan sistem klasifikasi CDC. Klasifikasi menurut WHO digunakan pada beberapa negara yang pemeriksaan limfosit CD4 tidak tersedia. Klasifikasi stadium klinis HIV/AIDS WHO dibedakan menjadi 4 stadium, yaitu:

Tabel 2. 1 Stadium HIV menurut WHO

Stadium	Gambaran Klinis
I	<ul style="list-style-type: none"> a. Tidak ada penurunan berat badan b. Tanpa gejala atau hanya <i>limfadenopati generalisata persisten</i>
II	<ul style="list-style-type: none"> a. Penurunan berat badan <10% b. Ispa berulang: <i>sinusitis, otitis media, tonsilitis dan faringitis</i> c. <i>Herpes zoster</i> dalam 5 tahun terakhir d. Luka disekitar bibir (<i>kelitis anguralis</i>) e. Ulkus mulut berulang f. Ruam kulit yang gatal g. <i>Dermatitis seboroik</i> h. Infeksi jamur pada kuku

	a. Penurunan berat badan >10%
	b. Diare, demam yang tidak diketahui penyebabnya >1 bulan
	c. <i>Kandidiasis oral</i>
III	d. TB paru dalam 1 tahun terakhir
	e. <i>Limfadenitis TB</i>
	f. Infeksi bakterial yang berat; <i>pneumonia, piomiosis</i>
	g. Anemia (<8 gr/dl), <i>trombositopeni kronik</i> (<50 109 Liter)
	a. <i>Sindroma wasting (HIV)</i>
	b. <i>Pneumoni pneumocystis</i>
	c. Pneumonia bakterial yang berat berulang dalam 6 bulan
	d. <i>Kandidiasis esofagus</i>
	e. <i>Herpes simpleks ulceratif</i> >1 bulan
IV	f. Limfoma, sarkoma kaposi, kanker serviks yang invasif
	g. <i>Retinitis CMV, TB ekstra paru</i>
	h. <i>Toksoplasmosis, ensefalopati HIV, meningitis kriptokokus, infeksi</i>
	i. Mikobakteria non-TB meluas
	j. <i>Lekoensefalopati multifokal progresif</i>

2.1.6 Tatalaksana

Pengobatan *antiretrovirus* (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 (Nurur *et al.*, 2018).

Terapi pemberian ARV biasa disingkat ART. Ada beberapa syarat yang harus dipenuhi oleh penderita untuk memulai *anti-retroviral therapy*

(ART). Adapun syarat ini harus dipenuhi untuk mencegah putus obat dan menjamin efektivitas pengobatan, antara lain adalah infeksi HIV telah dikonfirmasi dengan hasil tes (positif) yang tercatat, memiliki indikasi medis, dan tidak memulai ART jika tidak memenuhi indikasi klinis, mengulangi pemeriksaan CD4 dalam empat bulan jika memungkinkan, pasien yang memenuhi kriteria dapat memulai di pelayanan kesehatan, jika infeksi oportunistik telah diobati dan sudah stabil, maka pasien telah siap untuk pengobatan ART, adanya tim medis AIDS yang mampu memberikan perawatan kronis dan menjamin persediaan obat yang cukup (*Nursalam et al, 2018*).

Terapi Antiretroviral (ARV) telah menjadi landasan pengobatan untuk orang dengan HIV/AIDS (ODHA) selama beberapa dekade terakhir. Terapi ini bertujuan untuk mengurangi jumlah virus HIV dalam tubuh dan memperlambat perkembangannya, sehingga memungkinkan sistem kekebalan tubuh untuk memperkuat diri dan mencegah timbulnya infeksi oportunistik serta kondisi terkait AIDS.

2.1.7 Sasaran Yang Menerima ARV

Terapi ARV dapat diberikan setelah melewati tahap konseling dan memiliki pengawas minum obat agar dapat memantau dan mengontrol minum obat tersebut seumur hidup (*Indaryati et al., 2022*).

- a. Penderita HIV dewasa dan anak > 5 tahun pada stadium 3 atau 4 (CD4 ≤ 350 sel / mm²)
- b. Penderita HIV dengan TBC
- c. Penderita HIV dengan hepatitis B dan C

- d. Bayi baru lahir dari ibu penderita HIV (*proflaksis*)
- e. Penderita HIV bayi dan anak < 5 tahun
- f. Pasien HIV yang pasangannya pada hasil pemeriksaan negative / positif.
- g. Penderita HIV pada populasi epidemik HIV meluas
- h. Penderita HIV pada populasi kunci

2.1.8 Jenis dan Efek Samping Obat ARV

Obat ARV terdiri atas beberapa golongan antara lain *nucleoside reverse transcriptase inhibitors*, *non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors*, *protease inhibitor*, dan *fussion inhibitor* (Nursalam *et al*, 2018).

- a. *Nucleoside reverse transcriptase inhibitor* (NRTI)

Zidovudine (ZDV, AZT), *didanosine* (ddl), *stavudine* (d4T), *lamivudine* (3TC), *abacavir* (ABC), *tenofovir* (TDF), *emicitabine* (FTC), NRTI bekerja dengan mengintervensi enzim *reverse transcriptase* (RT). Obat ini dikenal sebagai analog nukleosida yang menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA (proses ini dilakukan oleh virus HIV agar bisa bereplikasi).
- b. *Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor* (NNRTI)

Neviparine (NVP), *delavirdine* (DLV), *efavirenz* (EFV). NNRTI merupakan inhibitor non-kompetitif *HIV_reverse transcriptase*, yang berikatan kuat dan spesifik terhadap *HIV-reverse transcriptase*. Golongan ini juga bekerja dengan menghambat proses perubahan RNA menjadi DNA dengan cara mengikat *reverse transcriptase* sehingga tidak berfungsi.

c. *Protease inhibitor (PI)*

Saquinavir (SeV), *indinavir* (IDV), *ritonavir* (RTV), *nelfinavir* (NFV), *lopinavir/ ritonavir* (LpV), *fosamprenavir* (fo sApV), *atazanavir* (ATV), *tipranavir* (TpV), *darunavir* (DRV). Menghalangi kerja enzim protease yang berfungsi memotong DNA yang dibentuk oleh virus dengan ukuran yang benar untuk memproduksi virus baru.

d. *Fusion inhibitor*

Obat yang termasuk golongan ini adalah Penerbit *Enfuvirtide* (T-20).

Tabel 2.2 Nama Obat, Jenis Obat dan Efek Samping

Nama Obat	Jenis Obat	Kemungkinan Efek Samping
<i>Zidovudine</i> (AZT)	<i>Nucleoside reverse transcriptase inhibitor</i> (NRTI)	Mual, muntah, sakit kepala, susah tidur, nyeri otot.
<i>Zalzitabine</i> (ddC)	<i>Nucleoside reverse transcriptase inhibitor</i> (NRTI)	Luka dimulut, kelainan saraf tepi, radang pankreas.
<i>Didanosine</i> (Ddi)	<i>Nucleoside reverse transcriptase inhibitor</i> (NRTI)	Diare, radang pankreas.
<i>Stavudine</i> (d4T)	<i>Nucleoside reverse transcriptase inhibitor</i> (NRTI)	Sakit kepala, diare, panas
<i>Lamivudine</i> (3TC)	<i>Nucleoside reverse transcriptase inhibitor</i> (NRTI)	Sakit kepala, lesu, sulit tidur, neutropenia.

		<i>inhibitor</i>
		(NRTI)
<i>Nevirapine</i>	<i>Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor</i>	Kelainan hati, bercak merah pada kulit.
		(NNRTI)
<i>Ritonavir</i>	<i>Protease inhibitor</i> (PI)	Mual, diare, lemah, muntah, gangguan pengecapan, kurang nafsu makan, mati rasa, atau gelisik sekitar mulut
<i>Delavirdine</i>	<i>Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor</i>	Lesu, mual, diare, kelainan hati, bercak merah pada kulit, panas
		(NNRTI)
<i>Saquinivir</i>	<i>Protease inhibitor</i> (PI)	Diare, mual.
<i>Indinavir</i>	<i>Protease inhibitor</i> (PI)	Mual, kelainan hati, batu ginjal

Efek samping pengobatan biasanya terjadi di minggu pertama hingga pada pengobatan jangka panjang. Anemia, hipersensitivitas obat, depresi, mimpi buruk dan lainnya. Penanganan toksisitas ini dapat ditentukan dengan berat ringannya efek samping atau toksisitas, evaluasi obat yang dikonsumsi bersamaan, dan menentukan asal toksisitas dari ARV atau terapi lain, mempertimbangkan penyakit penyerta lainnya (Indaryati *et al.*, 2022).

2.1.9 Komplikasi HIV

Menurut Sigit Prakoeswa (2022), Kedua strain HIV dapat menyebabkan *imunodefisiensi*, tapi progresivitas pasien yang terinfeksi

HIV-2 menjadi AIDS lebih jarang. sehingga mereka memiliki survival time yang lebih lama. Akan tetapi, ketika progresivitas telah terjadi, manifestasi klinis dan keparahan AIDS yang terjadi sama. Penyebab utama kematian pada pasien AIDS pada pasien di Afrika adalah tuberkulosis (terutama paru, namun juga disertai proporsi meningitis tuberkulosis yang tinggi. Bakteremia dengan organisme seperti *pneumococcus* atau *salmonella non typhoid* juga umum terjadi pada pasien AIDS.

a. Penurunan Berat Badan

Salah satu komplikasi yang diakibatkan oleh HIV adalah penurunan berat badan yang dapat berakibat terjadinya malnutrisi. Penurunan berat badan pada pasien HIV disebabkan oleh multi faktor. Malnutrisi energi protein adalah bentuk paling umum malnutrisi yang ditemukan pada pasien dengan HIV di seluruh dunia.

b. Infeksi Oportunistik

Selain melemahnya sistem imun karena diserangnya sel CD4+ pada pasien HIV, tidak menutup kemungkinan akan terjadinya komplikasi selain dari infeksi oportunistik. Beberapa di antaranya adalah gangguan saraf, kardiovaskular, paru, gastrointestinal dan ginjal. Kelainan saraf mengenai 70% pasien HIV, pasien akan terkena gejala spektrum luas dan menurunnya kualitas hidup dan/atau fungsi sehari-hari. Yang paling berat adalah adanya demensia yang dicetuskan oleh HIV, hal ini terjadi saat kadar sel CD4- rendah. Perubahan terjadi pada tiga domain: kognitif (manifestasi pada memori, konsentrasi, komprehensi atau defisit perencanaan eksekutif); perilaku (dapat

menjadi apatis, depresi atau agitasi) dan motorik (jalan tidak tegak, berkurangnya koordinasi, tremor) Selain itu juga dapat terjadi *polineuropati sensorik distal*, yang merupakan komplikasi yang paling sering dijumpai pada pasien HIV. Polineuropati dapat didiagnosis dengan melihat klinis, tanda dan gejala termasuk berkurangnya refleks pergelangan kaki, serasi ekstremitas bawah (terhadap getaran), kebas, *paresthesia* dan nyeri.

Pasien HIV juga memiliki risiko yang lebih tinggi untuk terkena infark miokard dan *aterosklerosis*, dimana risiko ini juga lebih tinggi jika dibandingkan dengan pasien hipertensi dan orang yang merokok. Peningkatan risiko ini akan tetap ada meskipun sudah diberikan medikasi antiretroviral. Beberapa mekanisme lain juga meningkatkan risiko penyakit *serebrovaskular*, seperti *neurotiksisitas* HIV, infark serebral, *koagulopati* dan inflamasi kronis yang berujung pada vaskulopati dan *tromboemboli*. Untuk penyakit paru yang non infeksius seperti PPOK, kanker paru dan hipertensi pulmo dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas pada pasien HIV. HIV juga dapat menyebabkan komplikasi gastrointestinal. Penyakit non-infeksius seperti stomatitis, enteropatik HIV idiopatik dan malignansi dapat muncul pada pasien HIV. Penyakit liver juga dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada orang yang terinfeksi HIV. Beberapa komplikasi yang dapat muncul adalah hepatitis virus, NAFLD, dispepsia, diare, dan lainnya.

c. Komplikasi Ginjal

Komplikasi pada ginjal juga dapat terjadi dengan cara menurunnya fungsi ginjal serta *proteinuria* yang meningkatkan mortalitas pada pasien HIV. Ras kulit hitam, lansia, jumlah sel CD4+ kurang dari 200 sel/ μ l, HIV viremia, koinfeksi hepatitis C dan penggunaan obat injeksi berhubungan dengan meningkatnya risiko penyakit ginjal kronis. Karena hal tersebut, pasien HIV disarankan untuk skrining untuk penyakit ginjal ketika di diagnosis HIV, diikuti dengan skrining setiap 2 tahun pada pasien stabil dan lebih sering lagi pada pasien dengan risiko tinggi.

d. Keganasan

Meskipun keganasan tidak menjadi manifestasi yang umum pada orang dewasa dengan HIV, kaposi sarcoma (KS) telah menjadi ciri khas manifestasi dari AIDS terutama pada individu dengan kadar sel T CD4+ <200 sel/ mm. ini Nampak sebagai *proliferasi vascular* yang ditandai dengan keberadaan sel spindle dan kanal vaskular. Sel yang mengalami keganasan kemungkinan besar adalah sel endotel teraktivasi.

e. Gangguan Neurekognitif

Pasien yang terinfeksi HIV dan mencapai tahap AIDS dapat menderita suatu kelainan neurokognitif yang menyerupai demensia. Istilah lama untuk kondisi ini adalah HIV ensefalopati dan AIDS demensia kompleks; adapun pada tahun 2007 istilah tersebut telah diganti menjadi *HIV-associated neurocognitive disorder* (HAND). Kelainan tersebut dapat disebabkan oleh infeksi oportunistik atau

infeksi HIV pada makrofag dan sel mikroglia pada otak. Pasien dengan HAND penurunan fungsi kognitif yang mirip dengan fase awal penyakit *Alzheimer*. Kondisi HAND terkait dengan memendeknya durasi survival. Pada pasien yang didiagnosis HIV pada awal onset infeksi, derajat penurunan sel CD4+ dan viremia dapat digunakan untuk memprediksi gangguan neurokognitif.

Pasien yang menunjukkan manifestasi klinis HIV pada infeksi primer memiliki onset gangguan neurokognitif yang lebih awal dengan perkembangan yang lebih cepat. Dalam perjalanan penyakit, HIV mendapat akses ke jaringan parenkim otak melalui limfosit dan monosit yang terinfeksi dan mungkin juga melalui migrasi *trans-ependimal*. Hal tersebut menjelaskan mengapa perubahan inflamatorik pada cairan *cerebrospinal* telah terjadi pada masa asimptomatis HIV pada hampir semua pasien.

f. Komplikasi Psikososial

1) Komplikasi HIV akibat faktor psikososial

HIV adalah penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan, perawatan dan dukungan terus menerus seumur hidup untuk memastikan perkembangan fisik dan mental mereka, serta kesejahteraan emosional dan psikologis. Orang yang hidup dengan HIV menghadapi berbagai tantangan kesehatan mental dengan potensi dampak negatif terhadap hasil kesehatan. Faktor psikososial dapat memperburuk infeksi HIV. Pengalaman menerima stigma dan

diskriminasi terkait HIV memiliki implikasi kesehatan bagi orang yang hidup dengan HIV.

Depresi adalah kondisi kejiwaan paling umum yang memperumit HIV dan dapat menyebabkan hasil kesehatan yang lebih buruk. Beberapa penelitian telah dilakukan pada morbiditas psikiatri di antara anak-anak yang terinfeksi HIV. Beberapa gangguan psikiatri dan masalah perilaku yang dilaporkan dari penelitian ini adalah depresi berat, gangguan pemuatan perhatian dan hiperaktivitas, gangguan kecemasan, gangguan menentang oposisi, gangguan somatisasi, fobia sosial, kejang dan mania. Prevalensi kasus psikiatri pada anak dengan HIV lebih tinggi dibandingkan dengan anak pada populasi pediatrik umum.

2.2 Konsep *Lost to follow up*

2.2.1 Definisi *Lost to follow up*

Lost to follow up atau disingkat dengan LTFU merupakan salah satu klasifikasi pasien HIV/AIDS yang sedang menerima terapi ARV. LTFU berkaitan erat dengan kepatuhan pasien. Namun, dua hal tersebut mempunyai arti yang berbeda. Jika LTFU adalah ketidakhadiran pasien ke klinik VCT untuk kontrol dan mengambil obat, sedangkan ketidakpatuhan adalah pasien tidak meminum obat sesuai aturan dengan berbagai alasan meskipun datang ke klinik dan mengambil obat secara rutin (Berlianty, 2018).

Ada 3 definisi *lost to follow up* yaitu, tidak berkunjung ke klinik sebanyak 2 atau 3 kali yang telah dijadwalkan, melewatkkan jadwal kunjungan terakhir dalam waktu 2 hingga 4 minggu dan melewatkkan kunjungan dalam waktu lebih dari 3 bulan (Manowati, 2019).

2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi

Berdasarkan teori dari *Lawrence Green* dalam Berlianty (2018), kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor yang di luar perilaku (*non-behavior causes*). Faktor perilaku dibagi menjadi 3 faktor lain yaitu faktor predisposisi (*predisposing*), penguat (*reinforcing*), dan pemungkin (*enabling*).

a. Faktor Predisposisi (*Predisposing*)

Faktor predisposisi (*predisposing*) adalah faktor pendorong perilaku yang berasal dari unsur-unsur yang ada di dalam diri seseorang. Faktor predisposisi yang mempengaruhi kejadian LTFU adalah:

1) Usia

Usia yang semakin muda akan meningkatkan risiko ODHA untuk LTFU. Kemungkinan ODHA LTFU pada usia yang lebih muda dikarenakan penolakan psikologis bahwa mereka telah terinfeksi HIV mereka mencoba mencari alternatif pengobatan lain (Manowati, 2019).

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah salah satu karakteristik dari individu yang mempengaruhi pengambilan keputusan karena berhubungan dengan sifat yang melekat pada individu tersebut. Laki-laki lebih berisiko mengalami LTFU karena mereka cenderung datang ke pelayanan ketika sakit dan kurang bersedia untuk memberikan informasi secara detail seperti pencatatan nomor telepon yang akan memudahkan dalam pelacakan dalam keberlangsungan pengobatan ARV. Laki-laki memiliki variasi dalam mobilitas dan risiko tinggi penyalahgunaan narkoba yang dapat mengganggu kepatuhan dalam terapi ARV sehingga lebih memiliki kemungkinan untuk LTFU. Perempuan cenderung lebih memperhatikan masalah kesehatan dibandingkan laki-laki karena adanya layanan kesehatan khusus bagi perempuan terutama masalah kesehatan reproduksi dan anak, sementara belum ada layanan kesehatan khusus laki-laki (Handayani et al., 2017).

3) Pengetahuan ODHA tentang ARV

Pengetahuan ODHA tentang ARV merupakan ukuran pengetahuan ODHA tentang HIV/AIDS, baik penularan maupun terapinya. Menurut (Nurmala, 2018) Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini dihasilkan setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang, tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan.

- a) Mengetahui (*know*), merupakan level terendah di domain kognitif, di mana seseorang mengingat kembali (*recall*) pengetahuan yang telah dipelajari.
 - b) Memahami (*comprehension*), merupakan level yang lebih tinggi dari hanya sekedar tahu. Pada level ini pengetahuan dipahami dan diinterpretasi secara benar oleh individu tersebut.
 - c) Aplikasi (*application*), merupakan level di mana individu tersebut dapat menggunakan pengetahuan yang telah dipahami dan diinterpretasi dengan benar ke dalam situasi yang nyata di kehidupannya.
 - d) Analisis (*analysis*), merupakan level di mana individu tersebut mampu untuk menjelaskan keterkaitan maters tersebut dalam komponen yang lebih kompleks dalam suatu unit tertentu
 - e) Sintesis (*synthens*), merupakan level di mana kemampuan individu untuk menyusun formulasi yang baru dari formulasi yang sudah ada
 - f) Evaluasi (*valuation*), merupakan level di mana individu mampu untuk melakukan penilaian terhadap materi yang diberikan
- a) Tindakan ODHA terhadap pengobatan ARV merupakan aksi nyata atau sebuah praktik yang sifatnya sudah dilakukan.
- 4) Sikap ODHA terhadap pengobatan ARV

Merupakan reaksi ODHA mengenai pengobatan ARV yang sifatnya masih tertutup atau belum dilakukan. Menurut (Milah, 2022) pada teori WHO Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang

terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata.

Sikap adalah respon dari seseorang terhadap objek tertentu yang telah melibatkan beberapa faktor seperti pendapat dan emosi yang bersangkutan seperti senang atau tidak senang, setuju atau tidak setuju, baik atau tidak baik dan sebagainya. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap merupakan suatu Tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap yang positif seharusnya bisa menjadikan dan membantu responden untuk lebih rutin dan datang untuk ambil lebih tepat lagi sesuai dengan jadwal atau melakukan terapi ARV lebih baik lagi (Anggraeni & Faiqatul, 2020).

5) Tindakan ODHA terhadap pengobatan ARV

Tindakan ODHA terhadap pengobatan ARV merupakan aksi nyata atau sebuah praktik yang sifatnya sudah dilakukan.

6) Pendidikan

Pendidikan sangat berkaitan erat dengan pengetahuan yang memengaruhi pola pikir seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin baik pula pengetahuan yang dimiliki.

Pasien HIV dengan pendidikan lebih tinggi cenderung berpikir

jangka panjang, memikirkan ancaman yang akan didapat jika tidak melanjutkan terapi, lebih mudah menerima informasi baik dari media massa, kampanye, atau nasehat orang lain sehingga mempengaruhi perilaku dalam mengikuti terapi (Berlianty, 2018).

7) Pekerjaan

Pekerjaan tertentu rentan terhadap kejadian *lost to follow up*. Hal ini disebabkan karena kesibukan yang terus menerus setiap hari sehingga tidak mempunyai waktu untuk berobat ke fasilitas kesehatan. Pasien HIV tidak melakukan pengobatan karena alasan faktor kesibukan dalam melakukan pekerjaan (Berlianty, 2018).

8) Infeksi Oportunistik

Koinfeksi adalah penyakit penyerta yang sering terjadi pada penderita HIV. Koinfeksi ini dapat menggambarkan stadium penyakit HIV. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara adanya koinfeksi dengan kejadian *loss to follow up*. Adanya koinfeksi menunjukkan bahwa pasien HIV telah berada pada stadium yang lebih parah. Hal ini menyebabkan pasien merasa lebih penting untuk melakukan pengobatan dan meningkatkan kepatuhan sehingga kondisi kesehatan cenderung membaik (Handayani *et al.*, 2017).

b. Faktor Penguat (*Reinforcing*)

Faktor penguat (*reinforcing*) adalah faktor yang berasal dari dukungan sosial yang diberikan kepada seseorang seperti keluarga, teman, maupun petugas kesehatan yang dapat memperkuat perilaku.

1) Sikap petugas Kesehatan terhadap pasien ODHA

Hubungan pasien dan tenaga kesehatan memiliki karakteristik yang dapat mempengaruhi kepatuhan dalam menjalani terapi ARV meliputi: Kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan: Pandangan pasien terhadap kompetensi tenaga kesehatan; Komunikasi, nada afeksi dari hubungan tersebut (hangat, terbuka, kooperatif); dan Kesesuaian kemampuan serta kapasitas tempat layanan dengan kebutuhan pasien (Sari, 2019).

c. Faktor Pemungkin (Enabling)

1) Ketersediaan Tempat Layanan ARV

Pelayanan serta fasilitas yang diberikan kepada pasien meliputi lamanya antrian saat pengobatan, sikap dokter atau petugas kesehatan, prosedur administrasi, tes laboratorium, dan sarana prasarana klinik merupakan faktor yang pertama kali mempengaruhi pasien untuk mengunjungi klinik. Beberapa hal tersebut sangat mempengaruhi persepsi pasien dalam perjalanan terapi ARV (Berlianty, 2018).

2) Jarak Akses Menuju Pelayanan Kesehatan

Jarak rumah dengan pelayanan kesehatan menunjukkan ketersediaan dan akses pelayanan kesehatan di daerah tersebut. Jarak rumah yang jauh dengan fasilitas kesehatan untuk mengakses ARV memiliki kontribusi untuk kejadian *lost to follow up*. Hasil penelitian menunjukkan jarak rumah ≥ 10 km berisiko mengalami *lost to follow up* terapi ARV (Handayani, 2017).

2.2.3 Dampak *Lost to follow up*

ODHA yang lost to follow up akan memberikan efek, baik itu efek klinis maupun program terapi ARV. Pada tingkatan klinis, kelanjutan terapi ARV odha yang lost to follow up tidak akan dapat dievaluasi. Bagi 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 (Fibriansari & Cahyadi, 2021).

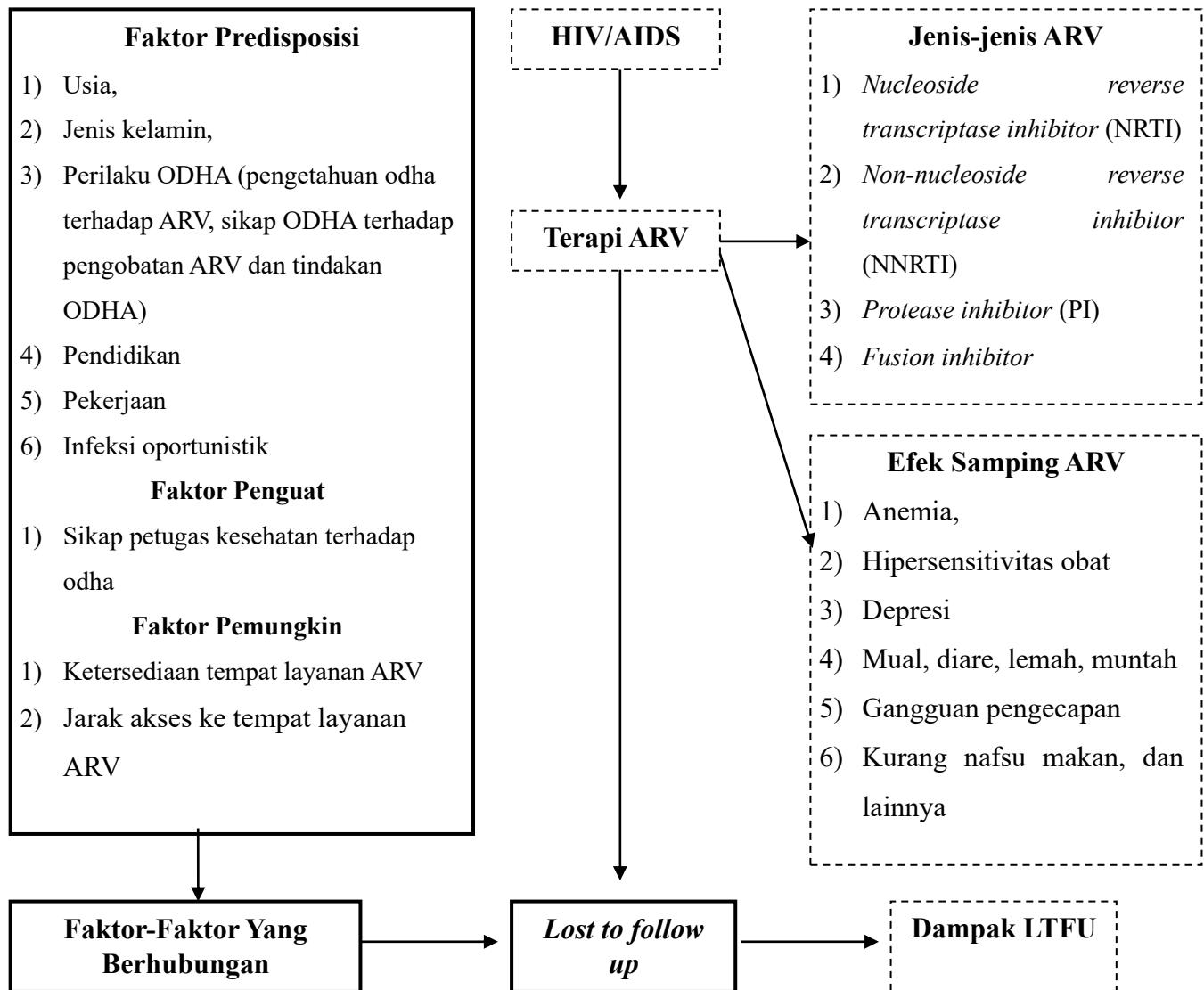
Secara umum pemberian terapi ARV diberikan dalam bentuk kombinasi yang harus dikonsumsi seumur hidupnya. ODHA yang mengalami LTFU akan memberikan efek, baik itu efek klinis maupun program terapi ARV. Pada tingkatan klinis, kelanjutan terapi ARV ODHA yang LTFU tidak akan dapat dievaluasi. Bagi ODHA yang 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. Selain itu HIV akan menjadi resisten dan akan menjadi kebal terhadap ARV. Akibatnya jika ODHA memutuskan untuk kembali mengikuti terapi, kemungkinan ODHA akan mengalami kegagalan terapi di lini 1 sehingga harus beralih ke lini 2. Akan tetapi apabila ODHA sudah sampai di lini 2 tetapi kembali terjadi kegagalan terapi, ARV sudah tidak mampu mengendalikan replikasi HIV. Dengan kata lain akan terjadi resistensi obat, sehingga ARV tidak lagi

dapat berfungsi atau terjadi kegagalan terapi ARV (Berlianty, 2018). Selain itu, adanya LTFU akan mengakibatkan risiko penularan yang lebih tinggi. ODHA yang tidak mengikuti terapi ARV atau berhenti mengikuti terapi ARV akan memiliki risiko untuk menularkan virusnya pada orang lain. Pada tingkat program, LTFU akan menyebabkan kesulitan untuk mengevaluasi efektivitas terapi (Sigit prakoeswa, 2022).

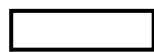
2.3 Kerangka Teori

Kerangka teori adalah kemampuan seorang peneliti mengaplikasikan pola berpikirnya dalam menyusun secara sistematis teori-teori yang mendukung permasalahan penelitian. Berikut adalah kerangka teori dalam penelitian ini berdasarkan tinjauan pustaka.

Gambar 2. 1 Kerangka Teori



Keterangan :



: Variabel yang diteliti

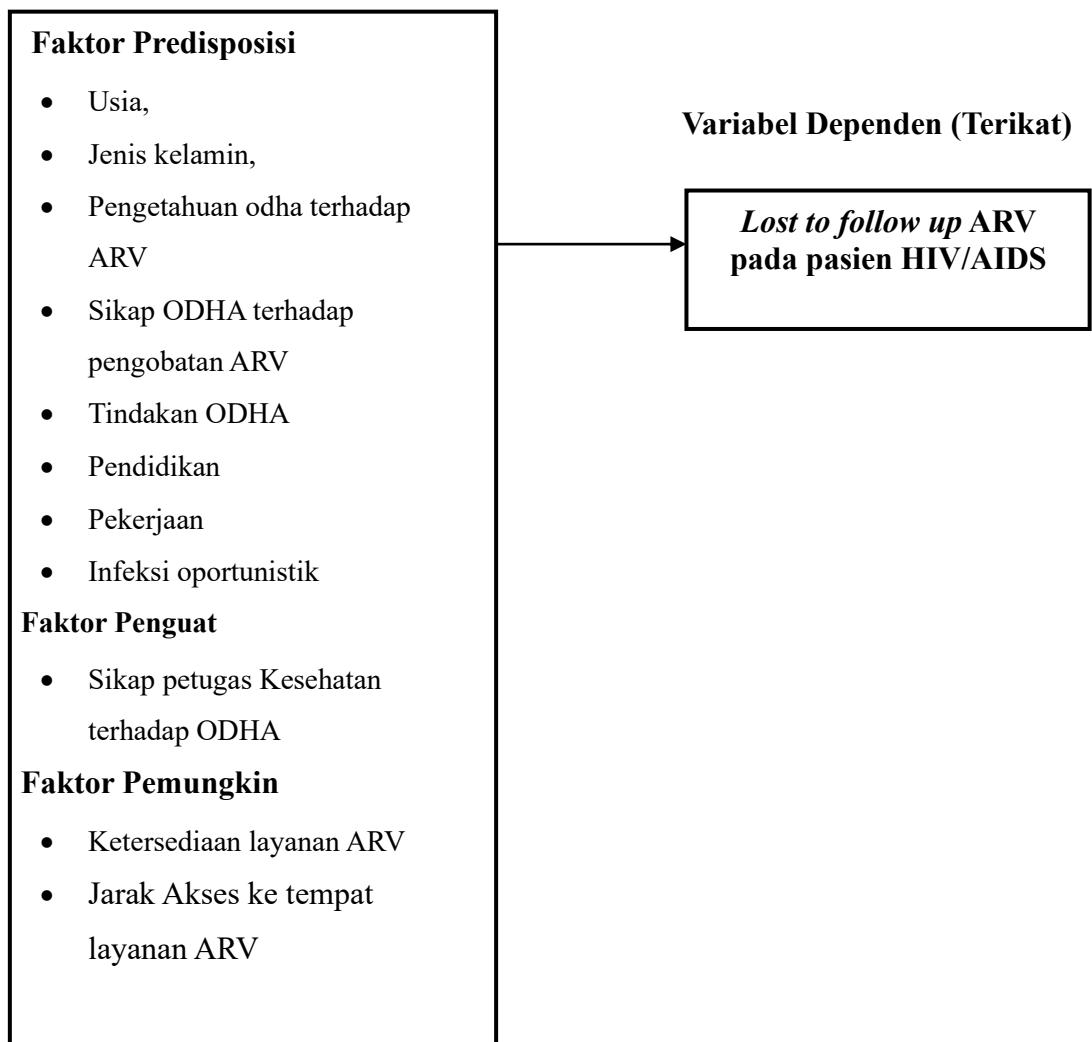


: variabel yang tidak diteliti

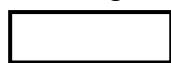
2.4 Kerangka Konsep

Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Variabel Independent



Keterangan :



: Diteliti



: Mempengaruhi

2.5 Hipotesis

Hipotesis penelitian merupakan sebuah pernyataan atau jawaban yang dibuat sementara dan akan diuji kebenarannya. Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara dari tujuan penelitian. Hipotesis dapat disimpulkan berhubungan atau tidak, berpengaruh atau tidak diterima atau ditolak (Adiputra *et al.*, 2021).

Hipotesis nol (H0) Penelitian yang menunjukkan tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependent atau tidak ada perbedaan antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Hipotesis Alterlatif (Ha) yang menunjukkan adanya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat atau ada perbedaan antara variabel satu dengan variabel lainnya.

Hipotesis alternatif H1 dalam penelitian ini :

- a. Usia berhubungan dengan kejadian LTFU ARV
- b. Jenis kelamin berhubungan dengan kejadian LTFU ARV
- c. Pendidikan berhubungan dengan kejadian LTFU ARV
- d. Pekerjaan berhubungan dengan kejadian LTFU ARV
- e. Infeksi oportunistik berhubungan dengan kejadian LTFU ARV
- f. Pengetahuan ODHA terhadap ARV berhubungan dengan kejadian LTFU ARV
- g. Sikap ODHA terhadap pengobatan ARV berhubungan dengan kejadian LTFU ARV
- h. Tindakan ODHA terhadap pengobatan ARV berhubungan dengan kejadian LTFU ARV

- i. Sikap petugas kesehatan terhadap ODHA berhubungan dengan kejadian LTFU ARV
- j. Ketersediaan tempat layanan ARV berhubungan dengan kejadian LTFU ARV
- k. Jarak akses ke tempat layanan ARV berhubungan dengan kejadian LTFU ARV

Hipotesis nol H_0 dalam penelitian ini adalah :

- a. Tidak ada hubungan usia dengan kejadian LTFU ARV
- b. Tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kejadian LTFU ARV
- c. Tidak ada hubungan pendidikan dengan kejadian LTFU ARV
- d. Tidak ada hubungan pekerjaan dengan kejadian LTFU ARV
- e. Tidak ada hubungan infeksi oportunistik dengan kejadian LTFU ARV
- f. Tidak ada hubungan pengetahuan ODHA terhadap ARV dengan kejadian LTFU ARV
- g. Tidak ada hubungan sikap ODHA terhadap pengobatan ARV dengan kejadian LTFU
- h. Tidak ada hubungan tindakan ODHA terhadap pengobatan ARV dengan kejadian LTFU ARV
- i. Tidak ada hubungan sikap petugas Kesehatan terhadap pasien ODHA dengan kejadian LTFU ARV
- j. Tidak ada hubungan ketersediaan layanan ARV dengan kejadian LTFU ARV
- k. Tidak ada hubungan jarak Akses ke tempat layanan ARV dengan kejadian LTFU ARV.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif yang menggunakan rancangan penelitian *descriptive analitik* dengan metode *cross sectional*. Penelitian analitik merupakan penelitian yang bertujuan untuk mencari hubungan antara variabel satu dengan variabel lainnya (Manowati, 2019). Penelitian *cross-sectional* adalah penelitian dimana peneliti mengukur mengobservasi data variabel independen dan dependen hanya sekali pada satu waktu. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati.

3.2 Populasi dan Sampel

3.2.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Agung & Anik, 2019).

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien HIV/AIDS yang terdata di Klinik Seroja RSD Gunung Jati dengan terapi ARV baik yang masih melakukan kunjungan maupun yang melakukan *lost to follow up* ARV pada periode tahun 2023-2024 sebanyak 43 orang.

3.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang diambil melalui cara-cara tertentu, yang juga memiliki karakteristik tertentu, jelas dan lengkap yang dianggap bisa mewakili populasi. Untuk penelitian yang akan menggunakan analisis data statistik, ukuran sampel yang paling minimum adalah 30 (Agung & Anik, 2019).

Sampel pada penelitian ini adalah seluruh pasien HIV/AIDS yang terdata di Klinik Seroja RSD Gunung Jati dengan terapi ARV baik yang masih melakukan kunjungan maupun yang melakukan *lost to follow up* ARV atau tidak melakukan kunjungan yang telah dijadwalkan lebih dari 3 bulan, dari jumlah populasi sebanyak 51 orang hanya didapatkan 43 responden, 3 orang meninggal dunia dan 5 orang tidak dapat dihubungi baik secara during maupun luring di Klinik Seroja RSD Gunung Jati pada periode 2023-2024 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi

a. Kriteria Inklusi

- 1) Pasien HIV/AIDS yang pernah mengikuti terapi ARV kemudian melakukan *lost to follow up* atau tidak melakukan kunjungan yang telah dijadwalkan selama lebih dari 3 bulan secara berturut-turut pada periode 2022-2023
- 2) Pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV yang pernah melakukan *lost to follow up* namun kembali melakukan kunjungan ke Klinik Seroja RSD Gunung Jati.
- 3) Pasien *lost to follow up* ARV berusia 17-65 tahun

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien yang menolak dilakukan penelitian
- 2) Pasien yang tidak dapat dihubungi baik during maupun luring
- 3) Pasien yang mengalami gangguan jiwa
- 4) Pasien yang meninggal dunia

3.2.3 Teknik Sampling

Pada penelitian ini menggunakan teknik total sampling. *Total sampling* adalah dimana seluruh populasi atau elemen yang dimaksudkan untuk dipelajari diamati atau diukur. Dalam total sampling, setiap anggota dari populasi atau elemen yang dipilih untuk studi tersebut disertakan dalam analisis, tanpa ada pemilihan sampel (Adiputra *et al.*, 2021).

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Klinik Seroja RSD Gunung Jati Cirebon. Waktu penelitian akan dilaksanakan pada bulan Juni-September tahun 2024.

3.4 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah komponen yang sudah ditentukan oleh seorang peneliti untuk diteliti agar mendapatkan jawaban yang sudah dirumuskan yaitu berupa kesimpulan penelitian. Variabel adalah komponen utama dalam penelitian, oleh sebab itu penelitian tidak akan berjalan tanpa ada variabel yang diteliti. karena variabel merupakan objek utama dalam penelitian untuk menentukan variabel tentu harus dengan dukungan teoritis

yang diperjelas melalui hipotesis penelitian. Variabel adalah objek yang menjadi pusat perhatian penelitian (Sahir, 2022).

3.4.1 Variabel Independen (Bebas)

Variabel independen adalah variabel bebas atau variabel yang mempengaruhi variabel lain, variabel bebas merupakan penyebab perubahan variabel lain. Dalam model struktural variabel bebas juga disebut variabel endogen (Sahir, 2022).

Pada penelitian ini yang termasuk variabel bebas adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian LTFU meliputi : usia, jenis kelamin, pengetahuan ODHA terhadap ARV, sikap ODHA terhadap pengobatan ARV, tindakan ODHA terhadap pengobatan ARV, pendidikan, pekerjaan, infeksi oportunistik, sikap petugas kesehatan terhadap ODHA, ketersediaan layanan ARV, jarak akses ketempat layanan ARV.

3.4.2 Variabel Dependental (Terikat)

Variabel terikat adalah variabel dependental atau variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas, variabel terikat merupakan akibat dari variabel bebas. Dalam penelitian ini variabel terikat adalah kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS.

3.5 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Skor
Variabel independen (Bebas)	Satuan waktu dalam tahun yang dihitung dari responden lahir hingga saat mulai	Responden mengisi atau menceklis lembar	Rekam medis	Ordinal	1 = < 36 2 = > 36

Usia	terapi ARV	kuesioner, mengenai usia			(Berlianty, 2018)
Jenis kelamin	Perbedaan status responden antara perempuan dan laki-laki yang tercantum pada rekam medis	Responden mengisi atau menceklis lembar kuesioner, mengenai jenis kelamin	Rekam medis	Nominal	1 = Laki-laki 2 = Perempuan (Berlianty, 2018)
Pengetahuan ODHA terhadap ARV	Kemampuan responden menjawab pertanyaan dalam kuisioner tentang terapi ARV pada ODHA	Responden mengisi atau menceklis lembar kuesioner, mengenai pengetahuan ARV	kuesioner	Nominal	1 = Baik, jika total skor jawaban benar ≥ 83 2 = Kurang baik, jika total skor jawaban benar < 83 (M. M. Sari, 2019)
Sikap ODHA terhadap pengobatan ARV	Tanggapan ODHA terhadap terapi ARV, positif atau negatif.	Responden mengisi atau menceklis lembar kuesioner, mengenai sikap terhadap pengobatan ARV	Kuesioner	Nominal	1 = Positif, jika total skor > 66 2 = Negatif, jika Total skor < 66 (M. M. Sari, 2019)
Tindakan ODHA terhadap pengobatan ARV	Baik atau tidaknya tindakan ODHA dalam menjalani terapi ARV.	Responden mengisi atau menceklis lembar kuesioner, mengenai tindakan terhadap pengobatan ARV	Kuesioner	Nominal	1 = Baik, jika total skor jawaban benar ≥ 60 2 = Kurang baik, jika total skor jawaban benar < 60 (M. M. Sari, 2019)
Pendidikan	Jenjang pendidikan yang dimiliki oleh responden melalui pendidikan formal.	Responden mengisi atau menceklis lembar kuesioner, mengenai pendidikan	Rekam medis	Ordinal	1 = Rendah (tidak sekolah, SD, SMP) 2 = Tinggi (SMA/sederajat atau lebih tinggi dari ini) (Berlianty, 2018)
Pekerjaan	Kedudukan responden dalam kegiatan mengumpulkan uang	Responden mengisi atau menceklis lembar kuesioner, mengenai pekerjaan	Rekam medis	Nominal	1 = Bekerja 2 = Tidak bekerja (Berlianty, 2018)
Infeksi	Ada tidaknya penyakit lain selain AIDS yang	Responden mengisi atau	Rekam	Nominal	1 = Ada

oportunistik	dialami selama terapi ARV	responden mengikuti	menceklis lembar kuesioner, mengenai infeksi oportunistik	medis		2 = Tidak ada (Berlianty, 2018)
Sikap petugas Kesehatan terhadap ODHA	Sikap petugas Kesehatan terhadap ODHA saat melayani terhadap ARV, positif atau negatif.		Responden mengisi atau menceklis lembar kuesioner, mengenai sikap petugas kesehatan	kuesioner	Nominal	1= Positif, jika total skor > 83 2 = Negatif, jika Total skor < 83 (M. M. Sari, 2019)
Ketersediaan layanan ARV	Tersedia atau tidak tersedianya tempat layanan ARV.		Responden mengisi atau menceklis lembar kuesioner, mengenai ketersediaan layanan ARV	Kuesioner	Nominal	1 = Tersedia 2 = Tidak tersedia (M. M. Sari, 2019)
Jarak akses ketempat layanan ARV	Jarak rumah ODHA dengan tempat layanan ARV berdasarkan pada cara menjangkaunya. Jarak dekat dari rumah responden < 2.2 km. Waktu yang ditempuh < 15 menit serta tidak ada kesulitan dalam hal transportasi		Responden mengisi atau menceklis lembar kuesioner, mengenai jarak akses ketempat layanan ARV	kuesioner	Nominal	1 = Terjangkau < 10 km 2= Tidak terjangkau > 10 km (Handayani <i>et al.</i> , 2017)
Variabel dependen (Terikat) <i>Lost to follow up</i>	Pasien yang tidak mengikuti terapi ARV dan tidak melakukan kunjungan selama >3 bulan berturut-turut		Peneliti mengisi lembar observasi pengobatan	Rekam medis	Nominal	1 = Ya 2 = Tidak (Berlianty, 2018)

3.6 Instrument Penelitian

Instrumen pengumpulan data adalah alat yang digunakan untuk mengukur data yang hendak dikumpulkan. Instrumennya adalah pedoman wawancara terbuka/tidak terstruktur (Adiputra *et al.*, 2021). Dalam penelitian ini pengumpulan data menggunakan instrumen yang digunakan adalah kuesioner dari Sari (2019) yang sudah dimodifikasi serta akan

dilakukan uji validitas. Kuesioner berisi daftar pertanyaan terkait identitas responden dan variabel dalam penelitian ini :

Variabel Independen

a. Kuesioner data demografis

Digunakan untuk mengetahui informasi dan hubungan terhadap variabel usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, stadium klinis dan infeksi oportunistik responden. Terdapat 1 pertanyaan mengenai usia dengan skor jawaban 1 = < 36 tahun dan 2 = > 36 tahun, 1 pertanyaan mengenai jenis kelamin dengan skor jawaban 1 = laki-laki dan 2 = perempuan, 1 pertanyaan mengenai pendidikan dengan pilihan jawaban SD-SMP dan SMA/sederajat – pendidikan tinggi dengan skor jawaban 1 = rendah (tidak sekolah, SD atau SMP) dan 2 = tinggi (SMA/sederajat atau lebih tinggi), 1 pertanyaan mengenai pekerjaan dengan skor jawaban 1 = bekerja dan 2 = tidak bekerja, 1 pertanyaan mengenai infeksi oportunistik dengan skor jawaban 1 = ada dan 2 = tidak ada (Berlianty, 2018)

b. Kuesioner pengetahuan ODHA terhadap ARV

Digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan ODHA terhadap terapi ARV terdapat 12 pertanyaan dengan pilihan jawaban ya atau tidak. 1 = baik jika total skor jawaban benar ≥ 83 , 2 = kurang baik jika total skor jawaban benar < 83 (M. M. Sari, 2019).

c. Kuesioner sikap ODHA terhadap pengobatan ARV

Terdapat 6 pertanyaan dengan pilihan jawaban ya atau tidak. 1 = positif Jika total skor > 66 2 = negatif jika total skor < 66 (M. M. Sari, 2019).

d. Kuesioner tindakan ODHA terhadap pengobatan ARV

Terdapat 4 pertanyaan, 1 = baik jika total skor jawaban benar ≥ 60 , 2 = kurang baik jika total skor jawaban benar < 60 (Sari, 2019).

e. Kuesioner sikap petugas kesehatan terhadap ODHA

Terdapat 6 pertanyaan dengan pilihan ya atau tidak. 1 = positif Jika total skor >83 , 2 = negatif jika total skor <83 (Sari, 2019).

f. Kuesioner ketersediaan layanan ARV

Terdapat 2 pertanyaan dengan pilihan jawaban 1 = tersedia 2 = tidak tersedia (Sari, 2019).

g. Kuesioner jarak akses ketempat layanan ARV

Terdapat 2 pertanyaan dengan pilihan jawaban 1 = < 10 km (terjangkau), 2 = > 10 km (tidak terjangkau) (Handayani et al., 2017).

Variabel dependen, status *lost to follow up* dilihat dari rekam medis pasien (Berlianty, 2018).

3.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

3.7.1 Uji Validitas

Validitas adalah pernyataan sampai sejauh mana data yang diuji valid pada suatu kuesioner dapat mengukur apa yang ingin diukur. Instrumen yang valid dapat digunakan untuk mengukur faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS (Agung & Anik, 2019).

Kuesioner pada penelitian ini akan dilakukan uji validitas oleh peneliti dengan metode *Content Validity Index* (CVI) yang digunakan untuk memperbaiki suatu alat ukur dengan memeriksa item-item pengukuran dalam instrumen. Cara untuk menguji instrumen penelitian ini yaitu melalui cara penilaian dari dua ekspert atau lebih instrumen penelitian kepada para ahli. Peneliti meminta pendapat dari para ahli yaitu tiga orang penguji ahli dalam bidang HIV/AIDS untuk mengukur validitas instrumen yang telah

disusun oleh peneliti. Langkah-langkah dalam menentukan validitas isi dapat dilakukan dalam enam tahap, yaitu: (1) menyiapkan formulir validitas isi, (2) menentukan penilai yang akan mengkaji validitas isi, (3) meminta penilai untuk mengkaji relevansi butir pernyataan, (4) mengkaji domain dan item, (5) menentukan skor setiap item pernyataan, (6) menghitung *Item Content Validity Index* (I-CVI), *Scale Content Validity Index Average* (S-CVI/Ave), *Scale Content Validity Index Universal Agreement* (S-CVI/UA), *Content Validity Ratio* (CVR), *Content Validity Index* (CVI) dan *Cohen Kappa Index* (CKI) (Suryadi *et al.*, 2023).

Rumus *Content Validity Ratio* (CVR) :

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{N/2}$$

Keterangan :

n_e : Jumlah ahli yang menjawab “dibutuhkan”

N : Jumlah semua ahli yang menilai item

Rumus *Item Content Validity Index* (I-CVI)

$$I - CVI = \frac{n_i}{N}$$

Keterangan :

n_i : Jumlah item yang disetujui

N : Jumlah panelis

Rumus *Scale Content Validity Index Average* (S-CVI/Ave)

$$S - CVI/Ave = \frac{\sum I - CVI}{Jumlah item tes}$$

Rumus *Scale Content Validity Index Universal Agreement* (S-CVI/UA)

$$S - CVI/UA = \frac{\Sigma \text{skor UA}}{\text{Jumlah item tes}}$$

Tabel 3.2 Standar nilai CVI

Jumlah Ahli	Nilai CVI Yang Dapat Diterima	Sumber Rekomendasi
2 ahli	Setidaknya 0,80	Davis (1992)
3 sampai 5 ahli	Seharusnya 1	Polit & Beck (2006), Polit dkk., (2007)
Setidaknya 6 ahli	Setidaknya 0,83	Polit & Beck (2006), Polit dkk., (2007)
6 hingga 8 ahli	Setidaknya 0,83	Lynn (1986)
Setidaknya 9 ahli	Setidaknya 0,78	Lynn (1986)

Pada penelitian ini uji validitas kuesioner dilakukan oleh 3 orang ahli dalam bidang HIV/AIDS yaitu Sekertaris I Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) kota Cirebon, dokter penanggung jawab poli klinik Seroja RSD Gunung Jati dan Kaprodi Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ahmad Dahlan Cirebon. Serta didapatkan hasil dari 46 item pertanyaan hanya 43 item pertanyaan yang dinyatakan valid dengan nilai CVI = 1 sesuai dengan batas nilai CVI yang dapat diterima. 3 item pertanyaan dengan nilai CVI = 0,33 yang dinyatakan tidak valid tidak dapat digunakan serta didiskualifikasi.

3.7.2 Uji Reliabilitas

Pengujian reliabilitas instrumen dalam penelitian ini dilakukan untuk menguji reliabilitas alat ukur/instrumen. Untuk menguji reliabilitas instrumen dari para ahli/pakar digunakan *inter-rater reliability*, yaitu reliabilitas yang dilihat dari tingkat kesepakatan (*agreement*) antara rater

(penilai). *Inter-rater reliability* (IRR) akan memberikan gambaran (berupa skor) tentang sejauh mana tingkat konsensus atau kesepakatan yang diberikan ahli/pakar. Koefisien IRR yang digunakan adalah koefisien kesepakatan *Cohen Kappa* (K) dengan formula sebagai berikut :

Tabel 3. 3 Interpretasi Koefisien Korelasi

Koefisien Reliabilitas	Kemaknaan
$0,00 \leq r \leq 0,19$	Reliabilitas amat rendah
$0,20 \leq r \leq 0,39$	Reliabilitas rendah
$0,40 \leq r \leq 0,69$	Reliabilitas cukup
$0,70 \leq r \leq 0,89$	Reliabilitas tinggi
$0,90 \leq r \leq 1,00$	Reliabilitas amat tinggi

Pada penelitian ini uji reliabilitas kuesioner menggunakan SPSS dengan metode *Intraclass Correlation Coefficients* (ICC) Hasil perhitungan ICC sebesar 0,816. Maka dapat dikatakan bahwa kesepakatan rater cukup kuat dan penilai memiliki konsistensi yang cukup baik. Mengacu pada hasil uji validitas dan estimasi reliabilitas yang telah dilakukan, maka dapat dikatakan bahwa instrumen memiliki validitas isi yang tinggi dan memiliki reliabilitas antar rater yang cukup baik.

3.8 Prosedur Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan proses dalam sebuah penelitian dan merupakan bagian yang penting. Teknik pengambilan data harus benar dan sesuai dengan metode agar hasil yang diraih sesuai dengan tujuan penelitian awal atau hipotesis awal yang sudah ditentukan. Kesalahan dalam mengumpulkan data akan berakibat pada kesimpulan akhir, penelitian

menjadi tidak relevan dan tentu waktu dan tenaga yang dikeluarkan ketika pengumpulan data akan sia-sia.

Pada penelitian ini prosedur pengambilan data di awali dengan melakukan studi pendahuluan ke tempat yang akan dilakukan penelitian yaitu Klinik Seroja RSD Gunung Jati untuk mengetahui prevalensi kunjungan pasien di Klinik Seroja serta untuk mendapatkan data pasien yang melakukan *lost to follow up*. Berikut tahap-tahap pengumpulan data :

- 1) Peneliti mengajukan surat permohonan izin melakukan studi pendahuluan untuk diberikan kepada pihak RSD Gunung Jati.
- 2) Setelah mendapatkan persetujuan dari pihak RSD Gunung Jati, peneliti diizinkan untuk mendapatkan data kunjungan pasien di Klinik Seroja dari bagian rekam medis.
- 3) Selanjutnya peneliti mengunjungi Klinik Seroja untuk mendapatkan data pasien yang *lost to follow up*, data kematian yang disebabkan oleh LTFU ARV, data pasien positif HIV dan wawancara mengenai alur pengambilan obat.
- 4) Tahap berikutnya peneliti mengajukan surat izin penelitian kepada pihak kampus Universitas Muhammadiyah Cirebon untuk diberikan kepada pihak Rumah Sakit Daerah Gunung Jati, setelah diberikan izin, pihak Rumah Sakit akan melakukan uji etik kepada peneliti.
- 5) Jika administrasi sudah diselesaikan, maka peneliti akan melakukan kontak baik secara daring maupun secara luring dengan pasien yang melakukan LTFU dari Klinik Seroja setelah itu peneliti memberikan

kuesioner kepada responden untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati baik. Maka selanjutnya dilakukan pengecekan terhadap pengisian kuesioner untuk memastikan bahwa kuesioner telah diisi lengkap oleh responden. Setelah data terkumpul maka proses selanjutnya adalah proses pengolahan data untuk dianalisis.

3.9 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan. Pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan penelitian setelah dilakukan pengumpulan data agar Analisa penelitian menghasilkan informasi yang benar (Notoatmodjo, 2018). Langkah-langkah yang dilakukan untuk pengolahan data adalah sebagai berikut:

1) *Editing* (Memeriksa)

Editing atau memeriksa merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan. *Editing* dilakukan ditempat pengumpulan data sehingga jika ada kekurangan dan dapat segera dilengkapi.

2) *Coding* (memberi tanda)

Coding yaitu merubah data dalam bentuk huruf menjadi angka untuk mempermudah dalam analisis data. Setelah data terkumpul, masing-masing jawaban diberi kode untuk memudahkan dalam analisis data.

3) *Entry* (Memasukan data)

Entry yaitu proses memasukkan data kedalam komputer untuk dilakukan pengolahan data sesuai kriteria dengan menggunakan SPSS.

4) *Cleaning* (Pembersihan data)

Cleaning yaitu pengecekan kembali data untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidak lengkapan dan sebagainya, kemungkinan dilakukan pembetulan atau koreksi.

5) *Scoring* (Memberi skor)

Scoring adalah melakukan penilaian untuk jawaban dari responden untuk mengukur *selfcare*.

6) *Tabulating* (tabulasi)

Tabulating yaitu mengelompokkan data kedalam satu tabel dengan jenis yang sama. Pada data ini dianggap bahwa data yang diperlukan dalam penelitian ini telat diproses sehingga harus segera disusun dalam suatu pola format yang sudah dirancang (Notoatmodjo, 2018).

3.10 Analisis Data

Analisis data adalah penelaahan, penjabaran, dan pemecahan data yang didapatkan di dalam sebuah penelitian (Adiputra *et al.*, 2021).

3.10.1 Uji Normalitas

Uji normalitas merupakan teknik pengujian yang digunakan dalam menjelaskan tentang data yang diuji, apakah distribusi normal sudah mendekati. Jika suatu data berdistribusi normal, maka data tersebut akan berbentuk lonceng dan jika sebuah data tidak miring ke kiri atau ke kanan, maka data tersebut memiliki pola yang baik. Uji normalitas digunakan untuk mengukur data pada skala ordinal, rasio atau interval (Sugiono, 2015).

Tabel 3.4 Hasil Uji Normalitas Data

Variabel	P. Value	Distribusi
Usia	0,088	Normal
Jenis kelamin	0,000	Tidak Normal
Pendidikan	0,000	Tidak Normal
Pekerjaan	0,000	Tidak Normal
Infeksi oportunistik	0,000	Tidak Normal
Pengetahuan ODHA terhadap ARV	0,001	Tidak Normal
Sikap ODHA terhadap pengobatan ARV	0,003	Tidak Normal
Tindakan ODHA terhadap ARV	0,006	Tidak Normal
Sikap petugas kesehatan terhadap ODHA	0,000	Tidak Normal
Ketersediaan tempat layanan ARV	0,000	Tidak Normal
Jarak akses ketempat layanan ARV	0,000	Tidak Normal
<i>Lost to follow up</i>	0,000	Tidak Normal

*Uji Kolmogorov-Smirnov

Dikarenakan sampel dalam penelitian ini sebanyak 51 responden maka uji normalitas yang digunakan adalah uji Kolmogorov-Smirnov. Berdasarkan uji normalitas pada 12 variabel independen didapatkan nilai *P*. Value variabel usia 0,088 menunjukan bahwa nilai (*P*. Value > 0,05) dengan demikian data tersebut berdistribusi normal, sedangkan pada variabel jenis kelamin, Pendidikan, pekerjaan, infeksi oportunistik, pengetahuan ODHA terhadap ARV, sikap ODHA terhadap ARV, Tindakan ODHA terhadap ARV, sikap petugas Kesehatan terhadap ODHA, ketersediaan tempat layanan, jarak akses ketempat layanan ARV, dan variabel *lost to follow up* nilai *P*. Value dari variabel tersebut < 0,05 maka dikatakan berdistribusi tidak normal.

3.10.2 Analisis Univariat

Analisa univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari penelitian dan pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentasi dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2018).

Analisis dilakukan dengan distribusi frekuensi dari tiap-tiap variabel independen (usia, jenis kelamin, pengetahuan ODHA tentang terapi ARV, sikap ODHA terhadap terapi ARV, tindakan ODHA terhadap terapi ARV, pendidikan, pekerjaan, infeksi oportunistik, ketersediaan tempat layanan ARV, jarak akses ke tempat layanan ARV, sikap petugas kesehatan terhadap pasien ODHA) dan variabel dependen (kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati).

3.10.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah Analisa yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2018). Analisis bivariat bertujuan untuk menjelaskan hubungan antara kedua variabel (variabel independen dan variabel dependen). Pada penelitian ini data yang terkumpul kemudian ditabulasi selanjutnya di uji dengan uji statistik *Chi-Square* dan uji statistik *fisher's* menggunakan SPSS. Pengujian dengan menggunakan *Chi-Square* diterapkan pada kasus dimana akan diuji apakah frekuensi data yang diamati (frekuensi/data observasi) sama atau tidak dengan frekuensi harapan atau frekuensi secara teoritis. *Chi-Square* disebut juga dengan *Kai Kuadrat*. *Chi-Square* adalah salah satu jenis uji komparatif yang dilakukan pada dua variabel, dimana skala data kedua variabel adalah nominal. Dengan derajat

kemaknaan/tingkat signifikansi $\leq 0,05$. Dengan menentukan signifikan ini kita dapat menentukan H1 ditolak (jika $p>0,05$) atau tidak berhubungan dan H1 diterima ($p<0,05$) atau berhubungan (Adiputra et al., 2021).

3.11 Etika Penelitian

Pada tahun 1979 diterbitkan “*The Belmont Report*” yang merumuskan tiga prinsip dasar penelitian kesehatan yang melibatkan manusia sebagai subjeknya. Ketiga prinsip di atas tersebut sudah disepakati serta diakui sebagai prinsip etik riset kesehatan yang mempunyai kekuatan secara moral, sehingga sesuatu riset bisa di pertanggungjawaban dari pemikiran etik maupun hukum (Adiputra et al., 2021). Ketiga prinsip tersebut adalah :

a. *informed consent*

Tujuan diberikannya *informed consent* ini yaitu agar informan mengetahui maksud dan tujuan dilakukannya penelitian ini, penyintas yang bersedia menjadi informan dalam penelitian ini akan mengisi formular yang telah diberikan oleh peneliti. Dalam penelitian ini, peneliti terlebih dahulu melakukan *informed consent* terhadap informan dengan meminta persetujuan secara langsung dan ditanda tangani serta peneliti menjelaskan tentang langkah dalam mengikuti penelitian ini.

Informasi yang harus disampaikan dalam PSP adalah:

- 1) Tujuan penelitian dan penggunaan hasilnya
- 2) Jaminan kerahasiaan akan informasi yang diberikan
- 3) Metode atau cara yang dipergunakan
- 4) Kemungkinan risiko yang akan terjadi

- 5) Manfaat untuk responden tersebut
- 6) Hak untuk berhenti atau mengundurkan diri
- 7) Hal-hal lainnya yang perlu untuk diketahui, misalnya nama dan nomor yang dapat dihubungi terkait penelitian

b. Prinsip menghormati harkat martabat manusia (*respect for persons*)

Prinsip *respect for persons* adalah penghormatan dari otonomi seseorang yang mempunyai kebebasan untuk memutuskan sendiri yang akan menjadi keputusannya dalam penelitian, apakah responden akan mengikuti atau tidak mengikuti penelitian dan ataukah mau meneruskan keikutsertaan atau berhenti dalam tahap penelitian.

c. Prinsip berbuat baik (*beneficence*) dan tidak merugikan (*nonmaleficence*)

Prinsip *beneficence* adalah prinsip untuk menambah nilai kesejahteraan manusia, tanpa mencelakainya. Prinsip ini berkaitan dengan kewajiban untuk menolong orang lain, yang di laksanakan dengan mengusahakan memberikan khasiat yang optimal dengan kerugian minimum.

Prinsip tidak merugikan (*non-maleficence*) menjelaskan apabila seseorang tidak bisa melaksanakan hal yang berguna, maka hendaknya janganlah membebani orang lain. Prinsip ini bertujuan supaya responden tidak hanya diperlakukan sebagai fasilitas dan sarana, namun juga harus diberikan perlindungan dari adanya tindakan penyalahgunaan apa pun.

d. Prinsip keadilan (*justice*)

Prinsip ini menetapkan kewajiban agar memperlakukan seseorang secara benar dan layak dalam memperoleh haknya dan tidak membebani dengan perihal yang bukan tanggung jawab dan kewajibannya. Prinsip ini menyangkut keadilan yang menyeluruh (*distributive justice*) yang mensyaratkan pembagian sepadan atau seimbang (*equitable*), dalam perihal beban serta khasiat yang diperoleh oleh subjek atau responden dari keterlibatannya dalam riset.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunung Jati di Kota Cirebon, Jawa Barat merupakan rumah sakit kelas B yang beralamatkan di Jl. Kesambi No. 56 Kota Cirebon. Tidak hanya melayani pengobatan, melainkan juga sebagai rumah sakit Pendidikan dan penelitian.

Klinik seroja merupakan pusat pelayanan kesehatan bagi pasien penderita HIV/AIDS rawat jalan dan rawat inap di RSUD Gunung Jati Klinik Seroja Didirikan pada bulan Agustus Tahun 2009 Klinik Seroja merupakan Klinik Rujukan untuk penderita HIV/AIDS se-wilayah III dan sekitarnya Penanganan dilakukan oleh tenaga medis dan paramedis yang sudah mengikuti pelatihan.

4.1.2 Analisis Univariat

Berikut adalah hasil analisis univariat pada penelitian ini yang meliputi 12 variabel bebas dan 1 variabel terikat, yaitu usia, jenis kelamin, Pendidikan, pekerjaan, infeksi oportunistik, pengetahuan ODHA terhadap ARV, sikap ODHA terhadap ARV, tindakan ODHA terhadap ARV, sikap petugas kesehatan terhadap ODHA, ketersediaan tempat layanan ARV dan Jarak akses ke tempat layanan ARV.

a. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia (n=43)

Usia Responden	Frekuensi (f)	Presentase (%)	Median
<36	22	51,2	
>36	21	48,8	36.00
Total	43	100	

Tabel 4.1 menunjukkan responden terbanyak berasal dari usia <36 tahun (51,2%), sedangkan responden paling sedikit berasal dari usia >36 tahun (48,8%).

b. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin (n=43)

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Laki-laki	26	60,5
Perempuan	17	39,5
Total	43	100

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa responden berjenis kelamin laki-laki (60.5%) lebih banyak dibandingkan dengan responden perempuan (39.5%).

c. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan (n=43)

Pendidikan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Rendah (SD-SMP)	5	11,6
Tinggi (SMA/S1/Sederajat)	38	88,4
Total	43	100

Tabel 4.3 menunjukan bahwa responden terbanyak berasal dari kelompok pendidikan tinggi (SMA/S1/Sederajat) (88.4%). Sedangkan responden paling sedikit berasal dari kelompok pendidikan rendah (SD-SMP) (11.6%).

d. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan (n=43)

Pekerjaan	Frekuensi (f)	Prensentase (%)
Bekerja	35	76,1
Tidak bekerja	8	17,4
Total	43	100

Tabel 4.4 menunjukan bahwa responden terbanyak berasal dari kelompok yang memiliki pekerjaan (76,1%). Sedangkan responden paling sedikit berasal dari kelompok yang tidak memiliki pekerjaan (17,4%).

e. Distribusi Responden Berdasarkan Infeksi Oportunistik

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Infeksi Oportunistik (n=43)

Infeksi Oportunistik	Frekuensi (f)	Prensentase (%)
Ada	12	27,9
Tidak Ada	31	72,1
Total	43	100

Tabel 4.6 menunjukan bahwa responden terbanyak tidak ada infeksi oportunistik (72.1%). Sedangkan responden paling sedikit ada infeksi oportunistik (27.9%).

f. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan ODHA Terhadap ARV

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan ODHA Terhadap ARV (n=43)

Pengetahuan ODHA	Frekuensi (f)	Prensentase (%)	Median
Baik	22	51,2	
Kurang Baik	21	48,8	83,0
Total	43	100	

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan baik lebih banyak (51.2%) dari pada responden dengan pengetahuan kurang baik (48.8%).

g. Distribusi Repoonden Berdasarkan Sikap ODHA Terhadap Pengobatan ARV

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap ODHA Terhadap Pengobatan ARV (n=43)

Sikap ODHA	Frekuensi (f)	Prensentase (%)	Median
Positif	17	39,5	
Negatif	26	60,5	66,0
Total	43	100	

Tabel 4.8 menunjukkan responden dengan sikap positif (39.5%) lebih sedikit dari pada responden dengan sikap negatif (60.5%).

h. Distribusi Responden Berdasarkan Tindakan ODHA

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tindakan ODHA (n=43)

Tindakan ODHA	Frekuensi (f)	Prensentase (%)	Median
Baik	22	51.2	
Kurang Baik	21	48.8	1.00
Total	43	100	

Tabel 4.9 menunjukkan responden dengan tindakan baik (51.2%) lebih banyak dari pada responden dengan tindakan kurang baik (43.3%).

i. Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Petugas Kesehatan Terhadap ODHA

Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap Petugas Kesehatan Terhadap ODHA (n=43)

Sikap Petugas Kesehatan	Frekuensi (f)	Prensentase (%)	Median
Positif	33	76.7	
Negatif	10	23.3	83,0
Total	43	100	

Tabel 4.10 menunjukkan sebagian besar responden mengatakan bahwa petugas kesehatan bersikap positif terhadap ODHA (76.7%) dan yang mengatakan petugas kesehatan bersikap negatif sebanyak (23.3%).

j. Distribusi responden berdasarkan ketersediaan tempat layanan ARV

Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Ketersediaan Tempat Layanan ARV (n=43)

Ketersediaan Tempat Layanan ARV	Frekuensi (f)	Prensentase (%)
Tersedia	33	76.7
Tidak Tersedia	10	23.3
Total	43	100

Tabel 4.11 menunjukkan responden sudah mengetahui bahwa di kota Cirebon telah tersedia tempat layanan ARV (76.7%).

k. Distribusi responden berdasarkan jarak akses ketempat layanan ARV

Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jarak Akses Tempat Layanan ARV (n=43)

Jarak Akses Ketempat Layanan ARV	Frekuensi (f)	Prensentase (%)
Terjangkau <2,2 Km	13	30.2
Tidak Terjangkau >2,2 Km	30	69.8
Total	43	100

Tabel 4.12 menunjukan sebagian besar responden memiliki jarak akses tidak terjangkau dari rumah ketempat layanan ARV (69.8%).

l. Distribusi responden berdasarkan status *lost to follow up*

Tabel 4.12 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status *Lost To Follow Up* (n=43)

Lost To Follow Up	Frekuensi (f)	Prensentase (%)
Ya	28	65.1
Tidak	15	34.9
Total	43	100

Tabel 4.13 menunjukan responden yang melakukan *lost to follow up* ARV (65.1%) lebih banyak dari pada responden yang tidak melakukan *lost to follow up* ARV (34.9%).

4.1.3 Hasil Analisis Bivariat

Berdasarkan hasil pengumpulan data melalui kuesioner tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati, berikut hasil dari analisis bivariat dari 12 variabel bebas dan 1 variabel terikat, yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, infeksi oportunistik, pengetahuan

ODHA terhadap ARV, sikap ODHA terhadap ARV, tindakan ODHA terhadap ARV, sikap petugas kesehatan terhadap ODHA, ketersediaan tempat layanan ARV dan jarak akses ke tempat layanan ARV.

a. Hubungan Antara Usia Dengan Kejadian *Lost To Follow Up* ARV

Pada Pasien HIV/AIDS Di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

Tabel 4.13 Hubungan Usia Dengan Kejadian *Lost To Follow Up*

Usia	<i>Lost to follow up</i>						<i>P. value</i>
	Ya		Tidak		Total		
	f	%	f	%	f	%	
< 36 tahun	18	81,8	4	18,2	22	100	
>36 tahun	10	47,6	11	52,4	21	100	0,019*
Total	28		15		43		

**Uji chi-square*

Berdasarkan tabel 4.13 dapat diketahui bahwa responden yang melakukan *lost to follow up* ARV lebih banyak pada kelompok usia < 36 tahun yaitu sebanyak 18 responden (81,8%), yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 4 responden (18,2%). Sedangkan pada kelompok responden usia > 36 tahun yang melakukan *lost to follow up* sebanyak 10 responden (47,6%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 11 responden (52,4%). Berdasarkan data diatas hasil perhitungan uji statistik *chi-Square* didapatkan nilai *P. value* (0,019) ≤ nilai signifikan (0,05) maka hipotesis Ha diterima H0 ditolak artinya terdapat hubungan antara usia dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

b. Hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian *lost to follow up*

ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

Tabel 4.14 Hubungan Jenis Kelamin Dengan Kejadian *Lost To Follow Up*

Jenis Kelamin	<i>Lost to follow up</i>						P. value
	Ya		Tidak		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Laki-laki	17	65,4	9	34,6	26	100	
Perempuan	11	64,7	6	35,3	17	100	0,964*
Total	28		15		43		

**Uji chi-square*

Berdasarkan tabel 4.14 dapat diketahui bahwa responden yang melakukan *lost to follow up* ARV lebih banyak laki-laki yaitu sebanyak 17 responden (65,4%), yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 9 responden (34,6%). Sedangkan untuk responden perempuan yang melakukan *lost to follow up* sebanyak 11 responden (64,7%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 6 responden (35,3%).

Berdasarkan data diatas hasil perhitungan uji statistik *chi-Square* didapatkan nilai *P. value* ($0,964$) \geq nilai signifikan ($0,05$) maka hipotesis H_a ditolak H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

c. Hubungan antara pendidikan dengan kejadian *lost to follow up*

ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

Tabel 4.15 Hubungan Pendidikan Dengan Kejadian *Lost To Follow Up*

Pendidikan	<i>Lost to follow up</i>						<i>P. value</i>	
	Ya		Tidak		Total			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Rendah (SD-SMP)	3	60,0	2	40,0	5	100		
Tinggi (SMA/S1/Sederajat)	25	65,8	13	34,2	38	100	0,579*	
Total	28		15		43			

**Uji fisher's*

Berdasarkan tabel 4.15 dapat diketahui bahwa responden yang melakukan *lost to follow up* ARV lebih banyak pada kelompok pendidikan tinggi yaitu sebanyak 25 responden (65,8%), yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 13 responden (34,2%). Sedangkan untuk responden kelompok pendidikan rendah yang melakukan *lost to follow up* sebanyak 3 responden (60,0%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 2 responden (40,0%).

Berdasarkan data diatas hasil perhitungan uji statistik alternatif *fisher's* didapatkan nilai *P. value* ($0,579$) \geq nilai signifikan ($0,05$) maka hipotesis H_a ditolak H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara pendidikan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

d. Hubungan antara pekerjaan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

Tabel 4.16 Hubungan Pekerjaan Dengan Kejadian *Lost To Follow Up*

Pekerjaan	<i>Lost to follow up</i>						<i>P. value</i>
	Ya		Tidak		Total		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Bekerja	25	71,4	10	28,6	35	100	
Tidak bekerja	3	37,5	5	62,5	8	100	0,104*
Total	28		15		43		

**Uji fisher's*

Berdasarkan tabel 4.16 dapat diketahui bahwa responden yang melakukan *lost to follow up* ARV lebih banyak pada kelompok yang bekerja yaitu sebanyak 25 responden (71,4%), yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 10 responden (28,6%). Sedangkan untuk kelompok responden tidak bekerja yang melakukan *lost to follow up* sebanyak 3 responden (37,5%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 5 responden (62,5%). Berdasarkan data diatas hasil perhitungan uji statistik alternatif *fisher's* didapatkan nilai *P. value* $(0,104) \geq$ nilai signifikan $(0,05)$ maka hipotesis H_a ditolak H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

e. Hubungan antara infeksi oportunistik dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

Tabel 4. 17 Hubungan Infeksi Oportunistik Dengan Kejadian *Lost To Follow Up*

Infeksi oportunistik	<i>Lost to follow up</i>						<i>P. value</i>	
	Ya		Tidak		Total			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Ada	6	50,0	6	50,0	12	100		
Tidak ada	22	71,0	9	29,0	31	100	0,287*	
Total	28		15		43			

**Uji chi-Square*

Berdasarkan tabel 4.17 dapat diketahui bahwa responden yang melakukan *lost to follow up* ARV lebih banyak kelompok responden yang tidak ada infeksi oportunistik yaitu sebanyak 22 responden (71,0%), yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 9 responden (29,0%). Sedangkan untuk kelompok responden yang ada infeksi oportunistik dan melakukan *lost to follow up* sebanyak 6 responden (50,0%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 6 responden (50,0%). Berdasarkan data diatas hasil perhitungan uji statistik *chi-Square* didapatkan nilai *P. value* (0,287) \geq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis Ha ditolak H0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara infeksi oportunistik dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

- f. Hubungan antara pengetahuan ODHA terhadap ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

Tabel 4. 18 Hubungan Pengetahuan ODHA Terhadap ARV Dengan Kejadian *Lost To Follow Up*

Pengetahuan ODHA	<i>Lost to follow up</i>						<i>P.</i> value	
	Ya		Tidak		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Baik jika >83	12	54,5	10	45,5	22	100		
Kurang baik jika <83	16	76,2	5	23,8	21	100	0,137*	
Total	28		15		43			

**Uji chi-Square*

Berdasarkan tabel 4.18 dapat diketahui bahwa responden yang melakukan *lost to follow up* ARV lebih banyak kelompok responden yang memiliki pengetahuan terhadap ARV kurang baik yaitu sebanyak 16 responden (76,2%), yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 5 responden (23,8%). Sedangkan untuk kelompok responden yang memiliki pengetahuan baik dan melakukan *lost to follow up* sebanyak 12 responden (54,5%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 10 responden (45,5%). Berdasarkan data diatas hasil perhitungan uji statistik *chi-Square* didapatkan nilai *P.* value (0,137) \geq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis Ha ditolak H0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara pengetahuan ODHA terhadap ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

g. Hubungan antara sikap ODHA terhadap ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

Tabel 4. 19 Hubungan Sikap ODHA Terhadap ARV Dengan Kejadian *Lost To Follow Up*

Sikap ODHA	<i>Lost to follow up</i>						<i>P. value</i>
	Ya		Tidak		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Positif jika >66	17	63,0	10	37,0	27	100	
Negatif jika <66	11	68,8	5	31,3	16	100	0,700*
Total	28		15		43		

**Uji chi-Square*

Berdasarkan tabel 4.19 dapat diketahui bahwa responden yang melakukan *lost to follow up* ARV lebih banyak kelompok responden yang memiliki sikap ODHA terhadap ARV positif yaitu sebanyak 17 responden (63,0%), yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 10 responden (37,0%). Sedangkan untuk kelompok responden yang memiliki sikap terhadap ARV negatif dan melakukan *lost to follow up* sebanyak 11 responden (68,8%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 5 responden (31,3%). Berdasarkan data diatas hasil perhitungan uji statistik *chi-Square* didapatkan nilai *P. value* (0,700) \geq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis Ha ditolak H0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara sikap ODHA terhadap ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

h. Hubungan antara tindakan ODHA terhadap ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

Tabel 4. 20 Hubungan Tindakan ODHA Terhadap ARV Dengan Kejadian *Lost To Follow Up*

Tindakan ODHA	<i>Lost to follow up</i>						<i>P. value</i>	
	Ya		Tidak		Total			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Baik jika >60	14	63,6	8	36,4	22	100		
Kurang baik jika <60	14	66,7	7	33,3	21	100	0,835*	
Total	28		15		43			

**Uji chi-Square*

Berdasarkan tabel 4.20 dapat diketahui bahwa responden yang melakukan *lost to follow up* ARV antara kelompok responden yang memiliki tindakan ODHA terhadap ARV baik maupun kurang baik memiliki nilai yang sama yaitu sebanyak 14 responden dengan persentase baik (63,6%) dan kurang baik (66,7%), sedangkan yang tidak melakukan *lost to follow up* dengan tindakan baik sebanyak 8 responden (36,4%) dan tindakan yang kurang baik sebanyak 7 (33,3%). Berdasarkan data diatas hasil perhitungan uji statistik *chi-Square* didapatkan nilai *P. value* ($0,835$) \geq nilai signifikan ($0,05$) maka hipotesis H_a ditolak H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara tindakan ODHA terhadap ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

- i. Hubungan antara sikap petugas kesehatan terhadap ODHA dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

Tabel 4. 21 Hubungan Sikap Petugas Kesehatan Terhadap ODHA Dengan Kejadian *Lost To Follow Up*

Sikap petugas kesehatan	<i>Lost to follow up</i>						<i>P.</i> value	
	Ya		Tidak		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Positif jika >83	19	57,6	14	42,4	33	100		
Negatif jika <83	9	90,0	1	10,0	10	100	0,127*	
Total	28		15		43			

**Uji fisher's*

Berdasarkan tabel 4.21 dapat diketahui bahwa responden yang melakukan *lost to follow up* ARV lebih banyak kelompok responden yang menilai sikap petugas kesehatan positif yaitu sebanyak 19 responden (57,6%), yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 14 responden (42,4%). Sedangkan untuk kelompok responden yang menilai sikap petugas kesehatan negatif dan melakukan *lost to follow up* sebanyak 9 responden (90,0%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 1 responden (10,0%). Berdasarkan data diatas hasil perhitungan uji statistik alternatif *fisher's* didapatkan nilai *P.* value (0,127) \geq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis Ha ditolak H0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara sikap petugas kesehatan terhadap ODHA dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

- j. Hubungan antara ketersediaan tempat layanan ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

Tabel 4. 22 Hubungan Ketersediaan Tempat Layanan ARV Dengan Kejadian *Lost To Follow Up*

Ketersediaan tempat layanan ARV	<i>Lost to follow up</i>						<i>P. value</i>	
	Ya		Tidak		Total			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Tersedia	19	57,6	14	42,4	33	100		
Tidak tersedia	9	90,0	1	10,0	10	100	0,127*	
Total	28		15		43			

**Uji fisher's*

Berdasarkan tabel 4.23 dapat diketahui bahwa responden yang melakukan *lost to follow up* ARV lebih banyak kelompok responden yang menjawab tersedianya tempat layanan ARV yaitu sebanyak 19 responden (57,6%), yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 14 responden (42,4%). Sedangkan untuk kelompok responden yang menjawab tidak tersedia tempat layanan ARV dan melakukan *lost to follow up* sebanyak 9 responden (90,0%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 1 responden (10,0%). Berdasarkan data diatas hasil perhitungan uji statistik alternatif *fisher's* didapatkan nilai *P. value* (0,127) \geq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis Ha ditolak H0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara ketersediaan tempat layanan ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

- k. Hubungan antara jarak akses ke tempat layanan ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati.

Tabel 4.23 Hubungan Jarak Akses Ketempat Layanan ARV Dengan Kejadian *Lost To Follow Up*

Jarak akses ketempat layanan ARV	<i>Lost to follow up</i>						<i>P</i> . value	
	Ya		Tidak		Total			
	f	%	f	%	f	%		
<2,2 Km	12	92,3	1	7,7	13	100		
>22 Km	16	53,3	14	46,7	30	100	0,017*	
Total	28		15		43			

Berdasarkan tabel 4.24 dapat diketahui bahwa responden yang melakukan *lost to follow up* ARV lebih banyak kelompok responden dengan jarak akses ketempat layanan ARV >2,2 km yaitu sebanyak 16 responden (53,3%), yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 14 responden (46,7%). Sedangkan untuk kelompok responden yang dengan jarak akses ketempat layanan ARV <2,2 km dan melakukan *lost to follow up* sebanyak 12 responden (92,3%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 1 responden (7,7%). Berdasarkan data diatas hasil perhitungan uji statistik alternatif *fisher's* didapatkan nilai *P*. value (0,017) \leq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis Ha diterima H0 ditolak artinya terdapat hubungan antara jarak akses ketempat layanan ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

4.2 Pembahasan

4.2.1. Hubungan antara usia dengan kejadian *lost to follow up* ARV

Berdasarkan tabel 4.14 hasil perhitungan uji statistik *chi-Square* didapatkan nilai P . value (0,019) \leq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis H_0 diterima H_0 ditolak artinya terdapat hubungan antara usia dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Rivki *et al.*, 2022) penelitian ini menunjukkan tidak adanya hubungan antara usia dengan *lost to follow up* disebabkan karena sebagian besar ODHA yang mengakses ARV di Ruang Carlo dengan kelompok umur 18-40 tahun dan memiliki pekerjaan. Penelitian (Rosiana, 2018) yang menjelaskan terdapat pengaruh yang bermakna antara usia terhadap *lost to follow-up* ($p=0,047$).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sari *et al.*, 2023) secara statistik bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara faktor usia dengan ketidakpatuhan minum obat ARV ($pvalue=0,27$) dan usia >35 tahun memiliki resiko 1,22 95% CI (0,88-1,70) kali lebih besar tidak patuhnya minum obat ARV, dan (Kusdiyah *et al.*, 2022) Pada hubungan faktor usia dengan kepatuhan, hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kepatuhan pasien HIV dalam mengonsumsi terapi ARV.

Usia yang semakin muda akan meningkatkan risiko ODHA untuk LTFU. Kemungkinan ODHA LTFU pada usia yang lebih muda

dikarenakan penolakan psikologis bahwa mereka telah terinfeksi HIV mereka mencoba mencari alternatif pengobatan lain (Berlianty, 2018).

Pada penelitian ini memiliki distribusi frekuensi responden dengan usia < 36 (81,8%) lebih banyak melakukan *lost to follow up* ARV sedangkan responden dengan usia > 36 tahun yang melakukan *lost to follow up* ARV sebanyak (47,6%). Data tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Lilik, 2019) menemukan bahwa semakin muda usia ODHA maka semakin tinggi juga *lost to follow up*. Hal ini disebabkan karena secara psikologis mereka menolak telah tertular HIV dan berusaha untuk mencari alternatif pengobatan lain.

4.2.2. Hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian *lost to follow up* ARV

Berdasarkan tabel 4.15 hasil perhitungan uji statistik *chi-Square* didapatkan nilai P . value (0,964) \geq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis H_a ditolak H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Rivki *et al.*, 2022) yang menjelaskan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan perilaku *lost to follow up* karena ODHA yang mengakses ARV di Ruang Carlo mayoritas laki-laki dengan orientasi seksual homoseksual dengan nilai p value (0,578). Menurut hasil penelitian dari (D. M. N. Sari *et al.*, 2023) Faktor jenis kelamin secara statistik tidak terdapat hubungan yang signifikan antara faktor jenis kelamin dengan ketidakpatuhan minum obat ARV (p -value=0,42) dan jenis

kelamin laki-laki memiliki risiko 0,86 95% CI (0,60-1,24) kali lebih besar tidak patuhnya minum obat ARV. Hasil dari penelitian (Isnaini *et al.*, 2023) Hasil uji statistik dimunculkan nilai p value 0,447 sebab itu kesimpulannya di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung tidak dijumpai hubungan jenis kelamin dengan kepatuhan minum obat ARV pasien HIV rawat jalan.

Jenis kelamin adalah salah satu karakteristik dari individu yang mempengaruhi pengambilan keputusan karena berhubungan dengan sifat yang melekat pada individu tersebut. Laki-laki lebih berisiko mengalami LTFU karena mereka cenderung datang ke pelayanan ketika sakit dan kurang bersedia untuk memberikan informasi secara detail seperti pencatatan nomor telepon yang akan memudahkan dalam pelacakan dalam keberlangsungan pengobatan ARV. Laki-laki memiliki variasi dalam mobilitas dan risiko tinggi penyalahgunaan narkoba yang dapat mengganggu kepatuhan dalam terapi ARV sehingga lebih memiliki kemungkinan untuk LTFU (Berlianty, 2018).

Pada penelitian ini ditemukan responden laki-laki memiliki kecenderungan untuk *loss to follow up* dikarenakan ketidakpercayaan terhadap kondisinya, kesibukan, dan mencari informasi sendiri di luar penjelasan petugas VCT sehingga sering terjadi kesalahan pemahaman mengenai terapi ARV.

4.2.3. Hubungan antara pendidikan dengan kejadian *lost to follow up* ARV

Berdasarkan tabel 4.16 hasil perhitungan uji statistic alternatif *fisher's* didapatkan nilai *P. value* (0,579) \geq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis H_a ditolak H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara pendidikan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Yudhi Tri *et al.*, 2016) yang menjelaskan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan secara signifikan dengan kejadian *loss to follow up* di Kabupaten Jember ($p=0,095$). Pada penelitian yang dilakukan oleh (Handayani *et al.*, 2017) Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kejadian *loss to follow up* pasien HIV.. Pada penelitian (D. M. N. Sari *et al.*, 2023) Faktor pendidikan secara statistik tidak terdapat hubungan yang signifikan dengan ketidakpatuhan minum obat ARV (P value=0,199) dan pendidikan menengah memiliki resiko 1,25 95% CI (0,89-1,76) kali lebih besar tidak patuhnya minum obat ARV.

Pada penelitian ini meskipun sebaran tingkat pendidikan responden terbanyak merupakan tingkat pendidikan tinggi, namun tidak menjamin bahwa responden dengan pendidikan tinggi tidak akan melakukan *lost to follow up* ARV bisa dilihat dari hasil uji bivariat dimana 25 responden (65,0%) dengan kategori pendidikan tinggi lebih banyak melakukan *lost to follow up* ARV dibandingkan dengan 6 responden (60,0%) kategori pendidikan rendah. Dari hasil penelitian serta wawancara kepada responden terdapat beberapa alasan responden dengan kategori pendidikan tinggi melakukan *lost to follow up* ARV seperti merasa malu jika bertemu

orang yang dikenal saat melakukan kunjungan ke layanan ARV, takut terhadap stigma masyarakat, dan kesalahan persepsi terhadap petugas kesehatan.

4.2.4. Hubungan antara pekerjaan dengan kejadian *lost to follow up* ARV

Berdasarkan tabel 4.17 hasil perhitungan uji statistik alternatif *fisher's* didapatkan nilai *P. value* (0,104) \geq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis H_a ditolak H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (*Rivki et al.*, 2022) yang menjelaskan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan perilaku *lost to follow up* karena 33 orang responden memiliki pekerjaan. Responden tersebut khawatir ketika harus meninggalkan waktu bekerjanya untuk melakukan kontrol atau mengambil obat ARV, terutama ketika masa pandemi Covid-19 ($p=0,608$).

Penelitian di Afrika menjelaskan bahwa *lost to follow up* lebih tinggi pada seseorang yang bekerja setiap hari di tempat kerja sehingga tidak memiliki cukup waktu untuk pergi ke fasilitas kesehatan untuk menjalani perawatan. Mobilitas yang tinggi akibat pekerjaan serta tidak memiliki tempat kerja yang tetap dapat menyebabkan pasien *lost to follow up*. Hal tersebut sejalan dengan penelitian lain yang menyebutkan bahwa pasien LTFU tidak pergi ke layanan karena sulitnya mengatur waktu dengan bekerja. Meskipun telah dipermudah oleh dokter dengan memberikan saran yang efektif bagi pasien untuk minum obat, pasien tetap tidak

mengikuti layanan dan berakhir menjadi *lost to follow up* (Luksita *et al.*, 2022)

Pada penelitian ini presentase responden yang memiliki pekerjaan dan melakukan *lost to follow up* ARV sebanyak 25 (71,4%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* ARV sebanyak 10 (28,6%). Sedangkan untuk responden yang tidak bekerja dan melakukan *lost to follow up* ARV sebanyak 3 (37,5%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* ARV sebanyak 5 (62,5%). Maka dapat disimpulkan bahwa responden terbanyak melakukan *lost to follow up* adalah kelompok responden yang memiliki pekerjaan, dari hasil wawancara kepada responden didapatkan alasan mengapa responden melakukan *lost to follow up* yaitu karena alasan sibuk dengan pekerjaan, malas untuk melakukan administrasi dan merasa membuang waktu. Hal ini berbeda dengan penelitian (Mekonnen *et al.*, 2019) yang menemukan bahwa ODHA yang tidak memiliki pekerjaan akan mudah melakukan *lost to follow up* dibandingkan dengan ODHA yang memiliki pekerjaan. Hal ini terjadi karena ODHA yang tidak bekerja tidak memiliki uang untuk biaya transportasi menuju ke layanan.

4.2.5. Hubungan antara infeksi oportunistik dengan kejadian *lost to follow up* ARV

Berdasarkan tabel 4.18 hasil perhitungan uji statistik *chi-Square* didapatkan nilai *P. value* (0,287) \geq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis H_a ditolak H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara infeksi oportunistik dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Rosiana, 2018) Berdasarkan ada tidaknya infeksi oportunistik, tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara infeksi oportunistik terhadap *lost to follow-up* ($p=0,087$).

Koinfeksi adalah penyakit penyerta yang sering terjadi pada penderita HIV. Koinfeksi ini dapat menggambarkan stadium penyakit HIV. Adanya koinfeksi menunjukkan bahwa pasien HIV telah berada pada stadium yang lebih parah. Hal ini menyebabkan pasien merasa lebih penting untuk melakukan pengobatan dan meningkatkan kepatuhan sehingga kondisi kesehatan cenderung membaik. Pada penelitian Melloni menyatakan bahwa pasien yang mempunyai koinfeksi TB pada awal terapi ARV berhubungan signifikan dengan kejadian LTFU (Handayani, 2017).

Pada penilitian yang dilakukan terlihat sikap responden dengan ada atau tidaknya infeksi oportunistik bukan menjadi alasan akan terus melakukan kunjungan atau akan melakukan *lost to follow up* bahkan mayoritas responden tidak tahu apakah dirinya pernah mengalami infeksi oportunistik atau tidak. Infeksi oportunistik, yang sering kali terjadi pada pasien dengan gangguan sistem kekebalan tubuh seperti HIV/AIDS, tidak selalu menjadi penyebab langsung terjadinya *lost to follow up* dalam terapi ARV. Meskipun infeksi oportunistik dapat memperburuk kondisi kesehatan dan menambah kompleksitas pengelolaan terapi, faktor-faktor lain seperti kendala logistik, kurangnya dukungan sosial, atau masalah finansial sering kali lebih berperan dalam menyebabkan pasien berhenti mengikuti program pengobatan.

4.2.6. Hubungan antara pengetahuan ODHA terhadap ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV

Berdasarkan tabel 4.19 hasil perhitungan uji statistik *chi-Square* didapatkan nilai P . value (0,137) \geq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis H_a ditolak H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara pengetahuan ODHA terhadap ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati. Pada penelitian yang dilakukan responden yang melakukan *lost to follow up* ARV lebih banyak kelompok responden yang memiliki pengetahuan terhadap ARV kurang baik yaitu sebanyak 16 responden (76,2%), yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 5 responden (23,8%). Sedangkan untuk kelompok responden yang memiliki pengetahuan baik dan melakukan *lost to follow up* sebanyak 12 responden (54,5%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 10 responden (45,5%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Rivki *et al.*, 2022) menjelaskan bahwa pengetahuan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku *lost to follow up* ($p=0.241$), responden terbanyak dengan tingkat pengetahuan sedang yang umumnya mengetahui efek dari berhenti minum obat. Tetapi responden tersebut belum mampu memahami dan mengaplikasi untuk merubah perilakunya agar mau dan menjadi patuh untuk minum ARV.

Menurut (Anggraeni & Hikmah, 2020) ODHA dengan tingkat pengetahuan rendah berpeluang untuk *lost to follow up*. Penelitian mereka menemukan bahwa pengetahuan merupakan faktor predisposisi yang dapat

mempengaruhi perilaku pasien untuk terus minum obat yang rendah. Berbeda dengan penelitian (Anggraeni & Hikmah, 2020), penelitian dari (Irmawati & Masriadi, 2019) menunjukkan pengetahuan tidak berhubungan secara signifikan dengan *lost to follow up* di Yayasan Peduli Kelompok Dukungan Sebaya di Kota Makasar. (Carles *et al.*, 2022) meskipun responden memiliki pengetahuan yang baik tentang terapi Antiretroviral (ARV) tetapi jika tidak memiliki kesadaran dan motivasi untuk sembuh, maka responden cenderung untuk tidak patuh dan malas untuk datang kerumah sakit untuk terapi Antiretroviral (ARV). Ketidak patuhan responden untuk menjalani terapi Antiretroviral (ARV).

4.2.7. Hubungan antara sikap ODHA terhadap ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV

Berdasarkan tabel 4.20 hasil perhitungan uji statistik *chi-Square* didapatkan nilai *P. value* (0,700) \geq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis H_a ditolak H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara sikap ODHA terhadap ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati. Diketahui bahwa responden yang melakukan *lost to follow up* ARV lebih banyak kelompok responden yang memiliki sikap ODHA terhadap ARV positif yaitu sebanyak 17 responden (63,0%), yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 10 responden (37,0%). Sedangkan untuk kelompok responden yang memiliki sikap terhadap ARV negatif dan melakukan *lost to follow up* sebanyak 11 responden (68,8%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 5 responden (31,3%).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (M. M. Sari, 2019) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan sikap ODHA terhadap LTFU ARV pada ODHA di Kabupaten Madiun, dibuktikan dengan nilai *p* value sebesar $0.02 < 0.05$.

Pada penelitian ini responden memiliki sikap yang positif terhadap ARV. Sikap ODHA terhadap ARV sering kali sangat positif banyak ODHA menyadari pentingnya ARV untuk mengendalikan virus HIV dan mencegah progresi penyakit. Namun, meskipun sikap tersebut positif tidak menutup kemungkinan ODHA akan melakukan *lost to follow up*. Kejadian LTFU bisa dipengaruhi oleh berbagai faktor yang tidak selalu berkaitan langsung dengan sikap terhadap ARV. Misalnya, faktor ekonomi, jarak ke fasilitas kesehatan, dukungan sosial, atau masalah psikologis dapat mempengaruhi keputusan seseorang untuk mengikuti jadwal pengobatan dan kunjungan medis.

4.2.8. Hubungan antara tindakan ODHA terhadap ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV

Berdasarkan tabel 4.21 hasil perhitungan uji statistik *chi-Square* didapatkan nilai *P*. value $(0,835) \geq$ nilai signifikan $(0,05)$ maka hipotesis H_0 ditolak H_1 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara tindakan ODHA terhadap ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

Praktik merupakan tindakan nyata dari adanya suatu respon. Sikap dapat terwujud dalam tindakan nyata apabila tersedia fasilitas atau sarana dan prasarana. Tanpa adanya fasilitas, suatu sikap tidak dapat terwujud

dalam tindakan nyata. Tingkatan dalam praktik antara lain: Respons terpimpin (*guided responses*), merupakan suatu tindakan yang dilakukan sesuai dengan urutan yang benar. Seseorang mampu melakukan suatu tindakan dengan sistematis dari awal hingga akhir: Mekanisme (*mechanism*), seseorang yang dapat melakukan tindakan secara benar urutannya, maka akan menjadi kebiasaan baginya untuk melakukan tindakan yang sama dan Adopsi (Adoption), suatu tindakan yang sudah berkembang atau termodifikasi dengan baik disebut adopsi (Notoatmodjo 2016).

Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2019) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan sikap ODHA terhadap LTFU ARV pada ODHA di Kabupaten Madiun, dibuktikan dengan nilai *p* value sebesar $0,037 < 0,05$.

Pada penelitian ini bahwa responden yang melakukan *lost to follow up* ARV antara kelompok responden yang memiliki tindakan ODHA terhadap ARV baik maupun kurang baik memiliki nilai yang sama yaitu sebanyak 14 responden dengan persentase baik (63,6%) dan kurang baik (66,7%), sedangkan yang tidak melakukan *lost to follow up* dengan tindakan baik sebanyak 8 responden (36,4%) dan tindakan yang kurang baik sebanyak 7 (33,3%).

4.2.9. Hubungan antara sikap petugas kesehatan terhadap ODHA dengan kejadian *lost to follow up* ARV

Berdasarkan tabel 4.22 hasil perhitungan uji statistik alternatif *fisher's* didapatkan nilai *P*. value ($0,127$) \geq nilai signifikan ($0,05$) maka hipotesis H_a

ditolak H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara sikap petugas kesehatan terhadap ODHA dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

Hubungan pasien dan tenaga kesehatan memiliki karakteristik yang dapat mempengaruhi kepatuhan dalam menjalani terapi ARV meliputi: Kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan: Pandangan pasien terhadap kompetensi tenaga kesehatan; Komunikasi, nada afeksi dari hubungan tersebut (hangat, terbuka, kooperatif); dan Kesesuaian kemampuan serta kapasitas tempat layanan dengan kebutuhan pasien (Handayani, 2017).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2019) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan sikap petugas kesehatan terhadap pasien ODHA terhadap LTFU ARV pada ODHA di Kabupaten Madiun, dibuktikan dengan nilai *p* value sebesar $0,012 < 0,05$. Pada penelitian (Killian *et al*, 2024) kepada pasien HIV dengan status *lost to follow-up* di Zambia menyatakan sikap baik tenaga kesehatan sangat penting untuk pasien. Penelitian tersebut menyatakan bahwa pasien bersedia untuk memiliki waktu tunggu hingga 19 jam untuk memperoleh tenaga kesehatan dengan sikap yang baik. Serta pasien juga bersedia untuk berpergian hingga 45 km lebih jauh agar dapat mengakses fasilitas kesehatan dengan petugas dengan sikap yang baik.

Pada penelitian ini responden yang menilai sikap petugas kesehatan positif yaitu sebanyak 19 responden (57,6%) dan melakukan LTFU, yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 14 responden (42,4%).

Sedangkan untuk kelompok responden yang menilai sikap petugas kesehatan negatif dan melakukan *lost to follow up* sebanyak 9 responden (90,0%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 1 responden (10,0%). Dapat disimpulkan bahwa menurut sebagian besar responden yang melakukan LTFU mengatakan sikap petugas kesehatan di Klinik Seroja RSD Gunung Jati positif terhadap ODHA, namun alasan ODHA melakukan LTFU bukan hanya karena sikap petugasnya saja tetapi ada faktor internal lain seperti kesibukan individu dan lainnya.

4.2.10. Hubungan antara ketersediaan tempat layanan ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV

Berdasarkan tabel 4.23 hasil perhitungan uji statistik alternatif *fisher's* didapatkan nilai P . value (0,127) \geq nilai signifikan (0,05) maka hipotesis H_a ditolak H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan antara ketersediaan tempat layanan ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (M. M. Sari, 2019) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan ketersediaan tempat layanan ARV terhadap LTFU ARV pada ODHA di Kabupaten Madiun, dibuktikan dengan nilai p value sebesar $0,197 > 0,05$.

Pada penelitian ini responden yang melakukan *lost to follow up* ARV lebih banyak kelompok responden yang menjawab tersedianya tempat layanan ARV yaitu sebanyak 19 responden (57,6%), yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 14 responden (42,4%). Sedangkan untuk kelompok responden yang menjawab tidak tersedia tempat layanan ARV

dan melakukan *lost to follow up* sebanyak 9 responden (90,0%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 1 responden (10,0%).

4.2.11. Hubungan antara jarak akses ketempat layanan ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV

Berdasarkan tabel 4.24 hasil perhitungan uji statistik alternatif *fisher's* didapatkan nilai *P. value* ($0,017 \leq$ nilai signifikan (0,05) maka hipotesis H_a diterima H_0 ditolak artinya terdapat hubungan antara jarak akses ketempat layanan ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Handayani *et al.*, 2017) Hasil penelitian menunjukkan jarak rumah ≥ 10 km berisiko mengalami *loss to follow up* terapi ARV. Pada penelitian yang dilakukan oleh (Sutini *et al.*, 2020) menunjukkan jarak dari rumah dengan fasilitas pelayanan kesehatan berhubungan secara signifikan dengan LTFU ARV Therapy pada ODHA di Kota Semarang. Menurut (Luksita *et al.*, 2022) mengungkapkan bahwa semakin jauh jarak dari rumah ke layanan kesehatan maka layanan terapi ARV semakin sulit untuk diakses, semakin lama waktu tempuh, dan semakin besar biaya yang akan dikeluarkan. Hal ini bisa menjadi faktor dalam persepsi ODHA untuk tidak mematuhi terapi ARV. Masalah ekonomi khususnya besarnya biaya untuk menjalani perawatan adalah hambatan bagi pasien HIV/AIDS untuk mematuhi terapi ARV. Penelitian (Handayani, 2017) menunjukkan jarak rumah ≥ 10 km berisiko 51 kali mengalami *lost to follow up* terapi ARV.

Pada penelitian ini responden dengan jarak akses ketempat layanan ARV >10 km yaitu sebanyak 16 responden (53,3%), dan melakukan *lost to follow up*. Sedangkan untuk kelompok responden yang dengan jarak akses ketempat layanan ARV <10 km dan melakukan *lost to follow up* sebanyak 12 responden (92,3%) dan yang tidak melakukan *lost to follow up* sebanyak 1 responden (7,7%).

4.3 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, terdapat beberapa keterbatasan yang mempengaruhi kualitas dan keakuratan hasil studi. keterbatasan waktu menjadi tantangan signifikan, karena periode pengumpulan data yang terbatas membatasi jumlah sampel yang dapat dianalisis. ketidakefisienan dalam penyebaran kuesioner, proses distribusi dan pengembalian kuesioner mengalami hambatan yang memperlambat pengumpulan data. Selain itu, kesulitan dalam bertemu dengan responden yang terlibat juga memengaruhi proses, terutama bagi mereka yang memiliki jadwal yang padat atau masalah mobilitas. Keterbatasan komunikasi dengan responden lebih lanjut menyulitkan upaya untuk menjelaskan dan memastikan pemahaman mereka terhadap kuesioner, yang bisa mempengaruhi kualitas data yang dikumpulkan. Terakhir, kesulitan dalam memastikan pasien mengisi kuesioner dengan benar menambah tantangan dalam mendapatkan data yang akurat, mengingat beberapa pasien mungkin tidak memahami sepenuhnya pertanyaan yang diajukan atau memberikan jawaban yang tidak konsisten. Semua faktor ini berkontribusi pada potensi bias dan keterbatasan dalam analisis hasil penelitian.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati dapat disimpulkan sebagai berikut, terdapat hubungan antara usia dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati dan terdapat hubungan antara jarak akses ketempat layanan ARV dengan kejadian *lost to follow up* ARV pada pasien HIV/AIDS di klinik Seroja RSD Gunung Jati.

5.2 Saran

1) Bagi rumah sakit

Diharapkan untuk mengatasi perbedaan berdasarkan usia, rumah sakit bisa mempertimbangkan penyediaan dukungan tambahan yang sesuai dengan kebutuhan pasien yang lebih tua maupun yang lebih muda, seperti layanan konseling atau pendidikan yang disesuaikan dengan kelompok usia mereka. Selain itu, penting bagi rumah sakit untuk meningkatkan sistem pengingat dan *follow-up* yang personal, seperti pengingat melalui telepon atau aplikasi mobile, yang dapat membantu pasien dalam mengatur jadwal kunjungan dan pengobatan mereka dengan lebih baik. Dengan pendekatan ini, diharapkan akan terjadi peningkatan dalam keterhubungan pasien dengan perawatan ARV dan mengurangi angka *lost to follow up*. Untuk keterbatasan dalam jarak layanan dengan tempat tinggal pasien, rumah sakit bisa

memberikan informasi bahwa pengambilan obat ARV tidak hanya bisa diambil di RSD Gunung Jati saja namun sudah terdapat dipuskesmas.

2) Bagi instansi Pendidikan

Diharapkan penelitian ini bisa menjadi tambahan referensi dalam proses pembelajaran untuk menambah pengetahuan mengenai faktor apa saja yang mungkin berhubungan dengan kejadian *lost to follow up* atau mangkir dari pengobatan pada pasien HIV/AIDS.

3) Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan mampu melakukan penelitian lanjutan dengan beberapa variabel yang berbeda dan lebih lengkap dengan metode penelitian yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra, I. M. S., Trisnadewi, N. W., Oktaviani, N. P. W., & Munthe, S. A. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Adimitri, C. G. (2023). *Evaluasi faktor risiko loss-to-follow-up pasien hiv/aods di RS Sulianti Saroso* (Doctoral dissertation, Universitas Pelita Harapan).
- Adni, L., Maulana, J., & Fitriyani, N. L. L. (2023). Literature Review: Faktor Risiko Lost To Follow Up Pengobatan ARV Pada Penderita HIV/AIDS. *MULTIPLE: Journal of Global and Multidisciplinary*, 1(6), 789-797.
- Agung, P., & Anik. (2019). *Metode Penelitian Bisnis Kuantitatif Dan Kualitatif Edisi Ke-1* (Vol. 1).
- Agus Alamsyah, SKM, M.Kes., Ikhtiarudin, SKM, M.KM., Christine Vita Gloria, SKM, M.Kes., Ulfiah Trisna Asih, S. (2020). *MENGKAJI HIV/AIDS DARI TEORITIK HINGGA PRAKTIK* - (M. B. Muvid (ed.); 1st ed.). CV. Adanu Abimata.
- Ana Samiatul Milah. (2022). *Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan dalam Keperawatan* (M. Falah (ed.)). EDU PUBLISHER. http://repository.unigal.ac.id/bitstream/handle/123456789/3054/Buku_Promkes_ready_Ebook %281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Anggraeni, R. S., & Faiqatul, H. (2020). Analisis Faktor Penyebab Lost To Follow Up Pengobatan Antiretroviral di Puskesmas Kencong. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(3), 198–207. <https://publikasi.polije.ac.id/index.php/j-remi/article/view/2035>
- Arifin 2016, metode penelitian, & Fallis, A. . (2016). Gejala HIV dan AIDS. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Atmajaya, Y., Wardani, D. W. S. R., & Susanti, S. (2024). Predisposing, enabling, and reinforcing factors for the success of antiretroviral (ARV) treatment among people living with HIV. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 18(6), 701-710.
- Aulia, U., Andriani, N. K., & Irwan, I. (2024). Faktor yang Mempengaruhi Lost To Follow-Up Pasien HIV-AIDS Dengan Terapi ARV Pada Kelompok LSL. *Preventif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 15(1), 94-114.
- Berheto, T. M., Haile, D. B., & Mohammed, S. (2015). Predictors of loss to follow-up in patients living with hiv/aids after initiation of antiretroviral therapy. *North American Journal of Medical Sciences*, 6(9), 453–459. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.141636>
- Berlianty, S. R. (2018). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Lost To Follow Up Pada Terapi Antiretroviral*.
- Carles, Betty, N. R., & Eliza, F. (2022). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN ODHA DALAM MENJALANI TERAPI ANTIRETROVIRAL (ARV)*. 4(3), 304–312. <https://jurnal.ensiklopediaku.org/ojs-2.4.8-3/index.php/ensiklopedia/article/view/501>

- Cahyani, R. P., Antoro, B., & Dora, M. D. (2024). Hubungan Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral (ARV) dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV (ODHIV) di RSUD Demang Sepulau Raya Kabupaten Lampung Tengah tahun 2023. *Jurnal Ilmiah Manusia Dan Kesehatan*, 7(1), 107-118.
- Dinas Kesehatan Jawa Barat. (2023). Profil Kesehatan jawa barat tahun 2023. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 5–24.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon. (2022). *Profil Kesehatan Cirebon 2022*. 46.
- Fibriansari, R. D., & Cahyadi, A. H. (2021). *Lost To Follow Up Terapi Antiretroviral pada Orang Dengan HIV / AIDS di Lumajang Lost To Follow Up Antiretroviral Therapy in People With HIV / AIDS at Lumajang*. 2(1), 1–8.
- Deswanti, A. D., Sutisna, N., & Hakim, M. Z. (2024). The Urgency Of Social Support As The Prevention Of Lost To Follow-Up (Ltfu) Strategy On People Living With Hiv/Aids (Plwha) In Garut Regency, West Java, Indonesia. *Indonesian Journal of Social Work*, 8(1).
- Febriyanti, E., Sari, D. M., Syahputra, G. S., Hasan, N., Amelia, A., & Meilanda, R. (2024). Kendala Retensi Terapi Antiretroviral (Arv) Pada Pasien Hiv/Aids Di Rsud Dr Moewardi (Rsdm) Surakarta Jawa Tengah. *Jurnal Farmasi Klinik dan Sains*, 4(1), 49-55.
- Handayani, L., Ahmad, R. A., & Subronto, Y. W. (2017). Faktor risiko loss to follow up terapi ARV pada pasien HIV. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 33(4), 173. <https://doi.org/10.22146/bkm.12732>
- Herlina, H., Lestari, A., & Vellyana, D. (2024). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Persepsi dengan Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). *Jurnal Penelitian Sistem Kesehatan*, 1(1).
- Indaryati, S., Sartiya Rini, D., Hanafi Ari Susanto, W., Rianita Elfrida Sinaga, M., Banne, S. T., Rahardjo Putri, N., Noorhasanah, E., Ijriani, A., & Harun, L. (2022). *Keperawatan HIV/AIDS*. www.globaleksekutifteknologi.co.id
- Insiano, E. S., Widjanarko, B., & Putro, A. S. (2023). Gambaran Strategi Pelibatan Kembali Pasien Loss to Follow Up Terapi ARV ODHIV: Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 6(7), 1294-1301.
- Isnaini, S. A., Karyus, A., Setiaji, B., Pramudho, K., & Budiati, E. (2023). Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Pasien HIV Rawat Jalan. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 13(4), 1577–1586. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM>
- Kemenkes. (2023). Laporan Tahunan HIV AIDS 2022. *Kementerian Kesehatan RI*, 1–91.
- http://p2p.kemkes.go.id/wpcontent/uploads/2023/06/FINAL_6072023_Layou t_HIV/AIDS-1.pdf
- Kemenkes RI. (2020). *Laporan Perkembangan HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Triwulan IV Tahun 2020*. 4(1), 9–15.

- Killian, C., West, R. L., Orrell, C., Gifford, A., Haberer, J. E., Halim, N., ... Sabin, L. (2024). Negative clinic experiences as a barrier to care for people with HIV and their impact on patient preferences for intervention support: a qualitative study in Cape Town, South Africa. *Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 36(9), 1222–1231.
- <https://doi.org/10.1080/09540121.2024.2346255>
- Kusdiyah, E., Rahmadani, F., Nuriyah, N., & Miftahurrahmah, M. (2022). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pasien Hiv Dalam Mengonsumsi Terapi Antiretroviral Di Puskesmas Simpang Kawat Kota Jambi. *Electronic Journal Scientific of Environmental Health And Disease*, 3(1), 08–27. <https://doi.org/10.22437/esehad.v3i1.20279>
- Luksita, A., Yodi Mahendradhata, & Yanri Wijayanti Subronto. (2022). Studi Kasus Terapi Arv Pada Pasien Lost To Follow-Up Di Jakarta Pusat Tahun 2021. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan (The Indonesian Journal of Health Service Management)*, 25(02).
- <https://doi.org/10.22146/jmpk.v25i02.5515>
- Manowati, L. (2019). Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku lost of follow up Pada Pasien HIV/AIDS Dengan Terapi ARV di RSUD dr Soetomo Surabaya. In *Perpustakaan Universitas Airlangga*.
- Makualaina, F. N. (2024). Faktor Penyebab Ketidak Patuhan Pasien Dalam Terapi Obat Arv Di Puskesmas Harapan. *SBY Proceedings*, 4(1), 197-204.
- Nurmala, et al. (2018). *Promosi Kesehatan*. Airlangga University Press. <https://repository.unair.ac.id/87974/2/Buku Promosi Kesehatan.pdf>
- Nursalam, Ninuk Dian Kurniawati, Misutarno, F. K. S. (2018). *Asuhan Keperawatan pada pasien terinfeksi HIV/AIDS*.
- Nurur, H. A., Fahmi, D. S., Jane, N. N., & Wresti, I. (2018). *Terapi ARV pada HIV dan AIDS_compressed.pdf*.
- Rahman, A. N., Pramusyahid, H., & Miftafiani, F. (2024). *Hiv pada anak*. 683-689.
- Rivki, M., Bachtiar, A. M., Informatika, T., Teknik, F., & Indonesia, U. K. (2022). *Dukungan Sebaya Berhubungan Dengan Perilaku Lost To Follow Up Pada Odha Di Ruang Carlo*. 4(112), 99–112.
- Rosiana, A. N. (2018). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku lost to follow-up Pada Pasien Hiv / Aids Dengan Terapi Arv Di Rsup Dr Kariadi Semarang. *Media Medika Muda*.
- <https://media.neliti.com/media/publications/111495-ID-faktor-faktor-yang-mempengaruhi-lost-to.pdf>
- Sahir, S. H. (2022). *Buku ini di tulis oleh Dosen Universitas Medan Area Hak Cipta di Lindungi oleh Undang-Undang Telah di Deposit ke Repository UMA pada tanggal 27 Januari 2022*.
- Sari, D. M. N., Sudaryo, M. K., Nada, Q., & Ahmadi, I. (2023). Faktor-faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan minum antiretroviral pada orang

- dengan HIV di Rumah Sakit Umum Daerah Balaraja Kabupaten Tangerang. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 125–130. <https://scholarhub.ui.ac.id/cgi/viewcontent.cgi?article=1088&context=epidke>
- Sari, M. M. (2019). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi Antiretroviral (ARV) Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Madiun. *Eprints Repository Software*, 156. <http://repository.stikes-bhm.ac.id/604/>
- Sigit prakoeswa, F. R. (2022). *Buku Ajar Kedokteran Human Immunodeficiency Virus – Aquaired Immunodeficiency Syndrome*.
- Sugiono. (2015). Metode Penelitian Metode Penelitian. *Metode Penelitian Kualitatif*, 17, 43. <http://repository.unpas.ac.id/30547/5/BAB III.pdf>
- Suryadi, T., Alfiya, F., Yusuf, M., Indah, R., Hidayat, T., & Kulsum, K. (2023). Content Validity for the Research Instrument Regarding Teaching Methods of the Basic Principles of Bioethics. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia: The Indonesian Journal of Medical Education*, 12(2), 186. <https://doi.org/10.22146/jpki.77062>
- Sutini, S., Cahyati, W. H., & Rahayu, R. (2020). Socio-demographic Factors Associated with Loss to Follow up Anti Retro Viral Therapy among People Living with HIV and AIDS in Semarang City. *Public Health Perspectives Journal Sutini Sutini*, 5(3), 2020–2186. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/phpj>
- Suwito, A., Elfitri, I., Yusri, A., & Hasnita, E. (2023). Faktor Ketidakpatuhan Odha Mengkonsumsi Antiretroviral Therapy Di Sumatera Barat. *Jurnal Endurance*, 8(3), 552-567.
- Theresia, Yanti Anggraini, Immanuel Situmorang, Anita Lufianti, Elysabeth Sinulingga, Christina Dewi Prasetyowati, Novita Alfiani, A. S.-G. B. (2024). *Keperawatan HIV-AIDS - Theresia, Yanti Anggraini, Immanuel Situmorang, Anita Lufianti, Elysabeth Sinulingga, Christina Dewi Prasetyowati, Novita Alfiani, Agustina Saputri - Google Buku* (M. P. Dini Wahyu Mulyasari (ed.)). Pradina Pustaka.
- UNAIDS. (2023). Global HIV & AIDS statistics Fact sheet. *Fact Sheet 2023*, 1–6. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
- Wea, M. F. D., Wida, A. S. W. D., & Vianitati, P. (2024). Hubungan faktor sosial ekonomi dengan kejadian LTFU terapi antiretroviral Pasien HIV/AIDS di klinik VCT sehati. *Jurnal Kesehatan Holistic*, 8(1), 36-43.
- Yolanda Sianturi, Melinda Malau, G. H. (2021). Buku Ajar HIV/AIDS. In M. . Dr. Erni Munastiwi (Ed.), *Jurnal Informasi, Perpajakan, Akuntansi, dan Keuangan Publik* (Vol. 16, Issue 326). Lima aksara. <http://repository.usahidsolo.ac.id/2049/1/Buku Ajar HIV-AIDS.pdf>
- Yudhi Tri Gunawan, Irma Prasetyowati, M. R. (2016). *Hubungan Karakteristik ODHA Dengan Kejadian Loss To Follow Up Terapi ARV Di Kabupaten Jember*. 2(April), 94–100.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi Skripsi

Lembar Konsultasi/Bimbingan Skripsi

Nama : Shafany Hayah
NIM : 200711100
Program Studi : Si. Ilmu Kependidikan
Judul Skripsi : Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian lost to followup
Dosen Pembimbing I : ABN Yanda Yasien t/tw AIDS di Klinik Seraja BSD Tangerang
Dosen Pembimbing II :

Kegiatan Konsultasi

Lampiran 2 Surat Izin Studi Pendahuluan



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON FAKULTAS ILMU KESEHATAN (FIKES)

Kampus 1 : Jl. Tuparev No.70 45153 Telp. +62-231-209608, +62-231-204276, Fax. +62-231-209608
Kampus 2 dan 3 : Jl. Fatahillah – Watubela – Cirebon Email : info@umc.ac.id Email : informatika@umc.ac.id Website : www.umc.ac.id

No : 024/UMC-FIKes/III/2024

Cirebon, 19 Maret 2024

Lamp. : -

Hal : **Permohonan Ijin Studi Pendahuluan Penelitian**

Kepada Yth :
Pemilik. Klinik Seroja RS. Gunung Jati
di
Tempat

Dengan hormat,

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Sehubungan dengan proses penelitian dalam penyusunan Skripsi pada semester Genap mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon Tahun Akademik 2023-2024. Oleh karena itu, mahasiswa membutuhkan data-data pendukung yang relevan. Adapun nama mahasiswa sebagai berikut:

Nama Lengkap	:	Shifany Inayah
NIM	:	200711100
Tingkat/Semester	:	4 / VIII
Program Studi	:	S1-Ilmu Keperawatan
Judul	:	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Lost To Follow Up pada pasien ODHA di Klinik Seroja RS. Gunung Jati

Waktu	:	Maret 2024
Tempat Penelitian	:	Klinik Seroja RS. Gunung Jati

Maka dengan ini kami mohon ijin untuk mendapatkan data-data pendukung yang relevan sebagai Studi Pendahuluan Penelitian di tempat yang Bapak/Ibu pinpin.

Demikian kami sampaikan permohonan ini, atas perhatian dan kerja samanya kami ucapan jazakallah khairon katsiran.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh



Lampiran 3 Surat Balasan Studi Pendahuluan



PEMERINTAH DAERAH KOTA CIREBON
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT DAERAH GUNUNG JATI

Jalan Kesambi Nomor 56, Cirebon 45134
Telepon. (0231) 206330 Faks. (0231) 203336 Email: rsdgunungjati@cirebonkota.go.id

Cirebon, 26 April 2024

Nomor : 000.9.2/896 - Bidbang
Sifat : Biasa
Lampran : -
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Yth. Kepada
Dekan
Fakultas Ilmu Kesehatan (FIKES)
Universitas Muhammadiyah
Cirebon.
di -
CIREBON

Membalas surat Saudara Nomor : 024/UMC-FIKES/IV/2024, 02 April 2024
tentang Permohonan Studi Pendahuluan, maka dengan ini kami berikan ijin
kepada:

N a m a : Shifany Inayah
NIM : 200711100
Program Studi : S1 keperawatan
Judul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian
Lost To Follow Up Pada Pasien ODHA Di Klinik
Seroja RSD Gunung Jati.
No. HP : 081280119168

Untuk melakukan Permohonan Studi Pendahuluan dalam rangka kegiatan
penelitian dengan di RSD Gunung Jati Kota Cirebon, dengan ketentuan sebagai
berikut:

1. Tidak mengganggu pelayanan;
2. Melampirkan kerangka acuan/proposal;
3. Menyelesaikan biaya administrasi;
4. Menyerahkan hasil penelitian ke Direktur RSD Gunung Jati Kota Cirebon;
5. Mengikuti peraturan yang berlaku di RSD Gunung Jati Kota Cirebon;

Surat ijin penelitian ini berlaku selama 15 hari terhitung sejak diterbitkannya
surat ini.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

a.n DIREKTUR RSD GUNUNG JATI
KOTA CIREBON
WADIR PENUNJANG DAN PENGEMBANGAN
RSD GUNUNG JATI KOTA CIREBON

DEWI SUTANTI, SKp, MM
Pembina TK I
NIP. 19780615 2005012013

Tembusan :
1. Yth. Kepala UPI Rekam Medik

Lampiran 4 Informed Consent

INFORMED CONSENT RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang di lakukan oleh :

Nama : Shifany Inayah

NIM : 200711100

Alamat : Jl Raya Gabuswetan, kec. Gabus wetan, kab. Indramayu

Judul Penelitian : Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *Lost To Follow Up* ARV pada pasien HIV/AIDS di Klinik Seroja RSD Gunung Jati

Saya telah menyadari, memahami dan menerima bahwa :

1. Bersedia memberikan informasi dengan benar
2. Mengetahui bahwa data yang diberikan akan dijaga KERAHASIANYA dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.
3. Guna menunjang kelancaran penelitian yang akan dilaksanakan, maka segala hal yang terkait waktu dan tempat akan disepakati bersama.

Demikian surat peryataan ini saya sampaikan, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Cirebon, 2024

Penulis

Responden

Shifany Inayah

()

Lampiran 5 Instrumen Penelitian

INSTRUMEN PENELITIAN

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN *LOST TO FOLLOW UP ARV PADA PASIEN HIV/AIDS DI KLINIK SEROJA RSD GUNUNG JATI*

A. Data demografis

Kode responden : *) kode diisi peneliti

Tanggal pengisian :

Petunjuk pengisian :

Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai dengan cara memberi tanda *checklist* (✓) pada kolom jawaban yang telah tersedia.

1. Umur anda saat ini :

2. Status perkawinan :

Kawin Tidak kawin

3. Jenis kelamin :

Perempuan Laki-laki

4. Pendidikan terakhir :

Pendidikan Dasar (SD-SMP)
 Pendidikan Menengah (SMA/Sederajat)
 Pendidikan Tinggi (S1/S2/S3/Lainnya)

5. Pendapatan dalam sebulan

< Rp. 1.000.000
 Rp. 1.000.000 s/d Rp. 2.500.000
 Rp. 2.500.000 s/d Rp. 5.000.000
 Rp. 5.000.000

6. Pekerjaan

Pensiunan Pegawai swasta
 PNS/TNI/POLRI Pedagang
 PNS/TNI/POLRI Buruh

Petani Lainnya

Ibu rumah tangga

7. Stadium klinis yang anda alami saat ini

Stadium 1 Stadium 3

Stadium 2 Stadium 4

8. Apakah anda pernah mengalami infeksi penyerta

Ada Tidak ada

9. Jika ya, infeksi apa yang pernah anda alami

Infeksi jamur (kandidiasis) Pneumonia

Tuberkulosis (TB) Lainnya

Herpes zoster

10. Tahun memulai terapi ARV : dari tahun.....sampai.....

11. Apakah di Kota Cirebon sudah tersedia tempat untuk layanan ARV?

Tersedia Tidak tersedia

12. Dimanakah biasanya anda melakukan pengambilan ARV?

RSUD Gunung Jati RS Lainnya

13. Berapakah jarak rumah saudara ke tempat layanan ARV?

< 2,2 Km > 2,2 Km

14. Dengan apakah biasanya saudara datang ke tempat layanan ARV?

Naik kendaraan pribadi Naik kendaraan umum

B. Kuesioner Pengetahuan

Petunjuk pengisian:

Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai dengan cara memberi tanda *checklist* (✓) pada kolom jawaban yang telah tersedia.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
	Tingkat pengetahuan ODHA terhadap ARV		
15.	Pengobatan ARV merupakan obat yang dapat menghambat virus HIV dan meningkatkan sistem kekebalan tubuh		
16.	Pengobatan ARV menjadi pilihan utama pengobatan penyakit HIV/ AIDS		
17.	Minum obat ARV menurunkan resiko penularan terhadap orang lain		
18.	Obat ARV tidak bisa menghilangkan virus HIV		
19.	Minum obat ARV maka tubuh akan bisa beraktifitas seperti biasa		
20.	Obat ARV harus diminum setiap hari seumur hidup		
21.	ARV hanya dapat diperoleh dari rumah sakit saja		
22.	Membuatkan catatan kecil dalam tempat obat merupakan salah satu cara petugas untuk mengingatkan dalam minum obat ARV		
23.	Berhenti minum ARV akan menyebabkan penyakit yang lainnya aktif		
24.	Tidak teratur dalam minum obat ARV akan mengakibatkan kondisi menjadi lebih buruk		
25.	Mual, muntah dan diare merupakan efek samping dari minum obat ARV		
26.	Daya tahan tubuh menjadi lemah jika lupa minum obat ARV		
	Sikap Odha Terhadap Pengobatan ARV		

27.	Saya merasa malu jika harus mengambil ARV ke tempat pelayanan kesehatan		
28.	Pasangan ODHA tidak perlu menjalani terapi ARV		
29.	Pengambilan ARV dilakukan setiap sebulan sekali		
30.	Terapi ARV membuat keadaan fisik penderita HIV/AIDS menjadi lebih baik		
31.	ODHA harus menjalani terapi ARV secara rutin		
32.	Terapi ARV tidak penting bagi penderita HIV/AIDS		
Tindakan ODHA Terhadap Pengobatan ARV			
33.	Saya selalu menjalani terapi ARV sejak pertama terdiagnosa HIV/AIDS		
34.	Saya selalu minum ARV sesuai dengan dosis yang dianjurkan oleh dokter		
35.	Saya selalu minum obat ARV pada waktu/jam yang sama setiap hari		
36.	Meskipun banyak efek samping yang ditimbulkan, namun saya tetap minum ARV sesuai dosis		
37.	Saya selalu membawa obat kemanapun saya pergi		
Sikap Petugas Kesehatan Terhadap ODHA			
38.	Petugas kesehatan bersikap ramah kepada pasien		
39.	Petugas kesehatan kurang peduli kepada pasien		
40.	Petugas kesehatan memberikan pelayanan yang baik kepada pasien		
41.	Petugas kesehatan melakukan komunikasi yang kurang baik dengan pasien		
42.	Petugas kesehatan kurang meluangkan waktu saat pasien datang untuk melakukan pengambilan ARV		
43.	Petugas kesehatan memberikan informasi tentang tata cara minum obat yang benar pada pasien		

Lampiran 6 Hasil Uji validitas

No Item Pertanyaan	PENILAIAN								
	V1	V2	V3	ne	Universal Agreement (UA)	CVR	I-CVI	Validitas	Interpretasi
1	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
2	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
3	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
4	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
5	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
6	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
7	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
8	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
9	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
10	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
11	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
12	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
13	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
14	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
15	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
16	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
17	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
18	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
19	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
20	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
21	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
22	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
23	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
24	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
25	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
26	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
27	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
28	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
29	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
30	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
31	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
32	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
33	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
34	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
35	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
36	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
37	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
38	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
39	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
40	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
41	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
42	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
43	1	1	1	3	1	1	1	Valid	Digunakan
Rata-rata	1	1	1		S-CVI/UA = 1	CVI = 1	S-CVI/Av e = 1	Valid	Digunakan

Lampiran 7 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
.816	3

Intraclass Correlation Coefficient

	Intraclass Correlation ^b	95% Confidence Interval			F Test with True Value 0			
		Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2	Sig	
Single Measures	.597 ^a	.426	.743	5.447	39	78	.000	
Average Measures	.816 ^c	.690	.897	5.447	39	78	.000	

Two-way mixed effects model where people effects are random and measures effects are fixed.

- a. The estimator is the same, whether the interaction effect is present or not.
- b. Type C intraclass correlation coefficients using a consistency definition. The between-measure variance is excluded from the denominator variance.
- c. This estimate is computed assuming the interaction effect is absent, because it is not estimable otherwise.

Lampiran 8 Hasil Output Analisa data

Hasil Uji Normalitas

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Usia	.140	43	.034	.955	43	.088
Jenis kelamin	.393	43	.000	.621	43	.000
Pendidikan	.524	43	.000	.374	43	.000
Stadium klinis	.463	43	.000	.544	43	.000
Infeksi oportunistik	.452	43	.000	.562	43	.000
Pengetahuan ODHA	.202	43	.000	.902	43	.001
Sikap ODHA	.182	43	.001	.913	43	.003
Tindakan ODHA	.189	43	.001	.921	43	.006
Sikap petugas	.258	43	.000	.826	43	.000
Ketersediaan tempat ARV	.474	43	.000	.524	43	.000
Jarak tempat ARV	.440	43	.000	.578	43	.000
Lost to follow up	.416	43	.000	.603	43	.000
Pekerjaan	.496	43	.000	.475	43	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Distribusi Frekuensi

		Usia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<36	22	47.8	51.2	51.2
	>36	21	45.7	48.8	100.0
	Total	43	93.5	100.0	
Missing	System	3	6.5		
Total		46	100.0		

Jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	26	56.5	60.5	60.5
	Perempuan	17	37.0	39.5	100.0
	Total	43	93.5	100.0	
Missing	System	3	6.5		
Total		46	100.0		

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah (SD-SMP)	5	10.9	11.6	11.6
	Tinggi (SMA/S1/Sederajat)	38	82.6	88.4	100.0
	Total	43	93.5	100.0	
Missing	System	3	6.5		
	Total	46	100.0		

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	35	76.1	81.4	81.4
	Tidak bekerja	8	17.4	18.6	100.0
	Total	43	93.5	100.0	
Missing	System	3	6.5		
	Total	46	100.0		

Infeksi oportunistik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	12	26.1	27.9	27.9
	Tidak ada	31	67.4	72.1	100.0
	Total	43	93.5	100.0	
Missing	System	3	6.5		
	Total	46	100.0		

Pengetahuan ODHA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik jika >83	22	47.8	51.2	51.2
	Kurang baik jika <83	21	45.7	48.8	100.0
	Total	43	93.5	100.0	
Missing	System	3	6.5		
	Total	46	100.0		

Statistics

Sikap ODHA

N	Valid	43
	Missing	3
Mean		63.70
Median		66.00

Std. Deviation	24.304
Minimum	0
Maximum	99

Sikap ODHA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif jika >66	27	58.7	62.8	62.8
	Negatif jika <66	16	34.8	37.2	100.0
	Total	43	93.5	100.0	
Missing	System	3	6.5		
	Total	46	100.0		

Statistics

Tindakan ODHA

N	Valid	43
	Missing	3
Mean		47.91
Median		60.00
Std. Deviation		26.237
Minimum		0
Maximum		100

Tindakan ODHA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik jika >60	22	47.8	51.2	51.2
	Kurang baik jika <60	21	45.7	48.8	100.0
	Total	43	93.5	100.0	
Missing	System	3	6.5		
	Total	46	100.0		

Statistics

Sikap petugas

N	Valid	43
	Missing	3
Mean		83.40
Median		83.00
Std. Deviation		17.104
Minimum		33
Maximum		100

Sikap petugas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif jika >83	33	71.7	76.7	76.7
	Negatif jika <32	10	21.7	23.3	100.0
	Total	43	93.5	100.0	
Missing	System	3	6.5		
Total		46	100.0		

Ketersediaan tempat ARV

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tersedia	33	71.7	76.7	76.7
	Tidak tersedia	10	21.7	23.3	100.0
	Total	43	93.5	100.0	
Missing	System	3	6.5		
Total		46	100.0		

Jarak tempat ARV

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<32	13	28.3	30.2	30.2
	>32	30	65.2	69.8	100.0
	Total	43	93.5	100.0	
Missing	System	3	6.5		
Total		46	100.0		

Lost to follow up

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	28	60.9	65.1	65.1
	Tidak	15	32.6	34.9	100.0
	Total	43	93.5	100.0	
Missing	System	3	6.5		
Total		46	100.0		

Hasil Uji *Chi-Square*

Usia * Lost to follow up Crosstabulation

		Lost to follow up		Total
		Ya		
Usia	<36	Count	18	4
		% within Usia	81.8%	18.2%
	>36	Count	10	11
		% within Usia	47.6%	52.4%
Total		Count	28	15
		% within Usia	65.1%	34.9%
				100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.532 ^a	1	.019		
Continuity Correction ^b	4.129	1	.042		
Likelihood Ratio	5.692	1	.017		
Fisher's Exact Test				.027	.020
Linear-by-Linear Association	5.403	1	.020		
N of Valid Cases	43				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Jenis kelamin * Lost to follow up Crosstabulation

		Lost to follow up		Total
		Ya		
Jenis kelamin	Laki-laki	Count	17	9
		% within Jenis kelamin	65.4%	34.6%
	Perempuan	Count	11	6
		% within Jenis kelamin	64.7%	35.3%
Total		Count	28	15
		% within Jenis kelamin	65.1%	34.9%
				100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.002 ^a	1	.964		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.002	1	.964		
Fisher's Exact Test				1.000	.608
Linear-by-Linear Association	.002	1	.964		
N of Valid Cases	43				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,93.

b. Computed only for a 2x2 table

Pendidikan * Lost to follow up Crosstabulation

Pendidikan			Lost to follow up		
			Ya	Tidak	Total
Pendidikan	Rendah (SD-SMP)	Count	3	2	5
		% within Pendidikan	60.0%	40.0%	100.0%
	Tinggi (SMA/S1/Sederajat)	Count	25	13	38
		% within Pendidikan	65.8%	34.2%	100.0%
Total		Count	28	15	43
		% within Pendidikan	65.1%	34.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.065 ^a	1	.798		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.064	1	.800		
Fisher's Exact Test				1.000	.579
Linear-by-Linear Association	.064	1	.801		
N of Valid Cases	43				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,74.

b. Computed only for a 2x2 table

Pekerjaan * Lost to follow up Crosstabulation

Pekerjaan	Bekerja		Lost to follow up		Total
			Ya	Tidak	
Pekerjaan	Bekerja	Count	25	10	35
		% within Pekerjaan	71.4%	28.6%	100.0%
	Tidak bekerja	Count	3	5	8
		% within Pekerjaan	37.5%	62.5%	100.0%
Total		Count	28	15	43
		% within Pekerjaan	65.1%	34.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.300 ^a	1	.069		
Continuity Correction ^b	1.975	1	.160		
Likelihood Ratio	3.154	1	.076		
Fisher's Exact Test				.104	.082
Linear-by-Linear Association	3.223	1	.073		
N of Valid Cases	43				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.79.

b. Computed only for a 2x2 table

Infeksi oportunistik * Lost to follow up Crosstabulation

Infeksi oportunistik	Ada		Lost to follow up		Total
			Ya	Tidak	
Infeksi oportunistik	Ada	Count	6	6	12
		% within Infeksi oportunistik	50.0%	50.0%	100.0%
	Tidak Ada	Count	22	9	31
		% within Infeksi oportunistik	71.0%	29.0%	100.0%
Total		Count	28	15	43
		% within Infeksi oportunistik	65.1%	34.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.674 ^a	1	.196		
Continuity Correction ^b	.879	1	.349		
Likelihood Ratio	1.631	1	.202		
Fisher's Exact Test				.287	.174
Linear-by-Linear Association	1.635	1	.201		
N of Valid Cases	43				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,19.

b. Computed only for a 2x2 table

Pengetahuan ODHA * Lost to follow up Crosstabulation

		Lost to follow up		Total
		Ya	Tidak	
Pengetahuan ODHA	Baik jika >83	Count	12	10
		% within Pengetahuan ODHA	54.5%	45.5%
	Kurang Baik jika <83	Count	16	5
		% within Pengetahuan ODHA	76.2%	23.8%
Total		Count	28	15
		% within Pengetahuan ODHA	65.1%	34.9%
				43

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.216 ^a	1	.137		
Continuity Correction ^b	1.366	1	.243		
Likelihood Ratio	2.249	1	.134		
Fisher's Exact Test				.203	.121
Linear-by-Linear Association	2.165	1	.141		
N of Valid Cases	43				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Sikap ODHA * Lost to follow up Crosstabulation

			Lost to follow up		Total
			Ya	Tidak	
Sikap ODHA	Positif jika >66	Count	17	10	27
		% within Sikap ODHA	63.0%	37.0%	100.0%
	Negatif jika <66	Count	11	5	16
		% within Sikap ODHA	68.8%	31.3%	100.0%
Total		Count	28	15	43
		% within Sikap ODHA	65.1%	34.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.148 ^a	1	.700		
Continuity Correction ^b	.003	1	.957		
Likelihood Ratio	.149	1	.699		
Fisher's Exact Test				.752	.482
Linear-by-Linear Association	.145	1	.704		
N of Valid Cases	43				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,58.

b. Computed only for a 2x2 table

Tindakan ODHA * Lost to follow up Crosstabulation

			Lost to follow up		Total
			Ya	Tidak	
Tindakan ODHA	Baik jika >60	Count	14	8	22
		% within Tindakan ODHA	63.6%	36.4%	100.0%
	Kurang baik jika <60	Count	14	7	21
		% within Tindakan ODHA	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Count	28	15	43
		% within Tindakan ODHA	65.1%	34.9%	100.0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.043 ^a	1	.835		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.043	1	.835		
Fisher's Exact Test				1.000	.545
Linear-by-Linear Association	.042	1	.837		
N of Valid Cases	43				

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Sikap petugas kesehatan * Lost to follow up Crosstabulation

		Lost to follow up			Total
		Ya	Tidak		
Sikap petugas kesehatan	Positif jika >83	Count	19	14	33
		% within Sikap petugas kesehatan	57.6%	42.4%	100.0%
	Negatif jika <83	Count	9	1	10
		% within Sikap petugas kesehatan	90.0%	10.0%	100.0%
Total	Count	28	15	43	
	% within Sikap petugas kesehatan	65.1%	34.9%		100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.552 ^a	1	.059		
Continuity Correction ^b	2.268	1	.132		
Likelihood Ratio	4.129	1	.042		
Fisher's Exact Test				.127	.061
Linear-by-Linear Association	3.469	1	.063		
N of Valid Cases	43				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,49.

b. Computed only for a 2x2 table

ketersediaan tempat layanan ARV * Lost to follow up Crosstabulation

			Lost to follow up		Total
			Ya	Tidak	
ketersediaan tempat layanan ARV	Tersedia	Count	19	14	33
		% within ketersediaan tempat layanan ARV	57.6%	42.4%	100.0%
	Tidak tersedia	Count	9	1	10
		% within ketersediaan tempat layanan ARV	90.0%	10.0%	100.0%
Total		Count	28	15	43
		% within ketersediaan tempat layanan ARV	65.1%	34.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
			Significance (2- sided)		
Pearson Chi-Square	3.552 ^a	1	.059		
Continuity Correction ^b	2.268	1	.132		
Likelihood Ratio	4.129	1	.042		
Fisher's Exact Test				.127	.061
Linear-by-Linear Association	3.469	1	.063		
N of Valid Cases	43				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.49.

b. Computed only for a 2x2 table

Jarak layanan ARV * Lost to follow up Crosstabulation

			Lost to follow up		Total
			Ya	Tidak	
Jarak layanan ARV	<32KM	Count	12	1	13
		% within Jarak layanan ARV	92.3%	7.7%	100.0%
	>32KM	Count	16	14	30
		% within Jarak layanan ARV	53.3%	46.7%	100.0%
Total		Count	28	15	43
		% within Jarak layanan ARV	65.1%	34.9%	100.0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.065 ^a	1	.014		
Continuity Correction ^b	4.471	1	.034		
Likelihood Ratio	7.112	1	.008		
Fisher's Exact Test				.017	.013
Linear-by-Linear Association	5.924	1	.015		
N of Valid Cases	43				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.53.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 9 Foto Kegiatan Penelitian



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : SHIFANY INAYAH

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat, Tanggal Lahir: Indramayu, 14 Maret 2002

Agama : Islam

Alamat : Blok desa Gabuswetan rt:08/rw:01
Kec. Gabus Wetan, Kab. Indramayu

Email : shifanyinayah1402@gmail.com

Riwayat Pendidikan : 1. TK Islam Al Jannah
2. SD Negeri Gabuswetan 1
3. SMP Negeri 1 Gabuwetan
4. SMK Kesehatan 1 Sukra
5. Universitas Muhammadiyah Cirebon