

**PENGARUH FAKTOR *PREDISPOSING*, *ENABLING*, DAN
REINFORCING TERHADAP KEBERHASILAN
PENGOBATAN PADA ODHIV DI KOTA
BANDAR LAMPUNG TAHUN 2024**

Tesis

Oleh :

**YUDHI ATMAJAYA
NPM. 2228021012**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2024**

**PENGARUH FAKTOR *PREDISPOSING, ENABLING, DAN REINFORCING* TERHADAP KEBERHASILAN
PENGOBATAN PADA ODHIV DI KOTA
BANDAR LAMPUNG TAHUN 2024**

Oleh :

**YUDHI ATMAJAYA
NPM. 2228021012**

Tesis

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

Pada

**Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2024**

ABSTRAK**PENGARUH FAKTOR *PREDISPOSING, ENABLING, DAN REINFORCING* TERHADAP KEBERHASILAN PENGOBATAN PADA ODHIV DI KOTA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2024**

Oleh

YUDHI ATMAJAYA

Epidemi HIV/AIDS semakin berkembang cepat kini merupakan salah satu tantangan terbesar sekalipun telah dilakukan berbagai upaya untuk mengendalikan dan menekan penularannya. Program pengendalian HIV/AIDS ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan rawat inap, angka kematian karena AIDS, serta meningkatkan kualitas ODHIV. Hasil penelitian menunjukkan kadar *viral load* baik adalah tidak terdeteksi (menurun) dengan kepatuhan minum obat patuh, sedangkan kadar *viral load* tidak baik adalah terdeteksi (meningkat) dengan kepatuhan minum obat tidak patuh. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh faktor *predisposing, enabling, dan reinforcing* terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV di Kota Bandar Lampung Tahun 2024.

Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional* yang dilaksanakan di Puskesmas Kota Bandar Lampung pada bulan Januari s.d Februari 2024 dengan populasi 865 ODHIV dan sampel sebanyak 122 responden yang diambil berdasarkan proporsi. Data hasil penelitian dilakukan analisis menggunakan uji *chi square* kemudian dilakukan uji multivariat menggunakan *path analysis* dengan model GSEM.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan merupakan faktor yang paling berpengaruh secara tidak langsung melalui kepatuhan pengobatan dan signifikan antara faktor-faktor lainnya terhadap keberhasilan pengobatan ARV dengan *p-value* 0,028 dan memiliki koefisien jalur 6,05. Hasil penelitian mengetahui tidak terdapat pengaruh tidak langsung antara umur, jenis kelamin, lama pengobatan, kemudahan akses layanan, paduan terapi, dukungan keluarga dan dukungan kelompok sebaya terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan. Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh langsung yang

signifikan antara penyakit penyerta dan kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan namun tidak terdapat pengaruh langsung lama pengobatan, paduan terapi dan stadium klinis terhadap keberhasilan pengobatan. Saran bagi ODHIV agar meningkatkan kepatuhan pengobatan untuk mencapai keberhasilan pengobatan ARV dengan memanfaatkan kemudahan akses layanan, serta dukungan baik yang berasal dari keluarga maupun dari kelompok dukungan sebaya. Selain itu diharapkan ODHIV dapat meningkatkan pengetahuan mengenai HIV baik berasal dari petugas kesehatan, media cetak maupun media elektronik.

Kata kunci : *predisposing, enabling, reinforcing*, keberhasilan pengobatan, HIV

ABSTRACT**INFLUENCE OF PREDISPOSING ENABLING AND REINFORCING
FACTORS ON THE SUCCESS OF ARV TREATMENT
PLHIV BANDAR LAMPUNG 2024****By****YUDHI ATMAJAYA**

The HIV/AIDS epidemic is growing rapidly and is now one of the biggest challenges even though various efforts have been made to control and suppress its transmission. The HIV/AIDS control program is aimed at reducing morbidity and hospitalization rates, death rates due to AIDS, and improving the quality of PLHIV. The results of the study showed that good viral load levels were undetectable (decreased) with compliant medication taking, while unfavorable viral load levels were detected (increased) with non-compliant medication taking. This study aims to determine the influence of predisposing, enabling and reinforcing factors on the success of treatment for PLHIV in Bandar Lampung City in 2024.

This research is a cross sectional study carried out at the Bandar Lampung City Health Center from January to February 2024. Population is 865 PLHIV sample 122 respondents taken based on proportion. The research data was analyzed using the chi square test and then multivariate test was carried out using path analysis with the GSEM model.

The results of the study show that education is the most factor indirect influence through treatment compliance and is significant among other factors on the success of ARV treatment with p-value 0.028 and path coefficient 6.05. The results of the study showed that there was no indirect influence between age, gender, length of treatment, ease of access to services, combination of therapy, family support and peer group support on treatment success through treatment compliance. The results of the study showed that there was a significant direct influence between comorbidities and treatment compliance on treatment success, but there was no direct influence on length of treatment, combination of therapy and clinical stage on treatment success. Suggestions for PLHIV, to increase treatment compliance to achieve successful ARV treatment by utilizing easy access

to services, as well as support from both family and peer support groups. Apart from that, it is hoped that PLHIV can increase knowledge about HIV both from health workers, newspaper or electronic media.

Keywords : predisposing, enabling, reinforcing, success treatment, HIV.

Judul Tesis : **PENGARUH FAKTOR *PREDISPOSING, ENABLING, DAN REINFORCING* TERHADAP KEBERHASILAN PENGOBATAN PADA ODHIV DI KOTA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2024**

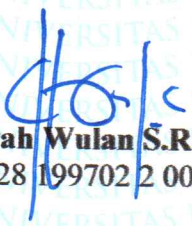
Nama Mahasiswa : **YUDHI ATMAJAYA**

Nomor Pokok Mahasiswa : **2228021012**

Program Studi : **Magister Kesehatan Masyarakat**

Fakultas : **Kedokteran**




Prof. Dr. Dyah Wulan S.R.W., SKM., M. Kes.
NIP. 19720628 199702 2 001


Dr. dr. Susianti, S. Ked., M. Sc.
NIP. 19780805 200501 2 003

Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat


Dr. dr. Betta Kurniawan, S. Ked., M. Kes., Sp. Par. K.
NIP. 19781009 200501 1 001

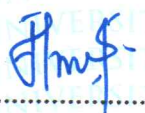
MENGESAHKAN

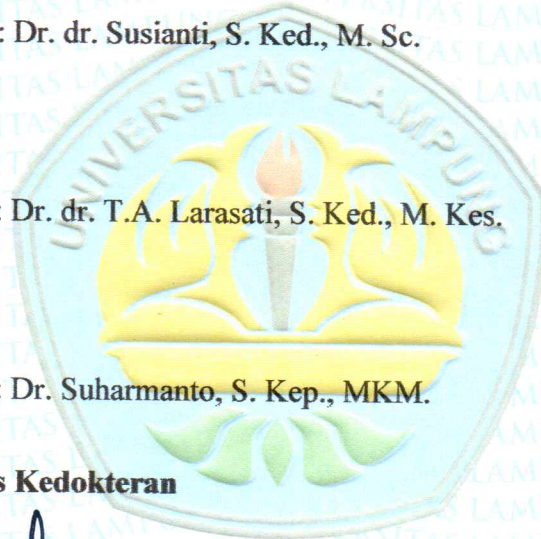
1. Tim Penguji

Ketua : Prof. Dr. Dyah Wulan S.R.W., SKM., M. Kes. 

Sekretaris : Dr. dr. Susianti, S. Ked., M. Sc. 

Anggota : Dr. dr. T.A. Larasati, S. Ked., M. Kes. 

Anggota : Dr. Suharmanto, S. Kep., MKM. 

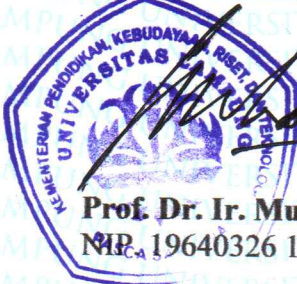



2. Dekan Fakultas Kedokteran




Dr. dr. Evi Kurniawaty, S. Ked., M. Sc.
NIP. 19760120 200312 2 001

3. Direktur Pascasarjana Universitas Lampung




Prof. Dr. Ir. Murhadi, M. Si.
NIP. 19640326 198902 1 001

Tanggal Lulus Ujian Tesis : 24 Juli 2024

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Tesis dengan judul “Pengaruh Faktor *Predisposing, Enabling, dan Reinforcing* Terhadap Keberhasilan Pengobatan Pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024” adalah hasil karya penulis sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara yang tidak sesuai dengan etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademis atau yang disebut plagiarism.
2. Hak intelektualitas atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 24 Juli 2024

Pembuat Pernyataan



Yudhi Atmajaya
NPM. 2228021012

RIWAYAT HIDUP

Penulis Bernama lengkap Yudhi Atmajaya lahir di Gisting (Tanggamus) pada tanggal 01 Maret 1986, sebagai anak kedua dari empat bersaudara dari bapak Ir. H. Agus Sauji dan Ibu Hj. Zatonutqen, S.Pd. Penulis bertempat tinggal di Jl. Kav. Raya XI Gg. Tanggamus No. 329 Rajabasa Bandar Lampung. Penulis menyelesaikan pendidikan Taman Kanak-Kanak (TK) di TK Aisyiyah Bustanul Athfal Gisting yang diselesaikan pada tahun 1993. Kemudian penulis melanjutkan ke jenjang Sekolah Dasar (SD) yang diselesaikan di SDS Muhammadiyah Gisting pada tahun 1998. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan di Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP) Muhammadiyah Gisting yang diselesaikan tahun 2001. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan di Sekolah Menengah Atas (SMA) Al-Kautsar Bandar Lampung yang diselesaikan tahun 2004. Penulis melanjutkan pendidikan Diploma III Keperawatan yang diselesaikan tahun 2007 di Poltekes Tanjung Karang. Pada tahun 2010, penulis melanjutkan pendidikan Sarjana (S1) Keperawatan pada Universitas Malahayati Lampung dan lulus pada tahun 2012. Pada tahun 2018, penulis melanjutkan Pendidikan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Pringsewu Lampung dan lulus pada tahun 2019. Tahun 2022, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

SANWACANA

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena rahmat dan hidayah-Nya sehingga tesis yang berjudul “Pengaruh Faktor *Predisposing*, *Enabling*, dan *Reinforcing* Terhadap Keberhasilan Pengobatan Pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024” dapat diselesaikan. Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., IPM., ASEAN Eng. selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Ibu Dr. dr. Evi Kurniawaty, S. Ked., M. Sc. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
3. Bapak Dr. dr. Betta Kurniawan, M. Kes., Sp. Par. K. selaku Kaprodi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
4. Ibu Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar Rengganis Wardani, SKM., M. Kes., selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, tambahan ilmu, masukan, pengarahan, serta saran dalam penyusunan Tesis ini;
5. Ibu Dr. dr. Susianti, M. Sc., selaku Pembimbing Kedua atas kesediaannya memberikan bimbingan, tambahan ilmu, pengarahan, saran dan masukan dalam proses penyusunan Tesis ini;
6. Ibu Dr. dr. T.A. Larasati, M. Kes., selaku Pembahas Utama yang telah membimbing, menguji, serta memberikan saran dan masukan dalam penyusunan Tesis ini lebih baik;
7. Bapak Dr. Suharmanto, S. Kep., MKM. selaku Pembahas Kedua yang telah membimbing, menguji, serta memberikan saran dan masukan dalam penyusunan Tesis ini lebih baik;

8. Bapak Prof. Sutyarso, M. Biomed. selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan selama masa perkuliahan;
9. Seluruh Staf Dosen Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
10. Seluruh Staf tata usaha, akademik, pegawai dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
11. Seluruh Staf tata usaha, akademik, pegawai dan karyawan Prodi Magister Kesehatan Masyarakat;
12. Ibu Desti Mega Putri, SP., MT. selaku Plt. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung yang telah memberikan izin kami dalam melakukan penelitian pada Puskesmas di Kota Bandar Lampung;
13. Ibu dr. Novi Amin Juraini selaku Kepala Puskesmas Kedaton yang telah memberikan izin penelitian di Puskesmas Kedaton;
14. Ibu dr. Dian Vitria selaku Kepala Puskesmas Sukabumi yang telah memberikan izin penelitian di Puskesmas Sukabumi;
15. Ibu dr. Sarah Prima Ayu selaku Kepala Puskesmas Simpur yang telah memberikan izin penelitian di Puskesmas Simpur;
16. Ibu dr. Titin Agustin selaku Kepala Puskesmas Gedong Air yang telah memberikan izin penelitian di Puskesmas Gedong Air;
17. Ibu dr. Desmayanti Bahri selaku Kepala Puskesmas Pasar Ambon yang telah memberikan izin penelitian di Puskesmas Pasar Ambon;
18. Ibu drg. Susi selaku Kepala Puskesmas Rajabasa Indah yang telah memberikan izin penelitian di Puskesmas Rajabasa Indah;
19. Ibu dr. Hany Musliha selaku Kepala Puskesmas Kemiling yang telah memberikan izin penelitian di Puskesmas Kemiling;
20. Ibu dr. Fajriani Damhuri selaku Kepala Puskesmas Sukaraja yang telah memberikan izin penelitian di Puskesmas Sukaraja;
21. Heni Deswari, Amd. Keb., SKM. selaku istri yang selalu mendampingi dan memberikan dukungan dalam proses penyelesaian tesis ini;
22. Rekan-rekan pengelola program HIV PIMS Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung;

23. Rekan-rekan mahasiswa Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Lampung Angkatan tahun 2022/2023;
24. Seluruh pihak yang telah memberikan dukungan dan dorongan yang langsung maupun tidak langsung membantu saya dalam penyelesaian tesis ini.

Saya merasa penelitian ini tentunya masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran akan sangat saya terima. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua.

Bandar Lampung, 24 Juli 2024

Yudhi Atmajaya

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	v
LEMBAR PERNYATAAN	ix
RIWAYAT HIDUP	x
SANWACANA	xi
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xix
I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1 Bagi Peneliti	7
1.4.2 Bagi Institusi.....	7
1.4.3 Bagi Masyarakat.....	8
II. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Landasan Teori.....	9
2.1.1 Pengertian HIV/AIDS	9
2.1.2 Penyebab HIV/AIDS	9
2.1.3 Epidemiologi HIV AIDS	10
2.1.4 Manifestasi Klinis HIV AIDS	12
2.1.5 Stadium Klinis HIV AIDS	13
2.1.6 Komplikasi HIV/AIDS	15
2.1.7 Penularan HIV	16
2.1.8 Pencegahan Penularan HIV	17
2.1.9 Pengobatan HIV AIDS	17
2.1.10 Keberhasilan Pengobatan HIV/AIDS	21
2.1.11 Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan.....	23
2.1.12 Kemudahan Akses Layanan	27
2.1.13 Dukungan Keluarga.....	28
2.1.14 Dukungan Kelompok Sebaya.....	30
2.1.15 <i>Path Analyis</i>	31

2.2	Penelitian Terdahulu	38
2.3	Kerangka Teori.....	41
2.4	Kerangka Konsep	42
2.5	Hipotesis.....	43
III.	METODE PENELITIAN.....	45
3.1	Jenis Penelitian.....	45
3.2	Waktu dan Tempat Penelitian	45
3.3	Variabel Penelitian	46
3.3.1	Variabel Independen.....	46
3.3.2	Variabel Intervening.....	46
3.3.3	Variabel Dependen	46
3.4	Definisi Operasional.....	46
3.5	Populasi dan Sampel	50
3.5.1	Populasi	50
3.5.2	Sampel.....	51
3.5.3	Teknik Sampling	53
3.6	Pengumpulan data	53
3.6.1	Instrumen penelitian	53
3.6.2	Prosedur pengumpulan data	58
3.6.3	Pengolahan data.....	60
3.7	Analisis data	60
3.8	Uji Validitas dan Reliabilitas Alat Ukur	64
3.9	Etik penelitian	67
IV.	HASIL PENELITIAN	70
4.1	Gambaran Umum Objek Penelitian	70
4.2	Analisis Univariat.....	71
4.2.1.	Karakteristik Responden	71
4.2.2.	Lama Pengobatan Responden	74
4.2.3.	Stadium Klinis Responden	75
4.2.4.	Penyakit Penyerta.....	76
4.2.5.	Paduan Terapi ARV Responden.....	77
4.2.6.	Keberhasilan Pengobatan Responden	77
4.2.7.	Kepatuhan Pengobatan	78
4.2.8.	Kemudahan Akses Layanan	78
4.2.9.	Dukungan Keluarga.....	79
4.2.10.	Dukungan Kelompok Sebaya.....	80
4.3	Analisis Bivariat.....	81
4.3.1	Faktor <i>Predisposing</i>	81
4.3.2	Faktor <i>Enabling</i>	87
4.3.3	Faktor <i>Reinforcing</i>	89
4.3.4	Pengaruh Kepatuhan Pengobatan Terhadap Keberhasilan Pengobatan	90
4.4	Analisis Multivariat.....	91
4.4.1	Pengaruh Langsung (<i>Direct Effect</i>).....	94
4.4.2	Pengaruh Tidak Langsung (<i>Indirect Effect</i>)	96

V. PEMBAHASAN.....	103
5.1 Analisis Univariat.....	103
5.1.1 Faktor <i>Predisposing</i>	103
5.1.2 Faktor <i>Enabling</i>	109
5.1.3 Faktor <i>Reinforcing</i>	111
5.1.4 Kepatuhan Pengobatan	113
5.1.5 Keberhasilan Pengobatan	114
5.2 Pengaruh Faktor <i>Predisposing, Enabling, dan Reinforcing</i> Terhadap Keberhasilan Pengobatan pada ODHIV di Kota Bandar Lampung Tahun 2024.....	115
5.2.1 Faktor <i>Predisposing</i>	115
5.2.2 Faktor <i>Enabling</i>	127
5.2.3 Faktor <i>Reinforcing</i>	130
5.2.4 Pengaruh Kepatuhan Terhadap Keberhasilan Pengobatan di Kota Bandar Lampung	135
5.3 Keterbatasan Penelitian	136
VI. SIMPULAN DAN SARAN.....	137
6.1 Simpulan.....	137
6.2 Saran.....	138
6.2.1 Bagi ODHIV	138
6.2.2 Bagi Puskesmas	139
6.2.3 Bagi Kelompok Dukungan Sebaya	139
6.2.4 Bagi Dinas Kesehatan	139
6.2.5 Bagi Peneliti Selanjutnya	140
DAFTAR PUSTAKA	141
LAMPIRAN.....	149

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Klasifikasi Stadium Klinis HIV/AIDS Menurut WHO	13
Tabel 2. Interpretasi koefisien jalur terstandarisasi.....	37
Tabel 3. Artikel Review Jurnal terkait pengaruh faktor predisposing, enabling, dan reinforcing terhadap keberhasilan pengobatan	38
Tabel 4. Definisi Operasional Pengaruh Faktor Predisposing, Enabling, dan Reinforcing terhadap Keberhasilan pengobatan pada ODHIV di Kota Bandar Lampung tahun 2024.	47
Tabel 5. Distribusi Sampel per Layanan PDP.....	52
Tabel 6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	71
Tabel 7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	72
Tabel 8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	72
Tabel 9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	73
Tabel 10. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	73
Tabel 11. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	74
Tabel 12. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	74
Tabel 13. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Klasifikasi Stadium Klinis pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024.....	75
Tabel 14. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Stadium Klinis Pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	75
Tabel 15. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penyakit Penyerta pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	76
Tabel 16. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Penyakit Penyerta pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024.....	76
Tabel 17. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Paduan Terapi pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	77
Tabel 18. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Keberhasilan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024.....	77
Tabel 19. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepatuhan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024.....	78

Tabel 20. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kemudahan Akses Layanan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	79
Tabel 21. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan keluarga pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	80
Tabel 22. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Kelompok Sebaya pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	81
Tabel 23. Pengaruh usia Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	81
Tabel 24. Pengaruh Jenis Kelamin Terhadap Kepatuhan Pengobatan Pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	82
Tabel 25. Pengaruh Pendidikan Terhadap Kepatuhan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	83
Tabel 26. Pengaruh Pekerjaan Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	83
Tabel 27. Pengaruh Lama Pengobatan Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	84
Tabel 28. Pengaruh Lama Pengobatan Terhadap Keberhasilan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	85
Tabel 29. Pengaruh Stadium Klinis Terhadap Keberhasilan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	85
Tabel 30. Pengaruh Penyakit Penyerta Terhadap Keberhasilan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	86
Tabel 31. Pengaruh Kemudahan Akses Layanan Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024.....	87
Tabel 32. Pengaruh Paduan Terapi Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	88
Tabel 33. Pengaruh Paduan Terapi Terhadap Keberhasilan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	88
Tabel 34. Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	89
Tabel 35. Pengaruh Dukungan Kelompok Sebaya Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024	90
Tabel 36. Pengaruh Kepatuhan Pengobatan Terhadap Keberhasilan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024.....	90
Tabel 37. Hasil path analysis pengaruh faktor predisposing, enabling, dan reinforcing terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan.....	93

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Precede-proceed model for health promotion planing and evaluation	25
Gambar 2. Spesifikasi model analisis jalur penelitian	35
Gambar 3. Kerangka Teori.....	41
Gambar 4. Kerangka Konsep	42
Gambar 5. Spesifikasi model pengaruh faktor predisposing, enabling, dan reinforcing terhadap keberhasilan pengobatan7	63
Gambar 6. Hasil spesifikasi model menggunakan GSEM (generalized structural equation modeling).....	92

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Epidemi HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome*) semakin berkembang cepat. Hal ini merupakan salah satu tantangan terbesar dimasa kini sekalipun telah dilakukan berbagai upaya untuk mengendalikan dan menekan penularannya (Ngara, 2019). Pertemuan tingkat tinggi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tahun 2021 membahas secara khusus HIV/AIDS. Pertemuan tersebut mendeklarasikan janji tindakan transformatif dalam upaya mendesak untuk mengakhiri AIDS global epidemi pada tahun 2030 (UNAIDS, 2021).

Masalah HIV/AIDS adalah masalah besar yang mengancam Indonesia dan banyak negara di seluruh dunia. Saat ini tidak ada negara yang terbebas dari HIV AIDS. Krisis secara bersamaan yang disebabkan HIV/AIDS berupa krisis kesehatan, krisis pembangunan negara, krisis ekonomi dan krisis kemanusiaan. Dengan kata lain HIV/AIDS menyebabkan krisis multidimensi. Krisis kesehatan pada HIV/AIDS memerlukan respons dari masyarakat dan memerlukan layanan pengobatan serta perawatan untuk individu yang terinfeksi HIV. Paradigma baru yang menjadi tujuan global dari UNAIDS adalah *Zero AIDS-related death*. Hal ini dapat tercapai bila pasien datang di layanan HIV dan mendapat terapi *antiretroviral* (ARV) secepatnya. Tujuan keenam pembangunan dalam *milenium development goals* (MDGs) yaitu memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lain. Tujuan dari indikator ini adalah mengurangi infeksi HIV hingga separuhnya, termasuk melakukan tindakan pengobatan ARV (Setiarto dkk., 2021).

Pemerintah memiliki komitmen bersama masyarakat dalam upaya pengendalian HIV/AIDS untuk mencapai eliminasi HIV/AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) pada tahun 2030. HIV/AIDS dan PIMS menjadi bagian dari arah kebijakan peningkatan pengendalian penyakit Pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, salah satu arah kebijakan dan strategi yakni dengan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta. (Kemenkes RI, 2020).

Program pengendalian HIV/AIDS ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan rawat inap, angka kematian yang berhubungan dengan AIDS, serta meningkatkan kualitas hidup orang yang terinfeksi HIV. Dalam rangka mendapai tujuan tersebut pemberian terapi ARV dilakukan kepada orang yang menderita HIV/AIDS (Suntara *et al.*, 2022). Terapi ARV harus dikonsumsi secara teratur. Perilaku kepatuhan dalam berobat merupakan salah satu cara untuk mempertahankan agar orang dengan HIV/AIDS (ODHIV) dapat hidup lebih lama. Kedisiplinan dalam mengonsumsi obat ini dapat membantu mempertahankan konsistensi efektifitas ARV dalam tubuh penderita sehingga resistensi tidak terjadi serta dapat memperlambat berkembangnya virus dalam tubuh (Setiarto dkk., 2021).

Penggunaan obat ARV kombinasi mendorong revolusi dalam pengobatan HIV di seluruh dunia. Meskipun belum mampu menyembuhkan HIV secara menyeluruh dan tantangan dalam hal efek samping serta resistensi kronis terhadap obat, namun secara dramatis terapi ARV menurunkan angka kematian dan kesakitan, meningkatkan kualitas hidup ODHIV, dan meningkatkan harapan masyarakat, sehingga pada saat ini HIV/AIDS telah diterima sebagai penyakit yang dapat dikendalikan dan tidak lagi dianggap sebagai penyakit yang menakutkan (Kemenkes RI, 2015). Terapi ARV memang tidak bisa mematikan virus HIV di dalam tubuh, tetapi dapat menekan perkembang biakan virus tersebut. Virus HIV dapat tak terdeteksi lagi (*undetectable*) sehingga terjadi kondisi di mana ODHIV seolah olah

sehat. Walaupun demikian terapi ARV hanya mampu meningkatkan kualitas hidup ODHIV sehingga terapi ARV tidak boleh dihentikan seumur hidupnya (Setiarto dkk., 2021).

Komitmen negara juga tertuang dalam Rencana Strategis bidang kesehatan (Renstra Kemenkes RI) dengan meningkatkan jumlah ODHIV yang mendapatkan pengobatan merupakan salah satu bentuk upaya pencegahan penularan HIV serta meningkatkan kualitas hidup ODHIV. Pemerintah bersama masyarakat mendukung upaya pencapaian eliminasi HIV/AIDS yang telah disepakati di tingkat global bahwa pada tahun 2030 sehingga dapat mencapai target yang dikenal dengan 95-95-95 untuk pengobatan, dimana 95% ODHIV mengetahui status, 95% dari ODHIV yang mengetahui status mendapatkan pengobatan, dan 95% dari ODHIV yang diobati virusnya tersupresi. Meskipun demikian, pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi menular seksual merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dengan pengendalian HIV/AIDS (Kemenkes RI, 2020).

Kasus HIV/AIDS tersebar di seluruh provinsi di Indonesia. Berdasarkan data Direktorat Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan RI, kumulatif ODHIV ditemukan (kasus HIV) yang dilaporkan sampai dengan September 2022 sebanyak 351.109 orang, sedangkan jumlah kumulatif kasus AIDS yang dilaporkan sampai dengan Juni 2022 sebanyak 142.009. Perkembangan menuju target 95-95-95 sampai dengan September 2022 yaitu ODHIV hidup dan mengetahui statusnya sebanyak 417.778 orang (79%), jumlah ODHIV yang sedang mendapatkan pengobatan sebanyak 169.767 orang (41%), dan jumlah ODHIV yang sedang mendapatkan pengobatan yang dites *viral load* pada tahun 2022, dengan hasil *viral load* tersupresi sebanyak 27.381 orang (16%) (Kemenkes RI, 2022).

Keberhasilan pengobatan ARV dapat diketahui secara *virologis*, *imonologis*, maupun klinis. Keberhasilan pengobatan secara virologis dilakukan melalui tes *viral load*. *Viral load* adalah pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui

jumlah virus dalam darah pada penderita HIV. Semakin tinggi *viral load*, maka semakin cepat penyakit HIV berkembang. Pada penelitian sebelumnya didapatkan hubungan yang signifikan antara kepatuhan minum obat dengan kadar *viral load*. Dimana hasil penelitian ini menunjukkan kadar *viral load* baik adalah tidak terdeteksi (menurun) dengan kepatuhan minum obat patuh, sedangkan kadar *viral load* tidak baik adalah terdeteksi (meningkat) dengan kepatuhan minum obat tidak patuh (Hamzah dkk., 2020).

Lawrence Green (1991) mengembangkan teori “*Precede-Proceed Model*” dengan menganalisa perilaku manusia dari tingkat Kesehatan. Teorinya menjelaskan bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku dan faktor diluar perilaku. Faktor yang berpengaruh terhadap perilaku yaitu *Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation* (PREDECDE) (Irwan, 2017).

Faktor *predisposing* merupakan faktor anteseden terhadap perilaku yang menjadi landasan atau motivasi bagi perilaku. Faktor *predisposing* meliputi beberapa faktor seperti unsur pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai (tradisi, norma, sosial, pengalaman), dan demografi. Faktor *enabling* disebut juga faktor pendukung artinya faktor anteseden terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Faktor *enabling* antara lain ketersediaan sumber daya kesehatan seperti tenaga kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan, ketrampilan, dan keterjangkauan sumberdaya kesehatan, yang mendukung atau memfasilitasi terjadinya perilaku sehat seseorang atau masyarakat. Faktor *reinforcing* disebut juga faktor penyerta. Faktor ini mencakup dukungan oleh orang disekitar seperti suami, orang tua, teman, dan tenaga kesehatan termasuk pada didalam faktor *reinforcing* (Irwan, 2017).

Keberhasilan pengobatan HIV dipengaruhi oleh kepatuhan ODHIV dalam menjalani pengobatan ARV. Faktor yang memengaruhi kepatuhan minum obat meliputi faktor usia pasien, jenis kelamin, pendapatan, wawasan

pendidikan, dan sikap. Selain hal tersebut terdapat faktor pengobatan yakni jumlah obat, jenis obat, efek samping obat, beratnya gejala, dan lama pengobatan. Meskipun demikian, faktor lingkungan juga memiliki pengaruh meliputi dukungan keluarga, dukungan sosial, tempat tinggal, dan hubungan perawat-klien (Refnandes & Almaya, 2021).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Lampung tahun 2022, diperoleh data estimasi ODHIV sebanyak 10.093 orang, sebanyak 4.926 ODHIV ditemukan dan masih hidup, sebanyak 2.921 ODHIV dalam pengobatan ARV. Dari jumlah tersebut, sejak bulan Januari hingga akhir Oktober tahun 2023 telah diperiksa *viral load* sebanyak 1.405 sampel dengan hasil sebanyak 1.198 tersupresi, sebanyak 154 tidak tersupresi dan sebanyak 53 sample error.

Kota Bandar Lampung merupakan episentrum Provinsi Lampung. Sebagian besar ODHIV Provinsi Lampung mengakses layanan di Kota Bandar Lampung yang berjumlah 33 layanan Perawatan Dukungan dan Pengobatan HIV. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung tahun 2022, terdapat 2.624 ODHIV ditemukan dan masih hidup, sebanyak 1.265 ODHIV dalam pengobatan ARV. Berdasarkan data hasil monitoring evaluasi pemeriksaan *viral load* dari 797 ODHIV yang menjalani pengobatan ARV di Puskesmas Kota Bandar Lampung, sebanyak 534 ODHIV telah diperiksa *viral load* sejak bulan Januari hingga Oktober 2023, sehingga masih terdapat 263 ODHIV yang belum melakukan pemeriksaan *viral load*.

Berdasarkan uraian di atas peneliti ingin melakukan analisis pengaruh faktor *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing* terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV di Kota Bandar Lampung Tahun 2024.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimanakah pengaruh faktor *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing* terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV di Kota Bandar Lampung Tahun 2024.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini disusun untuk menganalisis pengaruh faktor *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing* terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV di Kota Bandar Lampung Tahun 2024.

1.3.2 Tujuan Khusus

Secara khusus penelitian ini bertujuan :

1. Menganalisis karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama pengobatan, stadium klinis, penyakit penyerta, kemudahan akses layanan, paduan terapi, dukungan keluarga, dukungan kelompok sebaya, kepatuhan pengobatan, dan keberhasilan pengobatan pada ODHIV.
2. Menganalisis pengaruh tidak langsung usia terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan pada ODHIV.
3. Menganalisis pengaruh tidak langsung jenis kelamin terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV.
4. Menganalisis pengaruh tidak langsung pendidikan terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan pada ODHIV.
5. Menganalisis pengaruh tidak langsung pekerjaan terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan pada ODHIV.
6. Menganalisis pengaruh tidak langsung lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan pada ODHIV.
7. Menganalisis pengaruh tidak langsung kemudahan akses layanan terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan pada ODHIV.
8. Menganalisis tidak langsung paduan terapi keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan pada ODHIV.
9. Menganalisis pengaruh tidak langsung dukungan keluarga terhadap

keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan pada ODHIV.

10. Menganalisis pengaruh tidak langsung dukungan kelompok sebaya terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan pada ODHIV.
11. Menganalisis pengaruh langsung lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV.
12. Menganalisis langsung paduan terapi keberhasilan pengobatan pada ODHIV.
13. Menganalisis pengaruh langsung stadium klinis terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV.
14. Menganalisis pengaruh langsung penyakit penyerta terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV.
15. Menganalisis pengaruh langsung kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV.
16. Menganalisis faktor yang paling berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Diharapkan penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan penulis mengenai pengaruh faktor *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing* terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV, serta sebagai salah satu syarat penyelesaian studi pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

1.4.2 Bagi Institusi

Diharapkan penelitian ini bermanfaat sebagai informasi, data, bahan keputusan dan bahan rujukan bagi peneliti-peneliti selanjutnya yang berkaitan dengan HIV.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan menjadi informasi dan pengetahuan bagi masyarakat mengenai pengaruh faktor *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing* terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV.

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Pengertian HIV/AIDS

HIV merupakan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia sehingga rentan terhadap berbagai penyakit. AIDS dapat diartikan sebagai kumpulan gejala atau penyakit akibat infeksi virus HIV menyebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh pada manusia (Setiarto dkk., 2021).

Infeksi HIV merupakan suatu spektrum penyakit yang menyerang sel-sel kekebalan tubuh yang meliputi infeksi primer, sindrom akut, sindrom asimtomatik, hingga stadium lanjut. Penurunan kekebalan tubuh terjadi pada kondisi AIDS akibat infeksi virus HIV. Hal ini merupakan tahap akhir dari infeksi virus HIV (Hidayati dkk., 2019).

2.1.2 Penyebab HIV/AIDS

AIDS disebabkan oleh virus *Human immunodeficiency virus* (HIV), sejenis virus *retrovirus* yang ditularkan melalui darah serta cairan tubuh yang memiliki afinitas yang kuat terhadap limfosit T. HIV termasuk dalam keluarga *lentivirus*. Infeksi virus ini ditandai dengan masa laten yang lama, masa inkubasi yang lama, replikasi virus yang terus menerus, dan keterlibatan sistem saraf pusat. Keunikan retrovirus jenis ini yaitu dikelilingi oleh membran lipid yang memiliki variabilitas genetik tinggi yang memiliki cara replikasi yang unik serta dapat menginfeksi semua jenis vertebrata. HIV terdapat dalam cairan tubuh pengidap HIV dan dapat menular melalui cairan tubuh tersebut. Seseorang dapat tertular HIV melalui kontak langsung dengan cairan tersebut (Setiarto dkk., 2021).

2.1.3 Epidemiologi HIV AIDS

Trias epidemiologi merupakan konsep dasar epidemiologi yang memberikan gambaran tentang tiga faktor utama penyebab penyakit dan masalah kesehatan lainnya. Faktor tersebut terdiri dari *host* (tuan rumah/penjamu), *agent* (faktor penyebab) dan *environment* (lingkungan) dimana ketidakseimbangan dari ketiga faktor tersebut dapat menimbulkan suatu masalah kesehatan (Alamsyah dkk., 2020).

2.1.3.1 Tuan rumah (*Host*)

Faktor penjamu (*host*) dalam HIV/AIDS dapat meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, dan status perkawinan (Alamsyah et al., 2020). Oktaseli dkk. (2019) menyimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara usia, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan wanita usia subur dengan kejadian HIV.

Distribusi golongan usia penderita HIV/AIDS di Amerika, Eropa, Afrika dan Asia tidak jauh berbeda. Kelompok terbesar adalah usia 15-45 tahun yang merupakan kelompok usia yang aktif melakukan hubungan seksual. Hal ini menunjukkan bahwa penularan pada homoseksual dan heteroseksual merupakan pola transmisi utama. Kelompok masyarakat berisiko tinggi mencakup mereka yang melakukan hubungan seksual dengan banyak pasangan seksual, kaum homoseksual atau biseksual. Kelompok homoseksual meningkat secara signifikan dan menjadi jalur penularan HIV yang dominan di Cina tahun 2009-2010 terdapat 57,9% dan tahun 2011-2012 menjadi 69,0%. Laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL) antara kelompok usia 21-30 tahun yang sudah menikah 42,4%, sedangkan yang belum menikah 61,6% (Setiarto et al., 2021).

2.1.3.2 Penyebab penyakit (*Agent*)

HIV merupakan virus penyebab AIDS yang merupakan golongan retrovirus yang mudah bermutasi. Hal ini menyulitkan pembuatan obat

yang dapat membunuh virus tersebut. Pada dasarnya virus HIV sangat lemah dan mudah mati di luar tubuh. HIV merupakan virus yang sensitif terhadap pengaruh lingkungan seperti air mendidih, sinar matahari dan berbagai disinfektan (Setiarto et al., 2021).

2.1.3.3 Faktor lingkungan (*Environment*)

Faktor lingkungan (*environment*) adalah segala faktor yang berasal dari luar individu, baik yang berasal dari lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan sosial yang merupakan faktor risiko HIV/AIDS meliputi teman sebaya, tenaga kesehatan. Dukungan dari tenaga kesehatan dapat berupa kenyamanan fisik, psikologis, perhatian atau bantuan yang diterima individu dari tenaga kesehatan. Dukungan yang diberikan oleh tenaga kesehatan juga dapat berupa dukungan emosional, instrumental maupun informasi. Dukungan tenaga kesehatan memegang peranan yang sangat penting dalam merubah perilaku kesehatan seseorang dengan cepat. Faktor keluarga merupakan unit terkecil dalam tatanan masyarakat sebagai bagian terdekat dan paling berpengaruh terhadap seseorang. Dukungan berupa informasi maupun instrumental dari keluarga dapat mempengaruhi keputusan dan tindakan seseorang (Alamsyah et al., 2020).

Faktor lingkungan merupakan penjumlahan dari seluruh kondisi eksternal yang mempengaruhi kehidupan, seperti halnya penyakit HIV/AIDS. Faktor lingkungan sosial yang mempengaruhi kejadian HIV/AIDS pada laki-laki usia 25-44 tahun adalah transfusi darah (donor dan penerima), penyalahgunaan narkoba, pola konsumsi alkohol, akses terhadap ketersediaan sarana di pelayanan kesehatan (kondom), faktor sosial budaya, dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan, akses ke tempat PSK, akses ke pelayanan kesehatan (Setiarto dkk., 2021).

2.1.4 Manifestasi Klinis HIV AIDS

Menurut Hidayati dkk. (2019), secara umum infeksi HIV tidak akan langsung memperlihatkan tanda atau gejala tertentu. Dalam perjalanannya, infeksi HIV dapat melalui 3 fase klinis yaitu :

2.1.4.1 Infeksi Akut

Infeksi akut dapat terjadi pada 2-6 minggu setelah terinfeksi HIV. Gejala yang mungkin terjadi penyakit menyerupai gejala flu yang dapat berlangsung selama beberapa minggu. Hal tersebut merupakan respon alami tubuh terhadap infeksi yang masuk ke dalam tubuh. Ketika HIV menginfeksi sel target, terjadi proses replikasi yang menghasilkan jutaan virus baru (virion), terjadi viremia yang menyebabkan sindrom infeksi akut dengan gejala yang mirip sindrom mirip flu. Gejala lain yang mungkin terjadi dapat berupa demam, nyeri saat menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, nyeri otot dan sendi, atau batuk.

2.1.4.2 Infeksi Laten

Setelah infeksi akut terjadi infeksi asimtomatik (tanpa gejala) biasanya berlangsung selama 8-10 tahun. Pembentukan respons imun spesifik HIV dan terperangkapnya virus dalam sel dendritik folikuler di pusat germinativum kelenjar getah bening membuat virion terkendali, gejalanya hilang dan mulai memasuki fase laten. Meskipun virion di plasma menurun pada fase ini, replikasi virus tetap terjadi di dalam kelenjar limfe dan jumlah limfosit T-CD4 perlahan menurun walaupun belum menunjukkan gejala (asimtomatis). Beberapa pasien dimungkinkan dapat menderita sarkoma kaposi, herpes zoster, herpes simpleks, sinusitis bakterial, atau pneumonia yang mungkin tidak berlangsung lama.

2.1.4.3 Infeksi Kronis

Sekelompok kecil orang dapat mengalami perjalanan penyakit yang sangat cepat dalam waktu 2 tahun, namun ada juga orang yang

perjalanannya lambat (*nonprogressor*). Akibat replikasi virus yang diikuti kerusakan dan kematian sel dendritik folikuler akibat banyaknya virus, fungsi kelenjar getah bening sebagai perangkap virus menurun dan virus dkeluarkan ke dalam darah. Jika hal tersebut terjadi, respon imun sudah tidak mampu mengurangi jumlah virion yang berlebih. Limfosit T-CD4 semakin ditekan dengan meningkatnya intervensi HIV dan mungkin dapat menurun hingga di bawah 200 sel/mm³. Penurunan limfosit T ini menyebabkan melemahnya sistem kekebalan tubuh, dan pasien menjadi semakin rentan terhadap berbagai penyakit infeksi sekunder, dan akhirnya pasien mencapai keadaan AIDS.

Ketika sistem kekebalan tubuh melemah, ODHIV mulai menunjukkan gejala akibat infeksi oportunistik seperti penurunan berat badan, demam berkepanjangan, rasa lemah, pembesaran kelenjar getah bening, diare, TBC, infeksi jamur, herpes, dan lain-lain. Sekitar 50% dari semua orang yang terinfeksi HIV, 50% berkembang masuk dalam tahap AIDS sesudah 10 tahun, dan sesudah 13 tahun, hampir semua menunjukkan gejala AIDS, kemudian meninggal.

2.1.5 Stadium Klinis HIV AIDS

Derajat berat infeksi HIV untuk keperluan surveilans dapat ditentukan sesuai stadium klinis dari WHO, dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 1. Klasifikasi Stadium Klinis HIV/AIDS Menurut WHO

Klasifikasi	Stadium Klinis WHO
Asimtomatik	1
Ringan	2
Sedang	3
Berat	4

Sumber (Hidayati dkk., 2019)

Berdasarkan stadium klinisnya, infeksi HIV pada orang dewasa dibagi menjadi 4 stadium yaitu stadium 1, stadium 2, stadium 3, dan stadium 4.

Pada stadium pertama pasien tidak menunjukkan gejala (asimtomatik), dan dapat juga terjadi limfadenopati generalisata yang persisten. Penderita asimtomatik tanpa gejala yang terjadi pada masa inkubasi yang berlangsung antara 7 bulan hingga 7 tahun. Pada stadium kedua dapat menunjukkan beberapa gejala antara lain mungkin muncul seperti penurunan berat badan derajat sedang yang tidak dapat dielakkan ($<10\%$ BB), infeksi saluran napas atas berulang (episode saat ini, ditambah 1 episode atau lebih dalam 6 bulan), *herpes zoster*, *cheilitis angularis*, sariawan berulang (2 episode atau lebih dalam 6 bulan), erupsi popular pruritic, dermatitis seboroik, dan infeksi jamur pada kuku. Pada stadium 1 dan stadium 2 disebut juga dengan stadium awal.

Pada stadium lanjut, stadium ketiga terjadi penurunan berat badan derajat berat yang tidak diketahui penyebabnya ($>10\%$ berat badan), diare kronis yang tidak diketahui penyebabnya >1 bulan, demam terus menerus tanpa sebab yang jelas ($>37,6^{\circ}\text{C}$ intermiten atau konstan >1 bulan), kandidiasis oral persisten, *oral hairy leukoplakia*, tuberkulosis paru, infeksi bakterial berat (pneumonia, meningitis, empiema, piomiositis, infeksi tulang atau sendi, bakteremia, radang panggul berat), stomatitis, gingivitis, atau periodontitis ulseratif nekrotikans akut, anemia yang tidak dapat dijelaskan (<8 g/dl), neutropenia ($<1000/\text{mm}^3$) dan atau trombositopenia kronik ($<50,000/\text{mm}^3$, >1 bulan).

Pada stadium keempat dapat terjadi HIV *wasting syndrome*, *pneumonia pneumocystis*, *pneumonia* bakterial berulang (episode saat ini ditambah satu episode atau lebih dalam 6 bulan terakhir), infeksi herpes simpleks kronis (*orolabial*, *genital* atau *anorektal*) selama >1 bulan, atau viseral tanpa melihat lokasi ataupun durasi, *candidiasis esophageal*, tuberkulosis ekstra paru, sarkoma kaposi, infeksi *sitomegalovirus* (*retinitis* atau infeksi CMV pada organ lain kecuali liver, limpa, dan kelenjar getah bening), toksoplasmosis otak, ensefalopati HIV, kriptokokosis ekstrapulmonar (termasuk meningitis), infeksi mikobakteria non-tuberkulosis diseminata,

progressive multifocal leukoencephalopathy, *criptosporidiosis* kronik, *isosporiasis* kronik, *mikosis diseminata* (*histoplasmosis*, *coccidiomycosis*), *septicemia* berulang (termasuk *salmonella nontifoid*), limfoma (sel B non-hodgkin atau limfoma *serebral*) atau tumor solid terkait HIV lainnya, *carcinoma servix invasive*, *leishmaniasis diseminata atipikal* (Hidayati dkk., 2019).

2.1.6 Komplikasi HIV/AIDS

Komplikasi pada HIV/AIDS menurut Hidayati et al. (2019) dapat terjadi pada seluruh bagian organ dan fungsi tubuh manusia. Komplikasi tersebut antara lain:

a. Oral Lesi

Oral lesi dapat terjadi akibat malnutrisi, dehidrasi, penurunan berat badan, kelelahan, cacat, *candidia*, *herpes simplex*, *sarcoma kaposi*, *HPV oral*, *gingivitis*, *peridontitis HIV*, dan *leukoplakia oral*.

b. Neurologis

Komplikasi neurologis yang mungkin dapat terjadi antara lain kompleks demensia AIDS yang disebabkan oleh serangan langsung HIV pada sel saraf yang menyebabkan perubahan kepribadian, kerusakan kemampuan motorik, kelemahan, disfasia, dan isolasi sosial. Ensefalopati akut mungkin disebabkan reaksi terapeutik, hipoksia, hipoglikemia, ketidakseimbangan elektrolit, meningitis atau ensefalitis dengan efek : sakit kepala, malaise, demam, paralise total/parsial.

c. Gastrointertinal

Diare merupakan penyakit saluran cerna pada penderita HIV/AIDS yang disebabkan oleh infeksi *protozoa cryptosporidium* pada mukosa usus kecil. Diare disebabkan oleh ketidakseimbangan keasaman lambung, motilitas usus, imunitas dan juga lingkungan mikroflora usus. Diare pada HIV dapat terjadi pada semua stadium klinis, baik stadium awal maupun lanjut. Pada tahap awal HIV, diare biasanya ringan dan dapat sembuh sendiri tanpa pengobatan. Pada tahap lanjut, diare menjadi kronis bersamaan dengan fungsi imun tubuh yang semakin

menurun sehingga dapat terjadi penurunan berat badan dan malnutrisi (Gultom, 2022).

d. Respirasi

Tuberkulosis merupakan infeksi yang sering terjadi pada ODHIV di Indonesia. Tuberkulosis Paru merupakan jenis tuberkulosis yang paling sering dijumpai pada penderita HIV (Muna dan Cahyati, 2019). Penderita HIV/AIDS dan TB paru paling banyak pada rentang usia 31-40 tahun dan pada pengamatan bentuk lesi pada paru paling banyak mengalami bentuk lesi tipikal, dan paling banyak terkena pada satu atau dua lobus paru saja, dan untuk luas lesinya sendiri paling banyak terkena (M. Putra dkk., 2023). Infeksi lain pada saluran pernafasan dapat terjadi karena karena *pneumocystic carinii*, *cytomegalovirus*, *virus influenza*, *pneumococcus* dan *strongyloides* dengan efek sesak nafas pendek, batuk, nyeri, hipoksia, kelelahan, gagal nafas.

e. Dermatologik

Penyakit kulit dapat terjadi pada semua pasien selama infeksi HIV. Hal tersebut terjadi akibat dari defisiensi imun yang didapat ataupun dari efek pengobatan. Spektrum manifestasi infeksi HIV pada kulit cukup luas dan beragam. Stadium spesifik dari penyakit HIV (sindrom HIV akut, sindrom rekonstitusi imun, penyakit laten klinis, dan penyakit lebih lanjut) cenderung berhubungan dengan munculnya kelainan kulit yang berbeda. Manifestasi kulit dari sindrom rekonstitusi imun antara lain disebabkan oleh infeksi, inflamasi, dan keganasan sensorik (Hidayati dkk., 2019).

2.1.7 Penularan HIV

Faktor risiko terbesar penularan HIV/AIDS adalah perilaku seksual. Pasangan seks lebih dari satu yang tidak menggunakan kondom dalam melakukan aktivitas seksual yang berisiko merupakan faktor penting dalam penularan HIV/AIDS. Penggunaan kondom merupakan cara pencegahan penyebaran HIV/AIDS yang efektif dalam melakukan aktivitas seksual. Selain itu, sex anal merupakan salah satu faktor perilaku seksual yang

mendorong penularan HIV/AIDS. Penggunaan narkotika dan obat-obatan terlarang (narkoba) secara suntik atau *injecting drug user* (IDU) merupakan faktor penularan HIV/AIDS yang terjadi termasuk di Indonesia. Faktor lainnya yaitu penularan secara parental dari ibu HIV/AIDS ke anak. (Riyatin dkk., 2019).

2.1.8 Pencegahan Penularan HIV

Secara umum terdapat 5 cara utama pencegahan HIV/AIDS yaitu dengan metode ABCDE (*Abstinence, Be Faithful, Condom, Drug No, Education*). Pertama yaitu *Abstinence* dapat diartikan sebagai tidak adanya hubungan seks atau tidak melakukan hubungan seks bagi mereka yang belum menikah terutama hubungan seks beresiko. Kedua adalah *Be Faithful* yang artinya bersikap saling setia pada satu pasangan seks agar tidak berganti-ganti pasangan. Ketiga adalah *Condom* yaitu pencegahan penularan HIV dengan menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual. Keempat adalah *Drug No* yaitu dilarang menggunakan narkoba jenis apapun. Kelima adalah *Education* yaitu pemberian edukasi dan informasi yang tepat mengenai HIV, penularan, pencegahan dan pengobatannya (Tanjung dkk., 2022).

Pengobatan ARV saat ini merupakan cara paling efektif dalam pencegahan penularan HIV. Pemberian ARV secara dini dapat menurunkan penularan HIV sebesar 93% pada pasangan serodiskordan (pasangan seksual non-HIV). Penurunan kadar *viral load* dengan menggunakan ARV terbukti berhubungan dengan rendahnya konsentrasi virus pada sekresi genital. Upaya preventif dengan menggunakan ARV merupakan bagian dari *treatment as prevention* (TasP) (Kemenkes RI, 2019).

2.1.9 Pengobatan HIV AIDS

Terapi ARV merupakan salah satu penatalaksanaan medis dalam pengobatan pasien HIV. Sebagai salah satu program perawatan dukungan dan pengobatan, tujuan terapi ARV adalah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat HIV. Selain itu terapi ARV bertujuan untuk menurunkan angka kematian akibat AIDS (*AIDS-related death*),

serta mampu meningkatkan kualitas hidup penderita HIV. Bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHIV), terapi ARV adalah sebuah solusi yang mampu mengurangi *viral load* serta mengurangi penularan HIV. (Mukarromah dan Azinar, 2021).

Berdasarkan studi literatur (Kensanovanto dan Perwitasari, 2022), kepatuhan ODHA berhubungan dengan keberhasilan terapi ARV. Tingkat kepatuhan terhadap keberhasilan terapi pada orang dengan penderita HIV/AIDS dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain adanya niat dari diri pasien dalam terapi dan juga pengetahuan tentang terapi pada HIV/AIDS. Pengetahuan tentang terapi pengobatan antiretroviral menjadi faktor yang paling kuat dalam mempengaruhi kepatuhan terapi obat antiretroviral.

Berdasarkan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana HIV tahun 2019 terdapat beberapa paduan terapi pada pengobatan ARV yaitu lini pertama, lini kedua, dan lini ketiga.

2.1.9.1 Paduan ARV Lini Pertama

Paduan ARV lini pertama harus terdiri dari dua *nucleoside reversetranscriptase inhibitors* (NRTI) ditambah satu *non-nucleoside reversetranscriptase inhibitor* (NNRTI).

- a. Paduan terapi ARV lini pertama untuk orang dewasa, termasuk ibu hamil dan menyusui, terdiri atas 3 kombinasi obat ARV. Paduan tersebut harus terdiri dari 2 obat kelompok NRTI +1 obat kelompok NNRTI. TDF+3TC (atau FTC) +EFV dalam bentuk kombinasi dosis tetap merupakan pilihan yang sangat direkomendasikan untuk paduan terapi ARV lini pertama. Apabila TDF+3TC (atau FTC) +EFV dikontraindikasikan atau tidak tersedia, pilihannya adalah: AZT+3TC+EFV, AZT+3TC+NVP, atau TDF+3TC (atau FTC) +NVP. Kemudian TDF+3TC (atau FTC) +EFV dapat digunakan sebagai alternatif paduan terapi ARV lini pertama.

- b. Paduan terapi ARV lini pertama untuk remaja (10-19 tahun) terdiri atas 3 kombinasi obat ARV. Paduan tersebut harus terdiri dari 2 obat kelompok NRTI+1 obat kelompok NNRTI. TDF+3TC (atau FTC) +EFV dalam bentuk kombinasi dosis tetap merupakan pilihan paduan terapi ARV lini pertama yang sangat direkomendasikan pada remaja. TDF+3TC (atau FTC) +EFV dapat digunakan sebagai alternatif paduan terapi ARV lini pertama pada remaja. Jika paduan terapi ARV lini pertama di atas memiliki indikasi kontra atau tidak tersedia, salah satu paduan terapi berikut dapat : AZT+3TC+EFV, AZT+3TC+NVP, TDF+3TC (atau FTC) +NVP.
- c. Paduan terapi ARV lini pertama untuk anak berusia 3-10 tahun pilihan paduan kelompok NRTI yaitu AZT atau TDF+3TC (atau FTC), atau ABC+3TC. Untuk anak terinfeksi HIV berusia >3 tahun, paduan kelompok NNRTI terpilih adalah EFV dengan alternatif NVP.
- d. Paduan terapi ARV lini pertama untuk anak berusia kurang dari 3 tahun terdiri atas 2 obat kelompok NRTI dan 1 obat kelompok PI, sedangkan paduan alternatif yang sangat direkomendasikan terdiri atas 2 obat kelompok NRTI dan 1 obat kelompok NNRTI. Pilihan paduan kelompok NRTI adalah ABC atau AZT dikombinasikan dengan 3TC. Paduan berbasis LPV/r harus digunakan sebagai pilihan lini pertama ARV pada anak berusia <3 tahun, tanpa melihat riwayat pajanan terhadap kelompok NNRTI sebelumnya. Bila LPV/r tidak tersedia, terapi harus diinisiasi dengan paduan berbasis NVP. Apabila tersedia pemantauan *viral load*, dapat dipertimbangkan perubahan paduan LPV/r menjadi EFV setelah usia >3 tahun, dengan syarat tercapai supresi virus persisten.

2.1.9.2 Paduan ARV Lini Kedua

- a. Paduan terapi ARV lini kedua untuk orang dewasa sangat direkomendasikan menggunakan kombinasi 2 NRTI dan 1 *boosted*-PI. Pilihan paduan NRTI lini kedua yaitu apabila pasien merupakan kategori kegagalan terapi ARV lini pertama dengan paduan TDF+3TC

(atau FTC), paduan kelompok NRTI lini kedua yang sangat direkomendasikan terpilih adalah AZT+3TC. Apabila pasien merupakan kategori kegagalan terapi ARV lini pertama dengan paduan AZT+3TC, paduan kelompok NRTI lini kedua yang sangat direkomendasikan terpilih adalah TDF+3TC (atau FTC). Pilihan *boosted*-PI pada paduan lini kedua yang sangat direkomendasikan adalah LPV/r. Dewasa dan remaja (≥ 10 tahun), jika AZT digunakan sebagai lini pertama maka pilihan berikutnya adalah TDF digunakan sebagai lini pertama ARV.

- b. Paduan terapi ARV lini kedua untuk anak apabila terjadi kegagalan terapi ARV lini pertama berbasis LPV/r, paduan harus berganti rekomendasi sesuai kondisi kepada paduan terapi ARV lini kedua yang terdiri atas 2 paduan kelompok NNRTI+EFV. Apabila kegagalan terapi ARV lini pertama berbasis NNRTI, anak terinfeksi HIV harus berganti kepada paduan terapi ARV lini kedua berbasis paduan kelompok PI. Pilihan paduan dari kelompok PI yang merupakan pilihan pertama adalah LPV/r. Apabila kegagalan terapi ARV lini pertama dengan paduan ABC atau TDF+3TC, paduan kelompok NRTI lini kedua yang terpilih adalah AZT+3TC. Apabila kegagalan terapi ARV lini pertama dengan paduan AZT+3TC, paduan kelompok NRTI lini kedua yang terpilih adalah ABC atau TDF+3TC (atau FTC).

2.1.9.3 Paduan ARV Lini Ketiga

Paduan ARV lini ketiga sebaiknya menggunakan obat dengan risiko resistensi silang dengan paduan yang digunakan sebelumnya dan rekomendasi sesuai kondisi seperti NRTI, NNRTI generasi kedua dan PI. Pasien yang gagal dalam terapi lini kedua namun tidak mempunyai alternatif terhadap ARV lini ketiga, tetap melanjutkan paduan obat yang dapat ditoleransi sebelumnya. Rekomendasi yang ada saat ini hanya untuk remaja dan dewasa yaitu LPV/r + DTG+1-2 NRTI .

2.1.10 Keberhasilan Pengobatan HIV/AIDS

Keberhasilan pengobatan pada ODHIV dapat dinilai berdasarkan tiga hal, yaitu keberhasilan klinis, keberhasilan imunologis, dan keberhasilan virologis. Keberhasilan klinis adalah munculnya perubahan klinis pasien HIV seperti peningkatan berat badan atau perbaikan infeksi oportunistik setelah pemberian ARV. Keberhasilan imunologis dapat diartikan sebagai perubahan jumlah limfosit CD4 menuju perbaikan, yaitu peningkatan yang lebih tinggi setelah pemberian ARV dibandingkan awal pengobatan. Sementara itu, keberhasilan virologis diketahui karena jumlah virus dalam darah menurun setelah pemberian ARV. Target yang ingin dicapai dalam keberhasilan virologis yakni tercapainya jumlah virus serendah mungkin atau di bawah batas deteksi/tak terdeteksi (*undetectable viral load*) (Karyadi, 2017).

Ketidakberhasilan/kegagalan virologis merupakan tanda awal kegagalan pengobatan kombinasi obat ARV. Kegagalan virologis kemudian akan diikuti oleh kegagalan imunologis dan akhirnya terjadi kegagalan klinis. Timbulnya kembali infeksi oportunistik merupakan tanda kegagalan klinis. Hal ini disebabkan oleh rendahnya jumlah limfosit CD4 yang disebabkan oleh resistensi virus terhadap obat ARV yang digunakan. Kegagalan virologis muncul lebih awal dibandingkan kegagalan imunologis dan klinis. Oleh karena itu, pemeriksaan *viral load* akan mendeteksi kegagalan pengobatan dibandingkan dengan pemantauan menggunakan kriteria imunologis maupun klinis, sehingga mencegah meningkatnya morbiditas dan mortalitas pasien HIV (Karyadi, 2017).

Pemeriksaan *viral load* dapat mendeteksi lebih awal dan akurat terjadinya kegagalan pengobatan dibandingkan dengan pemantauan menggunakan kriteria imunologis dan klinis. Selain itu, pemeriksaan *viral load* juga dapat dijadikan sebagai dasar informasi dalam memutuskan penggantian paduan dari lini pertama menjadi lini kedua dan seterusnya untuk mendapatkan hasil klinis yang lebih baik. Sebanyak 70% pasien yang

mendapatkan ARV lini pertama dengan *viral load* yang tinggi akan mengalami penurunan *viral load* setelah mendapat intervensi kepatuhan. *Viral load* juga digunakan untuk menduga risiko transmisi kepada orang lain, terutama pada ODHA hamil dan pada tingkat populasi. (Kemenkes RI, 2019).

Kemajuan substansial baik dalam pemahaman maupun dalam solusi teknis dimungkinkan didapatkan melalui tes *viral load*. Secara global, akses pemberian terapi ARV pada ODHIV terjadi peningkatan. Pemeriksaan *viral load* dilakukan agar pemberian pengobatan ARV dapat secara efektif didalam mempertahankan hidup penderita serta untuk mengetahui seberapa tinggi *viral load* ODHIV selama proses pengobatan terapi ARV. Pemeriksaan *viral load* adalah metode pemantauan yang direkomendasikan untuk mengkonfirmasi kegagalan pengobatan ARV dimana *viral load* sendiri dapat melihat jumlah Asam Ribonukleat dari HIV (RNA) (Dewanti dan Handayani, 2021).

Pemeriksaan *viral load* dilakukan dengan 2 strategi, yaitu pemeriksaan rutin dan pemeriksaan terbatas. Strategi pemeriksaan *viral load* rutin dilakukan pada 6 bulan setelah memulai pengobatan, kemudian 12 bulan setelah pengobatan, dan selanjutnya setiap 12 bulan. Pada kondisi pemeriksaan *viral load* terbatas atau *targeted viral load*, maka strategi yang digunakan adalah pemeriksaan *viral load* dilakukan ketika terdapat kecurigaan kegagalan pengobatan ARV berdasarkan kriteria klinis dan imunologis. Jika terdapat dugaan kegagalan klinis dan imunologis, penggunaan strategi pemeriksaan *viral load* terbatas akan lebih murah dibandingkan dengan pemeriksaan *viral load* rutin, namun berpotensi terjadi keterlambatan perubahan lini, yang pada akhirnya dapat menyebabkan meningkatkan progresivitas penyakit, transmisi HIV, dan resistensi ARV (Kemenkes RI, 2019)

Kriteria kegagalan pengobatan dapat dilihat dari berbagai aspek, yaitu

kriteria *virologis*, *imunologis*, dan klinis. Kriteria terbaik yang menjadi parameter kriteria *virologis*, namun bila tidak dapat dilakukan pemeriksaan laboratorium maka digunakan kriteria imunologis. Sebaiknya tidak menunggu kriteria klinis terpenuhi agar dapat mengganti ke lini selanjutnya lebih awal. Pasien harus menggunakan ARV minimal 6 bulan sebelum dinyatakan gagal terapi dalam keadaan kepatuhan yang baik. Jika kepatuhannya tidak baik atau berhenti minum obat, penilaian kegagalan dilakukan setelah minum obat kembali secara teratur minimal 3-6 bulan (Damayanti, 2019).

World Health Organization (WHO) merekomendasikan ambang batas 1000 kopi/mL dalam menentukan kegagalan virologis. Hal ini didasarkan penelitian yang menunjukkan bahwa risiko transmisi HIV dan progresi penyakit sangat rendah pada *viral load* di bawah 1000 kopi/mL. *Viral load* yang rendah (5-1000 kopi/mL) kadang dapat ditemukan namun tidak berkaitan dengan kejadian kegagalan terapi. Kegagalan virologis dapat terjadi karena beberapa sebab. Salah satu penyebab yang utama adalah kepatuhan pasien. Resistensi ARV primer yang ditransmisikan dapat menjadi penyebab lainnya, selain faktor efek samping obat, malabsorpsi, interaksi obat ARV dengan obat lain, termasuk obat di luar resep dokter (Kemenkes RI, 2019). Berdasarkan Permenkes No. 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus*, *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, Dan Infeksi Menular Seksual, pengobatan pasien HIV bertujuan menurunkan jumlah virus (*viral load*) sampai tidak terdeteksi HIV dalam darah.

2.1.11 Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan

Standar emas untuk menilai kegagalan pengobatan adalah *viral load*. Beberapa pasien masih gagal dalam pengobatan dan memerlukan pengobatan lini kedua dan bahkan ketiga. (Billjudika dan Sawitri, 2019).

Faktor utama dalam mencapai keberhasilan pengobatan ARV dalam menekan jumlah virus HIV dalam tubuh manusia yaitu kepatuhan (*adherence*). Penekanan jumlah virus yang lama dan stabil bertujuan agar sistem imun tubuh tetap terjaga tinggi. Dengan demikian, orang yang terinfeksi virus HIV akan mendapatkan kualitas hidup yang baik dan juga mencegah terjadinya kesakitan dan kematian (Aryani dkk., 2021).

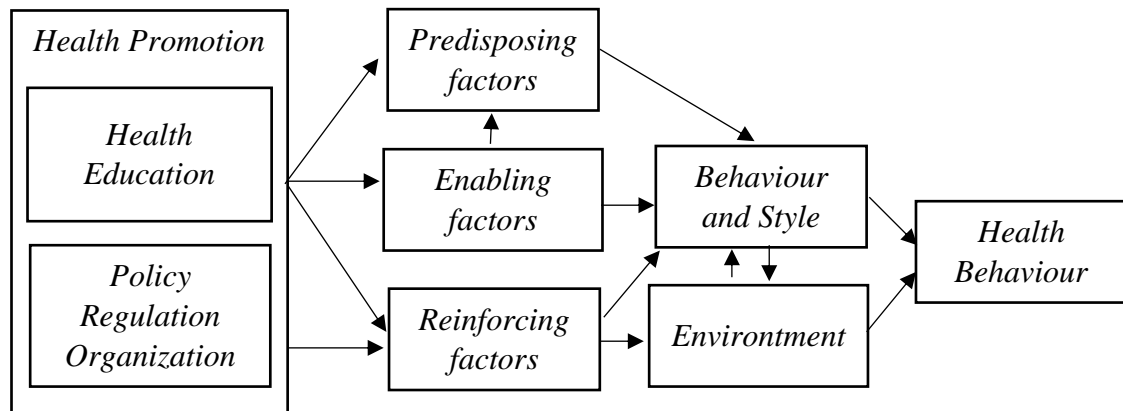
Berbagai faktor menyebabkan besarnya kadar *viral load* pada ODHIV meskipun mekanismenya belum jelas. Berbagai studi telah dilakukan tentang faktor-faktor mempengaruhi yang dapat digolongkan menjadi:

- a. Faktor sosiodemografi seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, jarak tempat pelayanan kesehatan, pendidikan, status marital, dan tempat tinggal;
- b. Faktor klinis, seperti perubahan berat badan, berat badan, BMI, perilaku berisiko HIV/AIDS, stadium saat memulai ART, kombinasi obat ARV, regimen ARV, nilai CD4, *coinfeksi*, dan kadar *haemoglobin*;
- c. Faktor perilaku, seperti ketaatan terapi (Billjudika dan Sawitri, 2019).

Para ahli perilaku kesehatan menggunakan teori-teori perilaku kesehatan dalam berbagai penelitian bidang kesehatan yang menganalisis perilaku individu maupun masyarakat. Secara umum seseorang berperilaku memiliki 4 alasan pokok (determinan), yaitu: pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personal reference*), sumber daya (*resource*) yang tersedia, dan sosio budaya setempat (*culture*) (Irwan, 2017).

Teori Lawreen Green (1991) menerangkan faktor-faktor yang menentukan perilaku sehingga menimbulkan perilaku yang positif yakni faktor *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing*. Teori ini ini dikembangkan oleh Lawrence Green dari teorinya tahun 1980. Lawrence Green menganalisa perilaku manusia manusia dari tingkat kesehatan, dimana kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku dan faktor

diluar prilaku. Terdapat 3 faktor yang mempengaruhi prilaku yaitu *Predisposing*, *Enabling*, dan *Reinforcing Causes* in Educational Diagnosis and Evaluation (PRECEDE) (Irwan, 2017).



Gambar 1. Precede-proceed model for health promotion planing and evaluation (Laurence Green, 1991 dalam Irwan, 2017)

a. Faktor *Predisposing*

Faktor predisposisi atau *predisposing factors* adalah faktor yang mempermudah, mendasari atau memotivasi untuk melakukan suatu tindakan, nilai dan kebutuhan yang dirasakan. Faktor ini mengacu pada motivasi individu atau kelompok untuk bertindak sesuai dengan perilaku tertentu. Faktor predisposisi biasanya dianggap sebagai pertimbangan pribadi seseorang atau kelompok yang mempengaruhi terjadinya suatu perilaku. Pertimbangan tersebut dapat mendukung atau menghambat terjadinya perilaku. Yang termasuk dalam kelompok faktor predisposisi adalah pengetahuan, sikap, nilai-nilai budaya, persepsi. Selain itu, beberapa karakteristik individu misalnya usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan, dapat menjadi faktor terjadinya prilaku (Pakpahan dkk., 2021)

Faktor *predisposing* yang meliputi karakteristik individu, pendidikan, pengetahuan, sikap penderita, dan faktor pemungkin (stadium klinis, lama pengobatan, dan kepatuhan pengobatan (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan penelitian Putra dan Pradnyani (2022), diketahui bahwa

usia memiliki pengaruh terhadap keberhasilan pengobatan, usia pasien yang semakin tua cenderung tidak berhasil dalam pengobatan.

b. Faktor *Enabling*

Faktor *enabling* merupakan faktor yang mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku. Faktor ini terdiri dari sarana dan prasarana yang memungkinkan terjadinya perubahan perilaku kesehatan seseorang. Faktor *enabling* meliputi efek samping obat, jenis pengobatan dan akses pelayanan kesehatan, serta faktor penguat (Notoatmodjo, 2010).

Faktor *enabling* seringkali merupakan kondisi dari lingkungan yang memungkinkan seseorang atau organisasi melakukan aktivitasnya. Kondisi yang berlaku sebagai hambatan dari tindakan merupakan bagian dari faktor *enabling*, seperti ketiadaan sarana transportasi yang menghambat partisipasi seseorang dalam program kesehatan. Faktor *enabling* juga meliputi keterampilan baru yang diperlukan seseorang, organisasi atau masyarakat untuk membuat suatu perubahan perilaku atau lingkungan. Faktor *enabling* menjadi target intervensi program berupa sumber daya dan keterampilan baru untuk membuat suatu tindakan kesehatan dan tindakan organisasi yang dibutuhkan untuk merubah lingkungan. Sumber daya dapat mencakup organisasi dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan, petugas, sekolah, klinik atau sumber daya sejenis (Pakpahan dkk., 2021).

c. Faktor *Reinforcing*

Faktor penguat atau *reinforcing factors* yaitu faktor yang memperkuat atas terjadinya suatu perilaku tertentu serta merupakan konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah pelaku menerima umpan balik positif dan akan mendapat dukungan sosial. Kelompok faktor *reinforcing* meliputi pendapat, dukungan sosial, pengaruh teman, kritik

baik dari teman-teman sekerja atau lingkungan bahkan juga saran dan umpan balik dari petugas kesehatan (Pakpahan dkk., 2021).

Faktor *reinforcing* dapat berasal dari kelompok referensi dari perilaku masyarakat meliputi perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat atau tetangga. Faktor *Reinforcing* yang meliputi sikap petugas kesehatan dan dukungan keluarga serta peran pengawas menelan obat (PMO). Dalam pengobatan HIV terdapat dukungan kelompok sebaya yang membantu dalam pengobatan HIV.

2.1.12 Kemudahan Akses Layanan

Mcintyre et al., (2009) dalam studi tentang akses pelayanan kesehatan berpendapat bahwa terdapat tiga dimensi yang menyusun akses layanan kesehatan tersebut yaitu dimensi *availability* (ketersediaan atau akses fisik), dimensi *affordability* (keterjangkauan atau akses keuangan), dan dimensi *acceptability* (penerimaan).

1. Dimensi *availability* (ketersediaan) berkaitan dengan pemenuhan pelayanan serta alat kesehatan termasuk penyedia layanan atau layanan kesehatan yang ada dapat memenuhi kebutuhan pengguna pelayanan kesehatan (masyarakat) secara tepat disediakan ditempat yang tepat. Selain itu juga pada waktu yang tepat untuk memenuhi kebutuhan yang berlaku dari populasi. Selain itu di sebutkan juga bahwa dimensi *availability* (ketersediaan) berkaitan dengan apakah penyedia layanan atau layanan kesehatan yang tepat disediakan ditempat yang tepat. Selain itu juga pada waktu yang tepat untuk memenuhi kebutuhan yang berlaku dari populasi.
2. Dimensi *affordability* (keterjangkauan) berkaitan dengan harga pelayanan kesehatan sesuai dengan pendapatan serta kemampuan membayar pengguna pelayanan kesehatan, tingkat kesesuaian antara biaya individu menggunakan layanan dan kemampuan individu untuk membayar dalam konteks anggaran rumah tangga dan tuntutan lain pada anggaran itu. Kemampuan untuk membayar berkaitan dengan

kemampuan individu untuk mengamankan dana dari rumah tangga atau keluarganya dan tuntutan lain yang ditempatkan pada sumber-sumber dana potensial.

3. Dimensi acceptability berkaitan dengan lokasi penyediaan pelayanan kesehatan terjangkau dengan lokasi pengguna pelayanan kesehatan, kesesuaian antara penyedia dan sikap pasien terhadap dan harapan satu sama lain. Sikap penyedia terhadap karakteristik pasien misalnya, jenis pasien, usia, jenis kelamin, ras atau etnis, bahasa dan sikap individu akan mempengaruhi kemampuan individu untuk menerima sebuah perawatan kesehatan.

2.1.13 Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan proses yang terjadi terus menerus disepanjang masa kehidupan manusia. Dukungan keluarga merupakan faktor pendukung (*supporting factors*) yang memiliki pengaruh terhadap gaya hidup dan perilaku seseorang sehingga dapat mempengaruhi status kesehatan dan kualitas hidup seseorang (Maryam dkk., 2018).

Interaksi yang berlangsung dalam berbagai hubungan sosial sebagaimana yang dievaluasi oleh individu merupakan fokus dukungan keluarga.

Bentuk dukungan keluarga menurut Friedman (2013) yaitu:

- a. Dukungan penilaian dapat diartikan keluarga bertindak sebagai pembimbing dan menengahi pemecahan masalah, menjadi sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, dan perhatian. Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi, sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Setiap individu umumnya mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, kemudian akan terjadi ekspresi penghargaan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-

- ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu melalui strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.
- b. Dukungan instrumental diartikan bahwa keluarga merupakan sumber bantuan yang praktis dan konkrit dalam hal kebutuhan finansial, makanan, minuman, dan istirahat. Dukungan instrumental ini juga diartikan juga suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dalam kehidupan nyata, dukungan keluarga merupakan sumber tujuan praktis dalam pencapaian tujuan yang nyata.
 - c. Dukungan informasional diartikan sebagai keluarga yang bertindak sebagai penyedia informasi, yakni keluarga menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Dukungan ini antara lain dapat berupa nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Keluarga dapat menyediakan informasi dan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stresor. Dalam dukungan informasi ini keluarga berperan sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi kepada individu.
 - d. Dukungan emosional diartikan keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk beristirahat, pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek dukungan emosional meliputi dukungan dalam bentuk afeksi, kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional mencakup ekspresi empati, perhatian, dorongan, kehangatan pribadi, kasih sayang, atau bantuan

emosional. Setiap perilaku yang meningkatkan kenyamanan dan membuat orang percaya bahwa mereka dipuji, dihormati, dan dicintai, serta bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian.

2.1.14 Dukungan Kelompok Sebaya

Kelompok dukungan sebaya (KDS) adalah suatu kelompok dimana dua atau lebih orang yang terinfeksi HIV berkumpul dan saling mendukung (Spirita, 2018). Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara dukungan kelompok sebaya dan kualitas hidup pada ODHA di KDS Arjuna Plus Semarang. HIV/AIDS termasuk dalam penyakit kronis yang harus dihadapi dengan sikap dan perilaku yang positif. Semakin positif sikap dan perilaku ODHA terhadap manajemen diri penyakit HIV/AIDS, maka semakin baik ODHA dalam mengikuti serta mengontrol pengobatan HIV/AIDS (Ayuningtyas et al., 2021).

Dukungan yang bersumber dari kelompok sebaya memiliki peran penting seperti dukungan yang bersumber dari keluarga. Peran dari dukungan sebaya adalah untuk mencapai mutu hidup yang lebih baik bagi ODHIV.

Peran dukungan sebaya antara lain :

- a. Membantu ODHIV agar tidak merasa sendiri dalam menghadapi masalah.
- b. Menyediakan kesempatan untuk bertemu orang lain dan berteman.
- c. Menolong menjadi lebih percaya diri dan merasa kuat.
- d. Berfungsi sebagai wadah untuk melakukan kegiatan.
- e. Mempertemukan orang dari berbagai latar belakang yang berbeda, serta menambah saling pengertian dan toleransi.
- f. Saling membantu berbagai sumber daya, ide, dan informasi, misalnya tentang pengobatan terbaru atau layanan dukungan setempat.
- g. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang keadaan yang dihadapi anggota kelompok dengan memberi wajah yang manusiawi pada ODHIV.

- h. Memberi suara yang lebih kuat untuk melakukan perubahan (advokasi).

Selain peran di atas, dukungan sebaya juga memiliki peran dalam mengurangi dampak sosial ekonomi pada ODHIV dan keluarganya. Program mitigasi dampak diberikan kepada mereka yang kurang beruntung yang membutuhkan dukungan (Spiritia, 2018).

2.1.15 Path Analysis

Terdapat banyak definisi mengenai *Path Analysis*, yaitu antara lain menurut Robert D. Retherford (1993) dalam (Duryadi, 2021), *path analysis* ialah suatu teknik menganalisis hubungan sebab akibat antar variabel yang terjadi pada regresi berganda namun variabel bebasnya memengaruhi variabel tergantung tidak hanya secara langsung tetapi juga secara tidak langsung. *Path analysis* merupakan teknik analisis hubungan sebab akibat yang inheren antar variabel yang disusun berdasarkan urutan temporer dengan menggunakan koefisien jalur sebagai besaran nilai dalam menentukan besarnya pengaruh variabel independen exogenous terhadap variabel dependen endogenous.

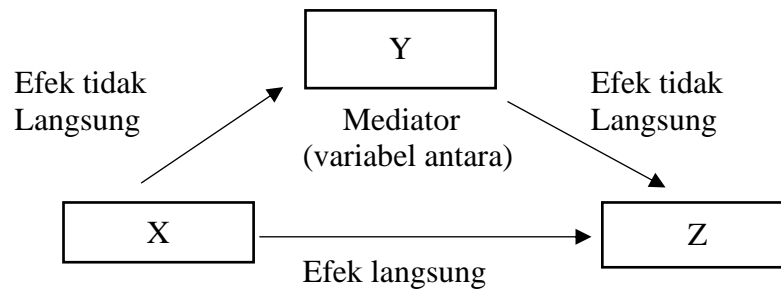
Path analysis memungkinkan peneliti untuk melakukan analisis model-model yang lebih kompleks yang tidak bisa dilakukan oleh regresi linier berganda dan juga dapat digunakan untuk mengetahui hubungan langsung maupun tidak langsung salah satunya melalui variabel intervening. Analisis jalur mempresentasikan hubungan kausal antar variabel dalam bentuk gambar agar semakin mudah dibaca. Penggambaran ini dilakukan untuk menjelaskan hubungan yang terjadi baik variabel dependen maupun independen ataupun hubungan lain terhadap variabel moderasinya.

Berbeda dari analisis data regresi yang hanya mempengaruhi secara langsung, analisis jalur mampu menganalisis data hubungan tidak langsung antar-variabel. Akibat dari keterbatasan yang dimiliki oleh

analisis regresi linear berganda, maka analisis jalur atau *path analysis* ini dapat digunakan pada semua yang diperlukan untuk keperluan analisis data berdasarkan nilai yang nantinya akan dibandingkan terhadap taraf signifikansinya. Analisis jalur digunakan untuk menelaah hubungan antara model kausal yang telah dirumuskan peneliti atas dasar pertimbangan teoritis dan pengetahuan tertentu, hubungan kausal selain didasarkan pada data, juga didasarkan pada pengetahuan, perumusan hipotesis dan analisis logis, sehingga dapat dikatakan analisis jalur dapat digunakan untuk menguji seperangkat hipotesis kausal serta untuk menafsirkan hubungan.

Menurut Bhisma Murti (2022) *path analysis* atau analisis jalur adalah suatu model analisis multivariat yang melibatkan banyak variabel berupa gabungan dari sejumlah model analisis regresi (bisa dua atau lebih) sehingga lebih kompleks yang dapat digunakan untuk menganalisis hubungan-hubungan antar variabel yang melibatkan variabel antara. Analisis jalur dapat digunakan untuk menganalisis hubungan-hubungan antar variabel yang terukur dalam skala kontinu maupun kategorikal. Dengan kata lain analisis jalur dapat digunakan untuk menganalisis hubungan-hubungan antar variabel dari beberapa model regresi linier (data kontinu) maupun beberapa model regresi logistic (data kategorikal).

Manfaat *path analysis* atau analisis jalur yaitu untuk menguji sebuah atau sejumlah teori yang kompleks dan digunakan untuk mengestimasi besarnya hubungan-hubungan antar konstruks (*variable*) yang melibatkan variabel antara. Path analysis merupakan sejumlah analisis regresi jika digabungkan menjadi model analisis jalur (*path analysis*) dengan menggunakan mediator variabel antara (*intervening variable*) untuk menganalisis hubungan langsung dan hubungan tidak langsung antara variabel X merupakan variabel eksogen, dan variabel Y dan Z merupakan variabel endogen yang terdapat pada gambar dibawah ini.



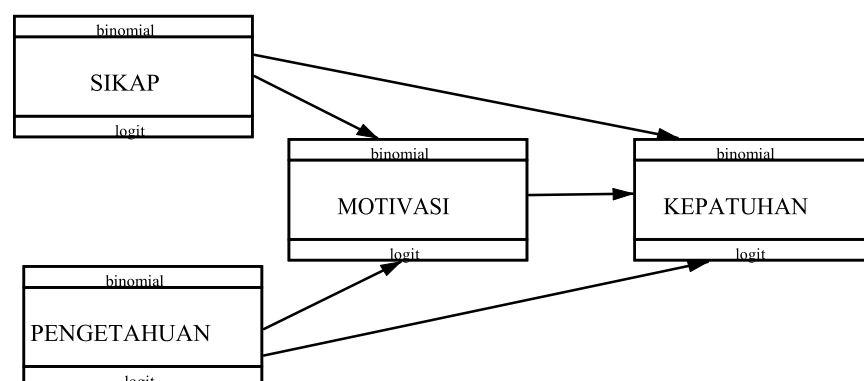
Gambar 2. Gambar Model Analisis Jalur

Tujuan Analisis jalur (*path analysis*) yaitu :

1. Melihat hubungan antar variabel yang didasarkan pada model apriori.
2. Menerangkan hubungan antar variabel-variabel dengan suatu model yang berurutan secara temporer.
3. Menggambarkan dan menguji suatu model sistematis dengan persamaan yang mendasarinya.
4. Menghitung besarnya pengaruh satu variabel independen eksogen atau lebih terhadap variabel endogen dependen eksogen lainnya (Duryadi, 2021).

Variabel dalam analisis jalur yaitu :

1. Variabel eksogen variabel yang tidak ada panah yg mengarah ke variabel tersebut.
2. Variabel endogen variabel yg ada panah yg mengarah ke variabel tersebut
3. Variabel antara memiliki panah yang mengarah dan yg meninggalkan variabel tersebut



Gambar 3. Contoh model analisis jalur

Pengolahan data pada analisis jalur (*path analysis*) dapat dilakukan salah satunya dengan menggunakan *software* pengolahan data yaitu salah satu perangkat lunak komputer untuk mengolah dan menganalisis data yang memiliki kelebihan dibandingkan pengolahan data yang lain. Stata mengestimasi dengan dua pendekatan yaitu :

1. *Structural Equation Modeling* (SEM) :

SEM digunakan jika variabel endogen menggunakan data kontinu

2. *Generalized Structural Equation Modeling* (GSEM) :

GSEM digunakan jika variabel endogen bukan menggunakan data kontinu

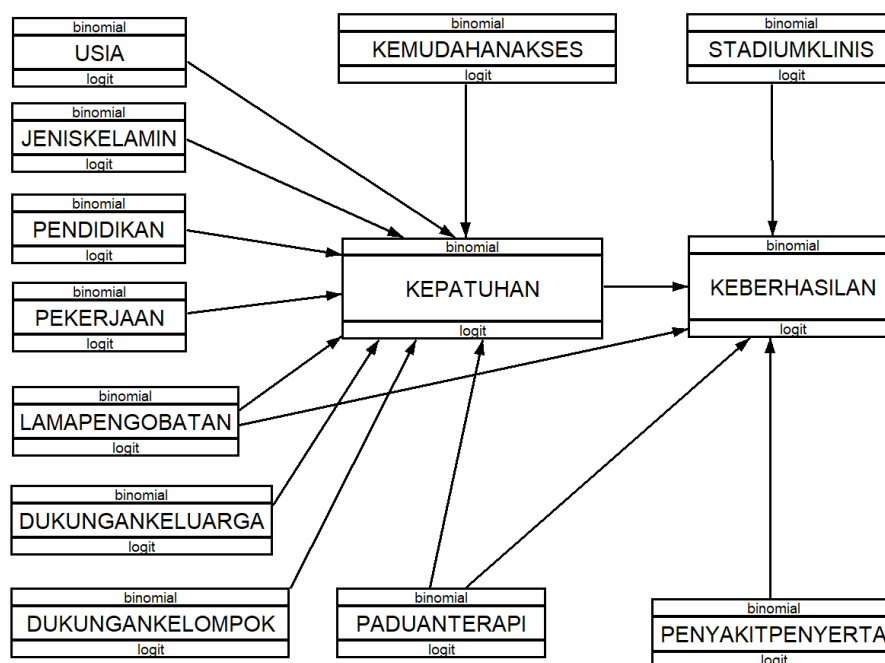
Penelitian ini menggunakan *path analysis* dengan pendekatan GSEM (*generalized structural equation modeling*), dimana GSEM digunakan jika variabel endogen bukan menggunakan data kontinu (data yang pengumpulan datanya di dapat dengan cara mengukur dengan alat ukur yang memakai skala tertentu misalnya suhu, berat, kecerdasan, dst.) Penelitian ini menggunakan data dikotomi atau data kategorik yaitu data yang bersifat pilah satu sama lain, data dikotomi di peroleh dari pengelompokan hasil pengukuran sesungguhnya yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, kemudahan akses layanan, paduan terapi, lama pengobatan, stadium klinis, penyakit penyerta, dukungan keluarga, dukungan kelompok sebaya, kepatuhan pengobatan, dan keberhasilan pengobatan.

Terdapat lima (5) langkah dalam menggunakan *Path Analysis* dengan menggunakan GSEM yaitu :

1. Spesifikasi model

Spesifikasi model adalah membuat diagram jalur berdasarkan teori dan hasil penelitian yang relevan sebelumnya, dalam penelitian ini yaitu berdasarkan teori PRECEDE PROCEED. Penelitian ini mengamati pengaruh 13 variabel, yaitu 2 variabel endogen yaitu

kepatuhan dan keberhasilan pengobatan serta 11 variabel eksogen yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama pengobatan, dukungan keluarga, dukungan kelompok sebaya, paduan terapi, kemudahan akses layanan stadium klinis, dan penyakit penyerta. Spesifikasi model menggambarkan pengaruh antar variabel yang diteliti, adapun dalam penelitian ini spesifikasi modelnya terdapat pada gambar dibawah ini.



Gambar 4. Spesifikasi model analisis jalur penelitian

Berdasarkan gambar 4 diatas bahwa dari spesifikasi model yang dibuat peneliti berdasarkan teori PRECEDE PROCEED menunjukkan bahwa keberhasilan pengobatan ARV secara langsung dipengaruhi oleh lama pengobatan kepatuhan, paduan terapi, penyakit penyerta, stadium klinis dan kemudahan akses. Kepatuhan pengobatan ARV secara tidak langsung dipengaruhi oleh usia, jenis kalamain, pendidikan, pekerjaan, lama pengobatan, dukungan keluarga, dukungan kelompok sebaya, paduan terapi, dan kemudahan akses layanan melalui kepatuhan pengobatan.

2. Mengidentifikasi model

Identifikasi model (*model identification*) dengan menentukan sejauh mana *path analysis* yang dispesifikasi secara teoritis dan praktis (empiris) dapat diestimasi dengan menggunakan data pengamatan (sampel) yang tersedia. Analisis jalur (*path analysis*) bisa dilakukan jika diketahui *degree of freedom* ≥ 0 . *Degree of freedom* (derajat bebas) adalah jumlah informasi pengamatan informasi di dalam data yang bebas untuk bervariasi ketika mengestimasi suatu parameter populasi.

$$\text{df} = \text{degree of freedom} = \text{\#observation} - \text{\#parameter}$$

$\text{df} \geq 0$ *path analysis* dapat dilakukan, $\text{df} = 0$ maka disebut identified, $\text{df} > 0$ maka disebut over identified, $\text{df} < 0$ maka disebut under identified.

$$\text{df} = \sum \text{variabel. terukur} \times (\sum \text{variabel. terukur} + 1) / 2 - (\text{variabel endogen} + \text{variabel eksogen} + \text{jumlah parameter}).$$

$$\begin{aligned} \text{df} &= ((13 \times (13+1))/2) - (2 + 11 + 13) \\ &= 91 - 27 \\ &= 64 \end{aligned}$$

Berdasarkan hasil perhitungan df yang diperoleh yaitu 64 artinya ($\text{df} \geq 0$ *path analysis* dapat dilakukan).

3. Kesesuaian model (*Goodnes of Fit*)

Yaitu pemeriksaan shahih atau tidaknya model yang digunakan tergantung pada terpenuhi atau tidak asumsi yang mendasarinya, terdapat tiga kesesuaian model yang digunakan sebagai indikator validitas model *path analysis* yaitu :

1) *Chi square*

Uji *Chi Square* membandingkan model yang dibuat dengan model saturasi (model ideal) menurut komputer. Model baik jika ($p < 0.05$)

2) Absolute Fix Index

Root Mean Square Error Approximation (RMSEA) diharapkan $< 0,08$ untuk model yang baik. (Hu dan Bentler, 1999)

3) Incremental Fix Index

Comparative Fit Index (CFI), General Fit Index (GFI), Normed Fit Index (NFI), Tucker-Lewis Index (TLI) diharapkan ≥ 0.90 untuk model yang baik (Hu dan Bentler, 1999)

4. Estimasi Koefisien

Jika model analisis jalur sudah cukup baik, langkah selanjutnya mengestimasi parameter koefisien jalur (path coefficient) :

- 1) Periksa tanda positif atau negative
- 2) Periksa besarnya koefisien jalur
- 3) Periksa signifikansi statistik koefisien jalur (b)

Hasil Interpretasi koefisien jalur terstandarisasi terdapat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 2. Interpretasi koefisien jalur terstandarisasi

Terstandarisasi	Interpretasi
0, 01	Sangat Kecil
0, 2	Kecil
0, 5	Sedang
0,8	Besar
1,2	Sangat Besar
2	Besar sekali

Sumber : cohen, 1988 ; Sawilowski, 2009

5. Respesifikasi Model (jika perlu)

2.2 Penelitian Terdahulu

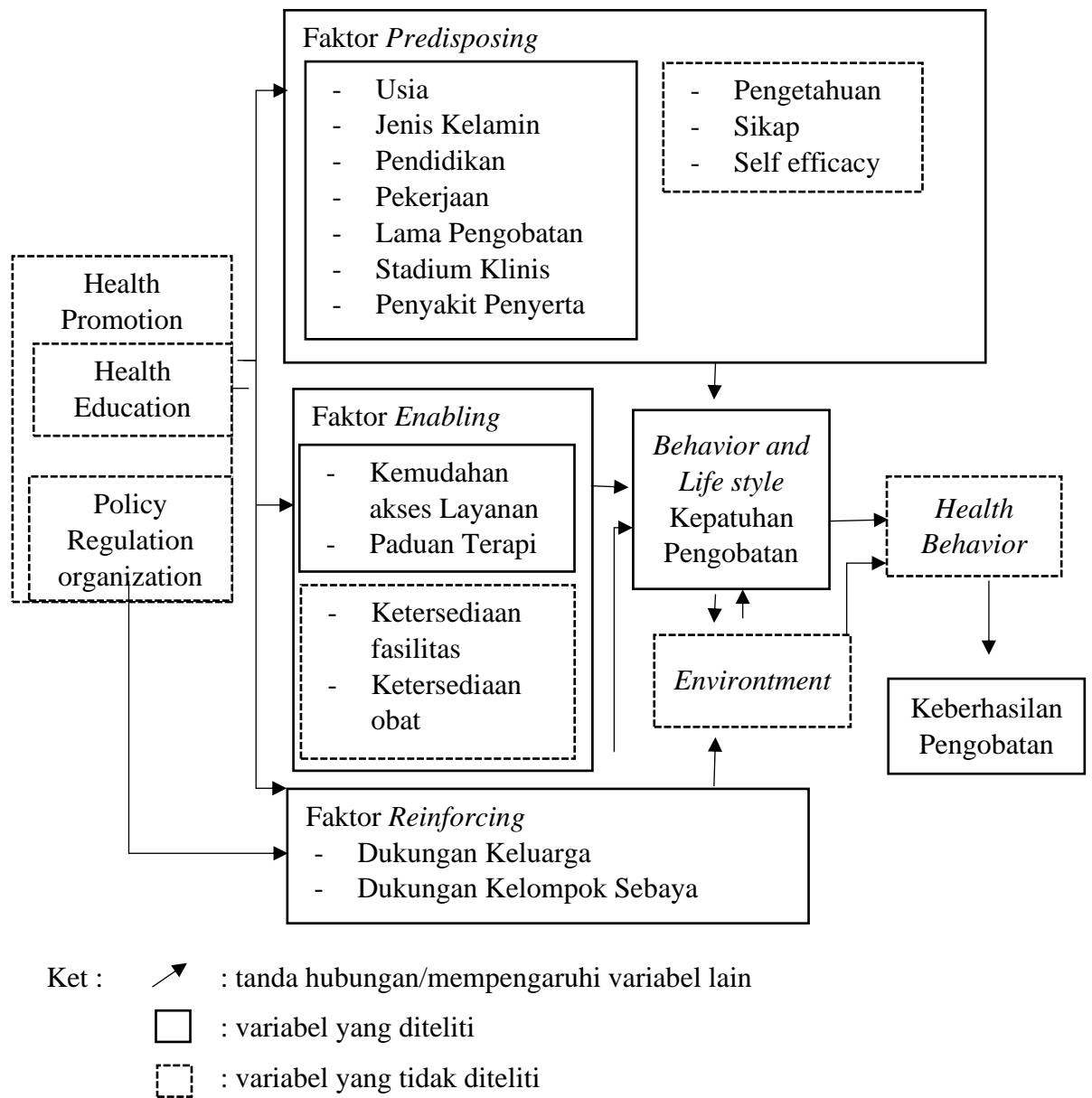
Tabel 3. Artikel Review Jurnal terkait pengaruh faktor *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing* terhadap keberhasilan pengobatan

No	Peneliti dan Tahun	Judul	Metode, populasi, sampel	Hasil penelitian
1.	Rivera <i>et al.</i> , 2023	<i>Association of Cumulative Viral load with the Incidence of Hypertension and Diabetes in People with HIV</i>	Penelitian menggunakan model kelangsungan hidup longitudinal bersama untuk menilai hubungan multivariabel yang disesuaikan. Populasi adalah ODHIV >18 tahun. Dengan sampel ODHIV yang melakukan pemeriksaan <i>viral load</i> .	Analisis gabungan menunjukkan hubungan langsung antara viremia-copy-year dengan kejadian HTN namun tidak dengan DM. Namun, terdapat perbedaan spesifik lokasi dimana analisis Northwestern saja menunjukkan hubungan yang signifikan antara viremia-copy-year dengan HTN
2	Hafsah dan A. Muhartini, 2023)	Pengaruh Faktor <i>Predisposing</i> , <i>Enabling</i> , <i>Reinforcing</i> Orang Dengan HIV/AIDS Terhadap Pemanfaatan Vct Di Kabupaten Bulukumba Tahun 2021	Jenis penelitian ini adalah survei explanatory research. Populasi pada penelitian ini adalah orang dengan HIV-AIDS (ODHA) sebesar 109 orang dan sampel sebanyak 50 ODHA. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Data dianalisa dengan menggunakan uji chi square dan uji regresi logistic pada $\alpha < 5\%$. Hasil	Hasil penelitian diperoleh hasil bahwa ada hubungan kepercayaan, pengetahuan, pendapatan dan biaya, asuransi kesehatan, ketersediaan pelayanan, jarak tempat tinggal, dan perilaku konselor terhadap pemanfaatan VCT di Kabupaten Bulukumba tahun 2013. Bahwa variabel perilaku konselor yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan VCT dengan nilai Exp (B) sebesar 36,178.
3	Panatarita dkk., 2023	Perilaku Orang Dengan HIV Dalam Mengonsumsi ARV	Metode menggunakan metode Literature Review berdasarkan artikel yang diterbitkan tahun 2017-2021, artikel menggunakan bahasa Indonesia dan bahasa Inggris serta artikel penelitian dapat diakses secara terbuka (open access).	Beberapa faktor pendukung kepatuhan mengkonsumsi obat ARV adalah factor internal yaitu motivasi diri, pengetahuan, usia, jenis kelamin dan status ekonomi. Selain itu juga berpengaruh factor dukungan sosial yaitu dukungan dari keluarga, dukungan dari teman dan dukungan dari petugas kesehatan dan manager kasus yang memberikan pengaruh penting terhadap kepatuhan ODHA dalam minum ARV.

4.	Agus <i>et al.</i> , 2023	Correlation Compliance Antiretroviral Therapy With Levels <i>Viral load</i> In HIV Patients At Poly Clinic VCT Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda Hospital 2022	Jenis penelitian ini termasuk dalam penelitian observasional analitik dengan rancangan penelitian cross-sectional. Total responden (sampel) adalah 60 pasien. Pengumpulan data sekunder diperoleh dari data medik pasien yang memuat obat dan hasil <i>viral load</i> 6 bulan serta 12 bulan pasien.	Hasil penelitian bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kepatuhan dengan kadar <i>viral load</i> .
5	Qalbi, 2022	Hubungan antara lama pemakaian Antiretoviral Therapy (ART) dengan <i>Viral load</i> pada Penderita HIV/AIDS di Rumah Sakit Dr. M. Djamil Padang	Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dan analitik, dengan pendekatan secara retrospektif. Jumlah sampel yang didapatkan sesuai dengan kriteria inklusi sebanyak 61 sampel.	Hasil penelitian berdasarkan analisis statistik antara lama pemakaian antiretroviral dan nilai <i>viral load</i> , dapat disimpulkan bahwa semakin lama pemakaian antiretroviral maka semakin menurun <i>viral load</i> hingga tak terdeteksi dengan nilai $p < 0,05$.
6	Ng'ambi <i>et al.</i> , 2022	Factors associated with HIV viral suppression among children and adults receiving antiretroviral therapy in Malawi in 2021: Evidence from the Laboratory Management Information System	Studi implementasi menggunakan data hasil tes HIV RNA-PCR tingkat pasien yang dikumpulkan secara rutin yang diambil dari database Sistem Informasi Manajemen Laboratorium (LIMS) nasional yang dikelola oleh Departemen HIV/AIDS pada tahun 2021. Metode menggunakan regresi logistic. Populasi dan sampel berjumlah 515.979 ODHIV yang memeriksakan <i>viral load</i>	Hasil penelitian pasien ART yang tinggal di perkotaan memiliki kemungkinan lebih rendah dalam menekan virus HIV dibandingkan mereka yang tinggal di pedesaan. Terdapat tren peningkatan dalam penekanan virus HIV seiring dengan meningkatnya durasi ART.
7.	Dewanti dan Handayani, 2021	Determinant <i>Viral load</i> Tersupresi Terhadap Pasien HIV Dan AIDS	Studi Literatur Review menggunakan metode Systematic Literature Review dengan Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses yang berasal dari artikel ilmiah nasional ataupun internasional dari tahun 2016-2021. Basis data	Hasil penelitian bahwa yang dapat berhubungan dengan keputusan ODHA untuk menjalankan tes VL antara lain adalah usia, jenis kelamin, lama hidup dengan HIV positif, lamanya minum ARV, jenis obat ARV yang diminum dan Status klinis ODHA terhadap Infeksi

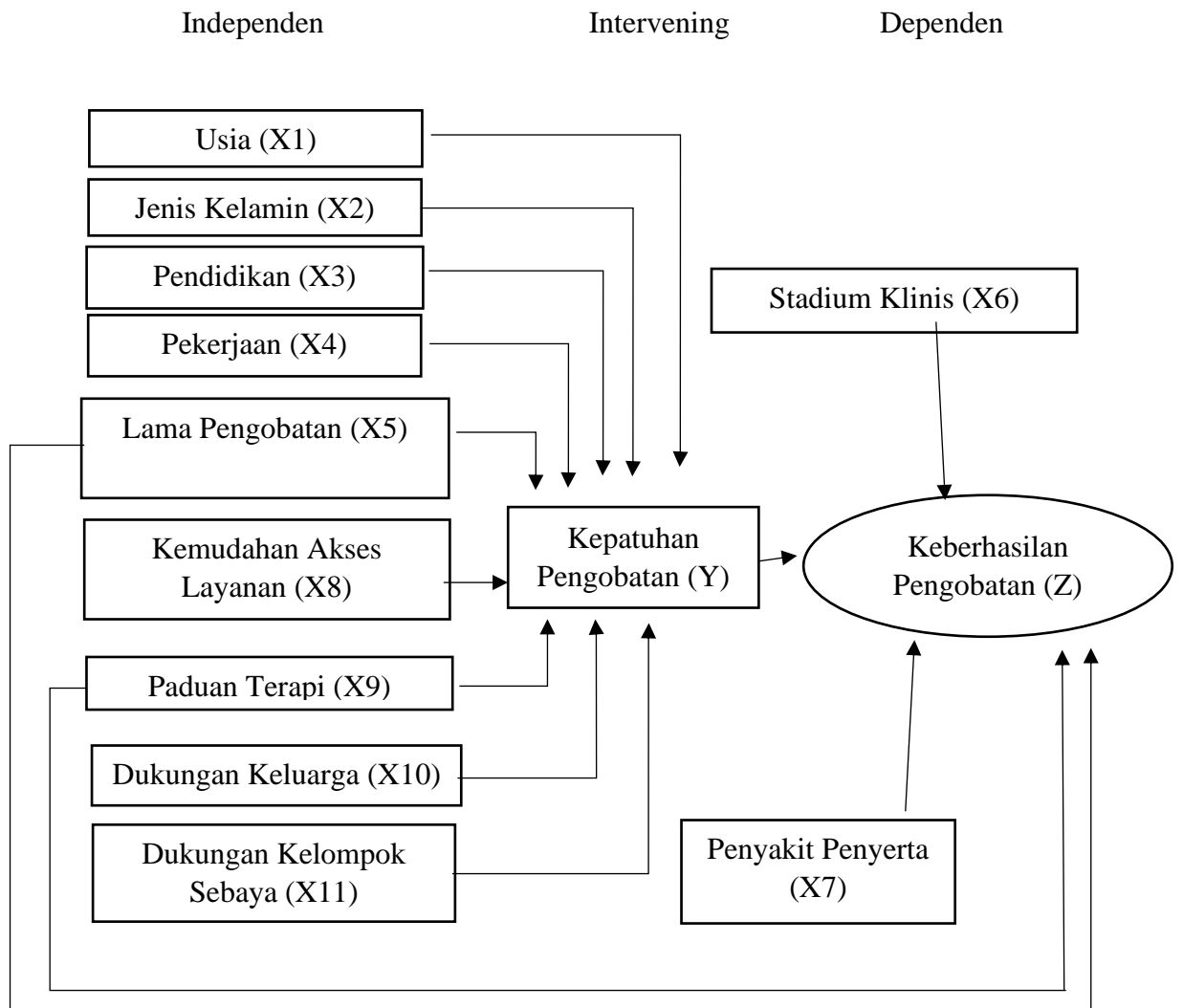
			yang digunakan yaitu Google Scholar, Pubmed, Science direct Research Gate, laporan perkembangan HIV-AIDS dan data sekunder.	Oportunistik. Hasil penelitian menunjukkan determinan <i>viral load</i> tersupresi yang merupakan penguatan intervensi ODHA dalam menjalankan perawatan dan pengobatan ARV.
8.	Baedowi dkk., 2020	Hubungan Jumlah <i>Viral load</i> Dengan Kejadian TBC Pada Pasien HIV/AIDS Yang Mendapatkan Terapi ARV	Desain penelitian ini menggunakan pendekatan analitik observasional dengan desain cross sectional. Data yang diambil merupakan data sekunder dari rekam medik pasien HIV/AIDS. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode purposive sampling dan didapatkan jumlah sampel sebanyak 196 orang. Analisis data menggunakan uji Chi Square.	Terdapat hubungan yang signifikan antara jumlah <i>viral load</i> pada pasien HIV/AIDS dengan kejadian TBC ($p\text{-value}=0.004$). Dari analisis di atas didapatkan nilai OR = 2.52 yang menyatakan bahwa pasien yang memiliki <i>viral load</i> ≥ 10.000 memiliki resiko 2.52 kali untuk mengalami TBC. Jumlah <i>Viral load</i> yang tinggi dapat menyebabkan terjadinya immunosupresi pada host dan meningkatkan virulensi kuman TB
9.	Sari dkk., 2019)	Analisis faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien HIV-AIDS dalam terapi Antiretoviral (ARV)	Jenis penelitian observasional analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Populasi penelitian ini berjumlah 163 orang merupakan pasien HIV AIDS di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. Jumlah sampel 30 orang dengan Teknik purposive sampling	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga, usia, pendidikan, penghasilan dan lama mengikuti program ARV dengan kepatuhan. Sedangkan jenis kelamin terbukti tidak ada hubungan dengan kepatuhan.




2.3 Kerangka Teori



Gambar 5. Kerangka Teori Laurence Green (1991) dalam Irwan (2017), (Billjudika & Sawitri, 2019), (Agus et al., 2023), (Ng'ambi et al., 2022), (Panatarita et al., 2023)

2.4 Kerangka Konsep



Ket :  : tanda hubungan/mempengaruhi variabel lain
 : variabel dependen
 : variabel independen

Gambar 6. Kerangka Konsep Penelitian

2.5 Hipotesis

Hipotesis merupakan suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian sampai terbukti melalui data yang terkumpul.

Adapun hipotesis dalam penelitian ini yaitu :

1. H_a : Ada pengaruh tidak langsung usia terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
 H_0 : Tidak ada pengaruh tidak langsung usia terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
2. H_a : Ada pengaruh tidak langsung jenis kelamin terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
 H_0 : Tidak ada pengaruh tidak langsung jenis kelamin terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
3. H_a : Ada pengaruh tidak langsung pendidikan terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
 H_0 : Tidak ada pengaruh tidak langsung pendidikan terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
4. H_a : Ada pengaruh tidak langsung pekerjaan terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
 H_0 : Tidak ada pengaruh tidak langsung pekerjaan terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
5. H_a : Ada pengaruh tidak langsung lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
 H_0 : Tidak ada pengaruh tidak langsung lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
6. H_a : Ada pengaruh tidak langsung kemudahan akses layanan terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
 H_0 : Tidak ada pengaruh tidak langsung kemudahan akses layanan terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan

7. H_a : Ada pengaruh tidak langsung paduan terapi terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
 H_0 : Tidak ada pengaruh tidak langsung paduan terapi terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
8. H_a : Ada pengaruh tidak langsung dukungan keluarga terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
 H_0 : Tidak ada pengaruh tidak langsung dukungan keluarga terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
9. H_a : Ada pengaruh tidak langsung dukungan kelompok sebaya terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
 H_0 : Tidak ada pengaruh tidak langsung dukungan kelompok sebaya terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
10. H_a : Ada pengaruh langsung kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan
 H_0 : Tidak ada pengaruh langsung kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan
11. H_a : Ada pengaruh langsung lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan
 H_0 : Tidak ada pengaruh langsung lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan
12. H_a : Ada pengaruh langsung stadium klinis terhadap keberhasilan pengobatan
 H_0 : Tidak ada pengaruh langsung stadium klinis terhadap keberhasilan pengobatan
13. H_a : Ada pengaruh langsung penyakit penyerta terhadap keberhasilan pengobatan
 H_0 : Tidak ada pengaruh langsung penyakit penyerta terhadap keberhasilan pengobatan

III. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian survei analitik *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*pointtime approach*) (Notoatmodjo, 2018). Pada penelitian ini, variabel dependen dan independen dinilai secara simultan pada suatu saat, sehingga tidak ada tindak lanjut. Peneliti membagi kuesioner sebagai data primer kepada responden dan melakukan observasi data rekam medis responden sebagai data sekunder.

Path analysis sebagai metode yang dipilih peneliti untuk mengetahui pengaruh langsung (*direct effect*) dan pengaruh tidak langsung (*indirect effect*) dan untuk menganalisis hubungan-hubungan antar variabel dengan melibatkan variabel antara. Pada penelitian ini mengetahui pengaruh faktor *predisposing, enabling, dan reinforcing* terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV yang menerangkan akibat langsung dan akibat tidak langsung seperangkat variabel sebagai variabel independen (variabel yang mempengaruhi) terhadap variabel lainnya yang merupakan variabel dependen (variabel akibat) maupun variabel antara.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kota Bandar Lampung selama 2 bulan pada bulan Januari s.d Februari 2024 sampai semua data diperoleh sesuai dengan jumlah sampel yang telah ditentukan.

3.3 Variabel Penelitian

3.3.1 Variabel Independen

Variabel independen (variabel bebas) adalah variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat), variabel ini dikenal variabel bebas yang artinya bebas dalam mempengaruhi variabel lain (Hidayat, 2017). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama pengobatan, stadium klinis, penyakit penyerta, kepatuhan pengobatan, kemudahan akses layanan, paduan terapi, dukungan keluarga, dan dukungan kelompok sebaya.

3.3.2 Variabel Intervening

Variabel intervening (variabel antara) merupakan variabel yang mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung (memperkuat atau memperlemah) hubungan antara variabel independen dengan dependen (Sugiyono, 2011). Variabel intervening pada penelitian ini yaitu kepatuhan pengobatan.

3.3.3 Variabel Dependen

Variabel dependen (variabel terikat) adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas, variabel ini bergantung pada variabel bebas terhadap perubahan, variabel ini juga disebut variabel efek (Hidayat, 2017). Variabel dependen dalam penelitian yaitu keberhasilan pengobatan.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2017).

Tabel 4. Definisi Operasional Pengaruh Faktor *Predisposing*, *Enabling*, dan *Reinforcing* terhadap Keberhasilan pengobatan pada ODHIV di Kota Bandar Lampung tahun 2024.

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Usia	Usia adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan.	Kuesioner	Responden diberikan pertanyaan tentang usia responden dengan data pendukung data rekam medis ataupun KTP.	1 : < 40 tahun 2 : \geq 40 tahun (Kemenkes RI, 2023).	Nominal
2.	Jenis kelamin	Perbedaan bentuk, sifat, dan fungsi biologis antara laki-laki dan perempuan.	Kuesioner	Responden diberikan pertanyaan tentang jenis kelamin responden dengan data pendukung data rekam medis ataupun KTP. Responden diberikan pilihan jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan	1 : Laki-laki 2 : Perempuan (Azisah dkk., 2018)	Nominal
3.	Pendidikan	Tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik yang berasal dari pendidikan formal hingga mendapatkan ijazah	Kuesioner	Responden diberikan pertanyaan tentang tingkat Pendidikan terakhir yang dimiliki oleh responden. Responden diberikan pilihan jawaban sebagai berikut : 1. Tidak Sekolah 2. Sekolah Dasar (SD) 3. Sekolah Menengah Pertama (SMP) 4. Sekolah Menengah Atas (SMA) 5. Perguruan Tinggi	1 : Rendah (apabila pendidikan kurang dari perguruan tinggi) 2 : Tinggi (Pendidikan perguruan tinggi) (Kemendikbud, 2020)	Ordinal

4. Pekerjaan	Status responden bekerja/tidak bekerja yang bertujuan untuk mendapatkan upah/gaji	Kuesioner	Responden diberikan pertanyaan tentang pekerjaan yang dimiliki oleh responden. Responden diberikan pilihan jawaban sebagai berikut : 1. Tidak bekerja 2. Pelajar/Mahasiswa 3. Pegawai pemerintah 4. Pegawai Swasta 5. Buruh 6. Supir 7. Lain-lain	1 : Tidak Bekerja 2 : Bekerja (Kartikasari dkk., 2022)	Nominal
5. Lama Pengobatan	Lama waktu ODHIV mengkonsumsi obat ARV	Lembar Observasi	Peneliti melakukan observasi terhadap rekam medis responden mengenai lama waktu pengobatan ARV yang telah dijalani responden medis dalam satuan tahun.	1 : Lama pengobatan ≤ 2 tahun 2 : Lama pengobatan > 2 tahun (Kemenkes RI, 2022)	Ordinal
6. Stadium Klinis	Kategori tingkat keparahan status HIV responden berdasarkan kriteria klinis sesuai standar WHO	Lembar Observasi	Peneliti melakukan observasi terhadap rekam medis responden mengenai stadium klinis HIV responden.	1 : Stadium Lanjut 2 : Stadium Awal (WHO, 2007)	Ordinal
7. Penyakit Penyerta	Adanya penyakit yang menyertai berhubungan dengan penurunan imunologis yang diderita oleh responden	Lembar Observasi	Peneliti melakukan observasi terhadap rekam medis responden tentang adanya penyakit yang diderita oleh klien yang berhubungan dengan penurunan imunologis. Gejala tersebut antara lain : 1. Benjolan pada leher 2. Luka disekitar bibir 3. Ruam kulit yang	1 : Apabila terdapat 1 gejala atau lebih berarti ada penyakit penyerta 2 : Bila tidak ada pilihan gejala berarti tidak ada penyakit penyerta (Hidayati dkk., 2019)	Ordinal

- gatal
 4. Herpes zoster
 5. ISPA berulang
 6. Ulkus mulut berulang
 7. Sariawan pada mulut
 8. Sariawan pada tenggorok
 9. Diare
 10. Demam yang tidak diketahui penyebabnya
 11. Pneumoni
 12. TB Paru
 13. TB extraparu
 14. Meningitis
 15. Kanker serviks
 16. Penyakit lain

8.	Kepatuhan Pengobatan	Perilaku pasien yang taat dalam melaksanakan terapi minum obat ARV	Kuesioner MMAS 8 (<i>Morisky Medication Adherence Scale</i>)	Kuesioner dengan 8 item pertanyaan ber nilai terendah 0 dan tertinggi 8. Dengan pilihan jawaban ya dan Tidak. Hasil skor yang diperoleh menjadi 2 kategori yaitu kepatuhan tinggi dan kepatuhan rendah	1 : Kepatuhan rendah jika nilainya < median/mean 2 : Kepatuhan tinggi jika nilainya \geq median/mean (Sari dkk., 2019)	Nominal
9.	Kemudahan Akses Layanan	Sikap responden terhadap keterjangkauan akses pelayanan pengobatan dengan indikator dimensi ketersediaan (<i>availability</i>), dimensi keterjangkauan (<i>affordability</i>), dan dimensi penerimaan (<i>Acceptability</i>)	Kuesioner	Kuesioner dengan 15 item pernyataan menggunakan skala Likert yaitu : 4 : sangat setuju 3 : setuju 2 : tidak setuju 1 : sangat tidak setuju Hasil skor yang diperoleh dengan nilai tertinggi 60, dan terendah 15, dan di kelompok kan menjadi 2 kategori yaitu sulit dan mudah	1 : Sulit bila skor yang diperoleh < mean /median 2 : Mudah bila skor yang diperoleh \geq mean /median (Saraswati, 2023)	Nominal
10	Paduan terapi	Paduan terapi pengobatan ARV yang sedang dijalani responden	Lembar Observasi	Peneliti melakukan observasi terhadap rekam medis responden paduan terapi ARV yang dikonsumsi responden.	1 : Lini pertama 2 : Lini kedua (Kemenkes, 2022)	Ordinal

11	Dukungan Keluarga	Keterlibatan keluarga dalam memotivasi dan memberi bantuan kepada pasien dalam menjalani pengobatan yang meliputi dukungan informatif, dukungan penghargaan, dukungan emosional, dan dukungan tambahan.	Kuesioner	Kuesioner dengan 20 item pernyataan menggunakan skala Likert yaitu 4 : sangat setuju 3 : setuju 2 : tidak setuju 1 : sangat tidak setuju Hasil skor yang diperoleh dengan nilai tertinggi 80, dan terendah 20, dan di kelompokkan menjadi 2 kategori yaitu lemah dan kuat	1 : Lemah bila skor yang diperoleh < mean/median 2 : Kuat bila skor yang diperoleh \geq mean/median (Saraswati, 2023)	Ordinal
12	Dukungan Kelompok Sebaya	Dukungan yang didapatkan ODHIV dalam pengobatan ARV yang berasal dari kelompok dukungan sebaya	Kuesioner	Kuesioner dengan 16 item pernyataan menggunakan skala Likert yaitu 4 : sangat setuju 3 : setuju 2 : tidak setuju 1 : sangat tidak setuju Hasil skor yang diperoleh dengan nilai tertinggi 64, dan terendah 16, dan di kelompokkan menjadi 2 kategori yaitu lemah dan kuat	1 : Lemah bila skor yang diperoleh < mean/median 2 : Kuat bila skor yang diperoleh \geq mean/median (Ayuningtyas dkk., 2021)	Ordinal
13	Keberhasilan Pengobatan	Suatu kondisi dimana suatu proses pengobatan HIV menunjukkan keberhasilan secara virologis berdasarkan nilai <i>viral load</i>	Lembar Observasi	Peneliti melakukan observasi terhadap rekam medis responden mengenai keberhasilan pengobatan berdasarkan nilai pemeriksaan <i>viral load</i>	1 : Tidak berhasil (terdapat nilai <i>viral load</i> (<i>detected</i>)) 2 : Berhasil (Tidak terdapat nilai <i>viral load</i> (<i>undetected</i>)) (Kemenkes, 2022)	Ordinal

3.5 Populasi dan Sampel

3.5.1 Populasi

Berdasarkan laporan program Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, jumlah ODHIV yang dilakukan pemeriksaan *viral load* tahun 2023 sebanyak 865 ODHIV. Populasi pada penelitian ini adalah ODHIV dalam

pengobatan ARV yang melakukan pemeriksaan *viral load* di Puskesmas layanan HIV Kota Bandar Lampung berjumlah 865 orang.

3.5.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah sebagian ODHIV di Puskesmas Kota Bandar Lampung dalam pengobatan ARV yang telah dilakukan evaluasi keberhasilan pengobatan ARV dengan pemeriksaan *viral load* pada bulan November 2023 s.d Februari 2024. Berdasarkan hasil pre-survei, terdapat 31 layanan Puskesmas yang tersebar di seluruh wilayah Kota Bandar Lampung yang merupakan layanan PDP (Pendampingan Dukungan dan Pengobatan). Dari 31 Puskesmas tersebut terdapat 23 Puskesmas merupakan layanan komprehensif berkesinambungan (LKB) yang baru ditingkatkan fungsinya menjadi layanan PDP pada tahun 2023. Sehingga terdapat 8 Puskesmas PDP yang telah melayani pengobatan ODHIV sebelumnya di Kota Bandar Lampung sebelum tahun 2023 dan telah melakukan pelayanan pengobatan pada ODHIV serta melakukan evaluasi pengobatan berdasarkan *viral load* mulai awal tahun 2023 yaitu Puskesmas Simpur, Puskesmas Sukabumi, Puskesmas Sukaraja, Puskesmas Kedaton, Puskesmas Gedong Air, Puskesmas Pasar Ambon, Puskesmas Kemiling dan Puskesmas Rajabasa.

Penentuan jumlah sampel dalam penelitian ini ditentukan sesuai dengan rumus proporsi, sebagai berikut :

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

Keterangan :

n = Besar sampel yang diperlukan

α = derajat kepercayaan

N = perkiraan jumlah populasi

d = Kesalahan (absolut) yang dapat ditoleransi (0,05)

$$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$$

p = proporsi ODHIV berhasil pengobatan ARV berdasar nilai *viral load* Kota Bandar Lampung 2023 (0,91)

$1-p$ = proporsi ODHIV tidak berhasil pengobatan (0,09)

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,91 \times 0,09 \times 865}{((0,05)^2 \times (865-1)) + ((1,96)^2 \times 0,91 \times 0,09)}$$

$$n = \frac{272,15}{2,46} = 110,63$$

dibulatkan menjadi 111 sampel

Dalam penelitian ini jumlah sampel minimal ditambah dengan kemungkinan drop out 10%, sehingga jumlah sampel yang diambil berjumlah 122 responden.

Adapun pengambilan sampel pada penelitian ini berdasarkan proporsi berdasarkan jumlah ODHIV yang mendapatkan pengobatan yaitu pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5. Distribusi Sampel per Layanan PDP

No	Puskesmas	Jumlah ODHIV	Jumlah Sampel
1.	Puskesmas Simpur	191	28
2.	Puskesmas Gedong Air	136	20
3.	Puskesmas Sukaraja	112	17
4.	Puskesmas Kedaton	98	15
5.	Puskesmas Sukabumi	96	14
6.	Puskesmas Pasar Ambon	76	11
7.	Puskesmas Kemiling	75	11
8.	Puskesmas Rajabasa Indah	42	6
	Jumlah		122

3.5.3 Teknik Sampling

Teknik Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. (Nursalam, 2008). Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini yaitu *purposive sampling* merupakan teknik penentuan sampel berdasarkan pertimbangan tertentu, yang dianggap cocok dengan karakteristik sampel yang ditentukan akan dijadikan sampel. Sampel yang diambil peneliti merupakan populasi ODHIV yang dilakukan evaluasi keberhasilan pengobatan berdasarkan pemeriksaan *viral load* mulai bulan November 2023 s.d Februari 2024.

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

1. Responden merupakan ODHIV dalam pengobatan di Puskesmas Kota Bandar Lampung.
2. Responden berusia diatas 17 tahun.
3. Responden melakukan pemeriksaan *viral load* bulan November 2023 s.d Februari 2024.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

1. Tidak bersedia menjadi sampel penelitian.
2. Tidak dapat dijangkau oleh peneliti seperti warga binaan pemasyarakatan.

3.6 Pengumpulan data

3.6.1 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan sejumlah informasi yang dikenal dengan data penelitian (Mukhtar, 2013). Instrumen yang digunakan untuk memperoleh data dalam penelitian ini yaitu kuesioner dan lembar observasi rekam medis. Kuisisioner dipakai untuk memperoleh data karakteristik responden, kepatuhan pengobatan, kemudahan akses layanan, dukungan keluarga, dan dukungan kelompok sebaya. Kuesioner merupakan teknik yang dilakukan dengan mengajukan sejumlah pertanyaan atau pernyataan secara tertulis kepada responden.

Lembar observasi rekam medis (Hutauruk & Astuti, 2018) dilakukan untuk memperoleh data yang berasal dari rekam medis berupa variabel lama pengobatan, stadium klinis, penyakit penyerta, dan hasil pemeriksaan *viral load* berdasarkan data pada rekam medis responden.

3.6.2.1 Pengukuran Karakteristik Reponden

Karakteristik responden diukur dengan menggunakan kuesioner yang berisi 4 pertanyaan mengenai usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan. Cara mengisi karakteristik berupa usia dengan cara menuliskan pada kolom yang disediakan, sedangkan untuk jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan responden memilih dengan cara menyilang atau melingkari pilihan sesuai kolom yang tepat.

3.6.2.2 Pengukuran Kepatuhan Responden

Kepatuhan dalam pengobatan ARV menggunakan pengukuran dengan metode tidak langsung yaitu metode self-report yang menggunakan kuesioner MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale). Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat yang dinamakan Morisky Medication Adherence Scale (MMAS), dengan 8 item pertanyaan (Morisky et al., 2009).

Pada kuesioner terdapat 7 pertanyaan dengan respon "Ya" atau "Tidak", dimana "Ya" memiliki skor 0 dan "Tidak" memiliki skor 1 kecuali pertanyaan nomor 5 jawaban "Ya" bernilai 1. Sedangkan untuk pertanyaan nomor 8 memiliki beberapa pilihan, "tidak pernah" memiliki skor 1, "seseekali" memiliki skor 0,75, "kadang-kadang" memiliki skor 0,5, "biasanya" memiliki skor 0,25, dan "selalu" memiliki skor 0. Total skor MMAS-8 dapat berkisar dari 0-8 dan dapat dikategorikan kedalam dua tingkat kepatuhan yaitu kepatuhan tinggi dan rendah.

Sebelum disajikan dalam bentuk kategori patuh dan tidak patuh dapat diuji normalitas terlebih dahulu. Jika data berdistribusi normal maka cut off

point menggunakan nilai mean, sehingga pembagian kategori patuh jika cut off point \geq mean dan tidak patuh jika cut off point $<$ mean. Jika data berdistribusi tidak normal maka cut off point menggunakan nilai median, sehingga pembagian kategori patuh jika cut off point \geq median dan tidak patuh jika cut off point $<$ median. Adapun uji normalitas yang digunakan adalah uji Kolmogorov-Smirnov karena sampel dalam penelitian ini berjumlah 122 orang ($n \geq 50$) dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Tinggi bila nilai atau skor didapatkan \geq mean/median,
- b. Rendah jika skor atau nilai yang didapatkan $<$ mean/median

3.6.2.3 Pengukuran Kemudahan Akses Layanan

Pada penelitian ini pengukuran akses pelayanan kesehatan (acces to health servis) dilakukan dengan menggunakan kuesioner berdasarkan dimensi availability (ketersediaan) atau akses fisik, dimensi affordability (keterjangkauan) atau akses keuangan, dan dimensi acceptability (penerimaan). Setiap dimensi terdiri dari beberapa 5 (lima) pertanyaan yang digunakan untuk memperoleh data dalam untuk dianalisis.

Kuesioner yang dibagikan dalam penelitian ini menggunakan skala likert. Menurut Sugiyono (2019) skala likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial. Instrumen penelitian ini berupa pernyataan atau pertanyaan yang terdiri dari 4 jawaban, yaitu Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS). Dari 15 pertanyaan, pertanyaan 1-5 mengenai dimensi availability (ketersediaan), pernyataan no 6-10 mengenai dimensi affordability (keterjangkauan), pernyataan no 11-15 mengenai dimensi acceptability (penerimaan). Pernyataan nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, dan 15 merupakan pernyataan positif maka jawaban SS diberi skor 4, S diberi skor 3, TS diberi skor 2, dan STS diberi skor 1. Sedangkan pernyataan 8,9, dan 10 merupakan pernyataan negative maka jawaban SS diberi skor 1, S diberi skor 2, TS diberi skor 3,

dan STS diberi skor 4. Skor maksimal pada kuesioner ini yaitu 60 dan skor minimalnya yaitu 15.

Sebelum disajikan dalam bentuk kategori akses layanan kesehatan mudah dan akses layanan kesehatan sulit dapat diuji normalitas terlebih dahulu. Jika data berdistribusi normal maka cut off point menggunakan nilai mean, sehingga pembagian kategori akses layanan kesehatan mudah jika cut off point \geq mean dan akses layanan kesehatan sulit jika cut off point $<$ mean. Jika data berdistribusi tidak normal maka cut off point menggunakan nilai median, sehingga pembagian kategori akses layanan kesehatan mudah jika cut off point \geq median dan akses layanan kesehatan sulit jika cut off point $<$ median. Adapun uji normalitas yang digunakan adalah uji Kolmogorov-Smirnov karena sampel dalam penelitian ini berjumlah 122 orang ($n \geq 50$). Hasil pengukuran yang diperoleh dari kuesioner sebagai berikut :

- a. Akses layanan kesehatan mudah jika skor yang diperoleh \geq mean/median
- b. Akses layanan kesehatan sulit jika skor yang diperoleh $<$ mean/median

3.6.2.4 Pengukuran Dukungan Keluarga

Instrumen dukungan keluarga pada penelitian ini berupa kuesioner dukungan keluarga yang diadopsi dan dimodifikasi dari instrumen penelitian (Saraswati, 2023) terdiri dari 20 item pernyataan dalam bentuk skala Likert. Kuesioner ini dibuat tentang dukungan keluarga yang terdiri 4 domain yaitu dukungan informatif, dukungan penilaian, dukungan emosional, dan dukungan instrumental atau tambahan. Masing-masing domain terdiri dari 5 item pernyataan.

Kuesioner yang dibagikan dalam penelitian ini menggunakan skala likert. Menurut Sugiyono (2019) skala likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial. Instrumen penelitian ini berupa pernyataan atau pertanyaan yang terdiri dari 4 jawaban, yaitu Sangat Setuju (SS), Setuju

(S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS). Model skala Likert yang digunakan terdiri dari 4 jawaban, yaitu Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS). Seluruh pernyataan dalam kuesioner merupakan pernyataan positif sehingga jawaban SS diberi skor 4, S diberi skor 3, TS diberi skor 2, & STS diberi skor 1. Skor maksimal pada kuesioner ini yaitu 80 dan skor minimalnya yaitu 20.

Sebelum disajikan dalam bentuk kategori dukungan keluarga kuat dan dukungan keluarga lemah dapat diuji normalitas terlebih dahulu. Jika data berdistribusi normal maka cut off point menggunakan nilai mean, sehingga pembagian kategori dukungan keluarga kuat \geq mean dan dukungan keluarga lemah jika cut off point $<$ mean. Jika data berdistribusi tidak normal maka cut off point menggunakan nilai median, sehingga pembagian kategori dukungan keluarga kuat \geq median dan dukungan keluarga lemah jika cut off point $<$ median. Adapun uji normalitas yang digunakan adalah uji Kolmogorov-Smirnov karena sampel dalam penelitian ini berjumlah 122 orang ($n \geq 50$). Hasil pengukuran yang diperoleh dari kuesioner sebagai berikut :

- a. Dukungan Keluarga Kuat, jika skor yang diperoleh \geq mean/median
- b. Dukungan Keluarga Lemah, jika skor yang diperoleh $<$ mean/median

3.6.2.5 Pengukuran Dukungan Kelompok Sebaya

Instrumen dukungan kelompok sebaya pada penelitian ini berupa kuesioner dukungan kelompok sebaya yang diadopsi dan dimodifikasi dari instrumen penelitian dukungan keluarga (Saraswati, 2023). Terdapat 16 item pernyataan dalam bentuk skala Likert.

Menurut Sugiyono (2019) skala likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial. Instrumen penelitian ini berupa pernyataan atau pertanyaan yang terdiri dari 4 jawaban, yaitu Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS). Seluruh pernyataan

dalam kuisioner merupakan pernyataan positif sehingga jawaban SS diberi skor 4, S diberi skor 3, TS diberi skor 2, & STS diberi skor 1. Skor maksimal pada kuesioner ini yaitu 64 dan skor minimalnya yaitu 16.

Sebelum disajikan dalam bentuk kategori dukungan kelompok sebaya kuat dan dukungan kelompok sebaya lemah dilakukan uji normalitas terlebih dahulu. Jika data berdistribusi normal maka cut off point menggunakan nilai mean, sehingga pembagian kategori dukungan kelompok sebaya kuat \geq mean dan dukungan kelompok sebaya lemah jika cut off point $<$ mean. Jika data berdistribusi tidak normal maka cut off point menggunakan nilai median, sehingga pembagian kategori dukungan kelompok sebaya kuat \geq median dan dukungan kelompok sebaya lemah jika cut off point $<$ median. Adapun uji normalitas yang digunakan adalah uji Kolmogorov-Smirnov karena sampel dalam penelitian ini berjumlah 122 orang ($n \geq 50$). hasil pengukuran yang diperoleh dari kuesioner sebagai berikut :

- a. Dukungan kelompok sebaya kuat, jika skor yang diperoleh \geq mean/median
- b. Dukungan kelompok sebaya lemah, jika skor yang diperoleh $<$ mean/median

3.6.2.6 Lembar Observasi Rekam Medis

Pada penelitian ini peneliti menggunakan lembar observasi rekam medis sebagai data sekunder untuk mengukur beberapa variabel lama pengobatan, stadium klinis, penyakit penyerta, dan hasil pemeriksaan *viral load* berdasarkan rekam medis. Lembar observasi dilakukan pengisian oleh peneliti ataupun enumerator berdasarkan data rekam medis responden setelah responden menyelesaikan pengisian kuisioner.

3.6.2 Prosedur pengumpulan data

Proses pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Sumber data pada penelitian ini diperoleh

dari sumber primer dan sekunder. Data primer didapat dari responden melalui lembar kuesioner dan data sekunder berasal dari data rekam medis responden. Langkah-langkah prosedur pengumpulan data pada penelitian ini antara lain :

1. Mengurus permohonan *Ethical Clearance* di Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Peneliti telah mendapatkan *Ethical Approval* pada Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
2. Mengurus surat rekomendasi izin penelitian dari Universitas Lampung yang akan ditujukan kepada Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung untuk pengambilan data awal dan melakukan penelitian di Puskesmas yang ada di Bandar Lampung.
3. Peneliti telah mendapatkan surat izin penelitian pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Bandar Lampung No. 1871/070/04726/SKP/III.16/I/2024 pada tanggal 22 Januari 2024.
4. Peneliti telah mendapatkan surat izin penelitian pada Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung No. 070/144/III.02/V/01/2024 pada tanggal 24 Januari 2024.
5. Peneliti melakukan pengambilan data di Puskesmas diawali dengan memohon izin kepada Kepala Puskesmas. Kemudian berkoordinasi dan berdiskusi dengan pengelola program HIV Puskesmas serta memberikan penjelasan tentang tujuan dan maksud penelitian. Kemudian pengelola program diminta untuk menyebarkan kuisisioner kepada ODHIV saat melakukan kunjungan ke Puskesmas dengan menjelaskan cara pengisian kuesioner, memberikan *informed consent*, lembar persetujuan untuk menjadi responden serta memberikan penjelasan kepada responden apabila diperlukan.
6. Pengambilan data dari responden dilakukan dalam beberapa hari sampai jumlah sampel terpenuhi.

3.6.3 Pengolahan data

Sesudah proses pengumpulan data, data yang telah diperoleh kemudian diolah dengan menggunakan program statistik. Proses pengolahan data menggunakan program statistik ini terdiri dari beberapa langkah:

a. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan (Hidayat, 2017). Pada penelitian ini peneliti mengecek kembali data yang diisi oleh responden.

b. *Coding*

Coding adalah kegiatan pemberian kode numerik (angka) pada data yang terdiri dari beberapa kategori (Hidayat, 2017). *Coding* dalam penelitian ini yaitu melakukan entry data ke database computer melalui google form dengan memasukkan jawaban responden. Kemudian setiap jawaban responden dilakukan pengkodean untuk mempermudah dalam pengolahan data.

c. *Data entry*

Data entry adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau *database* komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau dengan membuat tabel kontigensi (Hidayat, 2017).

d. *Tabulating*

Dilakukan untuk mengelompokkan data kedalam tabel sesuai dengan maksud dan tujuan penelitian.

3.7 Analisis data

3.7.1 Univariat

Analisis deskriptif digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi serta proporsi dari variabel yang diteliti seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama pengobatan, stadium klinis, penyakit penyerta, kepatuhan pengobatan, kemudahan akses layanan, paduan terapi, dukungan keluarga dan dukungan kelompok sebaya.

3.7.2 Bivariat

Analisis bivariat dilakukan melihat hubungan atau keterkaitan dua variabel. Proses tabulasi untuk mengetahui pengaruh usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama pengobatan, stadium klinis, penyakit penyerta, kepatuhan pengobatan, kemudahan akses layanan, paduan terapi, dukungan keluarga dan dukungan kelompok sebaya terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV di Kota Bandar Lampung. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Chi Square*, dengan *Confidence Interval* (CI) dan tingkat kemaknaan $p < 0,05$.

3.7.3 Multivariat

Teknik analisis multivariat bertujuan melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (umumnya satu variabel dependen). Pada penelitian ini akan dilakukan uji penelitian ini menggunakan adalah metoda analisis jalur (*Path Analysis*) untuk melihat pengaruh langsung dan tidak langsung antar variabel.

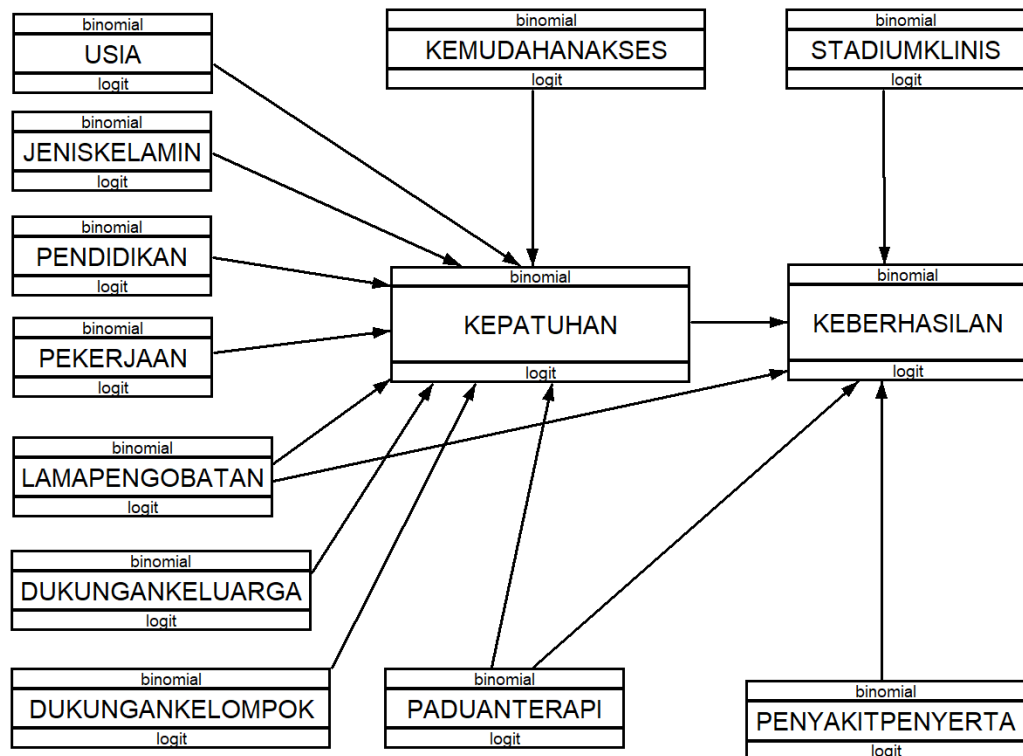
Analisis jalur digunakan untuk melukiskan/menguji model hubungan antar variabel yang berbentuk sebab akibat (bukan bentuk hubungan interaktif/*reciprocal*). Melalui analisis jalur ini dapat ditemukan jalur mana yang paling tepat dan singkat suatu variabel independent menuju variabel dependen yang terakhir. Penelitian menggunakan analisis jalur karena analisis jalur memungkinkan penelitian dapat menguji proporsi teoritis mengenai hubungan sebab akibat. *Path analysis* digunakan untuk menganalisis model-model yang lebih kompleks yang tidak bisa dilakukan oleh regresi linier berganda. *Path analysis* juga dapat digunakan untuk mengetahui hubungan langsung maupun tidak langsung, salah satunya melalui variabel intervening. Modelnya digambarkan dalam bentuk lingkaran dan panah, dimana anak panah tunggal menunjukkan sebagai penyebab.

Metode analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah model analisis jalur (*Path analysis*) yaitu analisis jalur yang digunakan untuk menelaah hubungan antara model kausal yang telah di rumuskan peneliti atas dasar pertimbangan teoritis yang digunakan. *Path analysis* penelitian ini menggunakan program *software* pengolahan data statistik dengan menggunakan model analisis GSEM (*generalized structural equation model*), GSEM digunakan karena variabel endogen menggunakan data kategorikal bukan menggunakan data kontinu.

Penelitian ini menggunakan data kategorik atau dikotomi yaitu data yang bersifat pilah satu sama lain, yang di peroleh dari pengelompokan hasil pengukuran sesungguhnya yaitu variabel usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama pengobatan, stadium klinis, kemudahan akses layanan, penyakit penyerta, paduan terapi, dukungan keluarga, dukungan kelompok sebaya, kepatuhan pengobatan, dan keberhasilan pengobatan dari skoring kuesioner. Semua variabel dimasukan dalam uji analisis GSEM.

Tahapan pertama pada analisis jalur (*path analysis*) yaitu melakukan spesifikasi model dengan membuat diagram jalur berdasarkan teori yang digunakan dalam hal ini penelitian menggunakan teori *Preceed-proceed model*, selanjutnya penelitian ini mengamati pengaruh variabel, yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama pengobatan, stadium klinis, kemudahan akses layanan, penyakit penyerta, paduan terapi, dukungan keluarga, dukungan kelompok sebaya, kepatuhan pengobatan, dan keberhasilan pengobatan.

Spesifikasi model menggambarkan pengaruh antar variabel yang diteliti dalam penelitian yaitu terdapat pada gambar sebagai berikut :



Gambar 7. Spesifikasi model pengaruh faktor *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing* terhadap keberhasilan pengobatan

Pada gambar 7 didapatkan bahwa keberhasilan pengobatan secara langsung dipengaruhi oleh kepatuhan pengobatan, stadium klinis, lama pengobatan, paduan terapi, dan penyakit penyerta. Keberhasilan pengobatan secara tidak langsung dipengaruhi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama pengobatan, kemudahan akses layanan, paduan terapi, dukungan keluarga, dan dukungan kelompok sebaya melalui kepatuhan pengobatan.

Tahapan kedua pada analisis jalur (*path analysis*) adalah mengidentifikasi model untuk mengetahui sejauh mana model analisis jalur yang di spesifikasi secara teoritis dan praktis dengan menggunakan data sampel penelitian yaitu dengan mencari nilai variabel independen terhadap variabel dependen antar masing-masing variabel menggunakan hasil akhir dari analisis GSEM (*generalized structural equation modeling*) yaitu menghitung nilai hasil akhir dari faktor apa saja yang berpengaruh secara langsung dan tidak langsung secara signifikan terhadap keberhasilan

pengobatan.

Tahapan ketiga pada analisis jalur (*path analysis*) yaitu menilai hasil variabel independen terhadap variabel dependen antar masing-masing variabel dengan kesesuaian model (*goodness of fit*) membandingkan dengan nilai *chi square*, dimana model jalur baik bila $p < 0,05$.

Tahapan keempat pada analisis jalur (*path analysis*) yaitu mengestimasi parameter koefisien jalur (*path coefficient*) dengan memeriksa besarnya koefisien jalur dan signifikansi secara statistik koefisien jalur (p) dengan nilai interpretasi koefisien jalur semakin besar maka semakin besar pengaruhnya.

3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas Alat Ukur

3.8.1 Uji validitas

Prinsip validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang merupakan prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data. Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam, 2008). Uji validitas bertujuan untuk mengetahui sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat dalam melakukan pengukuran serta untuk mengetahui apakah ada pertanyaan dalam kuisioner yang harus di buang atau diganti karena dianggap tidak relevan.

Kuesioner penelitian ini telah dilakukan uji validitas dimana validitas merujuk pada asumsi bahwa alat ukur yang digunakan mengandung definisi operasional yang tepat dan validitas isi untuk memastikan kuesioner memiliki kesesuaian isi dalam proses pengukuran kepatuhan pengobatan, kemudahan akses layanan, dukungan kelompok sebaya, dan dukungan kelompok sebaya dengan menyebarkan kuesioner penelitian kepada ODHIV diluar wilayah penelitian yaitu di Puskesmas Bandar Jaya Lampung Tengah. Responden yang digunakan dalam uji validitas ini yaitu 30 ODHIV , sehingga dari jumlah responden tersebut diketahui r tabel

pada taraf signifikan 5% yaitu 0,361.

1. Uji Validitas Kepatuhan

Berdasarkan data hasil uji validitas pertanyaan kepatuhan diperoleh hasil r-tabel terendah yaitu 0,364 dan yang tertinggi yaitu 0,902, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dan pernyataan r hitung lebih besar dari r tabel (0,361) sehingga kuesioner variabel kepatuhan dapat dinyatakan valid.

2. Uji Validitas Kemudahan Akses Layanan

Berdasarkan data hasil uji validitas pertanyaan kemudahan akses layanan diperoleh hasil r-tabel terendah yaitu 0,366 dan yang tertinggi yaitu 0,770, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dan pernyataan r hitung lebih besar dari r tabel (0,361) sehingga kuesioner variabel kemudahan akses layanan dapat dinyatakan valid.

3. Uji Validitas Dukungan Keluarga

Berdasarkan data hasil uji validitas pertanyaan dukungan keluarga diperoleh hasil r-tabel terendah yaitu 0,763 dan yang tertinggi yaitu 0,879, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dan pernyataan r hitung lebih besar dari r tabel (0,361) sehingga kuesioner variabel dukungan keluarga dapat dinyatakan valid.

4. Uji Validitas Dukungan Kelompok Sebaya

Berdasarkan data hasil uji validitas pertanyaan dukungan kelompok sebaya diperoleh hasil r-tabel terendah yaitu 0,763 dan yang tertinggi yaitu 0,879, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dan pernyataan r hitung lebih besar dari r tabel (0,361) sehingga kuesioner variabel kemudahan akses layanan dapat dinyatakan valid.

3.8.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui sejauh mana hasil pengukuran dengan menggunakan objek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2019). Dapat disimpulkan bahwa instrumen yang digunakan dalam penelitian untuk memperoleh suatu informasi atau data yang diinginkan dapat dipercaya sebagai alat pengumpul data serta mampu mengungkap informasi yang sebenarnya dilapangan. Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang jika diuji secara berulang-ulang kepada kelompok yang sama akan menghasilkan data yang sama dengan asumsi tidak terdapat perubahan psikologis pada responden. Reliabilitas yang tinggi menunjukkan bahwa indikator-indikator (variabel-variabel teramati) mempunyai konsistensi yang tinggi dalam mengukur latennya.

Berikut beberapa hal pokok dalam pengujian reliabilitas :

- a. Uji reliabilitas digunakan untuk menilai kesetabilan ukuran dan konsistensi responden dalam menjawab kuesioner.
- b. Uji reliabilitas dilakukan secara bersama sama terhadap seluruh pernyataan.
- c. Jika hasil pengujian menunjukkan nilai alpha >0,60 maka disebut reliable.

Dalam penelitian ini uji reliabilitas dilakukan dengan teknik cronbach, dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$r_n = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(\frac{\sum \sigma_b^2}{\sum \sigma_1^2} \right)$$

Keterangan :

- r_n = Reliabilitas
 k = Jumlah butir pernyataan
 σ_{12} = Jumlah varian butir
 σ_{2b} = Varian total

Kuesioner dinyatakan reliabel jika nilai reliabilitasnya lebih besar dari nilai kritis (0,60) dan $\alpha = 0,05$

Uji reliabilitas dilakukan terhadap kuesioner dalam penelitian dengan tujuan untuk mengetahui konsistensinya. Kuesioner diujikan kepada 30 orang responden dan dihitung dengan menggunakan program SPSS 22.0 *for windows* menggunakan uji *Cronbach alpha*. Dengan hasil didapatkan bahwa dari hasil uji reliabilitas pada semua kuesioner yang digunakan memperoleh hasil sebagai berikut :

1. Hasil uji reliabilitas untuk kepatuhan mendapatkan hasil *cronbach alpha* 0,749 sehingga dari kuesioner tersebut dapat dikatakan reliabel.
2. Hasil uji reliabilitas untuk kemudahan akses layanan mendapatkan hasil *cronbach alpha* 0,751 sehingga kuesioner tersebut dapat dikatakan reliabel.
3. Hasil uji reliabilitas untuk dukungan keluarga mendapatkan hasil *cronbach alpha* 0,610 sehingga kuesioner tersebut dapat dikatakan reliabel.
4. Hasil uji reliabilitas untuk dukungan kelompok sebaya mendapatkan hasil *cronbach alpha* 0,610 sehingga kuesioner tersebut dapat dikatakan reliabel.

3.9 Etik penelitian

Etik penelitian disusun untuk melindungi hak-hak responden, menjamin kerahasiaan responden, dan peneliti dalam kegiatan penelitian. Penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri dari proses penelitian bila dikehendaki. Sebelum melakukan penelitian, peneliti telah mendapatkan persetujuan etik penelitian pada Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan surat No. 106/UN26.18/PP.05.02.00/2024 pada tanggal 8 Januari 2024.

3.9.1 Lembar persetujuan menjadi responden(*Informed Consent*)

Proses *informed consent* dalam penelitian harus dirancang untuk memberdayakan seseorang agar memutuskan berpartisipasi atau tidak (KEPPK, 2021). Peneliti membagikan lembar persetujuan informed consent kepada responden sebelum penelitian dilakukan. Responden mendapatkan informasi dengan lengkap dan menyeluruh mengenai tujuan dari penelitian dari peneliti dan mempunyai hak untuk bersedia ataupun menolak menjadi responden (Nursalam, 2015). Jika responden bersedia, maka menandatangani lembar persetujuan tetapi jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden.

3.9.2 Tanpa nama (Anonimity)

Responden mempunyai hak meminta kepada peneliti untuk merahasiakan data tentang responden. Peneliti tidak diperbolehkan menyebarkan informasi kepada pihak yang tidak terlibat dalam penelitian (Nursalam, 2015). Peneliti menulis nama responden dengan inisial (*anonymity*) untuk menjaga dan merahasiakan identitas responden.

3.9.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2008). Disini data yang sangat dirahasiakan adalah semua identitas dan data demografi responden.

3.9.4 *Beneficence* dan *Non –maleficence*

Prinsip etika berbuat baik menyangkut kewajiban membantu orang lain dengan mencari manfaat sebesar-besarnya dan meminimalkan kerugian. Subyek manusia termasuk dalam penelitian kesehatan dimaksudkan untuk membantu mencapai tujuan penelitian kesehatan yang sesuai untuk digunakan pada manusia (KEPPK, 2021).

Peneliti melakukan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian yang

berguna memberikan manfaat bagi responden dan proses penelitian ini diharapkan tidak menimbulkan keraguan atau menimbulkan kerugian. responden akan percaya dan memberikan data sesuai dalam kuesioner tanpa rasa takut dan ragu untuk kerugian dalam penelitian ini, responden tidak mengalami kerugian secara fisik berupa tidak tersakiti secara fisik dan menimbulkan kecemasan pada pasien, dan pasien tidak mengalami kerugian materi berupa uang untuk transport pada saat pengambilan data.

3.9.5 *Justice* (keadilan)

Prinsip etik keadilan mengacu pada kewajiban etik untuk memperlakukan setiap orang (sebagai pribadi otonom) dalam memperoleh haknya sama dengan moral yang benar dan layak (KEPPK, 2021). Prinsip ini diterapkan oleh penulis sehingga subjek penelitian merasa terjamin dalam mendapatkan perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan ras, suku, agama dan jenis kelamin.

IV. HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Objek Penelitian

Kota Bandar Lampung merupakan Ibu Kota Provinsi Lampung yang terdiri atas 20 kecamatan dan 126 kelurahan. Sarana kesehatan yang terdapat di Kota Bandar Lampung terdiri dari rumah sakit umum dan rumah sakit khusus, puskesmas dan jaringannya, klinik, distribusi kefarmasian terdiri dari apotek, Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT), toko obat dan toko alat kesehatan. Kota Bandar Lampung memiliki 31 puskesmas yang terdiri atas 14 puskesmas rawat inap dan 17 puskesmas non rawat inap.

Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung telah melakukan optimalisasi layanan HIV pada Puskesmas di Kota Bandar Lampung dengan melakukan *set up* layanan PDP di seluruh puskesmas di Kota Bandar Lampung pada tahun 2023. Berdasarkan laporan program HIV tahun 2023, terdapat 1287 ODHIV yang mendapatkan layanan pengobatan ARV di Bandar Lampung serta telah dilakukan evaluasi pengobatan dengan pemeriksaan *viral load* sebanyak 865 ODHIV dan 790 diantaranya dengan hasil *viral load* tersupresi.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh faktor *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing* terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV di Kota Bandar Lampung tahun 2024. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari s.d. Februari 2024 di Puskesmas layanan PDP di Kota Bandar Lampung. Responden merupakan ODHIV yang sedang dalam pengobatan ARV di Puskesmas Kota Bandar Lampung yang masuk dalam kriteria sampel yang telah ditetapkan oleh peneliti.

Lokasi pengambilan sampel pada penelitian ini diambil pada 8 Puskesmas di Kota Bandar Lampung yaitu Puskesmas Simpur, Puskesmas Sukaraja, Puskesmas Sukabumi, Puskesmas Kedaton, Puskesmas Gedong Air, Puskesmas Kemiling, Puskesmas Pasar Ambon, dan Puskesmas Rajabasa Indah.

Penelitian ini dilakukan dengan menyebarkan kuisisioner pada responden saat kunjungan pengambilan obat maupun pemeriksaan kesehatan ke Puskesmas serta dengan melakukan pengisian lembar observasi berdasarkan data rekam medis. Pelaksanaan dilakukan oleh peneliti secara langsung dan dibantu oleh enumerator yang merupakan pengelola program ataupun petugas di layanan HIV Puskesmas.

4.2 Analisis Univariat

Analisis univariat secara deskriptif berfungsi memberikan gambaran terhadap obyek penelitian melalui data sampel atau populasi bagaimana adanya, tanpa melakukan analisis dan membuat kesimpulan yang berlaku umum.

4.2.1 Karakteristik Responden

4.2.1.1 Usia

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan distribusi frekuensi responden berdasarkan usia sebagai berikut :

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Usia (tahun)	Frekuensi	Persen (%)
<40 tahun	94	77
≥ 40 tahun	28	23
Total	122	100

Berdasarkan data pada tabel 6, didapatkan bahwa dari 122 orang responden pada penelitian ini berusia (≥ 40 tahun) tahun sebanyak 28 orang

(23%), dan responden yang berusia < 40 tahun sebanyak 94 orang (77%) responden.

4.2.1.2 Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data distribusi frekuensi jenis kelamin responden pada tabel berikut :

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persen (%)
Laki-laki	92	75,4
Perempuan	30	24,6
Total	122	100

Berdasarkan data pada tabel 7 diatas didapatkan bahwa dari 122 orang responden pada penelitian ini sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 92 orang (75,4%), dan didapatkan sebanyak 30 orang (24,6%) berjenis kelamin perempuan.

4.2.1.3 Pendidikan

Berdasarkan data distribusi frekuensi pendidikan responden didapatkan hasil penelitian pada tabel berikut:

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persen (%)
Tidak Sekolah	0	0
Tamat SD	4	3,3
Tamat SMP	13	10,7
Tamat SMA	65	53,3
Perguruan Tinggi	40	32,8
Total	122	100

Berdasarkan data pada tabel 8 diatas didapatkan bahwa dari 122 orang responden pada penelitian ini sebagian besar berpendidikan SMA sebanyak 65 orang (53,8%), sebanyak 40 orang (32,8%) berpendidikan

perguruan tinggi, sebanyak 13 orang (10,7%) berpendidikan SMP, sebanyak 4 orang (3,3%) berpendidikan SD, dan tidak ada responden berpendidikan tidak sekolah.

Berdasarkan tabel 8 diatas, peneliti mengelompokkan pendidikan responden menjadi sebagai berikut :

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Pendidikan	Frekuensi	Persen (%)
Rendah	82	67,2
Tinggi	40	32,8
Total	122	100

Berdasarkan tabel 9 diatas, didapatkan bahwa dari 122 responden sebagian besar responden berpendidikan rendah sebanyak 82 orang (67,2%), dan sebanyak 40 orang (32,8%) responden berpendidikan tinggi.

4.2.1.4 Pekerjaan Responden

Berdasarkan data distribusi frekuensi pekerjaan responden didapatkan hasil penelitian pada tabel berikut :

Tabel 10. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Pekerjaan	Frekuensi	Persen (%)
Tidak Bekerja	23	18,8
Pelajar/Mahasiswa	11	9
Ibu Rumah Tangga	4	3,3
Pegawai Pemerintah	8	5,6
Pegawai Swasta	47	38,5
Buruh	26	21,3
Supir	1	0,8
Wiraswasta	2	1,6
Total	122	100

Berdasarkan tabel 10 diatas didapatkan bahwa dari 122 responden sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebagai pegawai swasta sebanyak 47 orang (38,5%), sebanyak 23 orang (21,3%) responden bekerja

sebagai buruh, sebanyak 23 orang (18,8%) responden tidak bekerja, sebanyak 11 orang (9%) responden merupakan pelajar/mahasiswa, sebanyak 8 orang responden (5,6%) responden bekerja sebagai pegawai pemerintah, sebanyak 4 orang responden (3,3%) responden merupakan ibu rumah tangga, sebanyak 2 orang (1,6%) responden bekerja sebagai wiraswasta, dan sebanyak 1 orang (0,8%) responden bekerja sebagai supir.

Berdasarkan tabel 10 diatas, peneliti mengelompokkan pekerjaan responden menjadi sebagai berikut :

Tabel 11. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Pekerjaan	Frekuensi	Persen (%)
Tidak Bekerja	37	30,3
Bekerja	85	69,7
Total	122	100

Berdasarkan tabel 11 diatas, didapatkan bahwa dari 122 responden sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebanyak 85 orang (69,7%), dan sebanyak 37 orang (30,3%) responden tidak/belum memiliki pekerjaan.

4.2.2. Lama Pengobatan Responden

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan distribusi frekuensi responden berdasarkan lama pengobatan responden didapatkan pada tabel berikut :

Tabel 12. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Lama Pengobatan	Frekuensi	Persen (%)
1-2 tahun	40	32,8
> 2 tahun	82	67,2
Total	122	100

Berdasarkan tabel 12 diatas didapatkan bahwa dari 122 responden sebagian besar responden telah menjalani pengobatan selama lebih dari 2

tahun sebanyak 82 responden (67,2%), dan sebanyak 40 orang (32,8%) responden baru menjalani pengobatan 1-2 tahun.

4.2.3. Stadium Klinis Responden

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan distribusi frekuensi responden berdasarkan stadium klinis responden pada tabel berikut :

Tabel 13. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Klasifikasi Stadium Klinis pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Stadium Klinis	Frekuensi	Persen (%)
Stadium 1	53	43,4
Stadium 2	39	32,0
Stadium 3	23	18,9
Stadium 4	7	5,7
Total	122	100

Berdasarkan tabel 13 diatas didapatkan bahwa dari 122 responden sebagian besar klasifikasi stadium klinis HIV responden pada stadium 1 sebanyak 53 orang (43,4%), sebanyak 39 orang (32%) responden berada pada stadium 2, sebanyak 23 orang (18,9%) responden berada pada stadium 3, dan sebanyak 7 orang (5,7%) responden berada pada stadium 4.

Berdasarkan tabel 11 diatas, peneliti mengelompokkan stadium klinis responden pada tabel sebagai berikut :

Tabel 14. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Stadium Klinis Pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Stadium Klinis	Frekuensi	Persen (%)
Stadium Lanjut	30	24,6
Stadium Awal	92	75,4
Total	122	100

Berdasarkan data pada tabel 14, didapatkan bahwa dari 122 orang responden sebagian besar berada pada stadium awal sebanyak 92 orang

responden (75,4%), dan sebanyak 30 orang (24,6%) responden berada pada stadium lanjut.

4.2.4. Penyakit Penyerta

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan distribusi frekuensi responden berdasarkan adanya penyakit penyerta responden pada tabel berikut :

Tabel 15. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penyakit Penyerta pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Penyakit Penyerta	Frekuensi	Persen (%)
Ada	19	15,6
Tidak Ada	103	84,4
Total	122	100

Berdasarkan data pada tabel 15, didapatkan bahwa dari 122 orang responden sebagian besar tidak ada penyakit penyerta sebanyak 103 orang responden (84,4%), dan sebanyak 19 orang (15,6%) responden memiliki penyakit penyerta.

Berdasar hasil penelitian, didapatkan distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis penyakit penyerta sebagai berikut.

Tabel 16. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Penyakit Penyerta pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Penyakit Penyerta	Frekuensi	Persen (%)
Candidiasis Oral	8	42,1
TB Paru	3	15,7
Diare	3	15,7
Dermatitis	2	10,6
Herpes	2	10,6
Sifilis	1	5,3
Jumlah	19	100

Berdasarkan data pada tabel 16, didapatkan bahwa dari 19 orang responden berpenyakit penyerta sebagian besar menderita *candidiasis oral* sebanyak 8 orang (42,1%) responden, 3 orang (15,7%) responden dengan TB paru, 3 orang (15,7%) responden dengan diare, 2 orang (10,6%)

reponden dengan dermatitis, 2 orang (10,6%) responden dengan herpes dan 1 orang (5,3%) responden dengan sifilis.

4.2.5. Paduan Terapi ARV Responden

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan distribusi frekuensi responden berdasarkan paduan terapi ARV pada tabel sebagai berikut :

Tabel 17. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Paduan Terapi pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Paduan Terapi	Frekuensi	Persen (%)
Lini 1	106	86,9
Lini 2	16	13,1
Total	122	100

Berdasarkan data pada tabel 17, didapatkan bahwa dari 122 orang responden sebagian besar menjalankan terapi ARV lini pertama sebanyak 106 orang responden (86,9%), dan sebanyak 16 orang (13,1%) responden menjalankan terapi ARV lini kedua.

4.2.6. Keberhasilan Pengobatan Responden

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan distribusi frekuensi keberhasilan pengobatan responden berdasarkan hasil pemeriksaan *viral load* pada tabel sebagai berikut :

Tabel 18. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Keberhasilan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Hasil Pemeriksaan <i>Viral Load</i>	Frekuensi	Persen (%)
Detected	27	22,1
Undetected	95	77,9
Total	122	100

Berdasarkan data pada tabel 18 diatas, didapatkan bahwa dari 122 orang responden sebagian besar dikategorikan berhasil dengan hasil *viral load undetected* dalam pengobatan ARV sebanyak 95 orang responden

(77,9%), dan sebanyak 27 orang (22,1%) responden dikategorikan tidak berhasil dengan terdapat hasil nilai dari pemeriksaan *viral load*.

4.2.7. Kepatuhan Pengobatan

Kepatuhan pengobatan ARV diukur menggunakan kuesioner MMAS-8 (*morisky Medication adherence scale*) dengan 8 item pertanyaan. Total skor MMAS-8 berkisar 0-8 dan dikategorikan dalam 2 tingkat yaitu kepatuhan tinggi dan kepatuhan rendah. Uji normalitas data yang digunakan adalah uji Kolmogorov-Smirnov karena sampel dalam penelitian ini berjumlah 122 orang ($n \geq 50$). Berdasarkan uji normalitas nilai *p-value* pada skor kepatuhan yaitu 0,000. Karena nilai *p-value* $\leq 0,005$, disimpulkan maka skor kepatuhan tidak terdistribusi normal sehingga pengkategorian kepatuhan digunakan nilai median yaitu 7,75 dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Kepatuhan Tinggi bila skor didapatkan \geq median 7,75
- b. Kepatuhan Rendah bila skor didapatkan $<$ median 7,75

Tabel 19. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepatuhan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Kepatuhan Pengobatan	Frekuensi	Persen (%)
Kepatuhan Rendah	47	38,5
Kepatuhan Tinggi	75	61,5
Total	122	100

Berdasarkan data pada tabel 19, didapatkan bahwa dari 122 orang responden sebagian besar memiliki kepatuhan tinggi sebanyak 72 orang responden (61,5%), dan sebanyak 47 orang (38,5%) responden memiliki kepatuhan rendah.

4.2.8. Kemudahan Akses Layanan

Pengukuran kemudahan akses layanan pengobatan HIV digunakan dengan kuisisioner kemudahan akses layanan yang berisi 15 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban dengan skala likert. Total skor berkisar antara 15-60 dan

dikategorikan menjadi akses mudah dan akses sulit. Uji normalitas data yang digunakan adalah uji Kolmogrov-Smirknov karena sampel dalam penelitian ini berjumlah 122 orang ($n \geq 50$). Berdasarkan uji normalitas nilai p -value pada skor kepatuhan yaitu 0,000. Karena nilai p -value $\leq 0,005$, disimpulkan maka skor kemudahan akses layanan tidak terdistribusi normal sehingga pengkategorian kemudahan akses layanan digunakan nilai median yaitu 50 dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Akses Mudah bila skor didapatkan \geq median 50
- b. Akses Sulit bila skor didapatkan $<$ median 50

Tabel 20. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kemudahan Akses Layanan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Kemudahan Akses Layanan	Frekuensi	Persen (%)
Akses Sulit	55	45,1
Akses Mudah	67	54,9
Total	122	100

Berdasarkan data pada tabel 20, didapatkan bahwa dari 122 orang responden sebagian besar menyatakan akses mudah sebanyak 67 orang responden (54,9%), dan sebanyak 55 orang (45,1%) responden menyatakan akses sulit.

4.2.9. Dukungan Keluarga

Pengukuran dukungan keluarga digunakan dengan kuisisioner dukungan keluarga yang berisi 20 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban dengan skala likert. Total skor berkisar antara 20-80 dan dikategorikan menjadi dukungan kuat dan dukungan lemah. Uji normalitas data yang digunakan adalah uji Kolmogrov-Smirknov karena sampel dalam penelitian ini berjumlah 122 orang ($n \geq 50$). Berdasarkan uji normalitas nilai p -value pada skor dukungan keluarga yaitu 0,002. Karena nilai p -value $\leq 0,005$, disimpulkan maka skor dukungan keluarga tidak terdistribusi normal sehingga pengkategorian dukungan keluarga digunakan nilai median yaitu 65 dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Kuat bila skor didapatkan \geq median 65

- b. Lemah bila skor didapatkan $<$ median 65

Tabel 21. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan keluarga pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Dukungan Keluarga	Frekuensi	Persen (%)
Lemah	59	48,4
Kuat	63	51,6
Total	122	100

Berdasarkan data pada tabel 21, didapatkan bahwa dari 122 orang responden sebagian besar memiliki dukungan keluarga kuat sebanyak 63 orang responden (51,6%), dan sebanyak 59 orang (48,4%) responden memiliki dukungan keluarga lemah.

4.2.10. Dukungan Kelompok Sebaya

Pengukuran dukungan kelompok sebaya digunakan dengan kuisioner dukungan kelompok sebaya yang berisi 16 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban dengan skala likert. Total skor berkisar antara 16-64 dan dikategorikan menjadi dukungan kuat dan dukungan lemah. Uji normalitas data yang digunakan adalah uji Kolmogrov-Smirknov karena sampel dalam penelitian ini berjumlah 112 orang ($n \geq 112$). Berdasarkan uji normalitas nilai *p-value* pada skor dukungan kelompok sebaya yaitu 0,000. Karena nilai *p-value* $\leq 0,005$, disimpulkan maka skor dukungan kelompok sebaya tidak terdistribusi normal sehingga pengkategorian dukungan kelompok sebaya digunakan nilai median yaitu 58 dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Kuat bila skor didapatkan \geq median 58
 b. Lemah bila skor didapatkan $<$ median 58

Tabel 22. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Kelompok Sebaya pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Dukungan Kelompok Sebaya	Frekuensi	Persen (%)
Lemah	58	47,5
Kuat	64	52,5
Total	122	100

Berdasarkan data pada tabel 22, didapatkan bahwa dari 122 orang responden sebagian besar memiliki dukungan kelompok sebaya kuat sebanyak 64 orang responden (52,5%), dan sebanyak 58 orang (47,5%) responden memiliki dukungan kelompok sebaya lemah.

4.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh antara variabel dependen dan variabel independent. Pada penelitian ini, peneliti melakukan analisis bivariat untuk mengetahui faktor *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing* terhadap keberhasilan pengobatan ARV pada ODHIV di Kota Bandar Lampung.

4.3.1 Faktor *Predisposing*

4.3.1.1 Pengaruh Usia Terhadap Kepatuhan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh usia terhadap kepatuhan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 23. Pengaruh usia Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Usia	Kepatuhan Pengobatan				Jumlah	<i>P value</i>	
	Kepatuhan Rendah		Kepatuhan Tinggi				
	n	%	n	%	n	%	
< 40 tahun	36	76,6	58	77,3	94	77	1,000
≥ 40 tahun	11	23,4	17	22,7	28	23	
Total	47	100	75	100	122	100	

Berdasarkan tabel 23 diatas, diketahui bahwa responden dengan kepatuhan pengobatan rendah lebih banyak (76,6%) yang merupakan responden

berusia (<40 tahun). Sedangkan responden dengan kepatuhan pengobatan tinggi lebih banyak (77,3%) yang merupakan responden berusia (<40 tahun) juga. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p=1,000$ ($p>0,05$), maka disimpulkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan pengobatan ARV.

4.3.1.2 Pengaruh Jenis Kelamin Terhadap Kepatuhan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh usia terhadap kepatuhan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 24. Pengaruh Jenis Kelamin Terhadap Kepatuhan Pengobatan Pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Jenis Kelamin	Kepatuhan Pengobatan				Jumlah		<i>P value</i>
	Kepatuhan Rendah		Kepatuhan Tinggi		n	%	
	n	%	n	%			
Laki-laki	32	68,1	60	80	92	75,4	0,204
Perempuan	15	31,9	15	20	30	24,6	
Total	47	100	75	100	122	100	

Berdasarkan tabel 24 diatas, diketahui bahwa responden dengan kepatuhan pengobatan rendah lebih banyak (68,1%) merupakan responden berjenis kelamin laki-laki. Sedangkan responden dengan kepatuhan pengobatan tinggi lebih banyak (80%) merupakan responden berjenis kelamin laki-laki juga. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p=0,204$ ($p>0,05$), maka disimpulkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kepatuhan pengobatan ARV.

4.3.1.3 Pengaruh Pendidikan Terhadap Kepatuhan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh pendidikan terhadap kepatuhan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 25. Pengaruh Pendidikan Terhadap Kepatuhan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Pendidikan	Kepatuhan Pengobatan				Jumlah		<i>P value</i>	PR (95% CI)
	Kepatuhan Rendah		Kepatuhan Tinggi					
	n	%	n	%	n	%		
Rendah	39	83	43	57,3	82	67,2	0,006 (1,229-4,602)	
Tinggi	8	17	32	42,7	40	38,2		
Total	47	100	75	100	122	100		

Berdasarkan tabel 25 diatas, diketahui bahwa responden dengan kepatuhan pengobatan rendah lebih banyak (83%) merupakan responden dengan pendidikan rendah. Sedangkan responden dengan kepatuhan pengobatan tinggi lebih banyak (57,3%) merupakan reaponden dengan pendidikan rendah juga. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p=0,006$ ($p<0,05$), maka disimpulkan terdapat pengaruh yang bermakna antara pendidikan terhadap kepatuhan pengobatan ARV. Berdasarkan hasil perhitungan, diketahui nilai *prevalence ratio* (PR) = 2,378 maka dapat disimpulkan ODHIV dengan pendidikan rendah akan beresiko memiliki kepatuhan pengobatan ARV rendah sebesar 2,4 kali dibandingkan dengan ODHIV dengan pendidikan tinggi.

4.3.1.4 Pengaruh Pekerjaan Terhadap Kepatuhan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh pekerjaan terhadap kepatuhan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 26. Pengaruh Pekerjaan Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Pekerjaan	Kepatuhan Pengobatan				Jumlah		<i>P value</i>
	Kepatuhan Rendah		Kepatuhan Tinggi				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak bekerja	19	40,4	18	24	37	30,3	0,086
Bekerja	28	59,6	57	76	85	69,7	
Total	47	100	75	100	122	100	

Berdasarkan tabel 26 diatas, diketahui bahwa responden dengan kepatuhan pengobatan rendah lebih banyak (59,6%) merupakan responden yang bekerja. Sedangkan responden dengan kepatuhan pengobatan tinggi lebih

banyak (76%) merupakan responden yang bekerja juga. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p= 0,086$ ($p>0,05$), maka disimpulkan tidak terdapat hubungan yang bermakna dengan pekerjaan terhadap kepatuhan pengobatan ARV.

4.3.1.5 Pengaruh Lama Pengobatan Terhadap Kepatuhan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh lama pengobatan terhadap kepatuhan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 27. Pengaruh Lama Pengobatan Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Lama Pengobatan	Kepatuhan Pengobatan				Jumlah		<i>P value</i>
	Kepatuhan Rendah		Kepatuhan Tinggi		n	%	
	n	%	n	%			
1-2 tahun	16	34	24	32	40	32,8	0,971
> 2 tahun	31	66	51	68	82	67,2	
Total	47	100	75	100	122	100	

Berdasarkan tabel 27 diatas, diketahui bahwa responden dengan kepatuhan pengobatan rendah lebih banyak (66%) merupakan responden dengan lama pengobatan >2 tahun. Sedangkan responden dengan kepatuhan pengobatan tinggi lebih banyak (68%) merupakan responden dengan lama pengobatan >2 tahun. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p= 0,971$ ($p>0,05$), maka disimpulkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara lama pengobatan dengan kepatuhan pengobatan ARV.

4.3.1.6 Pengaruh Lama Pengobatan Terhadap Keberhasilan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 28. Pengaruh Lama Pengobatan Terhadap Keberhasilan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Lama Pengobatan	Keberhasilan Pengobatan				Jumlah		<i>P value</i>
	Tidak Berhasil		Berhasil		n	%	
	n	%	n	%			
1-2 tahun	8	29,6	32	33,7	40	32,8	0,870
> 2 Tahun	19	70,4	63	66,3	82	67,2	
Total	27	100	95	100	122	100	

Berdasarkan tabel 28 diatas, diketahui bahwa responden tidak berhasil dalam pengobatan ARV lebih banyak (70,4%) merupakan responden dengan lama pengobatan >2 tahun. Sedangkan responden yang berhasil pengobatan ARV lebih banyak (66,3%) merupakan responden dengan lama pengobatan >2 tahun juga. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p = 0,870$ ($p > 0,05$), maka disimpulkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara lama pengobatan dengan keberhasilan pengobatan ARV.

4.3.1.7 Pengaruh Stadium Klinis Terhadap Keberhasilan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh stadium klinis terhadap keberhasilan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 29. Pengaruh Stadium Klinis Terhadap Keberhasilan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Stadium Klinis	Keberhasilan Pengobatan				Jumlah		<i>P value</i>	PR (95% CI)
	Tidak Berhasil		Berhasil		n	%		
	n	%	n	%				
Stadium Lanjut	12	44,4	18	18,9	30	24,6	0,014	2,453 (1,297-4,641)
Stadium Awal	15	55,6	77	81,1	92	75,4		
Total	27	100	95	100	122	100		

Berdasarkan tabel 29 diatas, diketahui bahwa responden yang tidak berhasil dalam pengobatan ARV lebih banyak (55,6%) merupakan responden pada stadium klinis awal. Sedangkan responden yang berhasil dalam pengobatan ARV lebih banyak (81,1%) merupakan responden pada stadium klinis awal juga. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p = 0,014$ ($p < 0,05$), maka disimpulkan terdapat pengaruh

yang bermakna antara stadium klinis terhadap keberhasilan pengobatan ARV. Berdasarkan hasil perhitungan, diketahui nilai $PR=2,453$, maka dapat disimpulkan ODHIV pada stadium lanjut akan beresiko tidak berhasil pengobatan ARV sebesar 2,5 kali dibandingkan dengan ODHIV pada stadium awal.

4.3.1.8 Pengaruh Penyakit Penyerta Terhadap Keberhasilan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh penyakit penyerta terhadap keberhasilan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 30. Pengaruh Penyakit Penyerta Terhadap Keberhasilan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Penyakit Penyerta	Keberhasilan Pengobatan				Jumlah		<i>P value</i>	OR (95% CI)
	Tidak Berhasil		Berhasil					
	n	%	n	%	n	%		
Ada	13	48,1	6	6,3	19	15,6	0,000	5,034
Tidak Ada	14	51,9	89	93,7	103	84,4		(2,883-8,944)
Total	27	100	95	100	122	100		

Berdasarkan tabel 30 diatas, diketahui bahwa responden tidak berhasil dalam pengobatan ARV lebih banyak (51,9%) merupakan responden yang tidak ada penyakit penyerta. Sedangkan responden yang berhasil dalam pengobatan ARV lebih banyak (93,7%) merupakan responden yang tidak ada penyakit penyerta. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p= 0,000$ ($p<0,05$), maka disimpulkan terdapat pengaruh yang bermakna antara penyakit penyerta terhadap keberhasilan pengobatan ARV. Berdasarkan hasil perhitungan, diketahui nilai $PR=5,034$, maka dapat disimpulkan ODHIV yang menderita penyakit penyerta akan beresiko tidak berhasil pengobatan ARV sebesar 5 kali dibandingkan dengan ODHIV yang tidak ada penyakit penyerta.

4.3.2 Faktor *Enabling*

4.3.2.1 Pengaruh Kemudahan Akses Layanan Terhadap Kepatuhan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh kemudahan akses layanan terhadap kepatuhan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 31. Pengaruh Kemudahan Akses Layanan Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Kemudahan Akses Layanan	Kepatuhan Pengobatan				Jumlah	<i>P value</i>	PR (95% CI)	
	Kepatuhan Rendah		Kepatuhan Tinggi					
	n	%	n	%				
Sulit	31	66	24	32	55	45,1	0,000	2,360
Mudah	16	34	51	68	67	67,2		(1,451-3,840)
Total	47	100	75	100	122	100		

Berdasarkan tabel 31 diatas, diketahui bahwa responden dengan kepatuhan pengobatan rendah lebih banyak (66%) merupakan responden yang menyatakan akses layanan sulit. Sedangkan responden dengan kepatuhan pengobatan tinggi lebih banyak (68%) merupakan responden yang menyatakan akses layanan mudah. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p= 0,000$ ($p<0,05$), maka disimpulkan terdapat pengaruh yang bermakna antara kemudahan akses layanan terhadap kepatuhan pengobatan ARV. Berdasarkan hasil perhitungan, diketahui nilai PR = 2,360, maka dapat disimpulkan ODHIV dengan akses layanan sulit akan beresiko memiliki kepatuhan pengobatan rendah sebesar 2,4 kali dibandingkan dengan ODHIV dengan akses layanan mudah.

4.3.2.2 Pengaruh Paduan Terapi Terhadap Kepatuhan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh paduan terapi terhadap kepatuhan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 32. Pengaruh Paduan Terapi Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Paduan terapi	Kepatuhan Pengobatan				Jumlah		<i>P value</i>
	Kepatuhan Rendah		Kepatuhan Tinggi		n	%	
	n	%	n	%			
Lini Pertama	43	91,5	63	84	106	86,9	0,359
Lini Kedua	4	8,5	12	16	16	13,1	
Total	47	100	75	100	122	100	

Berdasarkan tabel 32 diatas, diketahui bahwa responden dengan kepatuhan pengobatan rendah lebih banyak (91,5%) merupakan responden dengan pengobatan ARV lini pertama. Sedangkan responden dengan kepatuhan pengobatan tinggi lebih banyak (84%) merupakan responden dengan pengobatan ARV lini pertama juga. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p=0,359$ ($p>0,05$), maka disimpulkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara paduan terapi dengan kepatuhan pengobatan ARV.

4.3.2.3 Pengaruh Paduan Terapi Terhadap Keberhasilan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh paduan terapi terhadap keberhasilan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 33. Pengaruh Paduan Terapi Terhadap Keberhasilan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Paduan Terapi	Keberhasilan Pengobatan				Jumlah		<i>P value</i>
	Tidak Berhasil		Berhasil		n	%	
	n	%	n	%			
Lini Pertama	23	85,2	83	87,4	106	86,9	1,000
Lini Kedua	4	14,8	12	12,6	16	13,1	
Total	27	100	95	100	122	100	

Berdasarkan tabel 33 diatas, diketahui bahwa responden tidak berhasil dalam pengobatan ARV lebih banyak (85,2%) merupakan responden dengan pengobatan ARV lini pertama. Sedangkan responden berhasil pengobatan ARV lebih banyak (87,4%) merupakan responden dengan pengobatan ARV lini pertama juga. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p=1,000$ ($p>0,05$), maka disimpulkan tidak terdapat

hubungan yang bermakna antara paduan terapi dengan keberhasilan pengobatan ARV.

4.3.3 Faktor *Reinforcing*

4.3.3.1 Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 34. Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Dukungan Keluarga	Kepatuhan Pengobatan				Jumlah		<i>P value</i>	PR (95% CI)
	Kepatuhan Rendah		Kepatuhan Tinggi					
	n	%	n	%	n	%		
Lemah	31	66	28	37,3	59	48,4	0,004	2,069
Kuat	16	34	47	62,7	63	51,6		(1,270-3,370)
Total	47	100	75	100	122	100		

Berdasarkan tabel 34 diatas, diketahui bahwa responden dengan kepatuhan pengobatan rendah lebih banyak (66%) merupakan responden dengan dukungan keluarga lemah. Sedangkan responden dengan kepatuhan pengobatan tinggi lebih banyak (62,7%) merupakan responden dengan dukungan keluarga kuat. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p= 0,004$ ($p<0,05$), maka disimpulkan terdapat pengaruh yang bermakna antara dukungan keluarga terhadap kepatuhan pengobatan ARV. Berdasarkan hasil perhitungan, diketahui $PR=2,069$, maka dapat disimpulkan ODHIV dengan dukungan keluarga lemah akan beresiko memiliki kepatuhan pengobatan rendah sebesar 2 kali dibandingkan dengan ODHIV dengan dukungan keluarga kuat.

4.3.3.2 Pengaruh Kelompok Sebaya Terhadap Kepatuhan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh dukungan kelompok sebaya terhadap kepatuhan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 35. Pengaruh Dukungan Kelompok Sebaya Terhadap kepatuhan pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

Dukungan Kelompok Sebaya	Kepatuhan Pengobatan				Jumlah		<i>P value</i>	PR (95% CI)
	Kepatuhan Rendah		Kepatuhan Tinggi					
	n	%	n	%	n	%		
Lemah	32	68,1	26	34,7	58	47,5	0,001	2,317 (1,428-3,881)
Kuat	15	31,9	49	65,3	63	52,5		
Total	47	100	75	100	122	100		

Berdasarkan tabel 35 diatas, diketahui bahwa responden dengan kepatuhan pengobatan rendah lebih banyak (68,1%) merupakan responden dengan dukungan kelompok sebaya lemah. Sedangkan responden dengan kepatuhan pengobatan tinggi lebih banyak (65,3%) merupakan responden dengan dukungan kelompok sebaya kuat. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p=0,001$ ($p<0,05$), maka disimpulkan terdapat pengaruh yang bermakna antara dukungan kelompok sebaya terhadap kepatuhan pengobatan ARV. Berdasarkan hasil perhitungan, diketahui nilai PR = 2,317, maka dapat disimpulkan ODHIV dengan dukungan kelompok sebaya lemah akan beresiko memiliki kepatuhan pengobatan rendah sebesar 2,3 kali dibandingkan dengan ODHIV dengan dukungan kelompok sebaya kuat.

4.3.4 Pengaruh Kepatuhan Pengobatan Terhadap Keberhasilan Pengobatan

Hasil analisis pengaruh kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ARV pada ODHIV, seperti yang tertera pada tabel sebagai berikut :

Tabel 36. Pengaruh Kepatuhan Pengobatan Terhadap Keberhasilan Pengobatan pada ODHIV Di Kota Bandar Lampung Tahun 2024

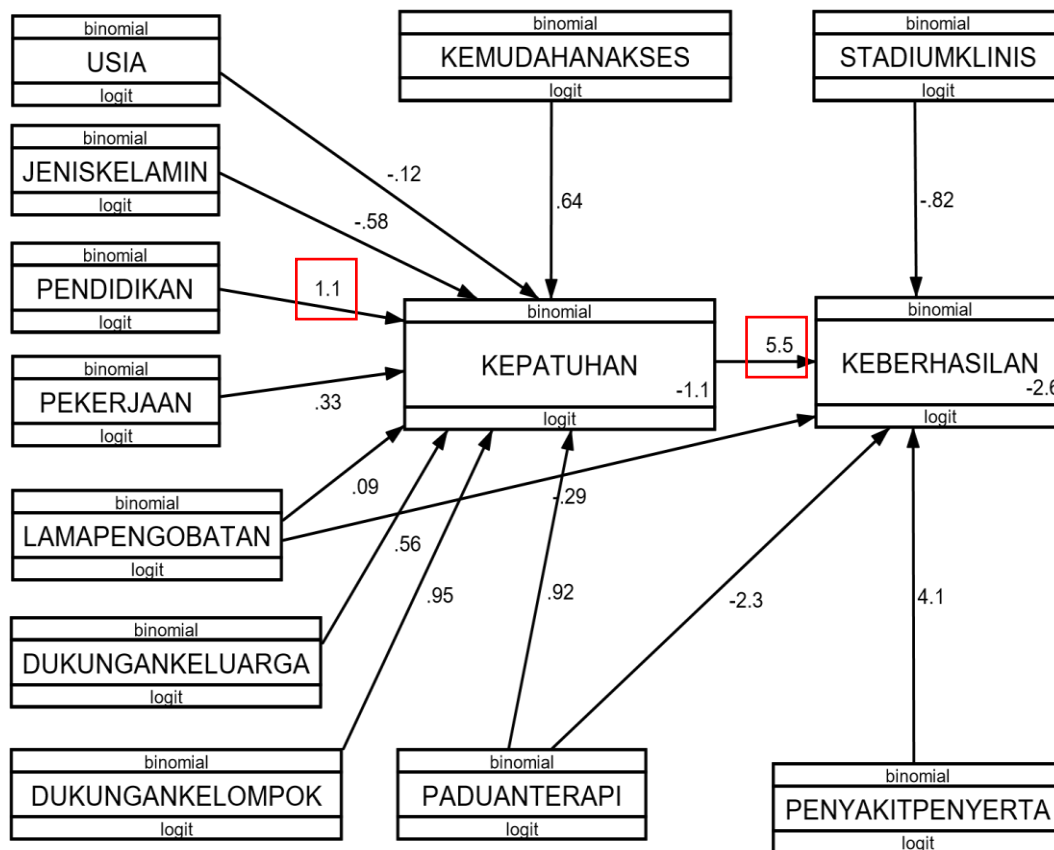
Kepatuhan Pengobatan	Keberhasilan Pengobatan				Jumlah		<i>P value</i>	PR (95% CI)
	Tidak Berhasil		Berhasil					
	n	%	n	%	n	%		
Rendah	26	96,3	21	22,1	47	38,5	0,000	41,489 (5,822-295,694)
Tinggi	1	3,7	74	77,9	75	61,5		
Total	27	100	95	100	122	100		

Berdasarkan tabel 36 diatas, diketahui bahwa responden tidak berhasil dalam pengobatan ARV lebih banyak (96,3%) merupakan responden dengan kepatuhan pengobatan rendah. Sedangkan responden berhasil pengobatan ARV lebih banyak (77,9%) merupakan responden dengan kepatuhan pengobatan tinggi. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai $p=0,000$ ($p<0,05$), maka disimpulkan terdapat pengaruh yang bermakna antara kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ARV. Berdasarkan hasil perhitungan, diketahui nilai $PR=41,489$, maka dapat disimpulkan ODHIV dengan kepatuhan pengobatan rendah akan beresiko tidak berhasil pengobatan ARV sebesar 41,5 kali dibandingkan dengan ODHIV dengan kepatuhan pengobatan tinggi.

4.4 Analisis Multivariat

Metode analisis multivariat dalam penelitian ini dengan analisis jalur (*path analysis*) menggunakan aplikasi pengolah data dengan pendekatan GSEM (*generalized structural equation modeling*) karena penelitian ini menggunakan data dikotomi yaitu data yang bersifat pilah satu sama lain yang di peroleh dari pengelompokan hasil pengukuran variabel-variabel digunakan sesungguhnya yaitu variabel usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama pengobatan, stadium klinis, penyakit penyerta, kemudahan akses layanan, paduan terapi, dukungan keluarga, dukungan kelompok sebaya, kepatuhan pengobatan, dan keberhasilan pengobatan.

Model yang digunakan yaitu kesesuaian dengan model yang ada pada gambar dibawah ini :



Gambar 8. Hasil spesifikasi model menggunakan GSEM (*generalized structural equation modeling*)

Analisis jalur (*path analysis*) dalam penelitian ini untuk melihat variabel mana yang berpengaruh satu sama lain, dan kesesuaian kerangka teori. Gambar 8 menunjukkan keberhasilan pengobatan secara langsung dipengaruhi oleh lama pengobatan, stadium klinis, penyakit penyerta, paduan terapi, dan kepatuhan pengobatan. Keberhasilan pengobatan secara tidak langsung dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama pengobatan, kemudahan akses layanan, paduan terapi, dukungan keluarga, dan dukungan kelompok sebaya melalui kepatuhan pengobatan.

Tahapan kedua didalam tahap koefisien jalur adalah mencari nilai variabel independen terhadap variabel dependen antar masing-masing variabel, tahapan yang dilakukan secara manual.

Tabel 37. Hasil *path analysis* pengaruh faktor predisposing, enabling, dan reinforcing terhadap keberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan

Variabel Dependen	Variabel Independen	Path Coefficient (b)	CI 95 %		P Value
			Lower limit	Upper limit	
Pengaruh Langsung (Direct effect)					
Keberhasilan Pengobatan	← Lama Pengobatan	- 0,290	-1,675	1,094	0,681
	← Paduan Terapi	2,305	-0,957	5,569	0,166
	← Stadium Klinis	-0,820	-0,342	1,790	0,583
	← Penyakit Penyerta	4,100	1,121	7,078	0,007
	← Kepatuhan Pengobatan	5,541	2,689	8,393	0,000
Pengaruh Tidak Langsung (Indirect effect)					
Kepatuhan pengobatan	← Usia	-0,119	-1,214	0,975	0,831
	← Jenis Kelamin	-0,579	-1,698	0,538	0,309
	← Pendidikan	1,115	0,120	2,109	0,028
	← Pekerjaan	0,332	-0,751	1,414	0,548
	← Lama Pengobatan	0,090	-,8832	1,064	0,856
	← Dukungan Keluarga	0,562	-0,436	1,560	0,270
	← Dukungan Kelompok Sebaya	0,947	-0,031	1,926	0,058
	← Kemudahan Akses	0,635	-0,310	1,580	0,188
	← Paduan Terapi	0,923	-0,536	2,382	0,215
N observation	= 122				
Log likelihood	= -94,071841				
AIC	= 220.1437				
BIC	= 265.008				
df	= 16				

Pada tabel 37 diperoleh hasil akhir menggunakan analisis GSEM (generalized structural equation modeling) dari faktor apa saja yang berpengaruh secara signifikan terhadap keberhasilan pengobatan ARV berupa tahapan analisis jalur untuk mencari nilai variabel independen terhadap variabel dependen antar masing-masing variabel.

4.4.1 Pengaruh Langsung (*Direct Effect*)

4.4.1.1 Pengaruh Langsung Lama Pengobatan terhadap Keberhasilan Pengobatan

Berdasarkan hasil analisis pengaruh langsung variabel lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ($X_5 \rightarrow Z$). Diketahui koefisien yaitu 0,29 dan bernilai negatif, sehingga dapat diartikan ketika lama pengobatan 1-2 tahun, maka diprediksi menurunkan ketidakberhasilan pengobatan sebesar 0,29 daripada ketika lama pengobatan > 2 tahun.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37 diketahui tidak ada pengaruh langsung antara lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ARV. ODHIV yang menjalankan pengobatan 1-2 tahun memiliki skor logodds untuk tidak mencapai keberhasilan pengobatan ARV sebesar 0,290 unit lebih rendah daripada ODHIV yang sudah menjalankan pengobatan ARV > 2 tahun ($b = -0,291$; 95% CI = -1,675 hingga 1,094; $p = 0,681$).

4.4.1.2 Pengaruh Langsung Stadium Klinis terhadap Keberhasilan Pengobatan

Berdasarkan hasil analisis pengaruh langsung variabel stadium klinis terhadap keberhasilan pengobatan ($X_6 \rightarrow Z$). Diketahui koefisien yaitu 0,82 dan bernilai negatif, sehingga dapat diartikan ketika stadium klinis lanjut, maka diprediksi menurunkan ketidakberhasilan pengobatan sebesar 0,82 daripada ketika stadium klinis awal.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37 diketahui tidak ada pengaruh langsung antara stadium klinis terhadap keberhasilan pengobatan ARV. ODHIV yang dengan stadium klinis kategori lanjut memiliki skor logodds untuk tidak mencapai keberhasilan pengobatan ARV sebesar 0,821 unit lebih rendah daripada ODHIV

dengan stadium klinis kategori awal ($b = -0,821$; 95% CI = -3,432 hingga 1,790; $p = 0,583$).

4.4.1.3 Pengaruh Langsung Paduan Terapi terhadap Keberhasilan Pengobatan

Berdasarkan hasil analisis pengaruh langsung variabel paduan terapi terhadap keberhasilan pengobatan ($X_9 \rightarrow Z$). Diketahui koefisien yaitu 2,3 dan bernilai negatif, sehingga dapat diartikan ketika paduan terapi lini pertama, maka diprediksi menurunkan ketidakberhasilan pengobatan sebesar 0,24 daripada ketika lini kedua.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37 diketahui tidak ada pengaruh langsung antara paduan terapi terhadap keberhasilan pengobatan ARV. ODHIV yang sedang menjalankan pengobatan lini pertama memiliki skor logodds untuk tidak mencapai keberhasilan pengobatan ARV sebesar 2,306 unit lebih rendah daripada ODHIV yang menjalankan pengobatan ARV lini kedua ($b = -2,306$; 95% CI = -5,569 hingga 0,957; $p = 0,166$).

4.4.1.4 Pengaruh Langsung Penyakit Penyerta terhadap Keberhasilan Pengobatan

Berdasarkan hasil analisis pengaruh langsung variabel penyakit penyerta terhadap keberhasilan pengobatan ($X_7 \rightarrow Z$). Diketahui koefisien yaitu 4,1 dan bernilai positif, sehingga dapat diartikan ketika ada penyakit penyerta, maka diprediksi menaikkan ketidakberhasilan pengobatan sebesar 4,1 daripada ketika tidak ada penyakit penyerta.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37 diketahui terdapat pengaruh langsung antara penyakit penyerta terhadap keberhasilan pengobatan ARV dan signifikan secara statistik. ODHIV yang dengan ada penyakit penyerta memiliki skor logodds untuk tidak mencapai keberhasilan pengobatan ARV sebesar 4,1 unit lebih

tinggi daripada ODHIV dengan tanpa penyakit penyerta ($b = 4,1$; 95% CI = 1,121 hingga 7,078; $p = 0,007$).

4.4.1.5 Pengaruh Langsung Kepatuhan Pengobatan terhadap Keberhasilan Pengobatan

Berdasarkan hasil analisis pengaruh langsung variabel kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ($Y \rightarrow Z$). Diketahui koefisien yaitu 5,5 dan bernilai positif, sehingga dapat diartikan ketika kepatuhan pengobatan rendah, maka diprediksi meningkatkan ketidakberhasilan pengobatan sebesar 5,5 daripada ketika kepatuhan pengobatan tinggi.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37 diketahui terdapat pengaruh langsung antara kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ARV dan signifikan secara statistik. ODHIV yang dengan kepatuhan pengobatan rendah memiliki skor logodds untuk tidak mencapai keberhasilan pengobatan ARV sebesar 4,541 unit lebih tinggi daripada ODHIV dengan kepatuhan pengobatan tinggi ($b = 4,451$; 95% CI = 2,689 hingga 8,393; $p = 0,000$).

4.4.2 Pengaruh Tidak Langsung (*Indirect Effect*)

4.4.2.1 Pengaruh Tidak Langsung Usia Terhadap Keberhasilan Pengobatan Melalui Kepatuhan Pengobatan

Berdasarkan hasil analisis pengaruh tidak langsung variabel usia melalui kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ($X1 \rightarrow Y \rightarrow Z$) = $-(0,12) \times 5,5 = (-0,66)$. Diketahui koefisien yaitu 0,66 dan bernilai negative, sehingga dapat diartikan ketika usia (< 40 tahun), maka akan menurunkan ketidakberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan sebesar 0,66 daripada ketika usia (≥ 40 tahun).

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37, usia secara tidak langsung tidak mempengaruhi keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan. ODHIV dengan usia pada kategori usia (< 40

tahun) memiliki skor logodds (0,119) unit tidak berhasil pengobatan lebih rendah daripada ODHIV dengan usia (≥ 40 tahun) ($b = -0,119$; 95%CI = - 1,213 hingga 0,974; $p = 0,831$).

4.4.2.2 Pengaruh Tidak Langsung Jenis Kelamin Terhadap Keberhasilan Pengobatan Melalui Kepatuhan Pengobatan

Berdasarkan hasil analisis pengaruh tidak langsung variabel jenis kelamin melalui kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ($X2 \rightarrow Y \rightarrow Z$) = $(-0,58) \times 5,5 = (-3,19)$. Diketahui koefisien yaitu 3,19 dan bernilai negatif, sehingga dapat diartikan ketika jenis kelamin laki-laki, maka akan menurunkan ketidakberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan sebesar 3,19 daripada perempuan.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37, jenis kelamin secara tidak langsung tidak mempengaruhi keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan. ODHIV dengan jenis kelamin laki-laki memiliki skor logodds (0,579) unit tidak berhasil pengobatan lebih rendah daripada ODHIV dengan jenis kelamin perempuan. ($b = -0,579$; 95%CI = - 1,697 hingga 0,538; $p = 0,309$).

4.4.2.3 Pengaruh Tidak Langsung Pendidikan Terhadap Keberhasilan Pengobatan Melalui Kepatuhan Pengobatan

Berdasarkan hasil analisis pengaruh tidak langsung variabel pendidikan melalui kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ($X3 \rightarrow Y \rightarrow Z$) = $1,1 \times 5,5 = 6,05$. Diketahui koefisien yaitu 6,05 dan bernilai positif, sehingga dapat diartikan ketika pendidikan rendah, maka akan menaikkan ketidakberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan sebesar 6,05 daripada pendidikan tinggi.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37, pendidikan secara tidak langsung mempengaruhi keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan dan signifikan secara statistik. ODHIV dengan pendidikan rendah memiliki skor logodds (1,106) unit tidak berhasil pengobatan lebih tinggi daripada ODHIV dengan pendidikan tinggi. ($b = 1,106$; 95%CI = 0,108 hingga 2,105; $p = 0,03$).

4.4.2.4 Pengaruh Tidak Langsung Pekerjaan Terhadap Keberhasilan Pengobatan Melalui Kepatuhan Pengobatan

Berdasarkan hasil analisis pengaruh tidak langsung variabel pekerjaan melalui kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ($X_4 \rightarrow Y \rightarrow Z$) = $0,33 \times 5,5 = 1,82$. Diketahui koefisien yaitu 1,82 dan bernilai positif, sehingga dapat diartikan ketika tidak bekerja, maka akan menaikkan ketidakberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan sebesar 1,86 daripada ketika bekerja.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37, pekerjaan secara tidak langsung tidak mempengaruhi keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan. ODHIV tidak bekerja memiliki skor logodds (0,331) unit tidak berhasil pengobatan lebih tinggi daripada ODHIV tidak bekerja. ($b = 0,331$; 95%CI = 0,751 hingga 1,415; $p = 0,548$).

4.4.2.5 Pengaruh Tidak Langsung Lama Pengobatan Terhadap Keberhasilan Pengobatan Melalui Kepatuhan Pengobatan

Berdasarkan hasil analisis pengaruh tidak langsung variabel lama pengobatan melalui kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ($X_5 \rightarrow Y \rightarrow Z$) = $0,09 \times 5,5 = 0,5$. Diketahui koefisien yaitu 0,5 dan bernilai positif, sehingga dapat diartikan ketika lama pengobatan 1-2 tahun maka akan menaikkan ketidakberhasilan

pengobatan melalui kepatuhan pengobatan sebesar 0,5 daripada ketika lama pengobatan >2 tahun.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37, lama pengobatan secara tidak langsung mempengaruhi tidak keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan. ODHIV dengan lama pengobatan 1-2 tahun memiliki skor logodds (0,09) unit tidak berhasil pengobatan lebih tinggi daripada ODHIV dengan lama pengobatan > 2 tahun. ($b = 0,09$; 95% CI = -0,883 hingga 1,064; $p = 0,856$).

4.4.2.6 Pengaruh Tidak Langsung Kemudahan Akses Layanan Terhadap Keberhasilan Pengobatan Melalui Kepatuhan Pengobatan

Berdasarkan hasil analisis pengaruh tidak langsung variabel kemudahan akses layanan melalui kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ($X \rightarrow Y \rightarrow Z$) = $0,64 \times 5,5 = 3,52$. Diketahui koefisien yaitu 3,52 dan bernilai positif, sehingga dapat diartikan ketika akses layanan sulit, maka akan menaikkan ketidakberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan sebesar 3,52 daripada ketika akses layanan mudah.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37, kemudahan akses layanan secara tidak langsung mempengaruhi tidak keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan. ODHIV dengan kemudahan akses layanan kategori sulit memiliki skor logodds (0,635) unit tidak berhasil pengobatan lebih tinggi daripada ODHIV dengan kemudahan akses layanan kategori mudah. ($b = 0,635$; 95% CI = (-0,310) hingga 1,850; $p = 0,188$).

4.4.2.7 Pengaruh Tidak Langsung Paduan Terapi Terhadap Keberhasilan Pengobatan Melalui Kepatuhan Pengobatan

Berdasarkan hasil analisis pengaruh tidak langsung variabel paduan terapi melalui kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ($X_9 \rightarrow Y \rightarrow Z$) = $0,92 \times 5,5 = 5,06$. Diketahui koefisien yaitu 5,06 dan bernilai positif, sehingga dapat diartikan ketika paduan terapi lini pertama, maka akan menaikkan ketidakberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan sebesar 5,06 daripada ketika paduan terapi lini kedua.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37, paduan terapi ARV secara tidak langsung mempengaruhi tidak keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan. ODHIV dengan paduan terapi lini pertama memiliki skor logodds (0,923) unit tidak berhasil pengobatan lebih tinggi daripada ODHIV dengan paduan terapi lini kedua. ($b = 0,923$; 95%CI = -0,536 hingga 2,382; $p = 0,215$).

4.4.2.8 Pengaruh Tidak Langsung Dukungan Keluarga Terhadap Keberhasilan Pengobatan Melalui Kepatuhan Pengobatan

Pengaruh variabel dukungan keluarga melalui kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ($X_{10} \rightarrow Y \rightarrow Z$) = $0,56 \times 5,5 = 3,08$. Diketahui koefisien yaitu 3,08 dan bernilai positif, sehingga dapat diartikan ketika dukungan keluarga lemah, maka akan menaikkan ketidakberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan sebesar 3,52 daripada ketika dukungan keluarga kuat.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37, dukungan keluarga secara tidak langsung mempengaruhi tidak keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan. ODHIV dengan dukungan keluarga lemah memiliki skor logodds (0,562) unit tidak berhasil pengobatan lebih tinggi daripada ODHIV dengan dukungan keluarga kuat. ($b = 0,562$; 95%CI = -0,436 hingga 1,560; $p = 0,270$).

4.4.2.9 Pengaruh Tidak Langsung Dukungan Kelompok Sebaya Terhadap Keberhasilan Pengobatan Melalui Kepatuhan Pengobatan

Berdasarkan hasil analisis pengaruh tidak langsung variabel dukungan kelompok sebaya melalui kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ($X_{11} \rightarrow Y \rightarrow Z$) = $0,95 \times 5,5 = 5,23$. Diketahui koefisien yaitu 5,23 dan bernilai positif, sehingga dapat diartikan ketika dukungan kelompok sebaya lemah, maka akan menaikkan ketidakberhasilan pengobatan melalui kepatuhan pengobatan sebesar 5,23 daripada ketika dukungan kelompok sebaya kuat.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 37, dukungan kelompok sebaya secara tidak langsung mempengaruhi tidak keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan. ODHIV dengan dukungan kelompok sebaya lemah memiliki skor logodds (0,947) unit tidak berhasil pengobatan lebih tinggi daripada ODHIV dengan dukungan kelompok sebaya kuat. ($b = 0,947$; 95%CI = -0,031 hingga 1,926; $p = 0,056$).

Hasil *Path analysis* keberhasilan pengobatan ARV didapatkan bahwa penelitian ini memenuhi kriteria yang ditentukan dan dinyatakan sesuai dengan data empiris dengan model jalur yang variabelnya memiliki efek atau pengaruh langsung terhadap keberhasilan pengobatan, dengan hasil degree of freedom (df) > 0 yaitu diperoleh nilai 16 yang artinya over-identified (*path analysis* dapat digunakan).

Tahapan ketiga pada analisis jalur (*path analysis*) yaitu menilai hasil variabel independen terhadap variabel dependen antar masing-masing variabel dengan kesesuaian model (goodness of fit) dengan membandingkan dengan nilai chi square, dimana model jalur baik bila $p < 0,05$. Berdasarkan hasil output GSEM terdapat 2 variabel independent yang mempengaruhi secara langsung variabel

dependen yaitu variabel kepatuhan pengobatan (Y) dengan $p = 0,000$, variabel penyakit penyerta (X7) dengan $p = 0,007$ terhadap variabel keberhasilan pengobatan ARV (Z). Selain itu hasil analisis juga mengetahui adanya 1 variabel independent yang mempengaruhi secara tidak langsung variabel dependen yaitu variabel pendidikan (X3) terhadap variabel keberhasilan pengobatan (Z) melalui kepatuhan pengobatan (Y).

VI. SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang pengaruh faktor *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing* terhadap keberhasilan pengobatan pada ODHIV di Kota Bandar Lampung dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Gambaran umum ODHIV di Kota Bandar Lampung yaitu mayoritas berusia <40 tahun (77%), berjenis kelamin laki-laki (75,4%), berpendidikan rendah (67,2%), bekerja (69,7%), lama pengobatan ARV >2 tahun (67,2%), stadium klinis awal (75,4%), tanpa penyakit penyerta (84,4%), paduan terapi ARV lini pertama (86,9%), akses layanan mudah (54,9%), dukungan keluarga kuat (51,6%), dukungan kelompok sebaya kuat (52,5%), kepatuhan pengobatan tinggi (61,5%), serta keberhasilan pengobatan berdasarkan *viral load* (77,9%).
2. Tidak terdapat pengaruh tidak langsung usia terhadap keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan.
3. Tidak terdapat pengaruh tidak langsung jenis kelamin terhadap keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan.
4. Terdapat pengaruh tidak langsung pendidikan terhadap keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan dan signifikan secara statistik.
5. Tidak terdapat pengaruh tidak langsung pekerjaan terhadap keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan.
6. Tidak terdapat pengaruh tidak langsung lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan.

7. Tidak ada pengaruh tidak langsung kemudahan akses layanan terhadap keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan.
8. Tidak ada pengaruh tidak langsung paduan terapi ARV terhadap keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan.
9. Tidak ada pengaruh tidak langsung dukungan keluarga terhadap keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan.
10. Tidak terdapat pengaruh tidak langsung dukungan kelompok sebaya terhadap keberhasilan pengobatan ARV melalui kepatuhan pengobatan.
11. Tidak ada pengaruh langsung antara lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ARV.
12. Tidak terdapat pengaruh langsung antara stadium klinis terhadap keberhasilan pengobatan ARV.
13. Ada pengaruh langsung antara penyakit penyerta terhadap keberhasilan pengobatan ARV dan signifikan secara statistik.
14. Tidak ada pengaruh langsung antara paduan terapi terhadap keberhasilan pengobatan ARV.
15. Ada pengaruh langsung antara kepatuhan pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ARV dan signifikan secara statistik.
16. Pendidikan merupakan faktor yang paling berpengaruh secara tidak langsung melalui kepatuhan pengobatan dan signifikan antara faktor-faktor lainnya terhadap keberhasilan pengobatan ARV dengan *p-value* 0,028 dan memiliki koefisien jalur 6,05.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi ODHIV

Bagi ODHIV dalam pengobatan agar dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan dalam rangka mencapai keberhasilan pengobatan ARV dengan memanfaatkan kemudahan akses yang telah ada, serta dukungan baik yang berasal dari keluarga maupun dari kelompok dukungan sebaya. Selain itu diharapkan ODHIV dapat meningkatkan pengetahuan mengenai

HIV baik berasal dari petugas kesehatan, media cetak maupun media elektronik.

6.2.2 Bagi Puskesmas

Bagi Puskesmas agar dapat memaksimalkan sumber daya yang ada di Puskesmas dalam memberikan layanan pengobatan, serta edukasi secara rutin kepada ODHIV untuk meningkatkan kepatuhan dalam rangka mencapai keberhasilan pengobatan ARV. Peningkatan durasi konseling dimungkinkan dapat dilakukan dalam rangka meningkatkan pengetahuan ODHIV.

6.2.3 Bagi Kelompok Dukungan Sebaya

Bagi Kelompok Dukungan Sebaya diharapkan dapat memaksimalkan bentuk dukungan kepada ODHIV dalam menjalani pengobatan ARV baik berupa dukungan informatif, dukungan penghargaan, maupun dukungan emosional dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan untuk mencapai keberhasilan pengobatan.

6.2.4 Bagi Dinas Kesehatan

Bagi Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung diharapkan dapat meningkatkan koordinasi capaian evaluasi pengobatan ARV pada ODHIV dalam pengobatan di Kota Bandar Lampung serta melakukan tindak lanjut atas evaluasi pengobatan ARV sesuai program pengendalian HIV AIDS. Diharapkan juga agar Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dapat melakukan optimalisasi penggunaan alat TCM (test cepat molekuler) untuk dapat digunakan di layanan PDP dalam pemeriksaan *viral load*. Selain itu, diharapkan hasil penelitian ini dapat dipresentasikan pada rapat koordinasi Program HIV tingkat Kota Bandar Lampung sehingga seluruh PDP yang ada di Kota Bandar Lampung dapat menerapkan hasil penelitian ini pada ODHIV di layanan masing-masing.

6.2.5 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya agar dapat melanjutkan hasil penelitian ini menjadi penelitian yang lebih baik. Penelitian lanjutan menggunakan *mixed method* dimungkinkan untuk dapat mendapatkan data penelitian secara kualitatif. Selain itu penelitian lanjutan mengenai model intervensi kepatuhan pengobatan dalam mencapai keberhasilan pengobatan pada ODHIV berdasarkan tingkat pendidikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus, M., Putra, S., Geografi, L., dan Sinaga, C. R. 2023. Correlation Compliance Antiretroviral Therapy With Levels Viral Load In HIV Patients At Poly Clinic VCT Abdoel Wahab Sjhanrie Samarinda Hospital 2022. *Pharmakon*, 12, 238–243. <https://doi.org/https://doi.org/10.35799/pha.12.2023.47512>
- Alamsyah, A., Ikhtiaruddin, dan Purba, C. V. G. 2020. *Mengkaji HIV/AIDS Dari Teoritik Hingga Praktik*. Jawa Barat : CV. Adanu Abimata.
- Anok, M. R., Aniroh, U., dan Wahyuni, S. 2018. Hubungan Peran Kelompok Dukungan Sebaya dengan Kepatuhan ODHA dalam Mengonsumsi ARV di Klinik VCT RSUD Ambarawa. *Jurnal Ilmu Keperawatan Maternitas*, 1, 8–14. <https://core.ac.uk/download/pdf/235170609.pdf>
- Aryani, A., Widiyono, dan Suwarni, A. 2021. *Buku Mata Ajar Keperawatan HIV/AIDS*. Yogyakarta : CV Lima Aksara.
- Atmajaya, Y., Kurniawan, B., dan Sudjarwo, S. 2023. Social Support to Increase Adherence of People Living with HIV in Antiretroviral Treatment (Literature Review). *International Journal of Current Science Research and Review*, 06(10), 6730–6739. <https://doi.org/10.47191/ijcsrr/v6-i10-26>
- Atmajaya, Y., Suwandi, J. F., Suharmanto, dan Susianti. 2023. People Living with HIV / AIDS (PLWHA) based on clinical characteristics. *Malahayati International Journal of Nursing and Health Science*, 06(2), 148–154. <https://doi.org/https://doi.org/10.33024/minh.v6i2.11640>.
- Ayuningtyas, S., Wijayati, S., dan Jauhar, M. 2021. Kelompok Dukungan Sebaya berhubungan dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS. *Jurnal Keperawatan Raflesia*, 3(1), 23–34. <https://doi.org/10.33088/jkr.v3i1.623>
- Azisah, S., Mustari, A., Himayah, dan Mase, A. 2018. Kontektualisasi Gender Islam dan Budaya. In S. A. Kara (Ed.), *Buletin Al-Turas* (Vol. 16, Issue 1). UIN ALAUDIN. <https://doi.org/10.15408/bat.v16i1.4289>
- Baedowi, A., Zulfian, Rusmini, H., dan Prasetia, T. 2020. Hubungan Jumlah Viral Load Dengan Kejadian TBC Pada Pasien HIV / AIDS. *ARTERI: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(3), 233–240.
- Billjudika, R. R., dan Sawitri, A. A. S. 2019. Prediktor Immunological Failure Pada Populasi Umum Pasien Hiv/Aids Di Kabupaten Badung, Bali: Studi Kohort Retrospektif. *Medika Udayana*, 8(7), 2019.

<https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum>

- Damanik, R. Z., dan Rahmadhani, M. (2023). Hubungan Faktor Karakteristik Pada Kejadian HIV / AIDS Di Puskesmas Medan Area Selatan. *Best Journal*, 6(2), 401–407.
- Damayanti, A. (2019). *Hubungan antara lama pemberian anti retroviral therapy (ART) dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSUD Kabupaten Kediri*. (Skripsi) Unibersitas Jember. 91 p
- Dewanti, E., & Handayani. 2021. Determinant Viral Load Tersupresi Terhadap Pasien Hiv Dan Aids. *Jurnal Mahasiswa BK An-Nur*, 7, 60–66. <https://ojs.uniska-bjm.ac.id/index.php/AN-NUR/article/view/5760/3291>
- Dewantoro, A., Imansari, A. N. R., dan Syaripudin, A. (2021). Gambaran Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan Penderita Hiv/Aids Terhadap Pengobatan Antiretroviral (Arv) Ditinjau Dari Berbagai Literatur. *Edu Dharma Journal: Jurnal Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat*, 5(2), 32. <https://doi.org/10.52031/edj.v5i2.174>
- Duryadi. 2021. *Buku Ajar Metode Penelitian Ilmiah*. Semarang : Yayasan Prima Agus Teknik.
- Fajar, E. 2014. Cd4 Pada Pasien Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) Di RSUP Dr . Kariadi Semarang. *Jurnal Media Medika Muda*, 12.
- Fibriansari, R. D., dan Cahyadi, A. H. 2021. Lost To Follow Up Terapi Antiretroviral pada Orang Dengan HIV / AIDS di Lumajang. *Jurnal PIKes*. 2(1), 1–8.
- Friedman. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Gultom, R. 2022. Evaluasi Pola Terapi Pengobatan Penyakit-Penyakit Penyerta (Komorbid) Pada Pasien Hiv/Aids Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan. *JIFI (Jurnal Ilmiah Farmasi Imelda)*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.52943/jifarmasi.v6i1.1112>
- Hafsah, H., dan A. Muhartini. 2023. Pengaruh Faktor Predisposing, Enabling, Reinforcing Orang Dengan Hiv Aids Terhadap Pemanfaatan Vct Di Kabupaten Bulukumba Tahun 2021. *Jurnal Kesehatan Dan Kedokteran*, 2(1), 60–64. <https://doi.org/10.56127/jukeke.v2i1.559>
- Hamzah, M. S., Esfiandari, F., Anggraini, M., dan Kusmana, A. S. K. 2020. Hubungan Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral Pasca 6-12 Bulan Dengan Kadar Viral Load Pada Lelaki Seks Lelaki (LSL) Yang Terinfeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) Di Bandar Lampung 2019. *Jurnal Medika Malahayati*, 4(3), 226–235. http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_6498.html

- Haryadi, Y., Sumarni, S., dan Angkasa, M. P. 2020. Jenis Pekerjaan Dan Tingkat Pendidikan Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Antiretroviral (Arv) Pada Pasien Hiv/Aids. *Jurnal Lintas Keperawatan*, 1(1). <https://doi.org/10.31983/jlk.v1i1.6446>
- Haryatiningsih, A., Alam, A., Deti, T., dan Sitorus, R. 2017. Hubungan Lamanya Terapi ARV dengan Kepatuhan Minum Obat pada Anak HIV di Klinik Teratai Adherence in Children with HIV. *JSK*, 3, 80–83.
- Herlinda, F., Diniarti, F., dan Darmawansyah, D. 2023. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian HIV/AIDS Di Puskesmas Penurunan Kota Bengkulu Tahun 2022. *Jurnal Vokasi Kesehatan*, 2(1), 13–22. <https://doi.org/10.58222/juvokes.v2i1.139>
- Hidayat, A. 2017. *Metode penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayati, A. N., Rosyid, A. N., Nugroho, C. W., Asamarawati, T. P., Ardhiansyah, A. O., Bakhtiar, A., Amin, M., dan Nasronudin. (2019). *Manajemen HIV/AIDS : Terkini, Komprehensif dan Multidisiplin*. Surabaya : Universitas Airlangga Press
- Hutauruk, P. M., dan Astuti, W. T. (2018). Dokumen Rekam Medis Di Ruang Filling Rumah Sakit Khusus (Rsk) Paru Medan Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan*, 3(2), 510–518.
- Irawan, B., dan Ainy, A. 2018. Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Wilayah Kerja Puskesmas Payakabung, Kabupaten Ogan Ilir. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(3), 189–197. <https://doi.org/10.26553/jikm.v9i3.311>
- Irwan. 2017. *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta : CV. Absolute Media.
- Juhaefah, A., Paramita, S., Kosala, K., Gunawan, C. A., & Yuniati. 2020. Gambaran Karakteristik Pasien Hiv/Aids Yang Mendapat Antiretroviral Therapy (Art). *Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan*, 5(1), 2541–4615. <https://doi.org/10.35728/jmkik.v5i1.114>
- Jusriana, Gobel, F. A., dan Arman. 2020. Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Terapi Antiretroviral Pada Orang Dengan HIV Di Yayasan Peduli Kelompok Dukungan Sebaya Kota Makassar. *Window of Public Health*, 1(3), 241–249. <http://jurnal.fkm.umi.ac.id/index.php/woph/article/view/woph1308>
- Kartikasari, Sarwani, D. R. S., dan Pramatama, S. 2022. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan Pengobatan pada Pasien Hipertensi di Berbagai Wilayah Indonesia. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 6(2614–3097), 11665–11676.

- Karyadi, T. 2017. Keberhasilan Pengobatan Antiretroviral (ARV). *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 4(1), 2–4. <http://www.jurnalpenyakitdalam.ui.ac.id/index.php/jpdi/article/viewFile/105/95>
- Kemendikbud RI. 2020. *Salinan Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi*. Jakarta : Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. 2011. *Tata Laksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretoviral Pada orang Dewasa*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2017. *Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2019. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV* Jakarta : Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2020. *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020-2024*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2022. *Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 23 tahun 2022 tentang penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immuno- Deficiency Syndrome, Dan Infeksi Menular Seksual*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2022. *Perkembangan Hiv Aids Dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan III 9Juni - September) Tahun 2022*. https://siha.kemkes.go.id/portal/files_upload/Laporan_TW_3_2022.pdf
- Kemenkes RI. 2023. *Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer*. Jakarta : Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2023. *Laporan Eksekutif Perkembangan HIV AIDS dan PIMS Triwulan I Tahun 2023*.
- Kensanovanto, A., dan Perwitasari, D. A. 2022. Tingkat kepatuhan dan keberhasilan terapi pada orang dengan penderita HIV/AIDS. *Borobudur Pharmacy Review*, 2(2), 31–35. <https://doi.org/10.31603/bphr.v2i2.7042>
- KEPPK. 2021. *Pedoman Dan Standar Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional* (Vol. 10, Issue 1). Jakarta : Lembaga Penerbit Balitbangkes Kemenkes RI.
- Kurniawati, Y. 2022. Pengaruh Tingkat Pendidikan Dengan Kejadian HIV/AIDS. *Jurnal Bidan Pintar*, 3(2), 1–9. <https://ojs.unik-kediri.ac.id/index.php/jubitar/article/view/1674>
- Kusdiyah, E. 2022. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pasien Hiv Dalam Mengonsumsi Terapi Antiretroviral Di Puskesmas Simpang Kawat

Kota Jambi. *E-SEHAD*, 3, 8–27.

- Linda, D. A. 2023. Gambaran Viral Load Pasien HIV/AIDS Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 1(3), 17–34.
- Maryam, R. S., Resnayati, Y., Riasmini, N. M., dan Mambang Sari, C. W. 2018. Effect of Family Support Intervention towards Quality of Life with Elderly's Hypertension in Community. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 6(3), 281–288. <https://doi.org/10.24198/jkp.v6i3.670>
- Mcintyre, D., Thiede, M., And Birch, S. 2009. Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. *Cambridge University Press*, 4(2), 179–193. <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/abs/access-as-a-policyrelevant-concept-in-low-and-middleincome-countries/9F2F941D336F9E8916AA26E36F6BB709#access>
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-wood, M., dan Ward, H. J. 2009. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal Of Clinical Hypertension*, 10(5). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562622/pdf/JCH-10-348.pdf>
- Mukarromah, S., dan Azinar, M. 2021. Penghambat Kepatuhan Terapi Antiretroviral pada Orang dengan HIV/AIDS (Studi Kasus pada Odha Loss To Follow Up Therapy. *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition, IJPHN 1* (3(1), 396–406. <https://doi.org/https://doi.org/10.15294/ijphn.v1i3.47892>
- Muna, N., dan Cahyati, W. H. 2019. Determinan Kejadian Tuberkulosis pada Orang dengan HIV/AIDS. *Higeia Journal of Public Health*, 3(2), 168–178.
- Murni, Suzana, Green, Chris W, Djauzi, Samsurizal, Setiyanto, Ardhi , dan Okta, Siradj. 2016. *Hidup dengan HIV-AIDS Hidup dengan HIV-AIDS* (Issue 10). Jakarta : Yayasan Spiritia.
- Ng'ambi, W. F., Estill, J., Jahn, A., Orel, E., Chimbandule, T., Nyirenda, R., and Keiser, O. 2022. Factors associated with HIV viral suppression among children and adults receiving antiretroviral therapy in Malawi in 2021: Evidence from the Laboratory Management Information System. *Tropical Medicine and International Health*, 27(7), 639–646. <https://doi.org/10.1111/tmi.13782>
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rhineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rhineka Cipta.
- Novrianda, D., Nurdin, Y., dan Ananda, G. 2018. Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS di Lantera Minangkabau Support. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 1(1), 26. <https://doi.org/10.32584/jikmb.v1i1.96>

- Nurjanah, U., dan Suryanto, Y. 2021. Kepatuhan Minum Obat Anti Retro Viral (ARV) Pada Pasien HIV / AIDS. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia (JIKPI)*, 2(1), 14–22. <http://jurnal.umitra.ac.id/index.php/jikpi/article/view/635>
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. 2015. *Metodologi ilmu keperawatan, edisi 4*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nyoman, N., Wardani, T., Ayu, K., dan Sari, K. (2018). Prediktor Kepatuhan Pengguna Antiretroviral Pada Orang Dengan HIV / AIDS Lelaki Seks Dengan Lelaki Di Klinik Bali Medika Tahun 2013 & 2014. *E-JURNAL MEDIKA*, 7(8).
- Oktaseli, S., Rachmawati, M., dan Suliaty, A. 2019. Hubungan Karakteristi Pasien, Perilaku Bersesiko Dan Ims Dengan Kejadian Hiv/Aids Pada Wanita Usia Subur Di Klinik Vct Upt Blud Puskesmas Meninting Tahun 2015-2017. *Jurnal Medikes (Media Informasi Kesehatan)*, 6(2), 133–154. <https://doi.org/10.36743/medikes.v6i2.189>
- Pakpahan, M., Siregar, D., Susilawaty, A., Tasnim, Mustar, Sianturi, E., Tomponu, M. R. G., Sitanggang, Y. F., dan Maisyarah. 2021. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. In *Jakarta: EGC*. Yayasan Kita Menulis.
- Panatarita, Fajar, Nur Alam, dan Najmah. 2023. Perilaku Orang Dengan Hiv Dalam Mengkonsumsi ARV. *Jurnal Kesehatan*, 14(1), 024–028. <http://dx.doi.org/10.35730/jk.v14i0.953>
- Prana Iswara, N. P. A. A., Sutarsa, I. N., dan Sawitri, A. A. S. 2018. Prediktor immunological failure pada pasien HIV/AIDS di Yayasan Kerti Praja, Bali : studi kohort retrospektif. *E-Jurnal Medika Udayana*, 7(3), 136–142. <https://garuda.ristekbrin.go.id/documents/detail/1357318>
- Putra, G. W., dan Pradnyani, P. E. 2022. Determinan Keberhasilan Pengobatan Pasien Tuberkulosis di Kota Denpasar Tahun 2021. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 10(2), 66–72. <https://doi.org/10.47007/inohim.v10i2.429>
- Putra, M., Rudiyanto, W., Islamy, N., dan Ramadhian, M. R. 2023. Gambaran Foto Rontgen Toraks Penderita HIV / AIDS dan TB Paru di RSUD DR. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019-2022. *Majority*, 11(2), 121–127.
- Qalbi, Y. A. (2022). *Hubungan antara lama pemakaian Antiretoviral Therapy (ART) dengan Viral Load pada Penderita HIV/AIDS di Rumah Sakit Dr. M. Djamil Padang (Vol. 01)*. Universitas Andalas.
- Rachmawati, A., Sukarya, S. S., Akbar, A. S., Insan, N., Effendy, D. S., Tosepu, R., dan Susanty, S. 2023. Gambaran Karakteristik Pasien HIV/AIDS Di RSUD Kota Kendari Periode 2021-2022. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Celebes*, 4(2), 1–8.

- Ratnawati, D., Wahyuniar, L., Herman, R., Kuningan, S., Lingkar Kadugede No, J., dan Barat, J. 2022. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat ARV pada ODHIV. *Journal of Midwifery and Health Administration Research*, 2(2), 89–102. <https://ejournal.stikesbrebes.ac.id/index.php/jomhear/article/download/44/25>
- Refnandes, R., dan Almaya, Z. 2021. Karakteristik Dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan*, 17(1), 54–62. <https://doi.org/10.55606/jurrike.v1i2.367>
- Rita, N. 2019. Hubungan Kepatuhan Odha Dengan Keberhasilan Terapi Antiretroviral (Arv). *Jurnal Kesehatan Lentera 'Aisyiyah*, 2 No 1(1), 42–47.
- Rivera, A. S., Rusie, L., Plank, M., Siddique, J., Beach, L. B., Lloyd-jones, D., and Feinstein, M. J. 2023. Association of Cumulative Viral Load with the Incidence of Hypertension and Diabetes in People with HIV. *HHS Public Access*, 79(11), 1–17. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.19302.Association>
- Riyatin, Suryono, dan Haryanti, T. 2019. Faktor Penyebab Penularan HIV/AIDS pada Wanita di Kabupaten Sragen Factors Causing the Transmission of HIV/AIDS among Women In Sragen District. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Berkala*, 1(1), 14–22.
- Safitri, N. R., Fadraersada, J., dan Rusli, R. 2019. Studi Terapi Antiretroviral Pada Pasien HIV/AIDS Di Kota Samarinda. *Proceeding of the 9th Mulawarman Pharmaceuticals Conferences*, 173, 23–24. <https://doi.org/10.25026/mpc.v9i1.342>
- Saraswati, A. (2023). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan Direct Acting Antiviral (DAA) pada Pasien Hepatitis C di Provinsi Lampung dengan Pendekatan Health Belief Model*. Tesis. Universitas Lampung
- Sari, Y. K., Nurmawati, T., dan Hidayat, A. P. 2019. Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien HIV-AIDS Dalam Terapi Antiteroviral (ARV). *Jurnal Citra Keperawatan Poltekkes Kemenkes Banjarmasin*, 7(2). <http://ejurnal-citrakeperawatan.com>
- Setiarto, R. H. B., Karo, M. B., dan Tambaip, T. 2021. *Penanganan Virus HIV AIDS*. Jakarta : Penerbit Deepublish.
- Sianturi, S., Tinggi, S., Kesehatan, I., dan Carolus, S. 2019. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Pada Pasien HIV DI RSCM Jakarta. *Jurnal Keperawatan*, 10(April). <https://doi.org/10.22219/jk.v10i1.5886>
- Sitorus, R. J., Anwar, C., Purba, I., dan Natalia, M. 2021. Determinan Kadar Cluster Diferensiasi 4 (CD4) pada Orang dengan HIV/AIDS. *Jurnal Kesehatan*, 12(1), 116. <https://doi.org/10.26630/jk.v12i1.2423>

- SPIRITIA. 2018. Peran Dukungan Sebaya Terhadap Peningkatan Mutu Hidup ODHA di Indonesia Tahun 2011. Jakarta : Yayasan Spiritia
- Sugiyono. 2019. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Suntara, D. A., Siska, D., dan Sinaga, T. R. W. 2022. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pengobatan Antiretroviral (ARV) pada Penderita HIV dan AIDS (ODHA) di Klinik VCT RS St. Elisabeth Blok II Lubuk Baja Batam. *ZAHRA: Journal Of Health And Medical Research*, 2(2), 118–128.
- Sutrasno, M. A., Yulia, N., Rumana, N. A., dan Fannya, P. 2020. Literature Review Gambaran Karakteristik Pasien HIV/AIDS di Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan*, 5(1), 50–59.
- Tanjung, T. N. P., Nurzannah, S., Munawarah, V. R., Damayanti, D., dan Sitorus, R. A. 2022. Pencegahan Penularan HIV/AIDS dengan Metode “ABCDE” di SMK Gelora Jaya Nusantara Medan Tahun 2022. *PubHealth Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(1), 63–68. <https://doi.org/10.56211/pubhealth.v1i1.38>
- UNAIDS. 2021. *UNAIDS data 2021*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf
- Vivi Anggriani Ga Ngara. 2019. Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat ARV Pada Penderita HIV/AIDS di LSM Perjuangan Tahun 2019. KTI POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG. <http://repository.poltekeskupang.ac.id>
- Yunita, E. P., Winarsih, S., dan Deasury, N. R. 2020. Pengaruh Lama Penggunaan Kombinasi ARV (TDF+3TC+EFV) terhadap Jumlah Sel CD4+ Pasien HIV/AIDS. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 9(3), 219. <https://doi.org/10.15416/ijcp.2020.9.3.219>