

SKRIPSI

**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU *LOST TO FOLLOW-UP*
PADA PASIEN HIV/AIDS DENGAN TERAPI ARV DI RSUD Dr.
SOETOMO SURABAYA**

CROSS SECTIONAL STUDY



OLEH:

**LILIK MANOWATI
NIM. 131711123030**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

HALAMAN SAMPUL

**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU *LOST TO FOLLOW-UP*
PADA PASIEN HIV/AIDS DENGAN TERAPI ARV DI RSUD Dr.
SOETOMO SURABAYA**

CROSS SECTIONAL STUDY

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)
Pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga**



OLEH:

**LILIK MANOWATI
NIM. 131711123030**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 31 Januari 2019
Yang Menyatakan



Lilik Manowati
NIM. 131711123030

HALAMAN PERNYATAAN

PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga. Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lilik Manowati
NIM : 131711123030
Program Studi : Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non – eksklusif (*Non – exclusive Royalty Free Right*)** atas karya saya yang berjudul:

“Faktor yang Mempengaruhi Perilaku *lost to follow-up* pada Pasien Hiv/Aids dengan Terapi ARV Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non – eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alihmedia / format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap dicantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Surabaya, 31 Januari 2019
yang menyatakan



Lilik Manowati
NIM. 131711123030

LEMBAR PERSETUJUAN

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU *LOST TO FOLLOW-UP*
PADA PASIEN HIV/AIDS DENGAN TERAPI ARV DI RSUD Dr.
SOETOMO SURABAYA

Oleh:
Lilik Manowati
NIM. 131711123030

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
31 Januari 2019

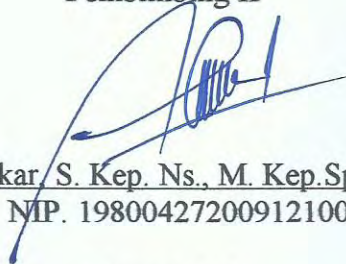
Oleh

Pembimbing Ketua



Purwaningsih, S. Kp., M.Kes
NIP. 196610212000032001

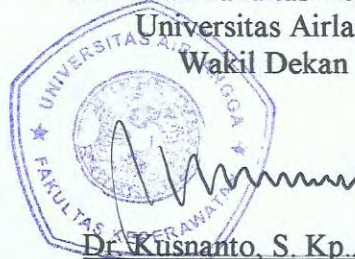
Pembimbing II



Dr. Abu Bakar, S. Kep. Ns., M. Kep.Sp.Kep.MB
NIP. 198004272009121002

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan 1



Dr. Kusnanto, S. Kp., M. Kes.
NIP. 196808291989031002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU *LOST TO FOLLOW-UP*
PADA PASIEN HIV/AIDS DENGAN TERAPI ARV DI RSUD Dr.
SOETOMO SURABAYA**

Oleh:
Lilik Manowati
NIM. 131711123030

Telah diuji
Pada tanggal, 31 Januari 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep.Ns.,MANP.
NIP. 197703162005012001

Anggota : 1. Purwaningsih, S. Kp., M.Kes
NIP. 196611212000032001

2. Dr. Abu Bakar, S. Kep. Ns., M. Kep.Sp.Kep.MB
NIP. 198004272009121002

(M. D. K.)
(P. W. N.)
(A. B. K.)

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan 1



Dr. Kusnanto, S. Kp., M. Kes.
NIP. 196808291989031002

MOTTO

“Ilmu pengetahuan itu bukanlah yang dihafal, melainkan yang memberi manfaat”

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadirat Allah SWT, berkat rahmat, hidayah dan limpahan karunia – Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Faktor yang Mempengaruhi Perilaku *lost to follow-up* pada Pasien HIV/AIDS dengan Terapi ARV Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Ucapan terima kasih yang sebesar – besarnya dan penghargaan yang setinggi – tingginya penulis ucapkan kepada Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing I dan Bapak Dr. Abu Bakar, S. Kep.Ns., M. Kep.Sp.Kep. MB selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan serta motivasi dalam penulisan skripsi ini.

Penyusunan skripsi ini tak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu bersama ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs., (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
2. Bapak Dr. Kusnanto, S.Kp., M. Kes., selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
3. Ibu Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep.Ns.,MANP. selaku ketua penguji yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat dalam menyempurnakan skripsi ini.
4. Ibu Erna Dwi Wahyuni,S.Kep.Ns., M.Kep. selaku dosen penguji proposal yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat dalam menyempurnakan skripsi ini dan ibu Iqlima Dwi Kurnia, S. Kep.,Ns., M.Kep. yang telah membantu selama proses bimbingan proposal hingga selesai.
5. Ibu Ika Nur Pratiwi, S. Kep., Ns., M. Kep. selaku dosen wali yang selalu memberikan semangat dan motivasi.

6. Bapak dan Ibu Dosen serta Staf pengajar Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR yang telah mendidik dan membimbing serta memberikan ilmu selama masa perkuliahan.
7. Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan izin bagi penulis untuk melakukan penelitian.
8. Dr. Erwin Astha Triyono, Sp. PD., KPTI., Finasim sebagai pembimbing dilapangan yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan serta motivasi dalam penulisan skripsi ini.
9. Kepala Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan izin bagi penulis untuk melakukan penelitian
10. Seluruh responden yang telah berpartisipasi selama proses pengambilan data.
11. Kedua orang tua, suamiku tercinta, dan anak-anakku tersayang yang telah memberikan doa sepanjang waktu, menguatkan, memberi dukungan dan memotivasi dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
12. Teman – teman seperjuangan B20, yang telah memberikan bantuan, dukungan, dan semangat.
13. Terima kasih penulis sampaikan kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah memberi motivasi dan bantuan hingga skripsi ini dapat terselesaikan.

Semoga Allah membalas semua kebaikan yang telah membantu penulis.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak sangat penulis harapkan demi perbaikan-perbaikan ke depan. Semoga penelitian ini bermanfaat bagi profesi keperawatan. *Aamiin Allaahumma Aamiin*

Surabaya, 31 Januari 2019

Lilik Manowati
NIM. 131711123030

ABSTRAK

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU *LOST TO FOLLOW-UP*
PADA PASIEN HIV/AIDS DENGAN TERAPI ARV DI RSUD Dr.
SOETOMO SURABAYA

Lilik Manowati

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
lilik.manowati-2017@fkip.unair.ac.id

Pendahuluan: Penderita HIV / AIDS harus mengonsumsi ARV setiap hari dan rutin kontrol setiap bulannya untuk mengambil ARV di rumah sakit yang membuat penderita beresiko memiliki perilaku *lost to follow up*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku *lost follow-up* pada pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*. Populasi sebanyak 135 pasien dan didapatkan 100 pasien dengan *consecutive sampling*. Variabel independen adalah *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived barrier to action*, *perceived benefit of action*, *cues to action*, dan *self efficacy*. Variabel dependen adalah perilaku *lost to follow up*. Data diperoleh dengan kuesioner dan dianalisis dengan *Spearman's Rho*. **Hasil:** Terdapat hubungan antara *perceived susceptibility* ($p=0,002$), *perceived severity* ($p=0,025$), *perceived barrier to action* ($p=0,022$), *cues to action* ($p=0,011$) dengan perilaku *lost to follow up*. Tidak terdapat hubungan antara *perceived benefit of action* ($p=0,196$) dan *self efficacy* ($p=0,071$) dengan perilaku *lost to follow up*. **Diskusi:** Pengetahuan tentang pentingnya manfaat dari ARV perlu ditingkatkan kepada pasien dengan ARV serta kesadaran diri pasien untuk rutin kontrol dan mengonsumsi obat ARV. Peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian secara mendalam (penelitian kualitatif) terkait penyebab pasien memilih untuk melakukan *lost to follow up*, serta dapat menemukan kebaruan atau aplikasi sebagai pengingat dan monitoring jadwal pasien untuk melakukan kontrol ke rumah sakit.

Kata Kunci: HIV/AIDS, ARV, perilaku, *lost to follow up*

ABSTRACT

THE FACTORS RELATED TO THE ATTITUDE OF LOST TO FOLLOW-UP ON PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS WITH ARV THERAPY AT RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA

Lilik Manowati

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
lilik.manowati-2017@fkip.unair.ac.id

Introduction: HIV/AIDS sufferers must consume antiretrovirals every day and control routinely each month to take ARVs at the hospital. The condition make patients having a risk of lost to follow up attitude. The purpose of this study was to determine the factors related to the attitude of lost to follow-up on people living with HIV/AIDS with ARV therapy at RSUD Dr. Soetomo Surabaya. **Method:** This study used descriptive correlation design with a cross-sectional approach. The population were 135 patients and 100 patients of which were recruited as participant with consecutive sampling. Independent variables were perceived susceptibility, perceived severity, perceived barrier to action, perceived benefits of action, cues to action, and self efficacy. The dependent variable was lost to follow up behavior. Data were obtained by questionnaire and analyzed with Spearman's Rho. **Result:** There was a relationship between perceived susceptibility ($p=0.002$), perceived severity ($p=0.025$), perceived barrier to action ($p=0.022$) and cues to action ($p=0.011$) with lost to follow-up behavior. There was no correlation between perceived benefit of action ($p=0.196$) and self efficacy ($p=0.071$) with lost to follow-up behavior. **Discussion:** Knowledge and awareness regarding the importance taking antiretroviral drugs regularly and control routinely needs to be increased for patients with antiretroviral drugs. Further researchers are advised to conduct in-depth research (qualitative research) related to the causes of lost to follow-up behaviour thus.

Keywords: HIV/AIDS, ARV, attitude, lost to follow up

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
LEMBAR PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI	v
MOTTO	vi
UCAPAN TERIMA KASIH	vii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusn Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan umum.....	5
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Tinjauan Umum Tentang HIV/AIDS	7
2.1.1 Pengertian HIV&AIDS.....	7
2.1.2 Perjalanan Penyakit	7
2.1.3 Tatalaksana HIV AIDS.....	10
2.1.4 Profilaksis Kotrimoksasol.....	12
2.2 Perilaku <i>lost to follow-up</i> pasien HIV/AIDS.....	13
2.2.1 Definisi Perilaku <i>lost to follow-up</i>	13
2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi <i>perilaku lost to follow-up</i>	15
2.3 <i>Health Belief Model</i>	18
2.4 Keaslian Penelitian	27
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	31
3.1 Kerangka Konseptual	31
3.2 Hipotesis Penelitian	32
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	34
4.1 Jenis dan rancangan Penelitian.....	34

4.2	Populasi, Sampel, <i>Sampling</i> , dan Besar Sampel	34
4.2.1	Populasi	34
4.2.2	Sampel	34
4.2.3	<i>Sampling</i>	35
4.2.4	Besar Sampel	35
4.3	Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional	36
4.3.1	Variabel <i>independent</i> atau bebas	36
4.3.2	Variabel <i>dependent</i> atau tergantung	36
4.3.3	Definisi Operasional	37
4.4	Instrumen Penelitian	40
4.5	Uji Validitas dan Reliabilitas	43
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian	43
4.7	Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	43
4.8	Analisis Data	45
4.9	Kerangka Operasional Penelitian	47
4.10	Masalah Etik (<i>Ethical Clearance</i>)	48
4.11	Keterbatasan Penelitian	49
BAB 5	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	50
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	50
5.2	Hasil Penelitian	51
5.2.1	Karakteristik responden	51
5.2.2	Hubungan <i>perceived susceptibility</i> dengan perilaku <i>lost to follow up</i>	55
5.2.3	Hubungan <i>perceived severity</i> dengan perilaku <i>lost to follow up</i>	56
5.2.4	Hubungan <i>perceived benefit of action</i> dengan perilaku <i>lost to follow up</i>	57
5.2.5	Hubungan <i>perceived barrier to action</i> dengan perilaku <i>lost to follow up</i>	58
5.2.6	Hubungan <i>cues to action</i> dengan perilaku <i>lost to follow up</i>	59
5.2.7	Hubungan <i>self efficacy</i> dengan perilaku <i>lost to follow up</i>	60
5.2.8	Pembahasan	61
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	76
6.1	Kesimpulan	76
6.2	Saran	77
	DAFTAR PUSTAKA	79
	LAMPIRAN	82

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. 1	Distribusi <i>Follow-Up</i> pasien HIV/AIDS dengan ART di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2016-2017 2
Tabel 2. 1	Klasifikasi Klinis Infeksi HIV Pada Orang Dewasa Menurut WHO 10
Tabel 2. 2	Keaslian Penelitian 37
Tabel 4. 1	Definisi Operasional Variabel 37
Tabel 4. 2	Blue Print Kuesioner <i>Perceived Susceptibility</i> 40
Tabel 4. 3	Blue Print kuesioner <i>Perceived Severity</i> 41
Tabel 4. 4	Blue Print kuesioner <i>Perceived Benefit</i> 41
Tabel 4. 5	Blue Print kuesioner <i>Perceived Barriers</i> 41
Tabel 4. 6	Blue Print kuesioner <i>Cues to Action</i> 42
Tabel 4. 7	Blue Print Kuesioner <i>Self Efficacy</i> 42
Tabel 4. 8	Blue Print Kuesioner Perilaku perilaku <i>lost to follow-up</i> 43
Tabel 4. 9	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas 43
Tabel 4. 10	Intepretasi Hasil Data..... 45
Tabel 4. 11	Derajat Kekuatan Hubungan (koefisien korelasi) (Arikunto, 2010). 46
Tabel 5. 1	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019..... 51
Tabel 5. 2	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan di Poli PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019..... 52
Tabel 5. 3	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Poli PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019..... 52
Tabel 5. 4	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan di Poli PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019. 53
Tabel 5. 5	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendapatan di Poli PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019. 53
Tabel 5. 6	Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan di Poli PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019. 54
Tabel 5. 7	Karakteristik Responden Berdasarkan Jarak Rumah ke RS di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019..... 54

Tabel 5. 8	Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Terinfeksi HIV di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019.....	55
Tabel 5. 9	Distribusi Hubungan <i>Perceived Susceptability</i> dengan Perilaku lost to follow up di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019	55
Tabel 5. 10	Distribusi Hubungan <i>Perceived Severity</i> dengan Perilaku lost to follow up di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019.....	56
Tabel 5. 11	Distribusi Hubungan <i>Perceived Benefit of Action</i> dengan Perilaku <i>lost to follow up</i> di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019	58
Tabel 5. 12	Distribusi Hubungan <i>Perceived Barrier of Action</i> dengan Perilaku <i>lost to follow up</i> di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019	59
Tabel 5. 13	Distribusi Hubungan <i>Cues to Action</i> dengan Perilaku <i>lost to follow up</i> di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019.....	60
Tabel 5. 14	Hubungan <i>Self Efficacy</i> dengan Perilaku <i>lost to follow up</i> di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019.....	61

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2. 1 <i>Health Belief Models–Revised</i> (Rosenstock, Stecher, & Becker 1998)	26
Gambar 2. 2 Komponen <i>Health Belief Model</i> dan hubungannya (Glanz et al, 2008).....	26
Gambar 3. 1 Kerangka Konseptual Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perilaku <i>lost to follow-up</i> Pasien HIV/AIDS dengan Terapi ARV Menurut Teori <i>Health Belief Model</i> (Glanz et al, 2008).	31
Gambar 4. 1 Kerangka Operasional Penelitian Faktor yang mempengaruhi perilaku <i>lost follow-up</i> pada pasien HIV/AIDS di RSUD Dr Soetomo Surabaya.	47

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1	Penjelasan Penelitian Bagi Responden Penelitian..... 82
Lampiran 2	Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden (<i>Informed Concent</i>) 84
Lampiran 3	Kuesioner Perilaku lost to follow-up..... 85
Lampiran 4	Uji Etik Penelitian 92
Lampiran 5	Keterangan Kelaikan Etik..... 93
Lampiran 6	Permohonan Fasilitas Pengambilan Data 94
Lampiran 7	Raw Data 95

DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

AIDS	: <i>Aquired Immundeficiency Syndrome</i>
ART	: <i>Anti Retroviral Therapy</i>
ARV	: <i>Anti Retroviral Virus</i>
Dinkes	: Dinas Kesehatan
HAART	: <i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i>
HBM	: <i>Health Belief Model</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IO	: <i>Infeksi Oportunistik</i>
Jatim	: Jawa Timur
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
LFU	: <i>Lost To Follow-Up</i>
LSL	: Lelaki Seks Lelaki
ODHA	: Orang Dengan HIV- AIDS
PEP	: <i>Post-Exposure Prophylaxis</i>
PPK	: Pengobatan Pencegahan Kotrimoksazol
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SUFA	: <i>Strategic Using of ARV</i>
TAHOD	: <i>Treat Asia HIV/AIDS Observational Database</i>
UNAIDS	: <i>United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
VCT	: <i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WPS	: Wanita Pekerja Seks

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu indikator untuk mengukur tingkat kesejahteraan suatu masyarakat atau bangsa. Paradigma sehat dewasa ini yang dipromosikan menghendaki terjadinya perubahan pola pikir masyarakat dari mengobati penyakit menjadi memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit, oleh sebab itu pemahaman mengenai penyakit dan cara mencegahnya perlu disebarluaskan pada masyarakat. Salah satu aspek kesehatan pada akhir abad ke-20 yang merupakan bencana bagi manusia adalah munculnya penyakit yang disebabkan oleh suatu virus yaitu HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang dapat menyebabkan AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*). Terapi dan pengobatan pada penyakit HIV memerlukan proses yang lama, sehingga pasien harus rajin untuk kontrol. Namun masih banyak pasien yang tidak kembali kontrol dalam waktu minimal 3 bulan bahkan lebih secara terus menerus (*lost to follow up*) yang dapat berdampak pada proses pengobatan pasien dan *monitoring* tenaga kesehatan terhadap pasien dengan HIV AIDS.

Jumlah penderita HIV/AIDS terus meningkat sejak tahun 1990–2016. Data terakhir dari UNAIDS (*United Nations Programme on HIV/AIDS*) 2017 jumlah penderita HIV di dunia mencapai ± 36,7 juta jiwa (UNAIDS, 2017). Data terbaru yang tersedia mengenai epidemiologi HIV sebanyak 36,9 juta orang. 21,7 (58,8%) juta orang mendapatkan terapi ARV. Sedangkan untuk negara tertinggi berada di Afrika disusul oleh Amerika, Asia Tenggara, dan Eropa (WHO, 2017).

Laporan Kementerian Kesehatan (2017), prevalensi orang dengan HIV, sejak tahun 1987 sampai dengan 2017 secara kumulatif sebanyak 242.699 orang terinfeksi HIV yang tersebar di 407 kabupaten/kota (80%) dari 507 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Adapun prevalensi orang dengan AIDS sejak tahun 1987 - 2017 kumulatif sebanyak 87.453 orang. Di Jawa Timur infeksi HIV sebanyak 33.043 sedangkan jumlah AIDS sebanyak 17.014 (Kemenkes, 2017). Menurut TAHOD (*Treat Asia HIV/AIDS Observational Database*) pada tahun 2011 ditemukan 21,4% per tahun kasus *perilaku lost to follow-up* dari 3626 pasien. Di RSUD Dr. Soetomo didapatkan pasien yang *perilaku lost to follow-up* pada tahun 2017 sebanyak 135 orang dari 550 orang yang mendapatkan ART (Monev PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 2017) dengan berbagai faktor yang mempengaruhi diantaranya adalah meninggal dunia, pasien tetap hidup dan pasien yang tidak dapat ditelusuri lagi riwayatnya paling sering dikarenakan alamat dari pasien yang salah pada register ARV.

Standar pasien HIV/AIDS dengan ART yang gagal *follow-up* di PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya mengikuti standar yang telah ditetapkan oleh *World Health Organization* (WHO), yaitu sebesar $\leq 20\%$ dari total pasien yang seharusnya *follow-up* selama satu tahun. Distribusi *follow-up* pasien HIV/AIDS dengan ART di PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya berdasarkan laporan Kohort Tahunan 2016–2017 dapat dilihat pada Tabel 1.1.

Tabel 1.1 Distribusi Follow-up pasien HIV/AIDS dengan ART di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya berdasarkan Kohort tahun 2016-2017

No.	Keterangan	Tahun				Rerata	
		2016		2017		N	%
		N	%	N	%		
1.	Total pasien HIV/AIDS dengan ART	587	100	550	100	569	100
2.	Pasien follow-up	468	79,7	415	75,5	442	77,7
3.	Pasien perilaku <i>lost to follow-up</i>	119	20,3	135	24,5	127	22,3

Berdasarkan Tabel 1.1 diketahui bahwa kejadian *perilaku lost to follow-up* semakin tahun semakin meningkat, dimana hal ini akan mengakibatkan risiko penularan yang lebih tinggi. ODHA yang tidak mengikuti terapi ARV akan memiliki risiko untuk menularkan virusnya pada orang lain. Pada tingkat program, *perilaku lost to follow-up* akan menyebabkan kesulitan untuk mengevaluasi efektivitas terapi ARV. Tingginya kejadian *perilaku lost to follow-up* dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain: jenis kelamin, umur, pendidikan, jarak tempat tinggal, pengetahuan, adanya stigma. Menurut Fridman, *et al* pada tahun 2010 di Buenos Aires, Argentina menyebutkan terdapat 123 pasien (54%) dari 227 pasien tidak datang kembali setelah kunjungan ke klinik pertama kali dengan alasan merasa cukup sehat dengan kondisinya dan tidak membutuhkan perhatian medis: 31 pasien memberikan nomor telepon yang salah sehingga tidak bisa dihubungi oleh peneliti: 25 pasien. Dari hasil wawancara studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti dengan manajer kasus dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang bertugas mencari pasien HIV yang *perilaku lost to follow-up*, mengatakan bahwa pada bulan September 2018 dari 5 pasien *perilaku lost to follow-up* yang kembali berobat ke Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya untuk melakukan mengatakan bahwa dulu mereka malas kembali RS karena pasien merasa sehat, sibuk bekerja, malas antri BPJS, takut diketahui penyakitnya oleh orang lain.

Faktor yang mempengaruhi terjadinya *perilaku lost to follow-up* pada pasien HIV/AIDS dapat dicari dengan menggunakan pendekatan teori *Health Belief Models* (HBM) yang mengemukakan bahwa persepsi seorang individu tentang penyakitnya akan mempengaruhi perilaku kesehatan. Teori ini berfokus pada

persepsi subjektif seseorang diantaranya; persepsi seseorang terhadap kerentanan (*perceived susceptibility*) perilaku *lost to follow-up* yaitu kondisi yang akan seseorang hadapi jika perilaku *lost to follow-up*; persepsi seseorang terhadap keseriusan (*perceived severity*) perilaku *lost to follow-up* seperti kesakitan, kematian; persepsi manfaat (*perceived benefit*) perilaku *lost to follow-up*; persepsi hambatan (*perceived barriers*); *cues to action* dan *self efficacy* yang kesemuanya dapat dipengaruhi oleh faktor pemodifikasi berupa umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengetahuan dan dukungan. Keempat persepsi tersebut dimungkinkan dapat menjadi faktor yang mempengaruhi penerimaan diri pada penderita HIV/AIDS.

Pelayanan HIV/AIDS di Indonesia diberikan secara gratis termasuk penyediaan ARV (*Antiretroviral*) hampir di seluruh pusat pelayanan kesehatan diantaranya Rumah Sakit dan Puskesmas. Pemberian terapi ARV untuk penderita HIV/AIDS secara signifikan dapat menurunkan angka kematian dan kesakitan, meningkatkan kualitas hidup ODHA dan harapan masyarakat. Perilaku *lost to follow-up* dengan terapi ARV dapat menyebabkan berhentinya terapi, meningkatkan resiko kematian menyulitkan untuk evaluasi dan pelayanan terapi ARV.

Berdasarkan tingginya angka laporan pasien perilaku *lost to follow-up* pada penderita HIV/AIDS dengan terapi ARV dan masih sedikitnya perhatian untuk pasien yang perilaku *lost to follow-up* serta belum adanya data dan penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang factor-faktor yang mempengaruhi *lost follow-up* pada pasien HIV/AIDS terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Faktor apa saja yang mempengaruhi *perilaku lost to follow-up* pada pasien HIV/AIDS di RSUD Dr. Soetomo Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis faktor yang mempengaruhi perilaku *lost follow-up* pada pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis faktor persepsi kerentanan pasien (*perceived susceptibility*) perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Menganalisis faktor bahaya/kesakitan (*perceived severity*) perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya.
3. Menganalisis faktor manfaat (*perceived benefit of action*) perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya.
4. Menganalisis faktor hambatan (*perceived barrier to action*) perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya.
5. Menganalisis faktor isyarat untuk melakukan tindakan (*cues to action*) perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya.

6. Menganalisis faktor Self Efficacy perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat membuktikan penggunaan *Teori Health Belief Model* dalam menjelaskan berbagai faktor yang mempengaruhi *lost follow-up* pada pasien HIV/AIDS di RSUD Dr Soetomo Surabaya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Management

Dapat memberikan informasi atau masukan kepada instansi berwenang sebagai pengambil kebijakan dalam hal ini ialah RSUD Dr. Soetomo Surabaya dalam rangka penentuan kebijakan dalam upaya meningkatkan motivasi pada pasien HIV/AIDS untuk terus berobat sehingga angka kejadian perilaku *lost to follow-up* dapat di kurangi.

2. Peneliti

Penelitian ini merupakan pengalaman berharga bagi peneliti dalam rangka memperluas wawasan dan pengetahuan tentang faktor yang mempengaruhi perilaku *lost to follow-up* pada pasien HIV dengan terapi ARV di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

3. Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi menjadi sumber informasi bagi responden di Poli PIPi RSUD Dr. Soetomo Surabaya sehingga responden tidak melakukan perilaku *lost to follow-up*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Tentang HIV/AIDS

2.1.1 Pengertian HIV&AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menginfeksi sel sistem kekebalan tubuh dan menghancurkan atau merusak fungsi mereka. Infeksi virus akan menyebabkan kerusakan progresif dari sistem kekebalan tubuh yang menyebabkan "*defisiensi imun.*" Sistem kekebalan tubuh dianggap kurang ketika tidak bisa lagi memenuhi perannya dalam memerangi infeksi dan penyakit (WHO, 2018).

AIDS adalah istilah yang berlaku untuk tahap paling akhir dari infeksi HIV. Hal ini ditentukan oleh terjadinya salah satu dari lebih dari 20 infeksi oportunistik atau kanker terkait HIV (WHO, 2018). AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immunodeficiency Syndrome* merupakan sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan oleh infeksi HIV (Kemenkes, 2016).

2.1.2 Perjalanan Penyakit

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas seluler. Penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningkatan risiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan. Menurut Misutarno (2017) dalam Kam (1996), perjalanan HIV&AIDS dibagi dalam 2 (dua) fase yaitu fase infeksi awal dan fase infeksi lanjut.

1. Fase Infeksi Awal

Pada fase awal proses infeksi (*immunokompeten*) akan terjadi respons imun berupa peningkatan aktivasi imun, yaitu pada tingkat seluler (HLA-DR; sel T; IL-2R); serum atau humoral (beta-2 mikroglobulin, neopterin, CD8, IL-R) dan antibodi upregulation (gp 120, anti p24; IgA). Induksi sel T-helper dan sel-sel lain diperlukan untuk mempertahankan fungsi sel-sel faktor sistem imun agar tetap berfungsi baik. Infeksi HIV akan menghancurkan sel-sel T, sehingga T-helper tidak dapat memberikan induksi kepada sel-sel efektor sistem imun. Dengan tidak adanya T-helper, sel-sel efektor sistem imun seperti T8 sitotoksik, sel NK, monosit dan sel B tidak dapat berfungsi secara baik. Daya tahan tubuh menurun sehingga pasien jatuh ke dalam stadium lanjut.

2. Fase Infeksi Lanjut

Pada fase ini disebut dengan imunodefesien, dalam serum pasien yang terinfeksi HIV ditemukan adanya faktor supresif berupa antibodi terhadap proliferasi sel T. Adanya supresif pada proliferasi sel T tersebut dapat menekan sintesis dan sekresi limfokin. Sehingga sel T tidak mampu memberikan respons terhadap mitogen ,terjadi disfungsi imun yang ditandai dengan penurunan kadar CD4+, sitokin (IFN γ ; IL-2; IL-6); antibodi down regulation (gp120; anti p-24); TNF α ; anti nef. HIV/AIDS dibagi menjadi 4 stadium. Pembagian Stadium HIV/AIDS adalah (Kemenkes, 2015):

- 1) Stadium I: HIV Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologis ketika antibodi terhadap virus tersebut dari negatif berubah menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke

dalam tubuh sampai tes antibodi terhadap HIV menjadi positif disebut *window period*. Lama *window period* antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang sampai enam bulan.

2) Stadium II: Asimptomatik (tanpa gejala).

Asimptomatik berarti bahwa di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung rata-rata selama 5–10 tahun. Cairan tubuh pasien HIV/AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain.

3) Stadium III: pembesaran kelenjar limfe. Pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung lebih satu bulan.

4) Stadium IV/AIDS: Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit saraf dan penyakit infeksi sekunder.

Pada penderita AIDS gejala klinis yang timbul sesuai dan digunakan untuk menentukan stadium. Gejala klinis pada stadium AIDS dibagi antara lain (Kemenkes, 2015):

1. Gejala utama/mayor :
 - a. Demam berkepanjangan lebih dari tiga bulan.
 - b. Diare kronis lebih dari satu bulan berulang maupun terus-menerus.
 - c. Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam tiga bulan.
2. Gejala minor :
 - a. Batuk kronis selama lebih dari satu bulan.
 - b. Infeksi pada mulut dan tenggorokan karena jamur *Candida Albicans*.

- c. Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh.
- d. Munculnya herpes zoster berulang dan bercak-bercak gatal di seluruh tubuh.

Tabel 2.1 Klasifikasi Klinis Infeksi HIV pada Orang Dewasa Menurut WHO (Kemenkes, 2015)

Stadium	Gambaran Klinis	Skala Aktivitas
I	a. Asintomatik b. Limfadenopati generalisata	Asintomatik, aktivitas normal
II	a. Berat badan menurun < 10% b. Kelainan kulit dan mukosa yang ringan seperti, dermatitis seboroik, prurigo, onikomikosis, ulkus oral yang rekuren, kheirotitis angularis c. Herpes zoster dalam 5 tahun terakhir d. Infeksi saluran napas bagian atas seperti, sinusitis bakterialis	Simptomatik, aktifitas normal
III	a. Berat badan menurun > 10% b. Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan c. Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan d. Kandidiasis orofaringeal e. <i>Oral hairy</i> leukoplakia f. TB paru dalam tahun terakhir g. Infeksi bacterial yang berat seperti pneumonia, piomiositis	Pada umumnya lemah, aktivitas di tempat tidur kurang dari 50%
IV	a. <i>HIV wasting syndrome</i> seperti yang didefinisikan oleh CDC b. Pneumonia <i>Pneumocystis carinii</i> c. Toksoplasmosis otak d. Diare Kriptosporidiosis lebih dari 1 bulan e. Kriptokokosis Ekstrapulmonal f. Retinitis virus sitomegalo g. Herpes simpleks mukokutan > 1 bulan h. <i>Leukoensefalopati multifokal progresif</i> i. Mikosis diseminata seperti histoplasmosis j. Kandidiasis di esophagus, trakea, bronkus dan paru k. Mikobakteriosis atipikal diseminata l. Septisemia salmonellosis non tifoid m. Tuberkulosis diluar paru n. Limfoma o. Sarkoma Kaposi p. Ensefalopati HIV.	Pada umumnya sangat lemah, aktivitas di tempat tidur lebih dari 50%

2.1.3 Tatalaksana HIV AIDS

Sampai saat ini tidak ada vaksin atau obat untuk HIV atau AIDS. Metode menurut Misutarno (2017) dalam Berry (2006) satu-satunya yang diketahui untuk

pencegahan didasarkan pada penghindaran kontak dengan virus, atau jika gagal, perawatan antiretrovirus (ARV) secara langsung setelah kontak dengan virus secara signifikan, disebut *post-exposure prophylaxis* (PEP).

Penanganan infeksi HIV terkini adalah dengan terapi antiretroviral (ARV) yang sangat aktif (*highly active antiretroviral therapy*, disingkat HAART). Terapi ini telah sangat bermanfaat bagi ODHA sejak tahun 1996. Penyakit HIV lebih cepat perkembangannya pada anak-anak daripada pada orang dewasa, sehingga rekomendasi perawatannya pun lebih agresif untuk anak-anak daripada orang dewasa (Dinkes Jatim, 2013).

Dalam epidemi terkonsentrasi seperti Indonesia, penting untuk memulai pengobatan dini tanpa melihat CD4 pada populasi kunci wanita pekerja seks (WPS), Penasun, lelaki seks lelaki (LSL) termasuk pada pasangan orang dengan HIV, pasien IMS, wanita hamil, ko-infeksi TB-HIV dan penderita Hepatitis B dan C. Oleh karena itu pemberian ARV secara dini, tanpa melihat jumlah CD4, dapat mengurangi penularan transmisi HIV. Dari uraian di atas, ARV hendaknya diberikan sesegera mungkin ketika klien dinyatakan positif HIV, metode ini disebut *Strategic Using of ARV* (SUFA). Tanpa perawatan SUFA, berubahnya infeksi HIV menjadi AIDS terjadi dengan kecepatan rata-rata antara 9-10 tahun dan selanjutnya waktu bertahan setelah terjangkit AIDS hanyalah 9-2 bulan. Penerapan SUFA akan meningkatkan waktu bertahan pasien selama 4 sampai 12 tahun (Dinkes Jatim, 2013). Terdapat bermacam-macam alasan atas sikap tidak taat dan tidak teratur untuk penerapan SUFA tersebut. Isu psikososial yang utama ialah kurangnya akses atas fasilitas kesehatan, kurangnya dukungan sosial, penyakit kejiwaan, dan penyalahgunaan obat. Perawatan SUFA kini sangat

sederhana, salah satunya hanya mengonsumsi satu macam jenis ARV yang didalamnya sudah terdiri dari ARV yang lain. Berbagai efek samping menimbulkan keengganan untuk teratur dalam penerapan SUFA. Obat ARV berharga mahal, dan mayoritas individu terinfeksi di dunia tidaklah memiliki akses terhadap pengobatan dan perawatan untuk HIV dan AIDS tersebut. Namun di Indonesia, ARV ditanggung pemerintah untuk mencapai program MDG's internasional (Dinkes Jatim, 2013).

2.1.4 Profilaksis Kotrimoksasol

Menurut kemenkes 2016 tujuan pemberian profilaksis kotrimoksasol adalah untuk melindungi ODHA dari beberapa IO (infeksi Oportunistik) seperti PCP, Toksoplasmosis, infeksi bakterial dan diare kronis. Terdapat dua macam profilaksis, yaitu:

1. Profilaksis primer untuk mencegah infeksi yang belum pernah didapatkan.
2. Profilaksis sekunder untuk mencegah kekambuhan dari infeksi yang sama.

Profilaksis sekunder diberikan segera setelah seseorang selesai mendapatkan pengobatan IO. Sebagai contoh, seseorang menderita PCP, maka setelah selesai mendapatkan pengobatan PCP dan sembuh maka kotrimoksasol diberikan sebagai profilaksis sekunder.

Selain pemberian profilaksis kotrimoksasol untuk mencegah timbulnya IO, perlu juga menerapkan pola hidup sehat (menjaga kebersihan pribadi maupun lingkungan seperti mencuci tangan, makan masakan yang sudah matang). Selain itu perlu juga imunisasi untuk mencegah penyakit-penyakit yang bisa dicegah oleh imunisasi (misal imunisasi Hepatitis B).

Panduan pelaksanaan profiaksis kotrimoksasol (Kemenkes RI, 2016):

1. Pengobatan Pencegahan Kotrimoksasol (PPK) merupakan bagian penting dari rencana pengobatan bagi ODHA
2. PPK diberikan pada ODHA dengan stadium klinis 2, 3 dan 4 pada $CD4 < 200$ sel/mm³ atau stadium klinis 3 dan 4 bila tidak tersedia pemeriksaan CD4.
3. Dosis PPK untuk orang dewasa 1x960 mg (dua tablet atau satu tablet forte)
4. Efek samping yang mungkin timbul antara lain ruam kulit (alergi) dari tingkat ringan sampai berat. Bila timbul ruam kulit yang luas atau basah disertai gejala sistemik seperti demam, secepatnya mencari pertolongan.
5. Desensitisasi tidak dianjurkan pada pasien dengan riwayat alergi berat (Steven Johnson Syndrome).
6. Kotrimoksasol tidak menggantikan terapi ARV. Oleh karena itu perlu direncanakan pemberian ARV setelah kotrimoksasol, idealnya sekitar 2 minggu setelah pemberian kotrimoksasol.
7. Profilaksis kotrimoksasol tetap diberikan walaupun pasien mendapatkan pengobatan untuk IO-nya.
8. Profilaksis kotrimoksasol dihentikan satu tahun setelah pasien sehat kembali dengan tingkat kepatuhan minum obat ARV baik dan $CD4 > 200$ setelah pemberian terapi ARV pada 2 kali pemeriksaan berturut-turut.

2.2 Perilaku *lost to follow-up* pasien HIV/AIDS

2.2.1 Definisi Perilaku *lost to follow-up*

Perilaku *lost to follow-up* (LFU) merupakan salah satu klasifikasi pasien HIV/AIDS yang sedang menerima terapi ARV. Perilaku *lost to follow-up*

berkaitan erat dengan kepatuhan pasien. Namun, dua hal tersebut mempunyai arti yang berbeda. Jika perilaku *lost to follow-up* adalah perilaku 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 (Yu *et al.*, 2007).

ODHA yang LFU akan memberikan efek, baik itu efek klinis maupun program terapi ARV. Pada tingkatan klinis, kelanjutan terapi ARV ODHA yang LFU tidak akan dapat dievaluasi. LFU akan mengakibatkan risiko penularan yang lebih tinggi. ODHA yang tidak mengikuti terapi ARV akan memiliki risiko untuk menularkan virusnya pada orang lain. Pada tingkat program, LFU akan menyebabkan kesulitan untuk mengevaluasi efektivitas terapi ARV.

Ada 3 definisi LFU yaitu tidak berkunjung ke klinik sebanyak 2 atau 3 kali yang telah dijadwalkan, melewatkan jadwal kunjungan terakhir dalam waktu 2 hingga 4 minggu dan melewatkan kunjungan dalam waktu lebih dari 3 bulan (Bygrave *et al.*, 2010).

Hingga saat ini definisi terbaik LFU adalah pasien yang tidak melakukan kunjungan ke klinik dalam waktu 180 hari (3 bulan) atau kembali ke klinik setelah beberapa saat. LFU terbagi menjadi dua yaitu LFU permanen dan LFU sementara. Dikatakan LFU permanen jika pasien tidak melakukan kunjungan ke klinik dalam waktu 180 hari kemudian tidak pernah berkunjung kembali. Pasien tidak melakukan kunjungan ke klinik dalam waktu 180 hari kemudian berkunjung kembali setelah beberapa saat disebut dengan LFU sementara (Zhou *et al.*, 2012).

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi *perilaku lost to follow-up*

Keberhasilan program terapi ARV dapat dilihat dari angka kepatuhan, penurunan jumlah *viral load* serta kelangsungan hidup ODHA. Salah satu indikator keberhasilan terapi ARV adalah berkurangnya angka kejadian AIDS dan kematian akibat AIDS pada pasien HIV. Hal ini dapat tercapai jika semua ODHA yang menerima terapi ARV datang berobat dan mengikuti terapi dengan rajin. Namun kenyataannya, masih banyak ODHA yang tidak mengikuti terapi atau gagal *follow-up*. Di berbagai negara banyak dilakukan penelitian untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan gagal *follow-up* pada ODHA dengan terapi ARV, diantaranya:

1. Jenis Kelamin

Kemungkinan laki-laki lebih berisiko untuk gagal *follow-up* dikarenakan perempuan cenderung lebih memperhatikan masalah kesehatan dibandingkan laki-laki. Selain itu telah ada layanan kesehatan khusus bagi perempuan terutama masalah kesehatan reproduksi dan anak, sementara belum ada layanan kesehatan yang dikhususkan untuk laki-laki (Odafe *et al.*, 2012).

2. Umur

Umur yang semakin muda akan meningkatkan risiko ODHA untuk gagal *follow-up*. Kemungkinan ODHA gagal *follow-up* pada umur yang lebih muda dikarenakan penolakan psikologis bahwa mereka telah terinfeksi HIV mereka mencoba mencari alternatif pengobatan lain. Penelitian menunjukkan bahwa ODHA dengan umur < 30 tahun lebih berisiko untuk gagal *follow-up* (Hønge *et al.*, 2013). Pembagian umur berdasarkan psikologi perkembangan yaitu (Hurlock, 2001):

- a. Dewasa awal : dimulai pada umur 18 tahun sampai umur 40 tahun.
- b. Dewasa madya : dimulai pada umur 41 tahun sampai umur 60 tahun
- c. Dewasa lanjut : dimulai pada umur 60 tahun sampai kematian

3. Pendidikan

Pekerjaan dan Pendapatan menurut hasil penelitian, gagal *follow-up* lebih banyak pada ODHA dengan pendidikan yang lebih rendah. Pekerjaan berhubungan dengan pendapatan yang diperoleh. Pendapatan yang rendah merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi gagal *follow-up* pada ODHA (Krishnan *et al.*, 2016). Penelitian di India menunjukkan bahwa ODHA yang memiliki pendapatan yang rendah akan lebih berisiko untuk gagal *follow-up*. Salah satu pekerjaan yang rentan terhadap gagal *follow-up* adalah pekerja seks perempuan. Mereka biasanya hidup berpindah-pindah dari satu daerah ke daerah lain dan jauh dari keluarga yang mendukung sehingga risiko untuk gagal *follow-up* akan lebih tinggi (Maru *et al.*, 2007).

4. Jarak Tempat Tinggal

Ada pula yang menyatakan bahwa jarak antara tempat tinggal dengan layanan mempengaruhi gagal *follow-up*. ODHA yang tinggal >150 km dari layanan memiliki risiko untuk gagal *follow-up* yang lebih besar (Mosoko *et al.*, 2011). Hal ini dikarenakan kesulitan yang dirasakan ODHA untuk menjangkau layanan yang di rasa jauh, sehingga mereka enggan untuk meneruskan terapi.

5. Pengetahuan tentang HIV/AIDS

ODHA dengan tingkat pengetahuan yang tinggi biasanya akan lebih rutin untuk datang karena mereka sudah tahu keparahan penyakit mereka dan

terapi ARV telah memberi perbaikan bagi kualitas hidup mereka baik secara fisik, psikologis maupun sosial (Schöni-Affolter *et al.*, 2011).

6. Adanya Stigma

Stigma berawal dari adanya pemahaman yang salah mengenai cara penularan HIV/AIDS dan anggapan bahwa HIV/AIDS merupakan penyakit yang menjijikan yang menjangkiti orang yang menyimpang perilaku seksualnya. Kondisi yang justru menghambat pengobatan misalnya takut diketahui pasangannya sebagai penderita HIV/AIDS sehingga harus berhenti terapi (Rosiana, 2014).

Keluarga dan anak yang hidup dengan HIV/AIDS rentan terhadap stigma dan diskriminasi yang dapat dilihat dari berkurangnya akses ke layanan kesehatan, kehilangan martabat dan meningkatnya kemiskinan. Ketakutan menimbulkan resistensi terhadap tes HIV, rasa malu untuk memulai pengobatan dan dalam beberapa hal, keengganan untuk menerima pendidikan tentang HIV/AIDS (UNICEF, 2012).

7. Nilai yang dirasakan oleh pasien terkait pelayanan

Nilai mencerminkan sejumlah manfaat, baik yang berwujud maupun yang tidak berwujud dan biaya yang dipersepsikan oleh pasien. Nilai meningkat seiring dengan meningkatnya kualitas dan pelayanan. 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 terapinya (Rosiana, 2014).

2.3 *Health Belief Model*

Health belief model (HBM) dikemukakan pertama kali oleh Resenstock 1966, kemudian disempurnakan oleh Becker, dkk 1970 dan 1980. Sejak tahun 1974, teori *Health belief model* telah menjadi perhatian para peneliti. Teori ini muncul didasarkan adanya masalah kesehatan yang ditandai oleh kegagalan masyarakat menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh layanan kesehatan. *Health Belief Model* memiliki kerangka konseptual yang mudah dipahami, variabel yang terbatas dan fokus pada motivasi seseorang terhadap keinginan untuk sehat. Konstruksi HBM terdiri dari persepsi rentan terhadap penyakit, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan dan *self efficacy* (Daddario 2007 dalam Griffin 2011).

Menurut *World Health Organization (WHO)* yang dimaksud dengan sehat atau *health* adalah suatu kondisi tubuh yang lengkap secara jasmani, mental, dan sosial, dan tidak hanya sekedar terbebas dari suatu penyakit dan ketidakmampuan atau kecacatan, sedangkan menurut UU No.36 tahun 2009 tentang kesehatan, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Belief dalam bahasa Inggris artinya percaya atau keyakinan. Menurut peneliti *belief* adalah keyakinan terhadap sesuatu yang menimbulkan perilaku tertentu. Misalnya individu percaya bahwa belajar sebelum ujian akan

berpengaruh terhadap nilai ujian. Jenis kepercayaan tersebut terkadang tanpa didukung teori teori lain yang dapat dijelaskan secara logika.

Model adalah seseorang yang bisa dijadikan panutan atau contoh dalam perilaku, cita-cita dan tujuan hidup yang akan dicapai individu. Biasanya teori modeling ini sangat efektif pada perkembangan anak di usia dini, namun dalam materi peneliti kali ini teori modeling di umpakan sebuah issue atau pengalaman pengobatan dari seseorang yang memiliki riwayat sakit yang sama dan memilih serta menjalani pengobatan alternative yang mendapatkan hasil yang positif.

Health belief model merupakan suatu konsep yang mengungkapkan alasan dari individu untuk mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat (Janz and Becker, 1984). *Health belief model* dapat juga diartikan sebagai sebuah konstruksi teoretis mengenai kepercayaan individu dalam berperilaku sehat (Conner, 2005). Health belief model adalah suatu model yang digunakan untuk menggambarkan kepercayaan individu terhadap perilaku hidup sehat, sehingga individu akan melakukan perilaku sehat, perilaku sehat tersebut dapat berupa perilaku pencegahan maupun penggunaan fasilitas kesehatan. *Health belief model* ini sering digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan preventif dan juga respon perilaku untuk pengobatan pasien dengan penyakit akut dan kronis. Namun akhir-akhir ini teori *Health belief model* digunakan sebagai prediksi berbagai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Konsep utama dari *health belief model* adalah perilaku sehat ditentukan oleh kepercayaan individu atau persepsi tentang penyakit dan sarana yang tersedia untuk menghindari terjadinya suatu penyakit.

Health belief model (HBM) pada awalnya dikembangkan pada tahun 1950an oleh sekelompok psikolog sosial di Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Amerika Serikat, dalam usaha untuk menjelaskan kegagalan secara luas partisipasi masyarakat dalam program pencegahan atau deteksi penyakit. Kemudian, model diperluas untuk melihat respon masyarakat terhadap gejala-gejala penyakit dan bagaimana perilaku mereka terhadap penyakit yang didiagnosa, terutama berhubungan dengan pemenuhan penanganan medis. Oleh karena itu, lebih dari tiga dekade, model ini telah menjadi salah satu model yang paling berpengaruh dan secara luas menggunakan pendekatan psikososial untuk menjelaskan hubungan antara perilaku dengan kesehatan.

Dari pengertian-pengertian mengenai *health belief model* yang sudah dijelaskan diatas dapat disimpulkan bahwa *health belief model* adalah model yang menspesifikasikan bagaimana individu secara kognitif menunjukkan perilaku sehat maupun usaha untuk menuju sehat atau penyembuhan suatu penyakit. *Health belief model* ini didasari oleh keyakinan atau kepercayaan individu tentang perilaku sehat maupun pengobatan tertentu yang bisa membuat diri individu tersebut sehat ataupun sembuh.

Perkembangan dari HBM tumbuh pesat dengan sukses yang terbatas pada berbagai program Pelayanan Kesehatan Masyarakat di tahun 1950-an. Apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada empat variabel kunci dua tambahan yang baru-baru ini diungkapkan para ahli yang terlibat didalam tindakan tersebut, yakni kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan rintangan yang dialami dalam tindakan melawan penyakitnya, dan hal-hal yang memotivasi tindakan tersebut. Di mana komponen-komponennya disebutkan di bawah ini

Gambaran *Health belief model* terdiri dari 6 dimensi, diantaranya:

- a. *Perceived susceptibility* atau kerentanan yang dirasakan tentang resiko atau kerentanan (*susceptibility*) personal, Hal ini mengacu pada persepsi subyektif seseorang menyangkut risiko dari kondisi kesehatannya. Di dalam kasus penyakit secara medis, dimensi tersebut meliputi penerimaan terhadap hasil diagnosa, perkiraan pribadi terhadap adanya *resusceptibility* (timbul kepekaan kembali) dan *susceptibility* (kepekaan) terhadap penyakit secara umum.
- b. *Perceived severity* atau keseriusan yang dirasa. Perasaan mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (sebagai contoh, kematian, cacat dan sakit) dan konsekuensi sosial yang mungkin terjadi (seperti efek pada pekerjaan, kehidupan keluarga dan hubungan sosial). Banyak ahli yang menggabungkan kedua komponen diatas sebagai ancaman yang dirasakan (*perceived threat*).
- c. *Perceived benefits*, manfaat yang dirasakan. Penerimaan *susceptibility* seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (*perceived threat*) adalah mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung kearah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika seorang memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (*susceptibility*) dan keseriusan (*seriousness*)

sering tidak diharapkan untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa manjur dan cocok.

- d. *Perceived barriers* atau hambatan yang dirasakan untuk berubah, atau apabila individu menghadapi rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Sebagai tambahan untuk empat keyakinan (*belief*) atau persepsi. Aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu upaya kesehatan (seperti: ketidakpastian, efek samping) atau penghalang yang dirasakan (seperti: khawatir tidak cocok, tidak senang, gugup) yang mungkin berperan sebagai halangan untuk merekomendasikan suatu perilaku.
- e. *Cues to action* suatu perilaku dipengaruhi oleh suatu hal yang menjadi isyarat bagi seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku (Conner, 2005). Isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal maupun internal, misalnya pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan atau anggota keluarga lain, aspek sosio demografis misalnya tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, pengasuhan dan pengawasan orang tua, pergaulan dengan teman, agama, suku, keadaan ekonomi, sosial, dan budaya.
- f. *self-efficacy* yaitu keyakinan seseorang bahwa dia mempunyai kemampuan untuk melakukan atau menampilkan suatu perilaku tertentu seperti *health motivation* dimana konstruk ini terkait dengan motivasi individu untuk selalu hidup sehat. Terdiri atas kontrol terhadap kondisi kesehatannya serta health value (Conner, 2005).

Health belief model dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya faktor demografis (Armitage and Conner, 2000), karakteristik psikologis (Conner, 2005),

dan juga dipengaruhi oleh structural variable, contohnya adalah ilmu pengetahuan (Sarafino *et al.*, 2015). Faktor demografis yang mempengaruhi *health belief model* individu adalah kelas sosial ekonomi. Individu yang berasal dari kelas sosial ekonomi menengah kebawah memiliki pengetahuan yang kurang tentang faktor yang menjadi penyebab suatu penyakit (Hossack & Leff, 1987 dalam Sarafino, 1994). Faktor demografis (Rosenstock, 1974 dalam Conner & Norman, 2003), karakteristik psikologis (Conner, 2005), dan structural variable (Sarafino *et al.*, 2015).

Edukasi merupakan faktor yang penting sehingga mempengaruhi *health belief model* individu (Khani Jeihooni *et al.*, 2017). Kurangnya pengetahuan akan menyebabkan individu merasa tidak rentan terhadap gangguan. Karakteristik psikologis merupakan faktor yang mempengaruhi *health belief model* individu (Conner, 2005). Dalam penelitian ini, karakteristik psikologis yang mempengaruhi *health belief model* kedua responden adalah ketakutan.

Beberapa factor *health belief model* berbasis kognitif (seperti keyakinan dan sikap) dan berkaitan dengan proses berfikir yang terlibat dalam pengambilan keputusan individu dalam menentukan cara sehat individu. Dalam kajian psikologi kesehatan, persepsi individu dalam melakukan atau memilih perilaku sehat dikaji dalam teori *Health belief model* (HBM). HBM adalah model kepercayaan kesehatan individu dalam menentukan sikap melakukan atau tidak melakukan perilaku kesehatan (Conner, 2005).

Teori *Health Belief Model* menghipotesiskan terdapat hubungan aksi dengan faktor berikut:

- a. Motivasi yang cukup kuat untuk mencapai kondisi yang sehat.

- b. Kepercayaan bahwa seseorang dapat menderita penyakit serius dan dapat menimbulkan sekuele.
- c. Kepercayaan bahwa terdapat usaha untuk menghindari penyakit tersebut walaupun hal tersebut berhubungan dengan finansial.

Aspek-aspek pokok perilaku kesehatan menurut Rosenstock adalah sebagai berikut:

1. Ancaman

- 1) Presepsi tentang kerentanan diri terhadap bahaya penyakit (kesedian menerima diagnosa sakit)
- 2) Presepsi tentang keparahan sakit atau kondisi kesehatannya

2. Harapan

- 1) Presepsi tentang keuntungan suatu tindakan.
- 2) Presepsi tentang hambatan-hambatan untuk melakukan suatu tindakan.
- 3) Pencetus tindakan: media, pengaruh orang lain dan hal-hal yang mengingatkan (*reminder*).
- 4) Faktor-faktor sosio-demografi (pendidikan, umur, jenis kelamin atau gender, suku bangsa).
- 5) Penilaian diri (persepsi tentang kesanggupan diri untuk melakukan tindakan itu).

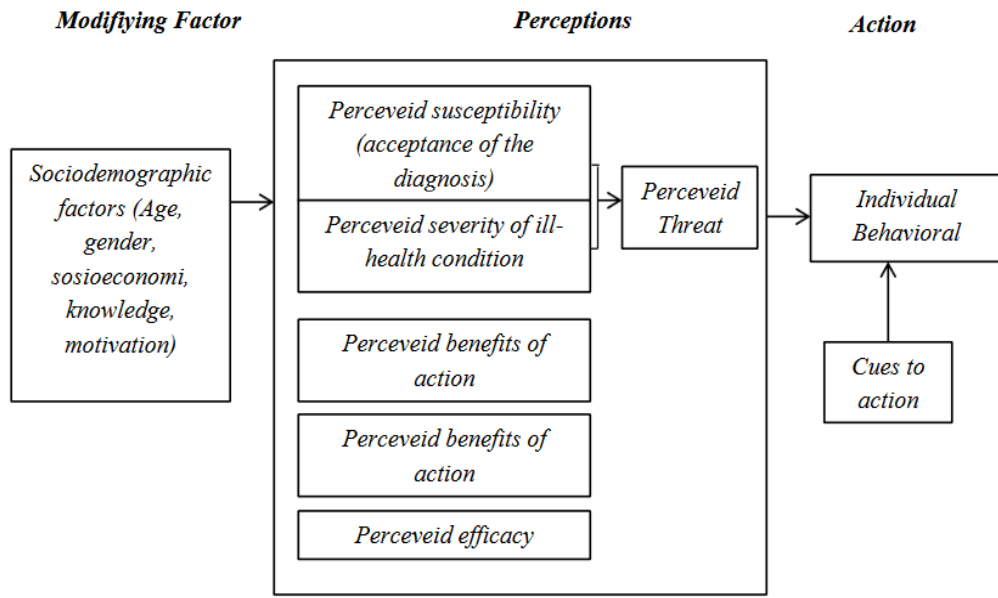
HBM menggambarkan pentingnya kepercayaan individu dan memeriksa bagaimana perubahan dalam kepercayaan dapat menyebabkan perubahan perilaku. HBM tidak mengakui faktor penentu kesehatan yang lebih luas HBM menggambarkan sifat kompleks pengambilan keputusan dan berbagai faktor yang mempengaruhi perubahan HBM tidak mengenal peran keluarga, kehidupan sosial,

lingkungan budaya sebagai faktor politik. Hambatan yang dirasakan diikuti oleh kerentanan yaitu dua dimensi terpenting dalam memprediksi perubahan. HBM tidak menyadari bahwa tidak semua isyarat untuk bertindak memiliki bobot yang sama, misalnya sebuah poster tidak akan memiliki dampak yang sama seperti keluarga yang tidak sehat. Sumber: green & tones (2010); Naidoo & wills (2009); pender et al. (2010) dalam Gottwald & Brown (2012)

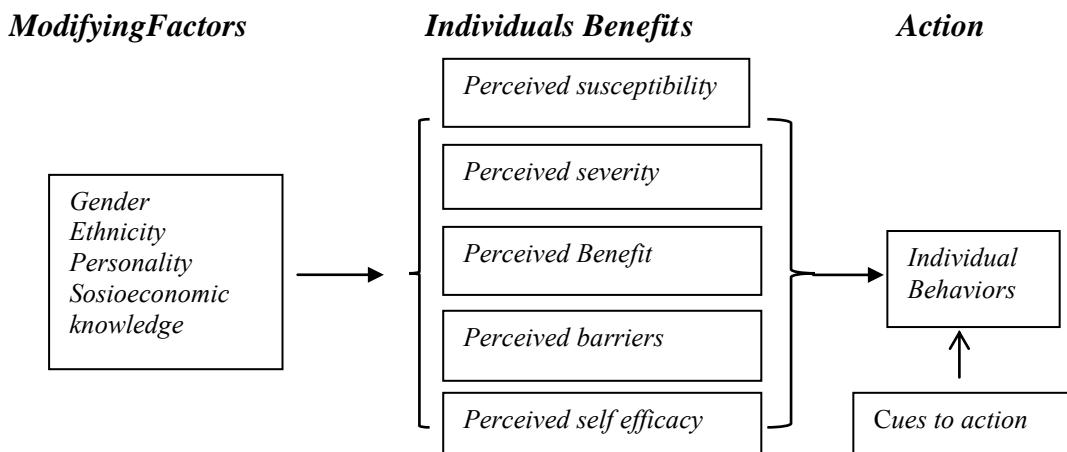
Sedangkan secara teoritis, menurut Mulana (2009:58) terdapat empat kelemahan HBM, diantaranya:

1. HBM lebih didasarkan penelitian terapan dalam permasalahan pendidikan kesehatan daripada penelitian akademis (Mulana, 2009: 58).
2. HBM didasarkan pada beberapa asumsi yang dapat diragukan, seperti pemikiran bahwa setiap pilihan perilaku selalu berdasarkan pertimbangan rasional. Selain rasionalisasinya diragukan, HBM juga tidak memberikan spesifikasi yang tepat terhadap kondisi ketika individu membuat pertimbangan tertentu (Mulana, 2009: 58).
3. HBM hanya memperhatikan keyakinan kesehatan. Kenyataannya orang dapat membuat banyak pertimbangan tentang perilaku yang tidak berhubungan dengan kesehatan, tetapi masih mempengaruhi kesehatan. Sebagai contohnya, seseorang dapat bergabung dengan kelompok olahraga karena kontak sosial atau ketertarikan pada seseorang dalam kelompok tersebut. Keputusan yang diambil tidak ada kaitannya dengan kesehatan, tetapi mempengaruhi kondisi kesehatannya (Mulana, 2009: 58)
4. Berkaitan dengan ukuran komponen-komponen HBM banyak studi menggunakan konsep operasional dan pengenalan yang berbeda sehingga sulit

dibandingkan. Hal ini telah menunjukkan hasil yang tercampur dan prediksi yang tidak konsisten. Analisis model ini menunjukkan bahwa berbagai prediktor dapat berubah sewaktu-waktu (Mulana, 2009: 58).



Gambar 2. 1 Health Belief Models–Revised (Rosenstock, Stecher, & Becker 1998)



Gambar 2. 2 Komponen Health Beliefs Model dan hubungannya (Glanz et al, 2008)

2.4 Keaslian Penelitian

Keaslian penulisan pada penelitian peneliti menggunakan kata kunci *perilaku lost to follow-up*, HIV, ARV pada Scopus, Proquest, Science Direct, dan Springerlink.

Tabel 2.2 keaslian Penulisan

No.	Judul penelitian	Metode penelitian (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil penelitian
1.	Faktor yang menyebabkan terjadinya ketidak patuhan terapi antiretroviral (ARV) pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di kabupaten Pemalang (Sisyahid <i>et al.</i> , 2016)	D: <i>case study</i> S: 6 orang partisipan V: faktor yang menyebabkan ketidak patuhan terapi ARV I: panduan wawancara, perangkat merekam dan dokumentasi A: analisis data kualitatif menurut Miles dan Huberman	Usia tidak mempengaruhi ketidak patuhan terapi ARV. Tidak ada pengaruh yang bermakna antara jenis kelamin dengan kejadian ketidak patuhan terapi ARV. Faktor pekerjaan tidak menyebabkan terjadinya ketidak patuhan terapi ARV. Pendidikan tidak menyebabkan ketidak patuhan terapi ARV. Tempat tinggal tidak menyebabkan terjadinya ketidak patuhan terapi ARV. Rendahnya persepsi kerentanan menyebabkan informan tidak melakukan tindakan pencegahan, dalam hal ini melanjutkan terapi ARV.
2.	Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku lost to follow-up pada pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV di RSUP DR Kariadi Semarang (Rosiana, 2014).	D: <i>observasional analitik</i> S: 83 pasien V: <i>Quality of life, self-efficacy, diabetes, adolescent</i> I: catatan medik dan kuesioner A: uji chi-square	Dari 83 responden penelitian, didapatkan 52 pasien <i>lost to follow-up</i> dan 31 tidak <i>perilaku lost to follow-up</i> . Dari 52 pasien <i>perilaku lost to follow-up</i> , 16 (30,8%) telah meninggal, 28 (53,8%) masih hidup, dan 8 (15,4%) tidak dapat ditelusuri. Pasien yang menyatakan berhenti terapi memiliki alasan untuk tidak berobat lagi diantaranya adalah pekerjaan atau aktivitas sehari-hari, persepsi pasien yang kurang, pengobatan alternatif, kepercayaan religi, efek samping obat, keterjangkauan klinik VCT, pelayanan klinik VCT yang kurang memuaskan dan dukungan sosial yang kurang.

No.	Judul penelitian	Metode penelitian (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil penelitian
3	Prediktor Mortalitas antara Pasien mangkir ARV (Dian, Kusuma and Budi,Bali, 2018).	D: Pendekatan longitudinal dengan analisis data sekunder retrospektif S: 1306 V: - I: data kohort pasien HIV+ yang menerima ARV A: STATASE 12 software	Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kejadian kematian pada pasien mangkir adalah 65,9 per 100 orang, dengan waktu terjadinya median 0,2 tahun (2,53 bulan). Evapirens <i>anti retroviral</i> NNRTI-kelas agen yang terbukti meningkatkan risiko kejadian kematian pada pasien mangkir 3,92 kali lebih besar daripada kelompok nevirapine (HR 3,92; p = 0,007 (CI 1,46-10,51). Setiap kenaikan 1 kg berat badan menurunkan risiko kematian pada pasien mangkir sebesar 6% (HR 0,94; p = 0,035 (CI 0,89-0,99).
4	<i>Reasons For Default Follow-Up Of Antiretroviral Treatment At Thekanganang Arv Clinic</i> (Tebogo Johanna Mathebula. <i>University Of Pretoria</i> 2014).	D: qualitative study S: 15 participant V:- I:semi-structured interviewing A: thematic analysis	Hasil penelitian menunjukkan dari 60 pasien dengan kaki ulkus, terdiri dari 53% laki-laki dan 47% perempuan dengan umur rata-rata 58.08 ± 11.95 tahun dal rata-rata QOL 41.1 ± 9.15. Analisis statistik menunjukkan bahwa usia (p = 0.002), pekerjaan (p ≤ 0001), status sosial ekonomi (p = 0,016), kaki ulkus (p ≤ 0001), dan jumlah kaki ulkus (p = 0,017) secara statistik mempunyai hubungan signifikan dengan QOL dan dimensinya. Variabel lain tidak terlalu memengaruhi hubungan dengan QOL, tetapi beberapa dari mereka seperti merokok dalam emosi negatif (p = 0.046) dan status perkawinan mempengaruhi tingkat kesulitan perawatan kaki (p = 0,03) secara statistik mempunyai hubungan signifikan dengan QOL.
5	<i>Perilaku lost to follow-up in HIV-Infected Patients from Asia-Pacific Region: Results from TAHOD.</i> (Zhou et al. <i>AIDS Research and treatment</i> , 2012).	D: case study S: 3626 V: - I: panduan wawancara, perangkat merekam dan dokumentasi A: analisis deskriptif	Dengan peningkatan cepat pengobatan antiretroviral, penting untuk mempelajari faktor-faktor yang memprediksi mangkir dan mengidentifikasi pasien yang berisiko kehilangan perawatan, terutama di rangkaian terbatas sumber daya. Pada tingkat perawatan, ini dapat menjaga keefektifan terapi antiretroviral dan menghindari efek samping. Pada tingkat evaluasi program, dampak kehilangan untuk menindaklanjuti

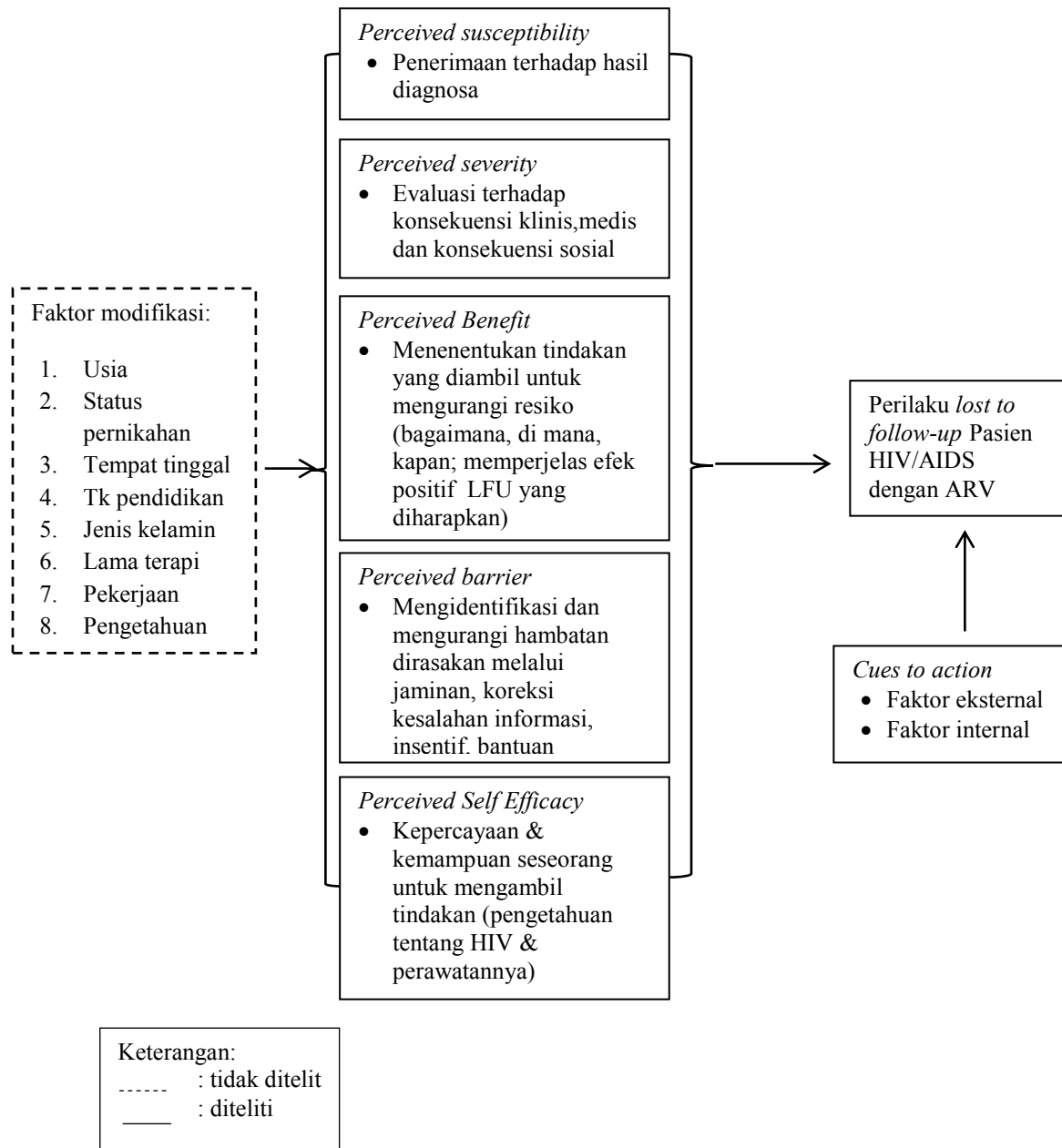
No.	Judul penelitian	Metode penelitian (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil penelitian
6	<i>Risk Factors of Loss to Follow up Among HIV Positive Pediatric Patients in Dar es Salaam, Tanzania.</i> (McCormick <i>et al.</i> , 2016)	D: case study S: 6236 V: - I: data kohort A: analisis deskriptif	hasil pengobatan secara keseluruhan, perkembangan penyakit, dan kelangsungan hidup kemudian dapat dipertanggungjawabkan dengan penyesuaian statistik yang tepat. Kolaborasi dengan program pengobatan HIV di wilayah lain dalam studi tentang LTFU dan khususnya standardisasi definisi LTFU sangat penting untuk pelaporan dan evaluasi program. 2130 anak (34%) adalah LTFU selama rata-rata tindak lanjut 16,7 bulan (IQR, 3,4–36,9). Faktor independen terkait dengan risiko LTFU yang lebih tinggi adalah usia 2 tahun (RR = 1,59, 95% CI 1,40-1,80), diare saat pendaftaran (RR = 1,20, 95% CI 1,03–1,41), lengan tengah-atas yang rendah lingkaran untuk usia (RR = 1,20, CI 1,05-1,37), makan protein 3 kali seminggu (RR = 1,39, 95% CI 1,05-1,90), mengambil kotrimoksazol (RR = 1,39, 95% CI 1,06-1,81), memulai ke antiretroviral (RR = 1,37, 95% CI 1,17-1,61), menerima perawatan di rumah sakit bukan fasilitas lokal (RR = 1,39, 95% CI 1,06-1,41), dan memulai pengobatan pada tahun 2006 atau sesudahnya (RR = 1,10, 95% CI 1,04–1.16).
7	<i>Outcomes of Patients Perilaku lost to follow-up in African Antiretroviral Therapy Programs: Individual Patient Data Meta-analysis.</i> (Chammartin <i>et al.</i> , 2018)	D: case study S: 90 V: - I: data kohort A: analisis deskriptif	Sembilan studi menyumbangkan data pada 7377 pasien yang memulai ART dan kemudian LTFU di Afrika sub-Sahara. Jumlah CD4 rata-rata pada permulaan ART adalah 129 sel / μ L. Pada 4 tahun setelah kunjungan klinik terakhir, 21,8% (95% interval kepercayaan [CI], 20,8% -22,7%) diketahui telah meninggal, 22,6% (95% CI, 21,6% –23,6%) masih hidup tetapi telah berhenti cART, 14,8% (95% CI, 14,0% -15,6%) telah ditransfer ke klinik lain, 9,2% (95% CI, 8,5% -9,8%)

No.	Judul penelitian	Metode penelitian (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil penelitian
8	<i>Determinants of loss to follow-up in patients on antiretroviral treatment, South Africa, 2004–2012: a cohort study (Mberi et al., 2015).</i>	D: case study S: 595 V: - I: data kohort A: analisis deskriptif	<p>dipertahankan pada cART, dan 31,6% (95% CI, 30,6% - 32,7%) tidak dapat ditemukan. Mortalitas dikaitkan dengan seks pria, penyakit yang lebih maju, dan durasi cART yang lebih pendek; menghentikan cART dengan penyakit yang lebih ringan dan durasi cART lebih lama; dan transfer diam dengan jenis kelamin perempuan dan penyakit yang kurang maju.</p> <p>Dari 595 pasien, 65,5% (n = 390) adalah perempuan dan 23,4% (n = 139) adalah LTFU. Waktu median ART sebelum LTFU adalah 21,5 bulan (kisaran interkuartil: 12,9 - 34,7 bulan). Tingkat insiden LTFU adalah 103 per 1.000 orang-tahun pada tahun pertama penggunaan ART dan meningkat menjadi 405 per 1.000 orang-tahun pada tahun kedelapan menggunakan ART. Faktor-faktor yang terkait dengan menjadi LTFU termasuk tidak memiliki mitra yang berkomitmen (Adjusted Hazard Ratio (aHR): 2.9, 95% Confidence Interval (CI): 1.19-6.97, p = 0,019), menjadi wiraswasta (AHR: 13,9, 95% CI : 2,81 - 69,06, p = 0,001), jumlah CD4 awal > 200 sel / ml (aHR: 3,8, 95% CI: 1,85-7,85, p <0,001), viral load yang diketahui terakhir yang diketahui (VL) (AHR: 3,6, 95 % CI: 1,98 - 6,52, p <0,001) dan tahap terakhir Organisasi Kesehatan Dunia yang diketahui tiga atau empat (aHR: 2,0, 95% CI: 1,22-3,27, p = 0,006). Pasien yang sebelumnya memiliki efek samping ART memiliki risiko yang lebih rendah (AHR: 0,6, 95% CI: 0,38 - 0,99, p = 0,044) menjadi LTFU daripada mereka yang tidak.</p>

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3. 1 Kerangka konseptual analisis faktor yang mempengaruhi Perilaku *lost to follow-up* pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV menurut teori Health Belief Model (Glanz et al, 2008).

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa menurut teori *Health Belief Model* kejadian *Perilaku lost to follow-up* pada pasien HIV dengan terapi ARV dipengaruhi oleh beberapa komponen/dimensi, yaitu: Persepsi kerentanan (*Perceived susceptibility*), Persepsi keseriusan (*Perceived severity*), Persepsi manfaat (*Perceived Benefit*), Persepsi hambatan (*Perceived barrier*), *Perceived Self Efficacy*, *Cues to action*, dan keenam komponen/dimensi tersebut sangat dipengaruhi oleh faktor modifikasi/faktor demografi/ karakteristik pasien yang meliputi usia, status pernikahan, tempat tinggal, pekerjaan, tingkat pendidikan, pengetahuan, jenis kelamin, lama terapi ARV.

Dalam hal ini faktor demografi tidak diteliti karena bukan merupakan penyebab langsung perubahan perilaku *perilaku lost to follow-up* menurut *Health Believe Model*. Sedangkan yang diteliti adalah penyebab langsung banyaknya kasus *perilaku lost to follow-up* adalah persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, isyarat untuk bertindak, *Self Efficacy* dan juga faktor eksternal.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1:

1. Persepsi kerentanan mempengaruhi perilaku *lost to follow-up* pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV.
2. Persepsi keseriusan mempengaruhi perilaku *lost to follow-up* pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV.

3. Persepsi manfaat mempengaruhi perilaku *lost to follow-up* pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV.
4. Persepsi hambatan mempengaruhi perilaku *lost to follow-up* pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV.
5. *Self efficacy* mempengaruhi perilaku *lost to follow-up* pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV.
6. *Cues to action* mempengaruhi perilaku *lost to follow-up* pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *descriptive analitik* dengan metode *cross sectional*. Penelitian *analitik* merupakan penelitian yang bertujuan untuk mencari hubungan antara variabel satu dengan variabel lainnya (Sastroasmoro, 2011). Penelitian *cross-sectional* adalah penelitian dimana peneliti mengukur/mengobservasi data variabel independen dan dependen hanya sekali pada satu waktu (Nursalam, 2013). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi perilaku *lost follow-up* pada pasien HIV/AIDS di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

4.2 Populasi, Sampel, *Sampling*, dan Besar Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah pasien HIV/AIDS yang perilaku *lost to follow-up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang saat ini sebanyak 135 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV yang perilaku *lost to follow-up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi:

1. Penderita HIV/AIDS dengan terapi ARV yang berusia 18-65 tahun (dewasa muda-dewasa penuh).
2. Penderita HIV/AIDS *lost to follow-up* dari terapi ARV yaitu minimal selama 3 bulan berturut-turut atau lebih tidak mengambil obat dilayanan ARV RSUD Dr. Soetomo surabaya.

Kriteria eksklusi:

1. Tidak mengalami gangguan jiwa.

4.2.3 Sampling

Teknik *sampling* adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2013). Teknik *sampling* dalam penelitian ini menggunakan teknik *probability sampling* dengan tipe *consecutive sampling*. *consecutive sampling* merupakan pasien yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi. Agar *consecutive sampling* dapat menyerupai *probability sampling*, maka jangka waktu pemilihan pasien tidak terlalu pendek, khususnya apabila suatu penyakit bersifat musiman.

4.2.4 Besar Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah perawat di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Besar sampel ditentukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2 \alpha / 2 * p (1 - p) N}{d^2 (N - 1) + Z^2 \alpha / 2 * p (1 - p)}$$

Keterangan:

- n : besar sampel
 N : besar populasi
 Z : nilai standar normal $\alpha = 0,05$ (1,96)
 p : perkiraan proporsi $1-p = (1-0,6)$
 d : tingkat kesalahan yang dipilih ($d = 0,05$)

Berdasarkan penelitan (Nursalam, 2013) penentuan besar sampel yaitu:

$$\begin{aligned}n &= \frac{1,96^2 * 0,6(1 - 0,6)135}{0,05^2(135 - 1) + 1,96^2 * 0,6(1 - 0,6)} \\ &= 99,02 \\ &= 100 \text{ responden}\end{aligned}$$

4.3 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

Berdasarkan hubungan antar variable satu dengan yang lain, variabel dibedakan menjadi:

4.3.1 Variabel *independent* atau bebas

Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah *perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan/ diketahui), *perceived severity* (bahaya/kesakitan yang dirasakan), *perceived benefit of action* (manfaat yang dirasakan dari tindakan yang diambil), *perceived barrier to action* (hambatan yang dirasakan akan tindakan yang diambil), *cues to action* (isyarat untuk melakukan tindakan) dan *Self Efficacy*.

4.3.2 Variabel *dependent* atau tergantung

Dalam penelitian ini variabel *dependent* nya adalah perilaku *lost to follow-up* pasien HIV/AIDS.

4.3.3 Definisi Operasional

Tabel 4. 1 Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
<i>Variabel Independen Perceived susceptibility</i>	Penilaian responden tentang kemungkinan/resiko terkena infeksi oportunistik jika tidak rajin <i>follow-up</i> dan mengkonsumsi ARV	Persepsi kuat yang mendorong responden dalam melakukan <i>follow-up</i> dan mengkonsumsi ARV	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan terdiri dari 9 item. Skor untuk jawaban <i>perceived susceptibility</i> STS : 1 TS : 2 S : 3 SS : 4 Skor untuk setiap <i>perceived susceptibility</i> Tinggi: \geq 76% Sedang: 51-75% Rendah: $<$ 50%
<i>Perceived severity</i>	Penilaian individu terhadap keparahan suatu penyakit	- Pernyataan responden tentang penyakit yang sedang dideritanya saat ini adalah penyakit yang lebih buruk dari penyakit kronis lainnya dan dapat menyebabkan kematian - Pernyataan responden tentang betapa seriusnya keadaan yang bisa terjadi jika pasien tidak mengkonsumsi ARV	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan terdiri dari 4 item. Skor untuk jawaban <i>perceived severity</i> STS : 1 TS : 2 S : 3 SS : 4 Skor untuk setiap <i>perceived severity</i> Tinggi: \geq 76% Sedang: 51-75% Rendah: $<$ 50%

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
<i>Perceived Benefit</i>	Persepsi responden tentang keuntungan yang diperoleh dari perilaku <i>lost to follow-up</i> dan pengobatan ARV	<ul style="list-style-type: none"> - Pernyataan tentang bergunanya tidak melakukan <i>follow-up</i> dan tidak minum ARV. - Penerimaan status HIV dapat mengurangi stress - Pola gaya hidup sehat 	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan terdiri dari 5 item. Skor untuk jawaban <i>perceived benefit</i> STS : 1 TS : 2 S : 3 SS : 4 Skor untuk setiap <i>perceived Benefit</i> Tinggi: \geq 76% Sedang: 51-75% Rendah: $<$ 50%
<i>Perceived barriers</i>	Pendapat responden tentang apa yang dapat menghentikannya dari perilaku yang baru	<ul style="list-style-type: none"> - Pernyataan tentang responden belum bisa diterima oleh masyarakat di sekitarnya - Kurangnya Informasi terkait HIV - Efek samping obat - Hambatan dalam penerimaan status HIV 	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan terdiri dari 7 item. Skor untuk jawaban <i>perceived barriers</i> STS : 1 TS : 2 S : 3 SS : 4 Skor untuk setiap <i>perceived barriers</i> Tinggi: \geq 76% Sedang: 51-75% Rendah: $<$ 50%
<i>Self efficacy</i>	Keyakinan responden terhadap kemampuannya dalam melakukan sesuatu hal yang	Pernyataan responden bahwa dia juga mampu melakukan sesuatu hal sama seperti orang HIV (-)	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan terdiri dari 5 item. Skor untuk jawaban <i>perceived self efficacy</i> STS : 1 TS : 2 S : 3 SS : 4

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
<i>Cues to action</i>	Faktor yang akan membuat responden untuk memulai melakukan perubahan perilaku	Pernyataan tentang faktor yang akan mempengaruhi responden dalam proses perubahan perilaku	Kuesioner	Ordinal	<p>Skor untuk setiap <i>perceived self efficacy</i></p> <p>Tinggi: \geq 76%</p> <p>Sedang: 51-75%</p> <p>Rendah: $<$ 50%</p> <p>Pernyataan terdiri dari 4 item. Skor untuk jawaban <i>cues to action</i></p> <p>STS : 1</p> <p>TS : 2</p> <p>S : 3</p> <p>SS : 4</p>
Variabel Dependen Perilaku <i>lost to follow-up</i> .	Perilaku responden tidak datang ke poli untuk kontrol & mengambil obat ARV \geq 3 bulan berturut-turut	<ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan responden tentang pengobatan HIV dan manfaatnya. - Sikap responden terhadap proses pengobatan. - Kemauan responden untuk mengkonsumsi ARV setiap hari. 	Kuesioner	Ordinal	<p>Skor untuk setiap <i>cues to action</i></p> <p>Tinggi: \geq 76%</p> <p>Sedang: 51-75%</p> <p>Rendah: $<$ 50%</p> <p>Pertanyaan terdiri dari 30 item pertanyaan. Skor untuk menilai perilaku:</p> <p>Baik : Jika skor yang didapat 76%-100%</p> <p>Cukup = 60%-75%</p> <p>Kurang = $<$60%</p>

4.4 Instrumen Penelitian

Pengumpulan data pada penelitian ini melalui kuesioner yang dibuat oleh peneliti sendiri dengan memodifikasi dari penelitian Firman Safri et al (2014), Anis Fauziah (2017), pada jenis pengukuran ini peneliti mengumpulkan data secara formal kepada subyek untuk menjawab pertanyaan terstruktur yaitu subyek hanya menjawab sesuai dengan pedoman yang sudah ditetapkan dan tidak terstruktur yaitu subyek menjawab pertanyaan yang diajukan secara terbuka oleh peneliti. Kuesioner yang diberikan meliputi kusioner tentang:

1. Kuesioner data demografi

Kuesioner data demografi merupakan kuesioner yang dilampirkan untuk mengetahui informasi secara umum pada responden. Ada 8 pertanyaan yang terdiri dari umur responden, status perkawinan, jenis kelamin, pendidikan responden, ekonomi/pendapatan dan pekerjaan responden, jarak dari rumah ke RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan durasi/lama terinfeksi HIV.

2. Kuesioner *perceived susceptibility*

Kuesioner diukur dengan Skala Likert dengan pilihan jawaban yang terdiri dari pernyataan terdiri sangat tidak setuju (STS), sangat setuju (ST), setuju (S) dan sangat setuju (SS). Ada 9 pertanyaan. Skor maksimal adalah adalah 36 dan nilai minimal adalah 4.

Tabel 4. 2 *Blue Print* Kuesioner *Perceived Susceptibility*

No	Parameter	Soal
1.	<i>Favourabel</i>	6,7,8,9.
2.	<i>Un favourabel</i>	1,2,3,4,5.

3. Kuesioner *Perceived severity*

Kuesioner diukur dengan Skala Likert dengan pilihan jawaban yang terdiri dari pernyataan terdiri sangat tidak setuju (STS), sangat setuju (ST), setuju (S) dan sangat setuju (SS). Ada 4 pertanyaan. Skor maksimal adalah 16 dan nilai minimal adalah 4.

Tabel 4. 3 *Blue Print* kuesioner *perceived severity*

No	Parameter	Soal
1.	<i>Favourabel</i>	4
2.	<i>Un favourabel</i>	1,2,3.

4. Kuesioner *perceived benefit*

Kuesioner diukur dengan Skala Likert dengan pilihan jawaban yang terdiri dari pernyataan terdiri sangat tidak setuju (STS), sangat setuju (ST), setuju (S) dan sangat setuju (SS). Ada 5 pertanyaan. Skor maksimal adalah 20 dan nilai minimal adalah 5.

Tabel 4. 4 *Blue Print* kuesioner *perceived benefit*

No	Parameter	Soal
1.	<i>Favourabel</i>	-
2.	<i>Un favourabel</i>	1,2,3,4,5.

5. Kuesioner *perceived barriers*

Kuesioner diukur dengan Skala Likert dengan pilihan jawaban yang terdiri dari pernyataan terdiri sangat tidak setuju (STS), sangat setuju (ST), setuju (S) dan sangat setuju (SS). Ada 7 pertanyaan dengan skor maksimal adalah 28 dan nilai minimal adalah 7.

Tabel 4. 5 *Blue Print* kuesioner *perceived barriers*

No	Parameter	Soal
1.	<i>Favourabel</i>	-
2.	<i>Un favourabel</i>	1,2,3,4,5,6,7.

6. Kuesioner *perceived cues to action*

Kuesioner diukur dengan Skala Likert dengan pilihan jawaban yang terdiri dari pernyataan terdiri sangat tidak setuju (STS), sangat setuju (ST), setuju (S) dan sangat setuju (SS). Ada 5 pertanyaan dengan skor maksimal adalah 20 dan nilai minimal adalah 5.

Tabel 4. 6 *Blue Print* kuesioner *cues to action*

No	Parameter	Soal
1.	<i>Favourabel</i>	-
2.	<i>Un favourabel</i>	1,2,3,4,5.

7. Kuesioner *self efficacy*

Kuesioner diukur dengan Skala Likert dengan pilihan jawaban yang terdiri dari pernyataan terdiri sangat tidak setuju (STS), sangat setuju (ST), setuju (S) dan sangat setuju (SS). Ada 4 pertanyaan dengan skor maksimal adalah 16 dan nilai minimal adalah 4.

Tabel 4. 7 *Blue Print* Kuesioner *Self Efficacy*

No.	Parameter	Soal
1.	<i>Favourabel</i>	4
2.	<i>Un favourabel</i>	1,2,3.

8. Perilaku perilaku *lost to follow-up*

Perilaku responden *perilaku lost to follow-up* diukur dengan 30 item pertanyaan (10 pertanyaan untuk pengetahuan, 8 pernyataan untuk menilai sikap dan 12 pertanyaan untuk menilai tindakan). Skor untuk menilai perilaku baik jika skor yang didapat 76%-100%, cukup jika nilai yang didapat = 60%-75% dan kurang jika nilai yang didapat = <60%.

Tabel 4. 8 *Blue Print* Kuesioner Perilaku perilaku *lost to follow-up*

No.	Parameter	Soal
1.	Pengetahuan : <i>Favourabel</i> <i>Un favorabel</i>	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 -
2.	Sikap: : <i>Favourabel</i> <i>Un favourabel</i>	1,2,4,6,8 3,5,7
3.	Tindakan : <i>Favourabel</i> <i>Un favourabel</i>	1,2,3,4,5,10,11,12 6,7,8,9

4.5 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kusioner ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan metode *Pearson Product Moment* dan *Chonbach Alpha* dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4. 9 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

No.	Kuesioner	Validitas	Reliabilitas	<i>Chonbach Alpha</i>
1	Persepsi kerentanan (<i>perceived susceptibility</i>)	Valid	Reliabel	0,855
2	Persepsi keseriusan (<i>perceived severity</i>)	Valid	Reliabel	0,722
3	Persepsi manfaat (<i>perceived benefit</i>)	Valid	Reliabel	0,916
4	Persepsi hambatan (<i>perceived barrier</i>)	Valid	Reliabel	0,899
5	Persepsi <i>Cues to action</i>	Valid	Reliabel	0,866
6	<i>Self-Efficacy</i>	Valid	Reliabel	0,895

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan 21 Desember 2018 sampai 8 Januari 2019.

4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Sebelum melakukan penelitian, peneliti melakukan studi pendahuluan untuk mengetahui berapa angka kejadian perilaku *lost to follow-up* di poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tahun 2017 sebagai data awal.

1. Dalam penelitian ini pengumpulan data dilakukan setelah memberikan surat pengantar ijin pengambilan data penelitian dari Dekan Fakultas

Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang ditujukan kepada Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Setelah peneliti lulus uji etik dan mendapatkan surat ijin pengambilan data penelitian dari Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya melalui Kepala Bidang Litbang untuk disampaikan kepada Kepala Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Peneliti kemudian berkoordinasi dengan Poli PIPI untuk mengetahui berapa jumlah pasien HIV yang mendapatkan ARV dan berapa jumlah pasien yang memiliki perilaku *lost to follow-up*.

2. Selanjutnya mengidentifikasi responden sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti. Setelah itu, langkah memberikan penjelasan penelitian dan *informed consent* untuk ditandatangani oleh responden.
3. Saat pengambilan data peneliti memberikan kuesioner kepada responden untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi perilaku *lost to follow-up* pada pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Peneliti mendampingi responden saat pengisian kuesioner untuk memastikan tidak ada pertanyaan yang tidak dipahami oleh responden. Setelah kuesioner diisi oleh responden, 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.

4.8 Analisis Data

Proses analisis data paling tidak ada empat tahapan dalam pengolahan data yang harus dilalui yaitu:

1. *Editting* yaitu merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah lengkap, jelas, dan konsisten.
2. *Coding* yaitu merupakan kegiatan mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan.
3. *Processing* yaitu memproses data agar data yang sudah dimasukkan dapat dianalisis.
4. *Cleaning* merupakan bagian pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak.
5. Analisis deskriptif: data didapat melalui kuesioner kemudian diedit, di beri kode dan kemudian di *scoring*. Karakteristik sampel dan distribusi variabel dianalisis dengan analisis deskriptif. Sedangkan dalam distribusi frekuensi, variabel dikategorikan dalam angka dan presentase. Menurut Arikunto (2013) dalam membaca bab kesimpulan bentuk presentase digunakan skala sebagai berikut:

Tabel 4. 10 Intepretasi hasil data

Besarnya nilai	Intepretasi
100 %	Seluruhnya
76-99 %	Hampir seluruhnya
51-75 %	Sebagian besar
50 %	Setengah
26-49 %	Hampir setengah
1-25 %	Sebagian kecil
0 %	Tidak satupun

6. Analisis univariat

Analisis univariat adalah analisis secara deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik variabel yang diteliti yang meliputi data demografi dan termasuk dalam data kategorik yang dijelaskan dengan uji analisis univariat berupa proporsi.

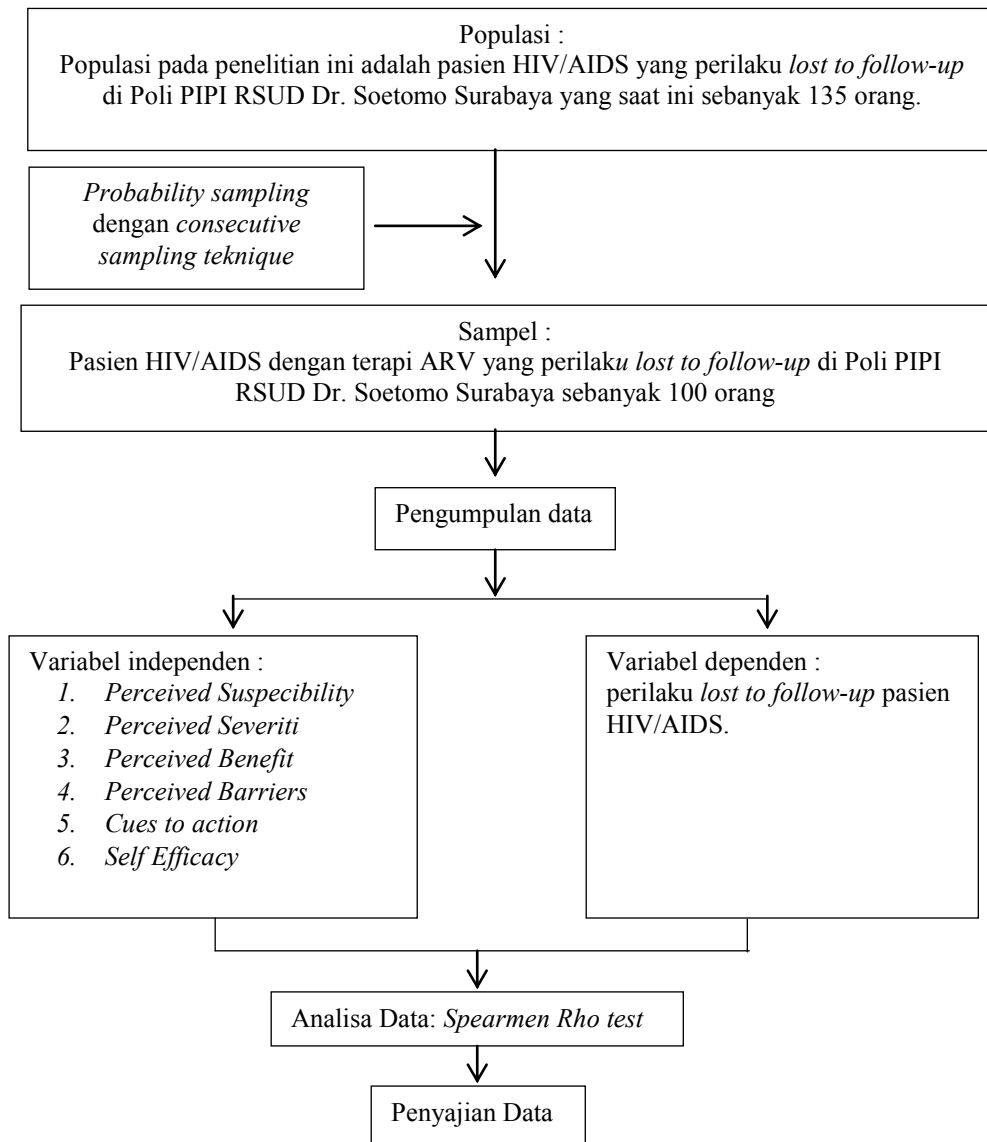
7. Analisis bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk menjelaskan hubungan antara kedua variabel (*variabel independen* dan *variabel dependen*). Data yang terkumpul kemudian ditabulasi dengan cara penelitian menggunakan perangkat lunak IBM SPSS Statistic 25 dengan uji statistik korelasi Spearman's Rho untuk mengetahui hubungan antara variabel, dengan derajat kemaknaan/tingkat signifikansi $\alpha \leq 0,05$. Dengan menentukan signifikan ini kita dapat menentukan H1 ditolak (jika $p > 0,05$) atau tidak berhubungan dan H1 diterima ($p < 0,05$) atau berhubungan. Selanjutnya dari analisis tersebut dilakukan pembahasan secara deskriptif dan analitik sehingga diperoleh gambaran secara lengkap tentang hasil penelitian faktor yang mempengaruhi perilaku *lost to follow-up* pada asien HIV/AIDS dengan terapi ARV di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Faktor dominan ditentukan berdasarkan pemilihan r yang terbesar dari faktor yang berhubungan.

Tabel 4. 11 Derajat Kekuatan Hubungan (koefisien korelasi) (Arikunto, 2010).

Koefisien Korelasi	Interpretasi
0,8 – 1	Sangat kuat
0,6 – 0,799	Kuat
0,4 – 0,599	Sedang
0,2 – 0,399	Lemah
0,0 – 0,190	Sangat lemah

4.9 Kerangka Operasional Penelitian



Gambar 4. 1 Kerangka Operasional Penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku *lost follow-up* pada pasien HIV/AIDS di RSUD Dr Soetomo Surabaya.

4.10 Masalah Etik (*Ethical Clearance*)

Penelitian dengan judul “Faktor yang mempengaruhi perilaku *lost follow-up* pada pasien HIV/AIDS di RSUD Dr Soetomo Surabaya.” telah dinyatakan lolos kaji etik dan mendapatkan sertifikat *Ethical Approval* dengan No. 0860/KEPK/XII/2018 yang dikeluarkan oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 20 Desember 2018.

Peneliti memohon izin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan. Penelitian akan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian, yaitu :

1 Surat Persetujuan (*inform Consent*)

Lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang diteliti yaitu yang akan diberikan kuesioner. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama pengumpulan data. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani surat persetujuan penelitian. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden untuk menolak.

2 Tanpa Nama (*Anonimity*)

Disini nama responden akan dicantumkan dalam lembar pengumpulan data dalam bentuk inisial hal ini bertujuan untuk menjaga kerahasiaan responden. Namun peneliti juga menggunakan kode angka pada masing masing lembar pengumpulan data, untuk memudahkan peneliti mengetahui keikutsertaan responden.

3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Informasi responden dalam penelitian dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan hanya informasi tertentu saja yang ditampilkan. Pada penelitian ini peneliti hanya akan menampilkan data Usia, pendidikan terakhir, pendapatan ekonomi, dan pekerjaan sebagai data umum.

4 Menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect For Person*)

Respect For Person merupakan bentuk penghormatan terhadap martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih sekaligus bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusannya sendiri.

4.11 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan pada penelitian ini ditinjau dari kuesioner yang digunakan ternyata masih banyak pertanyaan yang belum bisa terjawab dikarenakan pilihan jawaban yang disediakan oleh peneliti tidak semua sesuai dengan apa yang dirasakan atau alasan apa yang sebenarnya mendasari responden berperilaku *lost to follow up*, sehingga perlu dilakukan penelitian kualitatif untuk mengetahui permasalahan dan alasan pasien dalam *lost to follow up*.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan hasil penelitian tentang faktor yang mempengaruhi *lost follow-up* pada pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya pada 21 Desember 2018 – 8 Januari 2019. Penyajian data meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden, krostabulasi antar variabel serta hubungan faktor *perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan/ diketahui), *perceived severity* (bahaya/ kesakitan yang dirasakan), *perceived benefit of action* (manfaat yang dirasakan dari tindakan yang diambil), *perceived barrier to action* (hambatan yang dirasakan akan tindakan yang diambil), *cues to action* (isyarat untuk melakukan tindakan) dan *Self Efficacy* terhadap perilaku *lost to follow-up* pasien HIV/AIDS. Selanjutnya akan dilakukan pembahasan pada masing-masing variabel.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD Dr. Soetomo merupakan Rumah Sakit Tipe A yang sudah terakreditasi JCI pada tahun 2018 yang terletak di jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya. Rumah sakit berdiri diatas tanah dengan luas 163.875 m². RSUD Dr. Soetomo tidak hanya melayani pengobatan, melainkan juga sebagai rumah sakit pendidikan, penelitian dan pusat rujukan tertinggi untuk di Jawa Timur dan wilayah Indonesia bagian Timur. Jumlah SDM (Sumber Daya Manusia) sebanyak 5.851 orang dan jumlah tempat tidur 1417 buah.

Tindakan yang telah dilakukan oleh Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan yang kepada pasien HIV/AIDS yang mengonsumsi ARV untuk tetap rutin dalam kontrol dan mengonsumsi obat. Pada poli ini juga telah dibentuk *case manager* yang selalu melakukan *controlling* terhadap pasien – pasien yang tidak rutin kontrol dan mengarah *lost to follow up*.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Karakteristik responden

Karakteristik responden yang meliputi: 1) Usia, 2) Status Pernikahan, 3) Jenis Kelamin, 4) Pendidikan, 5) Pendapatan, 6) Pekerjaan, 7) Jarak Tempat Tinggal, 8) Lama Menderita HIV

1) Usia

Tabel 5. 1 Karakteristik Responden berdasarkan usia di Poli PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019.

	Karakteristik	f	%
Usia responden			
1.	17-25 tahun	22	22
2.	26-35 tahun	27	27
3.	36-45 tahun	31	31
4.	46-55 tahun	19	19
5.	56-65 tahun	1	1
Total		100	100

Tabel 5.1 menjelaskan tentang tabel karakteristik responden pada 100 responden Poli PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya. Data distribusi menunjukkan bahwa proporsi terbesar responden berusia adalah 36-45 tahun sebanyak 31 orang (31%). Data distribusi umur juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada usia di bawah 30 tahun. Umur yang semakin muda akan meningkatkan risiko ODHA untuk gagal *follow-up*. Penelitian menunjukkan

bahwa ODHA dengan umur < 30 tahun lebih berisiko untuk gagal follow-up (Hønge *et al.*, 2013).

2) Status Pernikahan

Tabel 5. 2 Karakteristik Responden berdasarkan status pernikahan di Poli PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019.

Karakteristik	f	%
Status pernikahan		
1. Kawin	44	44
2. Tak kawin	56	56
Total	100	100

Tabel 5.2 menjelaskan tentang tabel karakteristik responden pada 100 responden Poli PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya. Data distribusi menunjukkan bahwa hampir sebagian besar usia responden berstatus tak kawin sebanyak 56 orang (56%). Kemungkinan responden yang tak kawin dapat meningkatkan risiko ODHA untuk gagal *follow-up* dikarenakan responden tidak ada yang mengingatkan tentang betapa pentingnya minum ARV.

3) Jenis Kelamin

Tabel 5. 3 Karakteristik Responden berdasarkan jenis kelamin di Poli PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019.

Karakteristik	f	%
Jenis Kelamin		
1. Laki-laki	72	72
2. perempuan	28	28
Total	100	100

Tabel 5.3 menjelaskan tentang tabel karakteristik responden pada 100 responden Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Data distribusi menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 72 orang (72%). Kemungkinan laki - laki lebih berisiko untuk gagal *follow-up* dikarenakan perempuan cenderung lebih memperhatikan masalah kesehatan dibandingkan laki-laki. Selain itu telah ada layanan kesehatan khusus bagi perempuan terutama

masalah kesehatan reproduksi dan anak, sementara belum ada layanan kesehatan yang dikhususkan untuk laki-laki (Odafe *et al.*, 2012).

4) Pendidikan

Tabel 5. 4 Karakteristik Responden berdasarkan pendidikan di Poli PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019.

Karakteristik	f	%
pendidikan		
1. Pendidikan dasar (SD-SMP)	17	17
2. Pendidikan menengah (SMA)	59	59
3. Pendidikan tinggi	24	24
Total	100	100

Tabel 5.4 menjelaskan tentang tabel karakteristik responden pada 100 responden Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Data distribusi menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMA sebanyak 59 orang (59%). Kemungkinan gagal *follow-up* lebih banyak pada ODHA dengan pendidikan yang lebih rendah.

5) Pendapatan

Tabel 5. 5 Karakteristik Responden berdasarkan pendapatan di Poli PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019.

Karakteristik	f	%
pendapatan		
1. < Rp. 1.000.000,00	21	21
2. Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	37	37
3. Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	36	36
4. Rp. 5.000.000,00	6	6
Total	100	100

Tabel 5.5 menjelaskan tentang tabel karakteristik responden pada 100 responden Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Data distribusi menunjukkan bahwa proporsi terbesar responden berpendapatan Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00 sebanyak 37 orang (37%). Pendapatan yang rendah merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi gagal *follow-up* pada ODHA (Krishnan *et*

al., 2016). Penelitian di India menunjukkan bahwa ODHA yang memiliki pendapatan yang rendah akan lebih berisiko untuk gagal *follow-up*.

6) Pekerjaan

Tabel 5. 6 Karakteristik Responden berdasarkan pekerjaan di Poli PIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019.

Karakteristik	f	%
pekerjaan		
1. Pensiunan PNS/TNI/POLRI	1	1
2. PNS/TNI/POLRI	1	1
3. Pegawai Swasta	53	53
4. Pedagang	8	8
5. Buruh	7	7
6. Petani	1	1
7. Ibu Rumah Tangga	14	14
8. Lainnya	15	15
Total	100	100

Tabel 5.6 menjelaskan tentang tabel karakteristik responden pada 100 responden Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Data distribusi menunjukkan bahwa sebagian besar responden merupakan pegawai swasta sebanyak 53 orang (53%). Pekerjaan berhubungan dengan pendapatan yang diperoleh. Pendapatan yang rendah merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi gagal *follow-up* pada ODHA (Krishnan *et al.*, 2016).

7) Jarak Rumah ke Rumah Sakit

Tabel 5. 7 Karakteristik Responden berdasarkan jarak rumah ke RS di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019.

Karakteristik	f	%
Jarak rumah ke RS		
1. 1-10 KM	67	67
2. 11-20 KM	16	16
3. 21-30 KM	3	3
4. >31 KM	14	14
Total	100	100

Tabel 5.7 menjelaskan tentang tabel karakteristik responden pada 100 responden Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Data distribusi menunjukkan bahwa sebagian besar jarak antara tempat tinggal responden dengan RSUD Dr.

Soetomo adalah 1-10 km sebanyak 67 orang (67%). Data distribusi juga menunjukkan bahwa sebagian responden juga memiliki tempat tinggal yang jauh dari rumah sakit. Jarak antara rumah dengan fasilitas kesehatan juga berpengaruh terhadap perilaku *lost to follow up* pada responden (Rosiana, 2014).

8) Lama terinfeksi HIV

Tabel 5. 8 Karakteristik Responden berdasarkan lama terinfeksi HIV di Poli PIPI RSUD Dr.Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019.

Karakteristik	f	%
Lama menderita HIV/AIDS		
1. 1-5 tahun	72	72
2. 6-10 tahun	19	19
3. 11-15 tahun	6	6
4. 16-20 tahun	3	3
Total	100	100

Tabel 5.8 menjelaskan tentang tabel karakteristik responden pada 100 responden Poli PIPI RSUD Dr.Soetomo Surabaya. Data distribusi menunjukkan bahwa sebagian besar responden menderita penyakit HIV/AIDS sebanyak 1-5 tahun sebanyak 72 orang (72%). Responden yang baru mengetahui dan menderita HIV akan berkemungkinan gagal *follow-up* dikarenakan penolakan psikologis bahwa mereka telah terinfeksi HIV mereka mencoba mencari alternatif pengobatan lain (Hønge *et al.*, 2013).

5.2.2 Hubungan *perceived susceptibility* dengan perilaku *lost to follow up*

Hubungan *perceived susceptibility* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 9 Distribusi hubungan *perceived susceptibility* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019

<i>Perceived Susceptibility</i>	<i>Perilaku lost to follow up</i>						Σ	
	Baik		Cukup		Kurang		f(x)	%
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%		
Tinggi	30	30	8	8	6	6	44	44
Sedang	21	21	18	18	7	7	46	46
Rendah	6	6	3	3	1	1	10	10

<i>Perceived Susceptability</i>	<i>Perilaku lost to follow up</i>						Σ	
	Baik	Cukup	Kurang	Baik	Cukup	Kurang	$f(x)$	%
	$f(x)$	%	$f(x)$	%	$f(x)$	%	$f(x)$	%
Σ	57	57	29	29	14	14	100	100
	(p): 0,002 (r): 0,310							

Tabel 5.9 di atas menjelaskan tentang hubungan *perceived susceptability* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Mayoritas responden dengan *perceived susceptability* atau kerentanan yang tinggi diikuti dengan perilaku *lost to follow up* yang baik sebanyak 30 orang (30%). Namun data distribusi juga menunjukkan bahwa *perceived susceptability* yang tinggi juga terdapat responden dengan perilaku *lost to follow up* yang kurang sebanyak 6 orang (6%).

Hasil uji statistik menggunakan *spearman's rho* menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan ($p=0,002$) antara *perceived susceptability* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Hasil uji statistik juga menunjukkan tingkat korelasi cukup ($r=0,310$) serta koefisien korelasi positif yang menunjukkan hubungan antara kedua variabel yang searah dengan nilai yang sama tinggi yaitu semakin kesadaran pasien tentang resiko atau kerentanan (*perceived susceptability*) tinggi, maka perilaku *lost to follow up* akan semakin baik.

5.2.3 Hubungan *perceived severity* dengan perilaku *lost to follow up*

Hubungan *perceived severity* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 10 Distribusi hubungan *perceived severity* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019

<i>Perceived Severity</i>	<i>Perilaku lost to follow up</i>						Σ	
	Baik		Cukup		Kurang		f(x)	%
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%		
Tinggi	18	18	5	5	2	2	25	25
Sedang	35	35	23	23	10	10	68	68
Rendah	4	4	1	1	2	2	7	7
Σ	57	57	29	29	14	14	100	100

(p): 0,025
(r): 0,224

Tabel 5.10 di atas menjelaskan tentang hubungan *perceived severity* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Mayoritas responden dengan *perceived severity* atau keseriusan dalam kategori sedang yang diikuti dengan perilaku *lost to follow up* yang baik sebanyak 35 orang (35%). Namun data distribusi juga menunjukkan bahwa *perceived susceptibility* yang sedang juga terdapat responden dengan perilaku *lost to follow up* yang kurang sebanyak 10 orang (10%).

Hasil uji statistik menggunakan *spearman's rho* menunjukkan terdapat hubungan yang cukup signifikan ($p=0,025$) antara *perceived severity* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Hasil uji statistik juga menunjukkan tingkat korelasi yang sangat lemah ($r=0,224$) serta koefisien korelasi positif yang menunjukkan hubungan antara kedua variabel yang searah dengan nilai yang sama tinggi yaitu semakin tinggi keseriusan (*perceived severity*) pasien tentang pengobatan dari penyakit yang diderita, maka perilaku *lost to follow up* akan semakin baik.

5.2.4 Hubungan *perceived benefit of action* dengan perilaku *lost to follow up*

Hubungan *perceived benefit of action* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 11 Distribusi hubungan *perceived benefit of action* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019

<i>Perceived Benefit of Action</i>	<i>Perilaku lost to follow up</i>						Σ	
	Baik		Cukup		Kurang		f(x)	%
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%		
Tinggi	18	18	7	7	-	-	25	25
Sedang	22	22	13	13	12	12	47	47
Rendah	17	17	9	9	2	2	28	28
Σ	57	57	29	29	14	14	100	100

(p): 0,196
(r): 0,130

Tabel 5.11 di atas menjelaskan tentang hubungan *perceived benefit of action* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Mayoritas responden dengan *perceived benefit of action* atau manfaat dalam kategori sedang yang diikuti dengan perilaku *lost to follow up* yang baik sebanyak 22 orang (22%). Namun data distribusi juga menunjukkan bahwa *perceived benefit of action* yang sedang juga terdapat responden dengan perilaku *lost to follow up* yang kurang sebanyak 12 orang (12%).

Hasil uji statistik menggunakan *spearman's rho* menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan ($p=0,196$) antara *perceived benefit of action* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Hasil uji statistik juga menunjukkan tingkat korelasi yang sangat lemah ($r=0,130$) serta koefisien korelasi positif yang menunjukkan hubungan antara kedua variabel yang searah dengan nilai yang sama tinggi yaitu semakin tinggi responden mengetahui manfaat (*perceived benefit of action*) tentang pengobatan dari penyakit yang diderita, maka perilaku *lost to follow up* akan semakin baik.

5.2.5 Hubungan *perceived barrier to action* dengan perilaku *lost to follow up*

Hubungan *perceived barrier of action* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 12 Distribusi hubungan *perceived barrier of action* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019

<i>Perceived Barrier of Action</i>	Perilaku <i>lost to follow up</i>						Σ	
	Baik		Cukup		Kurang			
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%
Tinggi	17	17	4	4	1	1	22	22
Sedang	34	34	21	21	12	12	67	67
Rendah	6	6	4	4	1	1	11	11
Σ	57	57	29	29	14	14	100	100

(p): 0,022
(r): 0,228

Tabel 5.12 di atas menjelaskan tentang hubungan *perceived barrier of action* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Mayoritas responden dengan *perceived barrier of action* atau hambatan dalam kategori sedang yang diikuti dengan perilaku *lost to follow up* yang baik sebanyak 34 orang (34%). Namun data distribusi juga menunjukkan bahwa *perceived barrier of action* yang sedang juga terdapat responden dengan perilaku *lost to follow up* yang kurang sebanyak 12 orang (12%).

Hasil uji statistik menggunakan *spearman's rho* menunjukkan terdapat hubungan yang cukup signifikan ($p=0,022$) antara *perceived barrier of action* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Hasil uji statistik juga menunjukkan tingkat korelasi yang sangat lemah ($r=0,228$) serta koefisien korelasi positif yang menunjukkan hubungan antara kedua variabel yang searah dengan nilai yang sama tinggi yaitu semakin tinggi responden mengetahui atau menerima hambatan (*perceived barrier of action*) selama pengobatan dari penyakit yang diderita, maka perilaku *lost to follow up* akan semakin baik.

5.2.6 Hubungan *cues to action* dengan perilaku *lost to follow up*

Hubungan *cues to action* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 13 Distribusi hubungan *cues to action* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019

<i>Cues to Action</i>	Perilaku <i>lost to follow up</i>						Σ	
	Baik		Cukup		Kurang			
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%
Tinggi	26	26	9	9	3	3	38	38
Sedang	23	23	13	13	9	9	45	45
Rendah	8	8	7	7	2	2	17	17
Σ	57	57	29	29	14	14	100	100

(p): 0,011
(r): 0,254

Tabel 5.13 di atas menjelaskan tentang hubungan *cues to action* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Mayoritas responden dengan *cues to action* atau stimulus atau isyarat adalah tinggi yang diikuti dengan perilaku *lost to follow up* yang baik sebanyak 26 orang (26%). Namun data distribusi juga menunjukkan bahwa *cues to action* yang tinggi juga terdapat responden dengan perilaku *lost to follow up* yang kurang sebanyak 3 orang (3%).

Hasil uji statistik menggunakan *spearman's rho* menunjukkan terdapat hubungan yang cukup signifikan ($p=0,011$) antara *cues to action* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Hasil uji statistik juga menunjukkan tingkat korelasi yang sangat lemah ($r=0,254$) serta koefisien korelasi positif yang menunjukkan hubungan antara kedua variabel yang searah dengan nilai yang sama tinggi yaitu semakin tinggi stimulus atau isyarat (*cues to action*) yang diterima oleh responden selama menjalani pengobatan dari penyakit yang diderita, maka perilaku *lost to follow up* akan semakin baik.

5.2.7 Hubungan *self efficacy* dengan perilaku *lost to follow up*

Hubungan *self efficacy* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 14 Hubungan *self efficacy* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada Desember 2018 – Januari 2019

<i>Self Efficacy</i>	Perilaku <i>lost to follow up</i>						Σ	
	Baik		Cukup		Kurang			
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%
Tinggi	13	13	2	2	4	4	19	19
Sedang	27	27	16	16	9	9	52	52
Rendah	17	17	11	11	1	1	29	29
Σ	57	57	29	29	14	14	100	100

(p): 0,071
(r): 0,181

Tabel 5.14 di atas menjelaskan tentang hubungan *self efficacy* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Mayoritas responen dengan *self efficacy* atau keyakinan dalam kategori sedang yang diikuti dengan perilaku *lost to follow up* yang baik sebanyak 27 orang (27%). Namun data distribusi juga menunjukkan bahwa responden dengan *self efficacy* yang tinggi juga diikuti dengan perilaku *lost to follow-up* yang kurang sebanyak 4 orang (4%).

Hasil uji statistik menggunakan *spearman's rho* menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan ($p=0,071$) antara *self efficacy* dengan perilaku *lost to follow-up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Hasil uji statistik juga menunjukkan tingkat korelasi yang sangat lemah ($r=0,181$) serta koefisien korelasi positif yang menunjukkan hubungan antara kedua variabel yang searah dengan nilai yang sama tinggi yaitu semakin tinggi keyakinan (*self efficacy*) responden selama menjalani pengobatan dari penyakit yang diderita, maka perilaku *lost to follow up* akan semakin baik.

5.2.8 Pembahasan

Pengambilan data penelitian ini dilakukan di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan respondennya adalah pasien Poli PIPI yang pernah *lost to*

follow-up dan sekarang kembali lagi berobat di Poli PIPI. Peneliti ingin menggali/mengetahui alasan apa yang membuat responden melakukan perilaku *lost to follow-up*, dari hasil kuesioner dan wawancara singkat peneliti dengan responden didapatkan hasil:

1. Hubungan *perceived susceptibility* dengan perilaku *lost to follow up*

Hasil analisis dengan uji statistik korelasi *Spearman's Rho* adalah terdapat hubungan yang signifikan antara *perceived susceptibility* dengan perilaku *lost to follow-up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Koefisien korelasi menunjukkan adanya hubungan pada tingkat yang cukup kuat.

Data distribusi menunjukkan bahwa *perceived susceptibility* atau kerentanan yang dirasakan tentang resiko dari penyakit yang dialami oleh responden adalah dalam kategori tinggi yang diikuti dengan perilaku *lost to follow-up* yang baik. Perilaku *lost to follow-up* yang dimaksud adalah responden dengan *perceived susceptibility* yang tinggi dan diikuti dengan perilaku *lost to follow-up* yang baik hal ini berarti responden yang memiliki kerentanan yang tinggi maka akan cenderung melakukan perilaku *lost to follow-up*. Hal ini mengacu pada persepsi subyektif seseorang menyangkut risiko dari kondisi kesehatannya. Di dalam kasus penyakit secara medis, dimensi tersebut meliputi penerimaan terhadap hasil diagnosa, perkiraan pribadi terhadap adanya *resusceptibility* (timbul kepekaan kembali) dan *susceptibility* (kepekaan) terhadap penyakit secara umum (Daddario 2007 dalam Griffin 2011).

Data distribusi menunjukkan bahwa terdapat responden dengan *perceived susceptibility* yang rendah dan diikuti dengan perilaku *lost to follow-up* yang kurang. Hal tersebut berarti bahwa responden tersebut belum menerima tentang

penyakit yang dideritanya sehingga berpotensi untuk melakukan *lost to follow-up* terhadap pengobatan ARV. Data demografi menunjukkan bahwa responden tersebut adalah No. 49. Responden tersebut berjenis kelamin laki-laki dengan usia 43 tahun dan berstatus kawin. Responden tersebut dengan pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA) dengan penghasilan kurang dari 2.500.000,- dari pekerjaannya sebagai pegawai swasta. Jarak rumah responden ke rumah sakit adalah 6 km. Responden tersebut sudah menderita HIV/AIDS selama 5 tahun.

Jika dilihat dari usia responden tersebut termasuk dalam kategori dewasa awal sesuai dengan pengkategorian dari Hurlock (2001). Hal tersebut berbeda dengan pendapat dari (Hønge *et al.*, 2013) yang mengatakan bahwa Umur yang semakin muda akan meningkatkan risiko ODHA untuk gagal *follow-up*. Kemungkinan ODHA gagal *follow-up* pada umur yang lebih muda dikarenakan penolakan psikologis bahwa mereka telah terinfeksi HIV mereka mencoba mencari alternatif pengobatan lain. Penelitian menunjukkan bahwa ODHA dengan umur < 30 tahun lebih berisiko untuk gagal *follow-up*. Namun pada penelitian ini, responden tersebut tersebut berusia 43 tahun namun dengan perilaku *lost to follow-up* yang kurang.

Odafe *et al.*, (2012) menyebutkan bahwa Kemungkinan laki-laki lebih berisiko untuk gagal *follow-up* dikarenakan perempuan cenderung lebih memperhatikan masalah kesehatan dibandingkan laki-laki. Selain itu telah ada layanan kesehatan khusus bagi perempuan terutama masalah kesehatan reproduksi dan anak, sementara belum ada layanan kesehatan yang dikhususkan untuk laki-laki. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa responden adalah berjenis kelamin laki-laki. Peneliti berpendapat bahwa mayoritas responden sudah

melakukan *acceptance* dengan penyakit yang diderita oleh responden, sehingga perilaku responden mengarah untuk tidak melakukan *lost to follow-up* dengan pengobatan ARV. Saat responden sudah menerima penyakit yang sedang dideritanya, maka responden akan lebih bersikap terbuka dan mau melakukan apapun untuk mencari pengobatan dari penyakit yang diderita termasuk dengan mengonsumsi obat ARV dan kontrol secara rutin. Penulis juga menyarankan kepada perawat yang bekerja di pelayanan yang berhubungan dengan pemberian ARV kepada pasien untuk selalu melakukan monitoring dan dapat memberikan sugesti positif sehingga *perceived susceptibility* responden dapat tinggi dan perilaku terhadap *lost to follow-up* dapat kurang.

2. Hubungan *perceived severity* dengan perilaku *lost to follow up*

Hasil analisis dengan uji statistik korelasi *Spearman's R'ho* adalah terdapat hubungan yang cukup signifikan antara *perceived severity* dengan perilaku *lost to follow up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Koefisien korelasi menunjukkan adanya hubungan pada tingkat yang sangat lemah.

Data distribusi menunjukkan bahwa *perceived severity* atau keseriusan responden dalam melakukan pengobatan HIV/AIDS dengan ARV adalah dalam kategori sedang dan namun diikuti dengan perilaku *lost to follow-up* yang masuk dalam kategori cukup. *Perceived severity* atau keseriusan yang dirasa. Perasaan mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (sebagai contoh, kematian, cacat dan sakit) dan konsekuensi sosial yang mungkin terjadi (seperti efek pada pekerjaan, kehidupan keluarga dan hubungan sosial). Banyak ahli yang menggabungkan kedua komponen diatas sebagai ancaman yang dirasakan (*perceived threat*) (Griffin

2011). Dari hal tersebut dapat diketahui bahwa keseriusan responden dalam menjalani pengobatan adalah cukup serius.

Data distribusi juga menunjukkan bahwa sebagian responden dengan keseriusan yang cukup juga mengarah atau beresiko terhadap perilaku *lost to follow-up* yang kurang. Data distribusi juga menunjukkan bahwa terdapat responden dengan *perceived severity* atau keseriusan yang rendah dengan perilaku *lost to follow up* yang kurang. Responden tersebut adalah No. 48 dan 49. Responden No. 48 adalah seorang laki – laki dengan usia 26 tahun dengan status perkawinan belum menikah dan berpendidikan tinggi. Responden bekerja sebagai pegawai swasta dengan gaji 2,5 juta – 5 juta. Jarak antara rumah dengan rumah sakit sejauh 15 km dan responden telah menderita HIV/AIDS selama 2 tahun.

Pekerjaan dan Pendapatan menurut hasil penelitian, gagal *follow-up* lebih banyak pada ODHA dengan pendidikan yang lebih rendah. Pekerjaan berhubungan dengan pendapatan yang diperoleh. Pendapatan yang rendah merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi gagal *follow-up* pada ODHA (Krishnan *et al.*, 2016). Penelitian di India menunjukkan bahwa ODHA yang memiliki pendapatan yang rendah akan lebih berisiko untuk gagal *follow-up*. Salah satu pekerjaan yang rentan terhadap gagal *follow-up* adalah pekerja seks perempuan. Mereka biasanya hidup berpindah-pindah dari satu daerah ke daerah lain dan jauh dari keluarga yang mendukung sehingga risiko untuk gagal *follow-up* akan lebih tinggi (Maru *et al.*, 2007).

Namun, jika dilihat dari karakteristik demografi responden, responden tersebut berpendidikan tinggi dan memiliki penghasilan yang cukup baik. Tentu

hal tersebut menjadi sebuah kesenjangan antara fakta dan teori yang dikemukakan oleh para ahli. Peneliti berpendapat bahwa hal tersebut dapat terjadi karena adanya fakto – faktor yang lain yang lebih dominan yang menyebabkan responden tidak serius dalam menjalani pengobatan. Jika dilihat dari faktor demografi faktor – faktor tersebut adalah usia responden, lamanya menderita penyakit, serta jarak yang harus ditempuh oleh responden dari rumah untuk mengambil obat ARV.

Umur yang semakin muda akan meningkatkan risiko ODHA untuk gagal *follow-up*. Kemungkinan ODHA gagal *follow-up* pada umur yang lebih muda dikarenakan penolakan psikologis bahwa mereka telah terinfeksi HIV mereka mencoba mencari alternatif pengobatan lain. Penelitian menunjukkan bahwa ODHA dengan umur < 30 tahun lebih berisiko untuk gagal *follow-up* (Hønge *et al.*, 2013).

Peneliti berpendapat bahwa responden dengan usia 26 tahun masuk tergolong sangat muda, sehingga keseriusan responden dalam mengobati penyakitnya kurang serius. Responden baru menderita penyakit HIV/AIDS selama 2 tahun, sehingga bisa jadi gejala-gejala yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut belum terlaui terlihat sehingga responden malas untuk melakukan pengobatan dengan serius. Serta jika dilihat dari jarak rumah responden ke rumah sakit dapat dikatakan cukup jauh, sehingga hal tersebut dapat menambah responden untuk tidak serius dalam menjalani pengobatan.

3. Hubungan *perceived benefit of action* dengan perilaku *lost to follow-up*

Hasil analisis dengan uji statistik korelasi *Spearman's R'ho* adalah tidak terdapat hubungan yang cukup signifikan antara *perceived benefit of action* dengan perilaku *lost to follow-up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Koefisien korelasi menunjukkan adanya hubungan pada tingkat yang sangat lemah.

Data distribusi menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki *perceived benefit of action* yang cukup dan diikuti dengan perilaku *lost to follow-up* yang baik. Namun tidak sedikit pula *lost to follow-up* yang kurang, sehingga responden beresiko besar untuk *lost to follow-up* terhadap pengobatan ARV. *Perceived benefits* atau manfaat yang dirasakan. Penerimaan *susceptibility* seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (*perceived threat*) adalah mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung kearah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika seorang memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (*susceptibility*) dan keseriusan (*seriousness*) sering tidak diharapkan untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa manjur dan cocok.

Jika dihubungkan dengan teori *Health belief model* yang merupakan suatu konsep yang mengungkapkan alasan dari individu untuk mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat (Janz and Becker, 1984). *Health belief model* dapat juga diartikan sebagai sebuah konstruksi teoretis mengenai kepercayaan individu dalam berperilaku sehat (Conner, 2005). *Health belief model* adalah suatu model yang digunakan untuk menggambarkan kepercayaan individu terhadap perilaku hidup sehat, sehingga individu akan melakukan perilaku sehat, perilaku sehat

tersebut dapat berupa perilaku pencegahan maupun penggunaan fasilitas kesehatan. *Health belief model* ini sering digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan preventif dan juga respon perilaku untuk pengobatan pasien dengan penyakit akut dan kronis. Namun akhir-akhir ini teori *Health belief model* digunakan sebagai prediksi berbagai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Konsep utama dari *health belief model* adalah perilaku sehat ditentukan oleh kepercayaan individu atau persepsi tentang penyakit dan sarana yang tersedia untuk menghindari terjadinya suatu penyakit.

Peneliti berpendapat bahwa dari pernyataan di atas dapat diidentifikasi bahwa responden merasa kuangnya manfaat yang cukup terasa dari pengobatan yang telah responden lakukan selama ini. Sehingga responden menganggap bahwa tingkat kepercayaan terhadap usaha yang telah dilakukan dengan melakukan pengobatan tidak begitu terlihat manfaatnya. Sehingga responden memutuskan untuk *lost to follow-up* dengan pengobatan ARV.

Data distribusi menunjukkan bahwa terdapat juga responden dengan *perceived benefit of action* yang rendah dan diikuti dengan perilaku *lost to follow-up* yang kurang. Responden tersebut adalah responden No 1 dan 49. Responden No 1 adalah responden laki – laki dengan usia 29 tahun dan status perkawinan belum menikah. Responden tersebut bekerja sebagai pegawai swasta dengan penghasilan cukup tinggi yaitu 2,5 – 5 juta. Responden berpendidikan tinggi. Jarak antara rumah ke rumah sakit sejauh 5 km dan responden telah menderita HIV/AIDS selama 4 tahun.

(Mosoko *et al.*, 2011) menyatakan bahwa jarak antara tempat tinggal dengan layanan mempengaruhi gagal *follow-up*. ODHA yang tinggal >150 km

dari layanan memiliki risiko untuk gagal *follow-up* yang lebih besar. Hal ini dikarenakan kesulitan yang dirasakan ODHA untuk menjangkau layanan yang di rasa jauh, sehingga mereka enggan untuk meneruskan terapi. Namun pada data penelitian ini menunjukkan bahwa jarak antara tempat tinggal responden tidaklah terlalu jauh yaitu hanya sekitar 5 km.

Peneliti berpendapat bahwa hal ini dapat terjadi karena kepercayaan dari responden tentang manfaat dari obat ARV tidak begitu terasa, hingga menganggap bahwa obat tersebut tidak memiliki manfaat bagi dirinya. Disisi lain, peneliti pernah berkomunikasi dengan salah satu responden yang mengatakan bahwa pada saat responden mengonsumsi obat ARV, responden malah merasakan pusing, mual dan diare. Sehingga responden menganggap bahwa obat ARV tersebut tidak memberikan manfaat dan malah membuat tubuhnya sakit. Peneliti berharap kepada teman sejawat dapat memberikan penjelasan yang detail dan jelas terkait obat ARV. Kejadian diatas dapat terjadi bisa disebabkan karena kurangnya pengetahuan responden tentang pengobatan ARV.

4. Hubungan *perceived barrier of action* dengan perilaku *lost to follow-up*

Hasil analisis dengan uji statistik korelasi *Spearman's R'ho* adalah terdapat hubungan yang cukup signifikan antara *perceived barrier of action* dengan perilaku *lost to follow-up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Koefisien korelasi menunjukkan adanya hubungan pada tingkat yang sangat lemah.

Data distribusi menunjukkan bahwa mayoritas *perceived barrier of action* atau hambatan yang dialami oleh responden selama menjalani pengobatan ARV adalah dalam kategori sedang dan diikuti dengan perilaku *lost to follow-up* yang baik. Hal ini berarti walaupun responden memiliki hambatan atau rintangan

selama pengobatan ARV, responden terap tidak *lost to follow-up* dan tetap menjalani pengobatan ARV dengan baik.

Perceived barriers atau hambatan yang dirasakan untuk berubah, atau apabila individu menghadapi rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Sebagai tambahan untuk empat keyakinan (*belief*) atau persepsi. Aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu upaya kesehatan (seperti: ketidakpastian, efek samping) atau penghalang yang dirasakan (seperti: khawatir tidak cocok, tidak senang, gugup) yang mungkin berperan sebagai halangan untuk merekomendasikan suatu perilaku.

Peneliti berpendapat bahwa setiap responden pasti memiliki hambatan atau suatu penghalang atau sesuatu hal yang dapat berpotensi dalam menggagu atau menghambat dalam proses pengobatan ARV. Namun responden tidak memperdulikan hal tersebut dan tetap menjalani pengobatan dengan ARV walaupun responden tersebut pernah mengalami putus obat dan tidak kontrol. Responden menganggap bahwa pengobatan lebih penting untuk kesehatan daripada hambatan yang dirasakan oleh responden. Dapat juga dimungkinkan bahwa responden memiliki tingkat keseriusan yang tinggi terhadap program pengobatan yang dijalani, sehingga responden tidak terlalu memperdulikan hambatan yang ada. Namun, walaupun sebagian besar responden tidak memperdulikan hambatan yang ada, masih terdapat responden yang menganggap hambatan tersebut terselalu besar dan dapat menyebabkan perilaku *lost to follow-up* menjadi kurang. Hambatan tersebut dapat saja disebabkan oleh gangguan psikologis seperti akibat stigma yang ditimbulkan oleh masyarakat atau lingkungan.

Data distribusi menunjukkan bahwa terdapat responden dengan tingkat hambatan yang tinggi sehingga perilaku *lost to follow-up* responden menjadi kurang. Responden tersebut adalah No. 27. Responden tersebut adalah laki – laki dengan usia 46 tahun dan berstatus menikah. Responden tersebut berpendidikan tinggi dengan bekerja sebagai swasta dan berpenghasilan kurang lebih 2,5 juta perbulan. Jarak antara rumah responden dengan rumah sakit adalah 15 km. Responden tersebut telah menderita HIV/AIDS sejak 2 tahun yang lalu.

Peneliti berpendapat berdasarkan data di atas bahwa responden tersebut bekemungkinan *lost to follow-up* dari pengobatan ARV dapat disebabkan dari gangguan psikologis. Responden tersebut berpenghasilan rendah walaupun dengan pendidikan tinggi, sehingga banyak tekanan dan hambatan yang menutut pasien besar dan mengganggu aktivitas responden sehingga memutuskan *lost to follow up* dari pengobatan ARV. Selain itu, jarak rumah dengan rumah sakit yang cukup jauh, sehingga memerlukan biaya lebih, sementara penghasialan responden dapat tergolong rendah.

Setiap responden memiliki ketahanan psikologis yang berbeda – beda sebagai salah satunya adalah stigma dari masyarakat yang juga bisa menjadi hambatan bagi pasien selama menjalani pengobatan ARV. Stigma berawal dari adanya pemahaman yang salah mengenai cara penularan HIV/AIDS dan anggapan bahwa HIV/AIDS merupakan penyakit yang menjijikan yang menjangkiti orang yang menyimpang perilaku seksualnya. Kondisi yang justru menghambat pengobatan misalnya takut diketahui pasangannya sebagai penderita HIV/AIDS sehingga harus berhenti terapi (Rosiana, 2014). Keluarga dan dengan HIV/AIDS rentan terhadap stigma dan diskriminasi yang dapat dilihat dari berkurangnya

akses ke layanan kesehatan, kehilangan martabat dan meningkatnya kemiskinan. Ketakutan menimbulkan resistensi terhadap tes HIV, rasa malu untuk memulai pengobatan dan dalam beberapa hal, keengganan untuk menerima pendidikan tentang HIV/AIDS (UNICEF, 2012).

5. Hubungan *cues to action* dengan perilaku *lost to follow-up*

Hasil analisis dengan uji statistik korelasi *Spearman's R'ho* adalah terdapat hubungan yang cukup signifikan antara *cues to action* dengan perilaku *lost to follow-up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Koefisien korelasi menunjukkan adanya hubungan pada tingkat yang sangat lemah.

Data distribusi menunjukkan bahwa mayoritas *cues to action* atau stimulus dari pasien adalah tinggi, sehingga diikuti dengan perilaku *lost to follow-up* yang baik. Semakin tinggi stimulus, maka akan semakin rendah tingkat *lost to follow-up* responden terhadap pengobatan ARV. *Cues to action* suatu perilaku dipengaruhi oleh suatu hal yang menjadi isyarat bagi seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku (Conner, 2005). Isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal maupun internal, misalnya pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan atau anggota keluarga lain, aspek sosio demografis misalnya tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, pengasuhan dan pengawasan orang tua, pergaulan dengan teman, agama, suku, keadaan ekonomi, sosial, dan budaya.

Peneliti berpendapat bahwa stimulus positif atau stimulus yang baik sangat diperlukan oleh penderita HIV/AIDS yang menjalani terapi pengobatan dengan ARV. Sebab responden akan patuh dengan pengobatan apabila responden mendapat stimulus yang tepat. Stimulus dapat berasal dari keluarga atau orang

yang yang sangat dicintai oleh responden. Sehingga keluarga memiliki motivasi dan dorongan yang kuat untuk tetap melanjutkan pengobatan ARV.

Stimulus yang rendah dapat menyebabkan responden beresiko *lost to follow-up*. Namun pada data distribusi menunjukkan bahwa walaupun stimulus yang dimiliki oleh responden adalah tinggi, masih terdapat responden yang *lost to follow-up*. Responden tersebut adalah No. 27, 44, dan 48. Responden no 44 adalah responden tersebut adalah laki – laki dengan usia 31 tahun dan belum menikah. Responden tersebut berpendidikan SMA, dan bekerja sebagai pedagang. Jarak antara rumah dengan rumah sakit adalah 9 km dan responden telah menderita selama 4 tahun. Dari data responden tersebut dapat diketahui bahwa pendidikan responden adalah SMA. Salah satu faktor penyebab *lost to follow-up* responden adalah karena kurangnya pengetahuan tentang pengobatan ARV. ODHA dengan tingkat pengetahuan yang tinggi biasanya akan lebih rutin untuk datang karena mereka sudah tahu keparahan penyakit mereka dan terapi ARV telah memberi perbaikan bagi kualitas hidup mereka baik secara fisik, psikologis maupun sosial (Schöni-Affolter *et al.*, 2011).

Peneliti berpendapat bahwa selain dari faktor pendidikan, responden yang bekerja sebagai pedagang bisa saja tidak memiliki waktu untuk berobat dan kontrol ke rumah sakit karena kesibukannya berdagang. Hal tersebut dapat menyebabkan responden *lost to follow-up*. Namun hasil penelitian dan pendapat dari peneliti ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sisyahid *et al.*, 2016) yang menyebutkan bahwa faktor pekerjaan tidak memiliki hubungan dengan ketidakpatuhan responden dalam mengonsumsi obat ARV.

6. Hubungan *self efficacy* dengan perilaku *lost to follow up*

Hasil analisis dengan uji statistik korelasi *Spearman's R'ho* adalah tidak terdapat hubungan yang cukup signifikan antara *self-efficacy* dengan perilaku *lost to follow-up* di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Koefisien korelasi menunjukkan adanya hubungan pada tingkat yang sangat lemah.

Data distribusi menunjukkan bahwa mayoritas *self-efficacy* yang dimiliki responden adalah dalam kategori sedang dan diikuti dengan perilaku *lost to follow-up* yang baik. Data distribusi juga menunjukkan bahwa sebagian besar *self-efficacy* responden adalah rendah dan diikuti dengan perilaku *lost to follow-up* yang baik. *self-efficacy* yaitu keyakinan seseorang bahwa dia mempunyai kemampuan untuk melakukan atau menampilkan suatu perilaku tertentu seperti *health motivation* dimana konstruk ini terkait dengan motivasi individu untuk selalu hidup sehat. Terdiri atas kontrol terhadap kondisi kesehatannya serta health value (Conner, 2005).

Bandura (1997) mendefinisikan *self-efficacy* sebagai suatu keyakinan seseorang tentang kemampuannya dalam melakukan aktivitas tertentu yang akan berpengaruh terhadap kehidupannya *self-efficacy* akan menentukan bagaimana seseorang merasa, berfikir, dan memotivasi dirinya *self-efficacy* mempengaruhi pengelolaan hambatan dalam bertindak, sehingga semakin tinggi *efficacy* akan menurunkan persepsi adanya hambatan untuk melakukan tindakan.

Hasil uji analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara *self-efficacy* dengan perilaku *lost to follow-up*. Dilihat dari konsep teori *Health Belief Model* (HBM), hal tersebut tidak terdapat hubungan dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya faktor demografis (Armitage and Conner, 2000), karakteristik psikologis (Conner, 2005), dan juga dipengaruhi oleh structural

variable, contohnya adalah ilmu pengetahuan (Sarafino *et al.*, 2015). Faktor demografis yang mempengaruhi *health belief model* individu adalah kelas sosial ekonomi. Individu yang berasal dari kelas sosial ekonomi menengah kebawah memiliki pengetahuan yang kurang tentang faktor yang menjadi penyebab suatu penyakit (Hossack & Leff, 1987 dalam Sarafino, 1994). Faktor demografis (Rosenstock, 1974 dalam Conner & Norman, 2003), karakteristik psikologis (Conner, 2005), dan structural variable (Sarafino *et al.*, 2015).

Peneliti berpendapat bahwa *self-efficacy* responden yang rendah malah diikuti dengan perilaku *lost to follow-up* yang baik, tentu hal ini bertolak belakang dengan teori – teori di atas yang menyebutkan bahwa *self-efficacy* merupakan dasar keyakinan responden untuk menjalani perilaku *lost to follow-up*. Peneliti berpendapat bahwa hal ini dapat terjadi karena kurangnya keyakinan responden pada pengobatan ARV. Sama hal hanya dengan hasil penelitian tentang *perceived benefit* yang juga responden menganggap bahwa manfaat dari obat ARV kurang memberikan manfaat besar. Namun dalam hal ini perilaku *lost to follow-up* yang baik dapat disebabkan karena dukungan dari keluarga yang besar sehingga responden tidak melakukan *lost to follow up* dan menjalani pengobatan dengan obat ARV.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Kesimpulan dalam penelitian ini adalah:

1. *Perceived susceptibility* (persepsi kerentanan) memiliki hubungan dengan perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV. Responden dengan *perceived susceptibility* yang tinggi dan diikuti dengan perilaku *lost to follow up* yang baik hal ini berarti responden yang memiliki kerentanan yang tinggi maka akan cenderung melakukan perilaku *lost to follow up*. Hal ini mengacu pada persepsi subyektif seseorang tentang risiko dari kondisi kesehatannya.
2. *Perceived severity* (persepsi keseriusan) memiliki hubungan dengan perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV. Hal tersebut menunjukkan bahwa keseriusan responden dalam menjalani pengobatan adalah cukup serius.
3. *Perceived barrier to action* (persepsi hambatan) memiliki hubungan dengan perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV. Hal ini berarti walaupun responden memiliki hambatan atau rintangan selama pengobatan ARV, responden tetap tidak *lost to follow-up* dan tetap menjalani pengobatan ARV dengan baik.
4. *Cues to action* memiliki hubungan dengan perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV. Semakin tinggi stimulus, maka

akan semakin rendah tingkat *lost to follow-up* responden terhadap pengobatan ARV.

5. *Perceived benefit action* (persepsi manfaat) tidak berhubungan dengan perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV. Karena responden tidak merasakan manfaat dari pengobatan ARV maka responden memutuskan untuk melakukan perilaku *lost to follow-up*.
6. *Self-efficacy* tidak berhubungan dengan perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV. Hal tersebut dapat disebabkan karena kurangnya keyakinan responden pada pengobatan ARV.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah disimpulkan diatas, sebagai upaya untuk menurunkan perilaku *lost to follow-up* pada pasien HIV dengan terapi ARV dikemukakan beberapa saran sebagai berikut:

1. Dalam kegiatan belajar mengajar di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, khususnya dosen mata kuliah keperawatan HIV AIDS diharapkan dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai referensi dan tambahan informasi tentang faktor – faktor yang berpengaruh terhadap perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV yang ditinjau dari pendekatan teori *Health Believe Model* (HBM). Dosen juga diharapkan dapat memberikan serta mengembang informasi tentang perilaku *lost to follow up* kepada para perawat di rumah sakit atau kepada mahasiswa yang hendak praktik di rumah sakit, khususnya di bagian Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

2. Kepala Poli PIPI (Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi) dapat mensosialisasikan hasil penelitian ini kepada semua perawat dan karyawan yang bertugas di Poli PIPI sebagai informasi terkait faktor – faktor yang dapat menyebabkan perilaku *lost to follow up* pada pasien HIV yang mengonsumsi ARV di Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya, serta dengan adanya informasi tersebut, perawat dapat menentukan strategi yang tepat untuk mencegah kejadian *lost to follow up* kepada pasien HIV/AIDS yang mengonsumsi ARV. Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya program pengobatan ARV serta bekerja sama dengan *case manager* HIV/AIDS dalam melakukan monitoring kejadian *lost to follow up*.
3. Keterbatasan yang ada dalam penelitian ini, diharapkan peneliti selanjutnya dapat melakukan wawancara secara mendalam untuk dapat mengetahui penyebab secara detail penyebab pasien HIV/AIDS memilih untuk melakukan *lost to follow up* dengan pendekatan kualitatif. Peneliti selanjutnya juga diharapkan dapat menemukan kebaruan atau aplikasi berbasis *Android Operating System* ataupun *Iphone Operating System* yang dapat digunakan sebagai pengingat dan monitoring jadwal pasien untuk melakukan kontrol ke rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2010) *Prosedur Penelitian Suatu pendekatan Praktik*. Yogyakarta: Rineka Cipta.
- Armitage, C. J. and Conner, M. (2000) „Social {Cognition} {Models} and {Health} {Behaviour}: {A} {Structured} {Review}“, *Psychology & Health*, 15(2), p. 173. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=3963466&site=ehost-live>.
- Bygrave, H. *et al.* (2010) „*Trends in Loss to Follow-Up among Migrant Workers on Antiretroviral Therapy in a Community Cohort in Lesotho*“.
- Chammartin, F. *et al.* (2018) „*Outcomes of Patients Perilaku lost to follow-up in African Antiretroviral Therapy Programs: Individual Patient Data Meta-analysis*“, *Clinical Infectious Diseases*, (Xx Xxxx). doi: 10.1093/cid/ciy347.
- Conner, M. (2005) *Predicting Health Behavior*. Second. Edited by M. P. Corner. New York, USA.
- Dian, P., Kusuma, P. and Budi, G. (2018) „Penelitian asli Prediktor Mortalitas antara Pasien mangkir Antiretroviral Therapy dari penelitian untuk National Unity dan Politik Dewan Kabupaten Buleleng dan proses Ethical Clearance Komisi Fakultas Etika Kedokteran Universitas Udayana / RSUP Sanglah De“, 13(1), pp. 114–121.
- Dinkes Jatim, 2013 (2013) „PROGRAM P2 HIV / AIDS“.
- Hønge, B. L. *et al.* (2013) „*Loss to follow-up occurs at all stages in the diagnostic and follow-up period among HIV-infected patients in Guinea-Bissau: A 7-year retrospective cohort study*“, *BMJ Open*, 3(10), pp. 1–10. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003499.
- Hurlock, E. (2001) *Psikologi Perkembangan*. kelima. Jakarta: Erlangga.
- Janz, N. K. and Becker, M. H. (1984) „The Health Belief Model: A Decade Later“, 1, pp. 1–47. doi: 10.1177/109019818401100101.
- Kemenkes, 2015 (2015) *Pedoman nasional perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA*. Jakarta: Ditjen PPM dan PL Depkes.
- Kemenkes, 2016 (2016) „Infodatin AIDS.pdf“, p. 2. Available at: http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/Infodatin_AIDS.pdf.
- Kemenkes RI, 2016 (2016) „Petunjuk teknis program pengendalian HIV/AIDS

dan PIMS di fasilitas kesehatan tingkat pertama”, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Khani Jeihooni, A. *et al.* (2017) „*The effect of an educational program based on health belief model and social cognitive theory in prevention of osteoporosis in women*”, *Journal of Health Psychology*, (August), pp. 181–189. doi: 10.1177/1359105315603696.
- Krishnan, S. *et al.* (2016) „*Incidence Rate of and Factors Associated with Loss to Follow-up in a Longitudinal Cohort of Antiretroviral-Treated HIV-Infected Persons: An AIDS Clinical Trials Group (ACTG) Longitudinal Linked Randomized Trials (ALLRT) Analysis*”, *HIV Clinical Trials*, 12(4), pp. 190–200. doi: 10.1310/hct1204-190.
- Maru, D. S. *et al.* (2007) „*Poor Follow - up Rates at a Self - pay Northern Indian Tertiary AIDS Clinic*”, *International Journal for Equity in Health*, 6, pp. 1–14.
- Mberi, M. N. *et al.* (2015) „*Determinants of loss to follow-up in patients on antiretroviral treatment, South Africa, 2004–2012: a cohort study*”, *Library Journal. BMC Health Services Research*, 126(9), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12913-015-0912-2.
- Mccormick, N. M. *et al.* (2016) „*Risk Factors of Loss to Follow up Among HIV Positive Paediatric Patients in Dar es Salaam, Tanzania.*”, *Journal of Aquired Immune Defficiency Syndrome*, 70(3), pp. e73–e83. doi: 10.1097/QAI.0000000000000782.Risk.
- Misutarno (2017) *Manajemen Pelayanan Pasien Hiv Aids Tenaga Kerja Indonesia (TKI) Dengan Pendekatan Peer Group Support Terhadap Respon Psikologis, Sosial Dan Imunitas.* Airlangga University.
- Mosoko, J. J. *et al.* (2011) „*Retention in an antiretroviral therapy programme during an era of decreasing drug cost in Limbe, Cameroon*”, *Journal of the International AIDS Society*, 14(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/1758-2652-14-32.
- Nursalam (2013) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan.* Edisi Ketu. Jakarta: Salemba Medika.
- Odafe, S. *et al.* (2012) „*Patients’ demographic and clinical characteristics and level of care associated with perilaku lost to follow-up and mortality in adult patients on first-line ART in Nigerian hospitals*”, *Journal of the International AIDS Society*, 15(2), pp. 1–9. doi: 10.7448/IAS.15.2.17424.
- Rosiana, A. N. (2014) „*Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku lost to follow-up Pada Pasien Hiv / Aids Dengan Terapi Arv Di Rsup Dr Kariadi Semarang*”.
- Sarafino, E. P. *et al.* (2015) *Health Psychology.* Canadian E. Wiley.

- Sastroasmoro, S. (2011) *Dasar- Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Schöni-Affolter, F. *et al.* (2011) „*Estimating loss to follow-up in HIV-infected patients on antiretroviral therapy: The effect of the competing risk of death in Zambia and Switzerland*“, *PLoS ONE*, 6(12), pp. 2–8. doi: 10.1371/journal.pone.0027919.
- Sisyahid, A. K. *et al.* (2016) *Ketidakpatuhan Terapi Antireteroviral (Arv) Pernalang*.
- Tebogo Johanna Mathebula, A. (2014) „*Reasons For Default Follow-Up Of Antiretroviral Treatment At Thekganang Arv Clinic* by Tebogo Johanna Mathebula A dissertation submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree MSW in Employee Assistance Programme In the Department of Soci“, (April).
- UNAIDS, 2017 (2017) „*Data 2017*“.
- UNICEF (2012) „*Sumarry Of research Respon to HIV/AIDS Patient*“, *Unicef*, pp. 1–6.
- WHO, 2017 (2018) „*Hiv/aids*“, pp. 1–5.
- Yu, J. K.-L. *et al.* (2007) „*True outcomes for patients on antiretroviral therapy who are “perilaku lost to follow-up” in Malawi*“, *Rivista Di Psicoanalisi*, 57(3), pp. 609–632. doi: 10.2471/BLT.
- Zhou, J. *et al.* (2012) „*Loss to followup in HIV-infected patients from Asia-pacific region: Results from TAHOD*“, *AIDS Research and Treatment*, 2012. doi: 10.1155/2012/375217.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Penjelasan Penelitian Bagi Responden Penelitian

PENJELASAN PENELITIAN BAGI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lilik Manowati
Alamat: : Jl. Pacarkeling 1/93 Surabaya.
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Nomor Kontak : 082334972356
e-mail : lilikcendana80@gmail.com

Judul Penelitian: Faktor Yang Mempengaruhi *Perilaku lost to follow-up* Pada Pasien HIV/AIDS Dengan Terapi ARV Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Tujuan

Tujuan Umum

Menganalisis factor dominan yang mempengaruhi *lost follow-up* pada pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya.

Tujuan Khusus

1. Menganalisis faktor persepsi kerentanan pasien (*perceived susceptibility*) *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Menganalisis faktor bahaya/kesakitan (*perceived severity*) *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya.
3. Menganalisis faktor manfaat (*perceived benefit of action*) *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya.
4. Menganalisis faktor hambatan (*perceived barrier to action*) *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya.
5. Menganalisis faktor isyarat untuk melakukan tindakan (*cues to action*) *lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya.
6. Menganalisis faktor *Self Efficacy lost to follow up* pada pasien HIV dengan terapi ARV di RSUD Dr Soetomo Surabaya.

Perlakuan yang diterapkan pada subjek

Penelitian ini merupakan penelitian *Cross Sectional*, dalam penelitian ini responden akan dilakukan:

1. Pada tahap awal, responden diberikan penjelasan tentang proses penelitian dan pengambilan data
2. Responden diberikan inform concern
3. Responden diminta untuk mengisi kuesioner tentang data demografi, dan menjawab kuesioner tentang Faktor Yang Mempengaruhi *Perilaku lost to follow-up* Pada Pasien HIV/AIDS Dengan Terapi ARV Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Manfaat Penelitian Bagi Subjek Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi menjadi sumber informasi bagi responden dan tidak *perilaku lost to follow-up*.

Hak untuk Undur Diri

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

Jaminan Kerahasiaan Data

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

Adanya Insentif untuk Subyek Penelitian

Seluruh subjek penelitian akan memperoleh *souvenir*.

Informasi Tambahan

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

Pernyataan Kesediaan

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

Surabaya,
Hormat saya,

2018

Lilik Manowati

Lampiran 2 Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden (*Informed Consent*)

**SURAT PERNYATAAN
BERSEDIA MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
(INFORMED CONCENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan **BERSEDIA / TIDAK BERSEDIA** *) menjadi peserta / responden penelitian yang akan dilakukan oleh Lilik Manowati, mahasiswa Program Studi S1 Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yang berjudul:
“Faktor Yang Mempengaruhi *Perilaku lost to follow-up* Pada Pasien HIV/AIDS Dengan Terapi ARV Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya”

Nama :
Umur : tahun
Alamat :
.....
.....
.....
.....No. Tlp / Hp:

Kode **) :

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

*) coret yang tidak perlu

**) diisi oleh peneliti

	Surabaya,	2018
Peneliti	Responden	
(Lilik Manowati)	(.....)	

Saksi

(.....)

Lampiran 3: Kuesioner *Perilaku lost to follow-up*

INSTRUMEN PENELITIAN
FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU LOST TO FOLLOW-UP
PADA PASIEN HIV/AIDS DENGAN TERAPI ARV DI
RSUD DR SOETOMO SURABAYA
MENURUT TEORI HEALTH BELIEF MODEL

A. Data Demografi

Kode Responden : *) Kode diisi peneliti
 Tanggal Pengisian :
 Petunjuk pengisian :

Jawablah Pertanyaan di bawah ini dengan mengisi tempat kosong yang tersedia. Pilihlah jawaban yang sesuai dengan keadaan anda dan berilah tanda (√). Jika pilihan terdapat pada (*) tulisklah jawabannya.

Data Responden

1. Umur anda saat ini :...
2. Status: kawin, tak kawin
3. Jenis kelamin: laki-laki Perempuan
4. Pendidikan terakhir:
 - Pendidikan Dasar (SD-SMP)
 - Pendidikan Menengah (SMA/ sederajat)
 - Pendidikan Tinggi (S1/S2/S3/ Lainnya)
5. Pendapatan dalam sebulan :
 - < Rp. 1.000.000,00
 - Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00
 - Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00
 - Rp. 5.000.000,00
6. Pekerjaan :

<input type="checkbox"/> Pensiunan PNS/TNI/POLRI	<input type="checkbox"/> Buruh
<input type="checkbox"/> PNS/TNI/POLRI	<input type="checkbox"/> Petani
<input type="checkbox"/> Pegawai Swasta	<input type="checkbox"/> Ibu rumah tangga
<input type="checkbox"/> Pedagang	<input type="checkbox"/> Lainnya
7. Jarak dari rumah ke RSUD Dr. Soetomo Surabaya: Km.
8. Durasi/lama terinfeksi HIV bulan/tahun.

B. Instrumen untuk *Health Belief Model*

Berilah tanda cek (√) pada kolom jawaban ini sesuai dengan kondisi sebenarnya, dimana :

STS : Jika anda **Sangat Tidak Setuju** dengan pernyataan tersebut

TS : Jika anda **Tidak Setuju** dengan pernyataan tersebut

S : Jika anda **Setuju** dengan pernyataan tersebut

SS : Jika anda **Sangat Setuju** dengan pernyataan tersebut

1). Persepsi Kerentanan (*perceived susceptibility*) lost to fast to follow-up ARV

NO	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	ODHA akan mudah terinfeksi penyakit lainnya karena penurunan daya tahan tubuh.				
2.	Saya merasa penyakit yang saya derita sekarang adalah akibat dari perilaku saya sendiri yang tidak baik.				
3.	Saya tidak yakin saya bisa diterima oleh masyarakat walaupun saya rajin berobat				
4.	Penyakit yang saya derita sekarang adalah aib				
5.	Saya tahu saya tidak akan bisa sembuh walaupun saya rajin berobat ke RS.				
6.	Menurut saya ARV bisa memperbaiki daya tahan tubuh saya				
7.	Saya percaya masih banyak peluang kerja untuk saya				
8.	Saya masih bisa bekerja dan berkarya walaupun saya terinfeksi HIV				
9.	Karena saya sekarang mudah sakit maka saya harus rajin follow-up/kontrol ke RS				

2). Persepsi keseriusan (*Perceveid Severity*) perilaku lost to follow-up ARV

NO	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Penyakit HIV/AIDS tetap bisa menyebabkan seseorang mengalami kematian lebih cepat walaupun pasien rajin kontrol/berobat (<i>follow-up</i>)				
2.	Menurut saya terinfeksi HIV bukanlah akhir dari segalanya				
3.	Saya takut bertemu dengan tetangga saya atau teman kerja saya saat saya kontrol / <i>follow-up</i> ke RS				

NO	Pernyataan	STS	TS	S	SS
4.	AIDS adalah penyakit terburuk yang pernah saya derita yang tidak akan pernah dapat disembuhkan walaupun dengan cara apapun.				
5.	Dengan adanya virus HIV di tubuh saya maka saya akan jadi lebih mudah sakit				

3). Persepsi Manfaat (*perceived benefit*) lost to lost to follow-up ARV

NO	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Tidak kontrol ke RSUD Dr. Soetomo berarti tidak membuang-buang waktu saya				
2.	Tidak kontrol ke RSUD Dr. Soetomo berarti tidak membuang-buang uang saya				
3.	Tidak kontrol ke RSUD Dr. Soetomo berarti tidak membuang-buang tenaga saya				
4.	Saya percaya tanpa ARV saya tetap bisa sehat seperti orang lain				
5.	Saya tampak lebih segar/gemuk saat saya <i>perilaku lost to follow-up</i>				

4). Persepsi Hambatan (*perceived barrier*) lost to lost to follow-up ARV

NO	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Saya malu jika orang lain tahu saya ODHA				
2.	Saya merasa mendapat pelayanan yang berbeda				
3.	Kontrol ke RS membuang-buang waktu saya				
4.	Saya malas ke datang ke RS karena takut bertemu teman sesama pengguna narkoba suntik				
5.	Saya tidak perlu kontrol ke RS karena saya merasa baik- saja saat ini				
6.	Saya beresiko untuk dipecat dari pekerjaan saya jika setiap bulan saya harus ijin untuk mengambil obat/kontrol ke RS.				
7.	Saya merasakan beban pikiran yang berat selama berobat di PIPI				

5). Persepsi Cues to action lost to lost to follow-up ARV

NO	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Pelayanan di Poli PIPI terlalu lama				

NO	Pernyataan	STS	TS	S	SS
2.	Keluarga saya tidak pernah mengingatkan saya kapan waktunya kontrol/ <i>follow-up</i> ke RS				
3.	Saya banyak mendengar informasi tentang akibat jika minum ARV yang tidak teratur				
4.	Saya banyak melihat ODHA yang rajin kontrol dan rutin minum ARV badannya tambah rusak (kulitnya hitam-hitam)				
5.	Saya yakin saya akan tetap sehat walaupun tanpa kontrol ke RS				

6). *Self Efficacy perilaku lost to follow-up ARV*

NO	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Saya tidak yakin dan mampu untuk minum ARV seumur hidup				
2.	Saya tidak yakin dan mampu bisa minum ARV tepat waktu				
3.	Saya tidak yakin akan bisa menghadapi efek samping ARV				
4.	Saya yakin bisa sehat seperti orang yang tidak terinfeksi HIV				

7). Kuesioner perilaku

Petunjuk pengisian: pilihlah salah satu jawaban yang menurut anda benar

a. Pengetahuan

- 1) Apakah yang dimaksud dengan HIV?
 - a. Human Influenza Virus
 - b. Virus seperti influenza
 - c. Penyakit keturunan
 - d. Human Immunodeficiency Virus/virus yang menyerang kekebalan tubuh manusia.
- 2) Bagaimana HIV ditularkan?
 - a. Keringat
 - b. Air liur
 - c. Bersetuhan dengan pasien HIV
 - d. Melalui darah, cairan sperma, cairan vagina ASI
- 3) Menurut anda apakah HIV ada obatnya?
 - a. Ada
 - b. Tidak ada
 - c. Tidak tahu
 - d. Masa bodoh

- 4) Menurut anda kapan obat HIV harus diminum?
 - a. Kalau ada keluhan saja
 - b. Setiap hari
 - c. Kalau ingat saja
 - d. Satu bulan sekali
- 5) Efek samping dari obat ARV adalah, kecuali...
 - a. Mual, muntah
 - b. Pusing, Anemia
 - c. Kulit kemerahan
 - d. Kenaikan gula darah
- 6) Menurut anda apakah orang yang terinfeksi HIV harus selalu melakukan *follow-up*/kontrol ke RS?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tergantung kondisi pasien
 - d. Terserah pasien
- 7) Menurut anda kapan sebaiknya orang yang terinfeksi HIV harus melakukan *follow-up*/kontrol ke RS?
 - a. Satu minggu sekali
 - b. Satu bulan sekali
 - c. Tiga bulan sekali
 - d. Kalau ada keluhan saja
- 8) Menurut anda apakah melakukan *follow-up*/kontrol ke RS itu bermanfaat?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
 - d. Masa bodoh
- 9) Manfaat dari melakukan *follow-up*/kontrol ke RS secara rutin, kecuali ...
 - a. Bisa mengetahui kondisi kesehatan kita saat ini
 - b. Bisa bertemu teman sesama ODHA
 - c. Bisa menilai kinerja perawat dan dokter di RS
 - d. Bisa saling berbagi pengalaman / *Sharing* dengan sesama ODHA
- 10) Menurut anda apakah ODHA bisa tetap sehat seperti orang yang tidak terinfeksi HIV?
 - a. Tidak bisa
 - b. Tidak tahu
 - c. Bisa
 - d. Masa bodoh

b. Sikap

Petunjuk pengisian : Berilah tanda (√) pada kotak samping kanan pernyataan dibawah ini menurut anda

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Menurut saya rata-rata orang tidak memberi perhatian tentang penyakit HIV/AIDS karena ketidak tahuannya tentang bahaya HIV/AIDS				
2	Saya percaya saya bisa tetap hidup dengan baik walaupun saya mengidap HIV/AIDS				
3	Saya percaya bahwa tanpa ARV kualitas hidup saya tetap terjaga				
4	Saya percaya saya bisa menghadapi gejala efek samping ARV.				
5	Menurut saya minum ARV itu diminum saat badan kita terasa tidak enak saja				
6	Menurut saya petugas RS harus sering memberikan penyuluhan & diskusi tentang pentingnya ARV				
7	Menurut saya RS belum memberikan pelayan yang baik pada pasien HIV				
8	Pemerintah harus menyediakan dana untuk kelancaran pelayanan, pengobatan dan dukungan bagi ODHA.				

c. Tindakan

Berilah tanda (√) pada kotak samping kanan pernyataan dibawah ini menurut anda



NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Apakah anda sudah yakin kalau anda mengidap HIV		
2.	Apakah anda selalu rajin datang berobat/kontrol ke RS setiap bulan		
3.	Apakah anda senang saat datang berobat/kontrol ke RS setiap bulan		
4.	Apakah anda selalu mencari informasi terbaru tentang pengobatan HIV		
5.	Apakah anda selalu membawa ARV saat berpegian		
6.	Apakah anda pernah diperlakukan berbeda oleh petugas RS		
7.	Saya akan mencari pengobatan alternatif untuk mengurangi paparan virus selain ARV.		
8.	Apakah anda menceritakan kondisi anda saat ini dengan keluarga/orang terdekat		

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
9.	Pernahkah ada perasaan bosan untuk minum ARV		
10.	Apakah keluarga anda selalu memberi motivasi kepada anda saat anda merasa bosan minum ARV		
11.	Apakah anda tahu bahaya putus obat jika tidak minum obat ARV secara teratur sesuai jadwal		
12.	Apakah anda segera ke RS atau unit pelayanan terdekat jika terdapat perasaan tidak enak setelah minum obat ARV seperti: sesak nafas, mual muntah yang berlebihan, pusing, kemerahan dan rasa gatal dikulit, dll.		

Lampiran 4 Uji Etik Penelitian

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI	
	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://ners.unair.ac.id Email: dekan_ners@kp.unair.ac.id	
<hr/>		
Nomor	: 3652/UN3.1.13/PPd/2018	28 November 2018
Lampiran	: 1 (satu) eksemplar	
Perihal	: <u>Uji Etik Penelitian</u>	
<hr/>		
Kepada Yth.:	Direktur RSUD Dr. Soetomo Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo no 6-8 Surabaya	
Sehubungan dengan pelaksanaan tugas akhir (skripsi) mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami memberikan rekomendasi untuk dapat dilakukan uji etik penelitian a.n.:		
Nama	: Lilik Manowati	
NIM	: 131711123030	
Judul Skripsi	: Faktor Yang Mempengaruhi <i>Lost To Follow-UP</i> Pada Pasien HIV/AIDS Dengan Terapi ARV Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya	
Pembimbing Ketua	: Purwaningsih, S.Kp., M.Kes	
Pembimbing	: Dr. Abu Bakar, S.Kep.Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB	
Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.		
	a.n. Dekan Wakil Dekan I  Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes NIP. 196808291989031002	
Tembusan:		
1. Kepala Bidang Litbang RSUD Dr. Soetomo Surabaya		

Lampiran 5 Keterangan Kelaikan Etik

	
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA	
KETERANGAN KELAIKAN ETIK (" ETHICAL CLEARANCE ")	
0860/KEPK/XII/2018	
<p>KOMITE ETIK RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN JUDUL :</p>	
<p>" FAKTOR YANG MEMPENGARUHI LOST TO FOLLOW-UP PADA PASIEN HIV DENGAN TERAPI ARV DI RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA "</p>	
<p>PENELITI UTAMA : Dr. Erwin Astha Triyono, dr., Sp.PD., KPTL, FINASIM</p>	
<p>PENELITI LAIN : 1. Lilik Manowati, Amd.Kep 2. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes 3. Dr. Abu Bakar, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB</p>	
<p>UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN : RSUD Dr. Soetomo</p>	
<p>DINYATAKAN LAIK ETIK</p>	
<p><u>Berlaku dari : 20/12/2018 s.d 20/12/2019</u> Surabaya, 20 December 2018 KETUA</p>	
	
<p>(Dr. Elizeus Hamindito, dr., Sp.An. KIC,KAP) NIP. 19511007 197903 1 002</p>	
<p><i>*) Sertifikat ini dinyatakan sah apabila telah mendapatkan stempel asli dari Komite Etik Penelitian Kesehatan</i></p>	

Lampiran 6

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://ners.unair.ac.id Email: dekan_ners@tkp.unair.ac.id	
<hr/>		
Nomor	: 369UN3.1.13/PPd/2018	28 November 2018
Lampiran	: 1 (satu) eksemplar	
Perihal	: Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian	
<hr/>		
Kepada Yth.:	Direktur RSUD Dr. Soetomo Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo no 6-8 Surabaya	
<p>Schubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi</p>		
Nama	: Lilik Manowati	
NIM	: 131711123030	
Judul Skripsi	: Faktor Yang Mempengaruhi <i>Lost To Follow-Up</i> Pasien HIV/AIDS Dengan Terapi ARV Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya	
<p>Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.</p>		
		<p>a.n. Dekan Wakil Dekan I</p>  <p>Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes NIP. 196808291989031002</p>
<p>Tembusan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kepala Bidang Litbang RSUD Dr. Soetomo Surabaya2. Kepala Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Soetomo Surabaya3. Kepala Poli PIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya		

Lampiran 7 Uji Validitas dan Reliabilitas

Hasil uji validitas kuesioner**Persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*)**

No	Pertanyaan	Bivariate Pearson	Kesimpulan
1.	Saya tidak yakin saya bisa diterima oleh masyarakat walaupun saya rajin berobat	0,044	valid
2.	Penyakit yang saya derita sekarang adalah aib	0,000	valid
3.	Saya tahu saya tidak akan bisa sembuh walaupun saya rajin berobat ke RS.	0,008	valid
4.	ODHA akan mudah terinfeksi penyakit lainnya karena penurunan daya tahan tubuh.	0,010	valid
5.	Saya merasa penyakit yang saya derita sekarang adalah akibat dari perilaku saya sendiri yang tidak baik.	0,006	valid
6.	Menurut saya ARV bisa memperbaiki daya tahan tubuh saya	0,042	valid
7.	Saya percaya masih banyak peluang kerja untuk saya	0,001	valid
8.	Saya masih bisa bekerja dan berkarya walaupun saya terinfeksi HIV	0,001	valid
9.	Karena saya sekarang mudah sakit maka saya harus rajin follow-up/kontrol ke RS	0,001	valid

Persepsi keseriusan (*perceived severity*)

No	Pertanyaan	Bivariate Pearson	Kesimpulan
1.	Penyakit HIV/AIDS tetap bisa menyebabkan seseorang mengalami kematian lebih cepat walaupun pasien rajin kontrol/berobat (follow-up)	0,000	valid
2.	Saya takut bertemu dengan tetangga saya atau teman kerja saya saat saya kontrol / follow-up ke RS	0,015	valid
3.	AIDS adalah penyakit terburuk yang pernah saya derita yang tidak akan pernah dapat disembuhkan walaupun dengan cara apapun	0,027	valid
4.	Menurut saya terinfeksi HIV bukanlah akhir dari segalanya	0,002	valid

Persepsi manfaat (*perceived benefit*)

No	Pertanyaan	Bivariate Pearson	Kesimpulan
1.	Tidak kontrol ke RSUD Dr. Soetomo (LFU) berarti tidak membuang-buang waktu saya	0,000	valid
2.	Tidak kontrol ke RSUD Dr. Soetomo (LFU) berarti tidak membuang-buang uang saya	0,000	valid
3.	Tidak kontrol ke RSUD Dr. Soetomo (LFU) berarti tidak membuang-buang tenaga saya	0,000	valid
4.	Saya percaya tanpa ARV saya tetap bisa sehat seperti orang lain	0,022	valid
5.	Saya tampak lebih segar/gemuk saat saya <i>perilaku lost to follow-up</i>	0,006	valid

Persepsi hambatan (*perceived barrier*)

No	Pertanyaan	Bivariate Pearson	Kesimpulan
1.	Saya malu jika orang lain tahu saya ODHA	0,013	valid
2.	Saya merasa mendapat pelayanan yang berbeda	0,024	valid
3.	Kontrol ke RS membuang-buang waktu saya	0,004	valid
4.	Saya malas ke datang ke RS karena takut bertemu teman sesama pengguna narkoba suntik	0,029	valid
5.	Saya tidak perlu kontrol ke RS karena saya merasa baik- saja saat ini	0,004	valid
6.	Saya beresiko untuk dipecat dari pekerjaan saya jika setiap bulan saya harus ijin untuk mengambil obat/kontrol ke RS.	0,037	valid
7.	Saya merasakan beban pikiran yang berat selama berobat di PIPI	0,007	valid

Persepsi Cues to action

No	Pertanyaan	Bivariate Pearson	Kesimpulan
1.	Pelayanan di Poli PIPI terlalu lama	0,003	valid
2.	Keluarga saya tidak pernah mengingatkan saya kapan waktunya kontrol/follow-up ke RS	0,002	valid
3.	Saya banyak mendengar informasi tentang akibat jika minum ARV yang tidak teratur	0,001	valid
4.	Saya banyak melihat ODHA yang rajin kontrol dan rutin minum ARV badannya tambah rusak (kulitnya hitam-hitam)	0,024	valid
5.	Saya yakin saya akan tetap sehat walaupun tanpa kontrol ke RS	0,006	valid

Self Efficacy

No	Pertanyaan	Bivariate Pearson	Kesimpulan
1.	Saya tidak yakin dan mampu untuk minum ARV seumur hidup	0,001	valid
2.	Saya tidak yakin dan mampu bisa minum ARV tepat waktu	0,005	valid
3.	Saya tidak yakin akan bisa menghadapi efek samping ARV	0,014	valid
4.	Saya yakin bisa sehat seperti orang yang tidak terinfeksi HIV	0,001	valid

Hasil uji Reliabilitas Kuesioner

Persepsi kerentanan

No	Pertanyaan	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Delete	Kesimpulan
1.	Saya tidak yakin saya bisa diterima oleh masyarakat walaupun saya rajin berobat	0,849 (N=3)	0,854	Reliabel
2.	Penyakit yang saya derita sekarang adalah aib		0,636	Reliabel
3.	Saya tahu saya tidak akan bisa sembuh walaupun saya rajin berobat ke RS.		0,848	Reliabel
4.	ODHA akan mudah terinfeksi penyakit lainnya karena penurunan daya tahan tubuh.	0,855 (N=6)	0,832	Reliabel
5.	Saya merasa penyakit yang saya derita sekarang adalah akibat dari perilaku saya sendiri yang tidak baik.		0,887	Reliabel
6.	Menurut saya ARV bisa memperbaiki daya tahan tubuh saya		0,852	Reliabel
7.	Saya percaya masih banyak peluang kerja untuk saya		0,808	Reliabel
8.	Saya masih bisa bekerja dan berkarya walaupun saya terinfeksi HIV		0,808	Reliabel
9.	Karena saya sekarang mudah sakit maka saya harus rajin follow-up/kontrol ke RS		0,808	Reliabel

Persepsi keseriusan

No	Pertanyaan	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Delete	Kesimpulan
1.	Penyakit HIV/AIDS tetap bisa menyebabkan seseorang mengalami kematian lebih cepat walaupun pasien rajin kontrol/berobat (follow-up)	0,772 (N=4)	0,696	Reliabel
2.	Saya takut bertemu dengan tetangga saya atau teman kerja saya saat saya kontrol / follow-up ke RS		0,654	Reliabel
3.	AIDS adalah penyakit terburuk yang pernah saya derita yang tidak akan pernah dapat disembuhkan walaupun dengan cara apapun		0,717	Reliabel
4.	Menurut saya terinfeksi HIV bukanlah akhir dari segalanya		0,488	Tidak Reliabel

Persepsi manfaat

No	Pertanyaan	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Delete	Kesimpulan
1.	Tidak kontrol ke RSUD Dr. Soetomo (LFU) berarti tidak membuang-buang waktu saya	0,916 (N=5)	0,889	Reliabel
2.	Tidak kontrol ke RSUD Dr. Soetomo (LFU) berarti tidak membuang-buang uang saya		0,884	Reliabel
3.	Tidak kontrol ke RSUD Dr. Soetomo (LFU) berarti tidak membuang-buang tenaga saya		0,889	Reliabel
4.	Saya percaya tanpa ARV saya tetap bisa sehat seperti orang lain		0,938	Reliabel
5.	Saya tampak lebih segar/gemuk saat saya <i>perilaku lost to follow-up</i>		0,889	Reliabel

Persepsi hambatan

No	Pertanyaan	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Delete	Kesimpulan
1.	Saya malu jika orang lain tahu saya ODHA	0,889 (N=7)	0,895	Reliabel
2.	Saya merasa mendapat pelayanan yang berbeda		0,859	Reliabel
3.	Kontrol ke RS membuang-buang waktu saya		0,855	Reliabel
4.	Saya malas ke datang ke RS karena takut bertemu teman sesama pengguna narkoba suntik		0,887	Reliabel
5.	Saya tidak perlu kontrol ke RS karena saya merasa baik- saja saat ini		0,870	Reliabel
6.	Saya beresiko untuk dipecat dari pekerjaan saya jika setiap bulan saya harus ijin untuk mengambil obat/kontrol ke RS.		0,899	Reliabel
7.	Saya merasakan beban pikiran yang berat selama berobat di PIPI		0,845	Reliabel

Cues to action

No	Pertanyaan	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Delete	Kesimpulan
1.	Pelayanan di Poli PIPI terlalu lama	0,886 (N=5)	0,863	Reliabel
2.	Keluarga saya tidak pernah mengingatkan saya kapan waktunya kontrol/follow-up ke RS		0,829	Reliabel
3.	Saya banyak mendengar informasi tentang akibat jika minum ARV yang tidak teratur		0,858	Reliabel
4.	Saya banyak melihat ODHA yang rajin kontrol dan rutin minum ARV badannya tambah rusak (kulitnya hitam-hitam)		0,889	Reliabel
5.	Saya yakin saya akan tetap sehat walaupun tanpa kontrol ke RS		0,862	Reliabel

Self Efficacy

No	Pertanyaan	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha if Item Delete	Kesimpulan
1.	Saya tidak yakin dan mampu untuk minum ARV seumur hidup	0,895 (N=4)	0,846	Reliabel
2.	Saya tidak yakin dan mampu bisa minum ARV tepat waktu		0,843	Reliabel
3.	Saya tidak yakin akan bisa menghadapi efek samping ARV		0,882	Reliabel
4.	Saya yakin bisa sehat seperti orang yang tidak terinfeksi HIV		0,889	Reliabel

Lampiran 8 Hasil Analisis Data

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
susceptibility	100	26.08	5.557	10	35
severity	100	11.21	2.148	6	16
benefit	100	13.10	3.759	5	20
barriers	100	18.90	3.889	6	28
self.efficacy	100	10.30	2.841	5	16
cues.to.action	100	14.27	3.250	5	20
perilaku	100	41.59	6.659	21	53

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		susceptibilit y	severit y	benefi t	barrier s	self.efficac y	cues.to.actio n	perilak u
N		100	100	100	100	100	100	100
Normal	Mean	26.08	11.21	13.10	18.90	10.30	14.27	41.59
Parameters ^a	Std.	5.557	2.148	3.759	3.889	2.841	3.250	6.659
^b	Deviation							
Most	Absolute	.133	.106	.153	.148	.157	.159	.145
Extreme								
Differences	Positive	.063	.106	.075	.093	.085	.077	.054
	Negative	-.133	-.084	-.153	-.148	-.157	-.159	-.145
Test Statistic		.133	.106	.153	.148	.157	.159	.145
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000 ^c	.007 ^c	.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

Frequency Table

		Umur			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21	3	3.0	3.0	3.0
	22	2	2.0	2.0	5.0
	23	5	5.0	5.0	10.0
	24	5	5.0	5.0	15.0
	25	7	7.0	7.0	22.0
	26	2	2.0	2.0	24.0
	27	4	4.0	4.0	28.0
	28	4	4.0	4.0	32.0
	29	5	5.0	5.0	37.0
	30	2	2.0	2.0	39.0
	31	2	2.0	2.0	41.0
	32	4	4.0	4.0	45.0
	33	2	2.0	2.0	47.0
	34	2	2.0	2.0	49.0
	36	1	1.0	1.0	50.0
	37	3	3.0	3.0	53.0
	38	6	6.0	6.0	59.0
	39	4	4.0	4.0	63.0
	40	5	5.0	5.0	68.0
	42	2	2.0	2.0	70.0
	43	2	2.0	2.0	72.0
	44	4	4.0	4.0	76.0
	45	4	4.0	4.0	80.0
	46	3	3.0	3.0	83.0
	47	3	3.0	3.0	86.0
	48	2	2.0	2.0	88.0
	50	1	1.0	1.0	89.0
51	4	4.0	4.0	93.0	
52	3	3.0	3.0	96.0	
53	3	3.0	3.0	99.0	
60	1	1.0	1.0	100.0	
Total		100	100.0	100.0	

		status			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Kawin	44	44.0	44.0	44.0
	Tak Kawin	56	56.0	56.0	98.0
Total		100	100.0	100.0	

		jk			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Laki-laki	72	72.0	72.0	72.0
	Perempuan	28	28.0	28.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

		pdd			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	17	17.0	17.0	17.0
	Pendidikan Menengah (SMA)	59	59.0	59.0	76.0
	Pendidikan Tinggi	24	24.0	24.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

		pendapatan			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	< Rp. 1.000.000,00	21	21.0	21.0	21.2
	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	37	37.0	37.0	57.6
	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	36	36.0	36.0	93.9
	Rp. 5.000.000,00	6	6.0	6.0	100.0
Total		100	100.0		

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pensiunan PNS/TNI/POLRI	1	1.0	1.0	1.0
	PNS/TNI/POLRI	1	1.0	1.0	2.0
	Pegawai Swasta	53	53.0	53.0	55.0
	Pedagang	8	8.0	8.0	63.0
	Buruh	7	7.0	7.0	70.0
	Petani	1	1.0	1.0	71.0
	Ibu Rumah Tangg	14	14.0	14.0	85.0
	Lainnya	15	15.0	15.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

jarak.rumah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5	5.0	5.0	5.0
	2	3	3.0	3.0	8.0
	3	5	5.0	5.0	13.0
	4	4	4.0	4.0	17.0
	5	21	21.0	21.0	38.0
	6	3	3.0	3.0	41.0
	7	4	4.0	4.0	45.0
	8	14	14.0	14.0	59.0
	9	1	1.0	1.0	60.0
	10	7	7.0	7.0	67.0
	11	1	1.0	1.0	68.0
	12	1	1.0	1.0	69.0
	15	8	8.0	8.0	77.0
	18	1	1.0	1.0	78.0
	20	5	5.0	5.0	83.0
	30	3	3.0	3.0	86.0
	34	1	1.0	1.0	87.0
	35	2	2.0	2.0	89.0
	36	1	1.0	1.0	90.0
	40	2	2.0	2.0	92.0
45	1	1.0	1.0	93.0	
60	1	1.0	1.0	94.0	

79	1	1.0	1.0	95.0
200	2	2.0	2.0	97.0
300	1	1.0	1.0	98.0
350	1	1.0	1.0	99.0
800	1	1.0	1.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

lama.hiv

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	15	15.0	15.0	15.0
	2	18	18.0	18.0	33.0
	3	12	12.0	12.0	45.0
	4	12	12.0	12.0	57.0
	5	15	15.0	15.0	72.0
	6	4	4.0	4.0	76.0
	7	3	3.0	3.0	79.0
	8	4	4.0	4.0	83.0
	9	5	5.0	5.0	88.0
	10	3	3.0	3.0	91.0
	12	1	1.0	1.0	92.0
	13	4	4.0	4.0	96.0
	15	1	1.0	1.0	97.0
	18	2	2.0	2.0	99.0
	20	1	1.0	1.0	100.0
	Total		100	100.0	100.0

kat.umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25 tahun	22	22.0	22.0	22.0
	26-35 tahun	27	27.0	27.0	49.0
	36-45 tahun	31	31.0	31.0	80.0
	46-65 tahun	19	19.0	19.0	99.0
	56-65 tahun	1	1.0	1.0	100.0
	Total		100	100.0	100.0

		kat.jark			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-10 KM	67	67.0	67.0	67.0
	11-20 KM	16	16.0	16.0	83.0
	21-30 KM	3	3.0	3.0	86.0
	>31 KM	14	14.0	14.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

		kat.hiv			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 tahun	72	72.0	72.0	72.0
	6-10 tahun	19	19.0	19.0	91.0
	11-15 tahun	6	6.0	6.0	97.0
	16-20 tahun	3	3.0	3.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

		kat.susceptibility			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	44	44.0	44.0	44.0
	Sedang	46	46.0	46.0	90.0
	Rendah	10	10.0	10.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

		kat.severity			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	25	25.0	25.0	25.0
	Sedang	68	68.0	68.0	93.0
	Rendah	7	7.0	7.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

kat.benefit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	25	25.0	25.0	25.0
	Sedang	47	47.0	47.0	72.0
	Rendah	28	28.0	28.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

kat.barriers

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	22	22.0	22.0	22.0
	Sedang	67	67.0	67.0	89.0
	Rendah	11	11.0	11.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

kat.self.efficacy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	19	19.0	19.0	19.0
	Sedang	52	52.0	52.0	71.0
	Rendah	29	29.0	29.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

kat.cues.to.action

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	38	38.0	38.0	38.0
	Sedang	45	45.0	45.0	83.0
	Rendah	17	17.0	17.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

kat.perilaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	57	57.0	57.0	57.0
	Cukup	29	29.0	29.0	86.0
	Kurang	14	14.0	14.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kat.susceptibility * kat.perilaku	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%
kat.severity * kat.perilaku	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%
kat.benefit * kat.perilaku	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%
kat.barriers * kat.perilaku	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%
kat.self.efficacy * kat.perilaku	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%
kat.cues.to.action * kat.perilaku	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%

kat.susceptibility * kat.perilaku Crosstabulation

		kat.perilaku			Total	
		Baik	Cukup	Kurang		
kat.susceptibility	Tinggi	Count	30	8	6	44
		% of Total	30.0%	8.0%	6.0%	44.0%
	Sedang	Count	21	18	7	46
		% of Total	21.0%	18.0%	7.0%	46.0%
	Rendah	Count	6	3	1	10
		% of Total	6.0%	3.0%	1.0%	10.0%
Total		Count	57	29	14	100
		% of Total	57.0%	29.0%	14.0%	100.0%

kat.severity * kat.perilaku Crosstabulation

		kat.perilaku			Total	
		Baik	Cukup	Kurang		
kat.severity	Tinggi	Count	18	5	2	25
		% of Total	18.0%	5.0%	2.0%	25.0%
	Sedang	Count	35	23	10	68
		% of Total	35.0%	23.0%	10.0%	68.0%
	Rendah	Count	4	1	2	7
		% of Total	4.0%	1.0%	2.0%	7.0%
Total		Count	57	29	14	100
		% of Total	57.0%	29.0%	14.0%	100.0%

kat.benefit * kat.perilaku Crosstabulation

		kat.perilaku			Total	
		Baik	Cukup	Kurang		
kat.benefit	Tinggi	Count	18	7	0	25
		% of Total	18.0%	7.0%	0.0%	25.0%
	Sedang	Count	22	13	12	47
		% of Total	22.0%	13.0%	12.0%	47.0%
	Rendah	Count	17	9	2	28
		% of Total	17.0%	9.0%	2.0%	28.0%
Total		Count	57	29	14	100
		% of Total	57.0%	29.0%	14.0%	100.0%

kat.barriers * kat.perilaku Crosstabulation

		kat.perilaku			Total	
		Baik	Cukup	Kurang		
kat.barriers	Tinggi	Count	17	4	1	22
		% of Total	17.0%	4.0%	1.0%	22.0%
	Sedang	Count	34	21	12	67
		% of Total	34.0%	21.0%	12.0%	67.0%
	Rendah	Count	6	4	1	11
		% of Total	6.0%	4.0%	1.0%	11.0%
Total		Count	57	29	14	100
		% of Total	57.0%	29.0%	14.0%	100.0%

kat.self.efficacy * kat.perilaku Crosstabulation

		kat.perilaku			Total	
		Baik	Cukup	Kurang		
kat.self.efficacy	Tinggi	Count	13	2	4	19
		% of Total	13.0%	2.0%	4.0%	19.0%
	Sedang	Count	27	16	9	52
		% of Total	27.0%	16.0%	9.0%	52.0%
	Rendah	Count	17	11	1	29
		% of Total	17.0%	11.0%	1.0%	29.0%
Total		Count	57	29	14	100
		% of Total	57.0%	29.0%	14.0%	100.0%

kat.cues.to.action * kat.perilaku Crosstabulation

		kat.perilaku				
			Baik	Cukup	Kurang	Total
kat.cues.to.action	Tinggi	Count	26	9	3	38
		% of Total	26.0%	9.0%	3.0%	38.0%
	Sedang	Count	23	13	9	45
		% of Total	23.0%	13.0%	9.0%	45.0%
	Rendah	Count	8	7	2	17
		% of Total	8.0%	7.0%	2.0%	17.0%
Total	Count	57	29	14	100	
	% of Total	57.0%	29.0%	14.0%	100.0%	

Nonparametric Correlations**Correlations**

		susceptibility		perilaku
Spearman's rho	susceptibility	Correlation Coefficient	1.000	.310**
		Sig. (2-tailed)	.	.002
		N	100	100
	perilaku	Correlation Coefficient	.310**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.002	.
		N	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations**Correlations**

		severity		perilaku
Spearman's rho	severity	Correlation Coefficient	1.000	.224*
		Sig. (2-tailed)	.	.025
		N	100	100
	perilaku	Correlation Coefficient	.224*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.025	.
		N	100	100

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

			benefit	perilaku
Spearman's rho	benefit	Correlation Coefficient	1.000	.130
		Sig. (2-tailed)	.	.196
		N	100	100
	perilaku	Correlation Coefficient	.130	1.000
		Sig. (2-tailed)	.196	.
		N	100	100

Nonparametric Correlations

			barriers	perilaku
Spearman's rho	barriers	Correlation Coefficient	1.000	.228 [*]
		Sig. (2-tailed)	.	.022
		N	100	100
	perilaku	Correlation Coefficient	.228 [*]	1.000
		Sig. (2-tailed)	.022	.
		N	100	100

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

			self.efficacy	perilaku
Spearman's rho	self.efficacy	Correlation Coefficient	1.000	.181
		Sig. (2-tailed)	.	.071
		N	100	100
	perilaku	Correlation Coefficient	.181	1.000
		Sig. (2-tailed)	.071	.
		N	100	100

Nonparametric Correlations

			cues.to.action	perilaku
Spearman's rho	cues.to.action	Correlation Coefficient	1.000	.254 [*]
		Sig. (2-tailed)	.	.011
		N	100	100
	perilaku	Correlation Coefficient	.254 [*]	1.000
		Sig. (2-tailed)	.011	.
		N	100	100

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Lampiran 9 Raw Data

No	umur	Status	Jk	Pdd	Upah	Kerja	Jarak	Lama HIV	umur	jarak	lama hiv
1	29	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	5	4	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
2	28	Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Ibu Rumah Tangg	8	6	26-35 tahun	1-10 tahun	6-10 tahun
3	25	Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	< Rp. 1.000.000,00	Ibu Rumah Tangg	2	5	17-25 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
4	25	Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Ibu Rumah Tangg	10	2	17-25 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
5	34	Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Ibu Rumah Tangg	8	6	26-35 tahun	1-10 tahun	6-10 tahun
6	40	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Lainnya	3	12	36-45 tahun	1-10 tahun	11-15 tahun
7	29	Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	< Rp. 1.000.000,00	Buruh	5	2	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
8	53	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	< Rp. 1.000.000,00	Pegawai Swasta	5	18	46-65 tahun	1-10 tahun	16-20 tahun
9	38	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	20	1	36-45 tahun	11-20 tahun	1-5 tahun
10	40	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	8	13	36-45 tahun	1-10 tahun	11-15 tahun
11	52	Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	< Rp. 1.000.000,00	Ibu Rumah Tangg	8	13	46-65 tahun	1-10 tahun	11-15 tahun
12	36	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	< Rp. 1.000.000,00	Pegawai Swasta	15	4	36-45 tahun	11-20 tahun	1-5 tahun
13	53	Tak Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	5	9	46-65 tahun	1-10 tahun	6-10 tahun
14	38	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp.	Buruh	15	7	36-45 tahun	11-20 tahun	6-10 tahun

No	umur	Status	Jk	Pdd	Upah	Kerja	Jarak	Lama HIV	umur	jarak	lama hiv
				(SMA)	5.000.000,00						
15	28	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	3	8	26-35 tahun	1-10 tahun	6-10 tahun
16	37	Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	35	13	36-45 tahun	>31 tahun	11-15 tahun
17	51	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	15	5	46-65 tahun	11-20 tahun	1-5 tahun
18	38	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	15	15	36-45 tahun	11-20 tahun	11-15 tahun
19	30	Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Ibu Rumah Tangg	30	4	26-35 tahun	21-30 tahun	1-5 tahun
20	32	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Buruh	4	5	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
21	31	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	1	8	26-35 tahun	1-10 tahun	6-10 tahun
22	52	Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	< Rp. 1.000.000,00	Ibu Rumah Tangg	1	4	46-65 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
23	52	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Buruh	1	5	46-65 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
24	44	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	< Rp. 1.000.000,00	Pedagang	40	18	36-45 tahun	>31 tahun	16-20 tahun
25	29	Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Ibu Rumah Tangg	8	5	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
26	32	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	18	9	26-35 tahun	11-20 tahun	6-10 tahun
27	46	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	15	2	46-65 tahun	11-20 tahun	1-5 tahun
28	27	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	8	9	26-35 tahun	1-10 tahun	6-10 tahun

No	umur	Status	Jk	Pdd	Upah	Kerja	Jarak	Lama HIV	umur	jarak	lama hiv
29	25	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	36	1	17-25 tahun	>31 tahun	1-5 tahun
30	24	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Lainnya	10	1	17-25 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
31	47	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	5	8	46-65 tahun	1-10 tahun	6-10 tahun
32	38	Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Lainnya	8	2	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
33	27	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	3	2	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
34	47	Kawin	Perempuan	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	< Rp. 1.000.000,00	Pegawai Swasta	60	5	46-65 tahun	>31 tahun	1-5 tahun
35	46	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	40	5	46-65 tahun	>31 tahun	1-5 tahun
36	42	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	5	1	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
37	43	Kawin	Perempuan	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	< Rp. 1.000.000,00	Ibu Rumah Tangg	300	7	36-45 tahun	>31 tahun	6-10 tahun
38	44	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 5.000.000,00	Lainnya	5	2	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
39	30	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	5	2	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
40	29	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	8	9	26-35 tahun	1-10 tahun	6-10 tahun
41	44	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	< Rp. 1.000.000,00	Pedagang	45	3	36-45 tahun	>31 tahun	1-5 tahun
42	32	Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	7	6	26-35 tahun	1-10 tahun	6-10 tahun
43	51	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Lainnya	8	5	46-65 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun

No	umur	Status	Jk	Pdd	Upah	Kerja	Jarak	Lama HIV	umur	jarak	lama hiv
44	31	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pedagang	9	4	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
45	21	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Lainnya	12	10	17-25 tahun	11-20 tahun	6-10 tahun
46	51	Tak Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	< Rp. 1.000.000,00	Ibu Rumah Tangg	5	10	46-65 tahun	1-10 tahun	6-10 tahun
47	21	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	5	1	17-25 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
48	26	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	15	2	26-35 tahun	11-20 tahun	1-5 tahun
49	43	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	6	5	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
50	48	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	< Rp. 1.000.000,00	Pegawai Swasta	30	9	46-65 tahun	21-30 tahun	6-10 tahun
51	37	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	200	3	36-45 tahun	>31 tahun	1-5 tahun
52	29	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	< Rp. 1.000.000,00	Lainnya	7	4	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
53	48	Kawin	Perempuan	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	< Rp. 1.000.000,00	Ibu Rumah Tangg	10	1	46-65 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
54	26	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	8	4	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
55	40	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	1	4	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
56	45	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Lainnya	5	3	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
57	21	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Lainnya	15	1	17-25 tahun	11-20 tahun	1-5 tahun
58	45	Tak Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp.	Pegawai Swasta	7	5	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun

No	umur	Status	Jk	Pdd	Upah	Kerja	Jarak	Lama HIV	umur	jarak	lama hiv
				(SMA)	2.500.000,00						
59	39	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Buruh	11	13	36-45 tahun	11-20 tahun	11-15 tahun
60	24	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	5	3	17-25 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
61	24	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	5	3	17-25 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
62	50	Kawin	Perempuan	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	10	3	46-65 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
63	40	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Lainnya	5	1	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
64	23	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	4	20	17-25 tahun	1-10 tahun	16-20 tahun
65	39	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	10	3	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
66	22	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	79	2	17-25 tahun	>31 tahun	1-5 tahun
67	32	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Buruh	5	5	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
68	46	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	20	10	46-65 tahun	11-20 tahun	6-10 tahun
69	28	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 5.000.000,00	Lainnya	7	3	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
70	45	Tak Kawin	Perempuan	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Lainnya	8	1	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
71	23	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Lainnya	15	5	17-25 tahun	11-20 tahun	1-5 tahun
72	24	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Lainnya	34	6	17-25 tahun	>31 tahun	6-10 tahun
73	60	Kawin	Perempuan	Pendidikan	< Rp.	Ibu Rumah Tangg	5	5	56-65 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun

No	umur	Status	Jk	Pdd	Upah	Kerja	Jarak	Lama HIV	umur	jarak	lama hiv
				Dasar (SD-SMP)	1.000.000,00						
74	33	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	5	5	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
75	25	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	20	2	17-25 tahun	11-20 tahun	1-5 tahun
76	39	Tak Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Lainnya	5	1	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
77	38	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	6	3	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
78	53	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	5	7	46-65 tahun	1-10 tahun	6-10 tahun
79	25	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	20	3	17-25 tahun	11-20 tahun	1-5 tahun
80	47	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	200	4	46-65 tahun	>31 tahun	1-5 tahun
81	25	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	8	1	17-25 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
82	28	Kawin	Perempuan	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	< Rp. 1.000.000,00	Ibu Rumah Tangg	8	4	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
83	27	Kawin	Perempuan	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	< Rp. 1.000.000,00	Ibu Rumah Tangg	350	5	26-35 tahun	>31 tahun	1-5 tahun
84	23	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	5	1	17-25 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
85	42	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	4	2	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
86	22	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	800	1	17-25 tahun	>31 tahun	1-5 tahun
87	25	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	35	1	17-25 tahun	>31 tahun	1-5 tahun

No	umur	Status	Jk	Pdd	Upah	Kerja	Jarak	Lama HIV	umur	jarak	lama hiv
88	39	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	Rp. 5.000.000,00	Pedagang	10	8	36-45 tahun	1-10 tahun	6-10 tahun
89	37	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	30	2	36-45 tahun	21-30 tahun	1-5 tahun
90	23	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	8	2	17-25 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
91	34	Tak Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pedagang	10	2	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
92	45	Tak Kawin	Perempuan	Pendidikan Tinggi	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pegawai Swasta	20	4	36-45 tahun	11-20 tahun	1-5 tahun
93	24	Kawin	Perempuan	Pendidikan Menengah (SMA)	< Rp. 1.000.000,00	PNS/TNI/POLRI	3	3	17-25 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
94	27	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pensiunan PNS/TNI/POLRI	5	2	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
95	33	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Menengah (SMA)	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Pegawai Swasta	6	2	26-35 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
96	38	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	Rp. 1.000.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00	Pedagang	4	1	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
97	51	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 5.000.000,00	Petani	1	3	46-65 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
98	44	Tak Kawin	Laki-laki	Pendidikan Tinggi	< Rp. 1.000.000,00	Pedagang	3	4	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
99	40	Kawin	Laki-laki	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	< Rp. 1.000.000,00	Buruh	2	2	36-45 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun
100	23	Tak Kawin	Perempuan	Pendidikan Tinggi	< Rp. 1.000.000,00	Pedagang	2	2	17-25 tahun	1-10 tahun	1-5 tahun

No	susceptibility	severity	benefit	barrier	selfefficacy	cues	perilaku	susceptibility	severity	benefit	barrier	selfefficacy	cues	perilaku
1	30	9	10	18	9	10	22	Tinggi	Sedang	Rendah	Sedang	Sedang	Rendah	Kurang
2	29	8	8	15	5	5	45	Tinggi	Rendah	Rendah	Sedang	Rendah	Rendah	Baik
3	12	8	8	19	6	10	45	Rendah	Rendah	Rendah	Sedang	Rendah	Rendah	Baik
4	25	12	14	20	8	14	45	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Rendah	Sedang	Baik
5	26	9	6	18	5	16	43	Sedang	Sedang	Rendah	Sedang	Rendah	Tinggi	Baik
6	35	13	12	28	8	10	52	Tinggi	Tinggi	Sedang	Tinggi	Rendah	Rendah	Baik
7	25	10	11	17	9	12	25	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Kurang
8	13	11	18	21	11	15	36	Rendah	Sedang	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Cukup
9	13	14	14	20	11	14	44	Rendah	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Baik
10	28	12	15	22	8	18	50	Tinggi	Sedang	Sedang	Tinggi	Rendah	Tinggi	Baik
11	10	14	17	14	13	15	43	Rendah	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Sedang	Baik
12	27	12	13	20	12	13	43	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Baik
13	28	12	10	22	6	17	46	Tinggi	Sedang	Rendah	Tinggi	Rendah	Tinggi	Baik
14	27	9	9	19	8	16	46	Sedang	Sedang	Rendah	Sedang	Rendah	Tinggi	Baik
15	32	9	8	10	7	8	53	Tinggi	Sedang	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Baik
16	19	8	10	15	5	9	48	Sedang	Rendah	Rendah	Sedang	Rendah	Rendah	Baik
17	30	10	6	23	5	16	53	Tinggi	Sedang	Rendah	Tinggi	Rendah	Tinggi	Baik
18	25	10	13	12	5	8	46	Sedang	Sedang	Sedang	Rendah	Rendah	Rendah	Baik
19	29	12	8	19	13	15	42	Tinggi	Sedang	Rendah	Sedang	Tinggi	Sedang	Baik
20	27	7	7	16	8	13	42	Sedang	Rendah	Rendah	Sedang	Rendah	Sedang	Baik
21	27	11	13	17	12	13	52	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Baik
22	29	12	8	19	11	15	40	Tinggi	Sedang	Rendah	Sedang	Sedang	Sedang	Cukup
23	25	14	15	22	10	15	42	Sedang	Tinggi	Sedang	Tinggi	Sedang	Sedang	Baik
24	28	10	9	18	12	15	46	Tinggi	Sedang	Rendah	Sedang	Sedang	Sedang	Baik
25	20	9	10	14	8	8	28	Sedang	Sedang	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Cukup
26	14	12	11	20	11	8	42	Rendah	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Rendah	Baik
27	29	14	11	22	16	16	41	Tinggi	Tinggi	Sedang	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Kurang

No	susceptibility	severity	benefit	barrier	selfefficacy	cues	perilaku	susceptibility	severity	benefit	barrier	selfefficacy	cues	perilaku
28	21	9	10	15	8	11	28	Sedang	Sedang	Rendah	Sedang	Rendah	Sedang	Cukup
29	34	16	20	24	14	18	48	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Baik
30	20	13	15	20	14	14	47	Sedang	Tinggi	Sedang	Sedang	Tinggi	Sedang	Baik
31	26	15	17	20	12	15	38	Sedang	Tinggi	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Cukup
32	16	10	20	22	13	17	42	Rendah	Sedang	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Baik
33	24	11	13	17	12	16	37	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Tinggi	Cukup
34	21	9	10	18	6	9	28	Sedang	Sedang	Rendah	Sedang	Rendah	Rendah	Cukup
35	18	14	16	20	11	13	44	Rendah	Tinggi	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Baik
36	20	11	18	19	15	18	48	Sedang	Sedang	Tinggi	Sedang	Tinggi	Tinggi	Baik
37	33	15	7	25	16	20	45	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Baik
38	23	11	15	19	12	14	41	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Kurang
39	27	11	14	19	11	13	41	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Kurang
40	27	11	13	19	11	13	41	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Kurang
41	30	13	6	25	16	19	42	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Baik
42	24	9	15	18	11	8	39	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Rendah	Cukup
43	28	12	13	20	11	17	42	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Tinggi	Baik
44	29	11	15	18	13	16	41	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Tinggi	Tinggi	Kurang
45	24	11	15	20	12	15	44	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Baik
46	26	11	14	18	11	14	41	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Kurang
47	30	12	15	18	13	16	47	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Tinggi	Tinggi	Baik
48	23	7	15	16	10	17	41	Sedang	Rendah	Sedang	Sedang	Sedang	Tinggi	Kurang
49	12	6	8	12	6	7	21	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Kurang
50	25	11	14	21	9	12	37	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Cukup
51	28	13	15	22	14	14	48	Tinggi	Tinggi	Sedang	Tinggi	Tinggi	Sedang	Baik
52	31	10	17	14	11	13	44	Tinggi	Sedang	Tinggi	Rendah	Sedang	Sedang	Baik
53	23	9	10	7	9	18	30	Sedang	Sedang	Rendah	Rendah	Sedang	Tinggi	Cukup
54	28	12	14	17	11	15	41	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Kurang

No	susceptibility	severity	benefit	barrier	selfefficacy	cues	perilaku	susceptibility	severity	benefit	barrier	selfefficacy	cues	perilaku
55	24	9	16	19	13	10	39	Sedang	Sedang	Tinggi	Sedang	Tinggi	Rendah	Cukup
56	27	10	19	20	7	16	45	Sedang	Sedang	Tinggi	Sedang	Rendah	Tinggi	Baik
57	29	12	19	19	6	19	51	Tinggi	Sedang	Tinggi	Sedang	Rendah	Tinggi	Baik
58	32	15	17	25	8	20	49	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Baik
59	35	13	17	21	9	15	45	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Baik
60	30	9	17	19	8	17	48	Tinggi	Sedang	Tinggi	Sedang	Rendah	Tinggi	Baik
61	25	11	17	17	12	16	50	Sedang	Sedang	Tinggi	Sedang	Sedang	Tinggi	Baik
62	26	9	11	17	13	13	41	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Tinggi	Sedang	Kurang
63	27	11	15	18	11	15	40	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Cukup
64	26	10	15	15	10	16	32	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Tinggi	Cukup
65	32	12	17	22	12	16	42	Tinggi	Sedang	Tinggi	Tinggi	Sedang	Tinggi	Baik
66	31	13	12	19	13	15	41	Tinggi	Tinggi	Sedang	Sedang	Tinggi	Sedang	Kurang
67	26	7	15	19	9	14	37	Sedang	Rendah	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Cukup
68	31	12	17	21	5	16	40	Tinggi	Sedang	Tinggi	Sedang	Rendah	Tinggi	Cukup
69	32	14	16	20	13	15	49	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Sedang	Tinggi	Sedang	Baik
70	19	9	14	18	11	14	42	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Baik
71	30	11	15	19	12	15	44	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Baik
72	35	15	5	22	16	16	50	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Baik
73	25	12	13	17	10	12	33	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Cukup
74	24	11	15	19	12	12	50	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Baik
75	35	12	10	24	16	18	50	Tinggi	Sedang	Rendah	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Baik
76	24	9	15	20	10	15	45	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Baik
77	31	15	9	14	12	15	45	Tinggi	Tinggi	Rendah	Rendah	Sedang	Sedang	Baik
78	25	10	5	7	6	10	32	Sedang	Sedang	Rendah	Rendah	Rendah	Rendah	Cukup
79	20	12	12	19	12	13	46	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Baik
80	25	10	13	6	8	9	31	Sedang	Sedang	Sedang	Rendah	Rendah	Rendah	Cukup
81	15	13	16	25	13	17	38	Rendah	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Cukup

No	susceptibility	severity	benefit	barrier	selfefficacy	cues	perilaku	susceptibility	severity	benefit	barrier	selfefficacy	cues	perilaku
82	23	10	15	21	12	17	43	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Tinggi	Baik
83	30	10	13	21	11	16	44	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Tinggi	Baik
84	26	9	16	19	10	15	46	Sedang	Sedang	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Baik
85	30	11	15	18	12	14	41	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Kurang
86	27	9	15	16	10	9	42	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Rendah	Baik
87	31	13	17	13	12	20	52	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah	Sedang	Tinggi	Baik
88	28	15	18	27	11	19	43	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Sedang	Tinggi	Baik
89	35	14	8	22	11	18	46	Tinggi	Tinggi	Rendah	Tinggi	Sedang	Tinggi	Baik
90	31	12	16	20	12	17	39	Tinggi	Sedang	Tinggi	Sedang	Sedang	Tinggi	Cukup
91	25	14	5	21	6	15	31	Sedang	Tinggi	Rendah	Sedang	Rendah	Sedang	Cukup
92	32	9	14	21	12	16	36	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Tinggi	Cukup
93	34	11	15	19	8	19	30	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Rendah	Tinggi	Cukup
94	28	15	5	18	11	20	35	Tinggi	Tinggi	Rendah	Sedang	Sedang	Tinggi	Cukup
95	30	12	13	16	10	15	38	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Sedang	Cukup
96	30	11	18	23	12	16	43	Tinggi	Sedang	Tinggi	Tinggi	Sedang	Tinggi	Baik
97	27	12	10	27	10	12	39	Sedang	Sedang	Rendah	Tinggi	Sedang	Sedang	Cukup
98	16	9	15	19	7	12	38	Rendah	Sedang	Sedang	Sedang	Rendah	Sedang	Cukup
99	28	15	18	22	6	13	37	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Rendah	Sedang	Cukup
100	23	10	14	23	6	9	35	Sedang	Sedang	Sedang	Tinggi	Rendah	Rendah	Cukup

