

## OPTIMASI PENGAMBILAN OBAT MULTI BULAN UNTUK MENGURANGI PASIEN MANGKIR DI LAYANAN TERAPI ANTIRETROVIRAL DI KOTA BANDAR LAMPUNG

Alfajar

Universitas Lampung

Email: 2226061014@students.unila.ac.id

### Abstract

*This study aimed to discover how the strategies of Bandar Lampung government can reduce the number of HIV patients who lost to follow up on care, support, and treatment process through the optimization of multi-month dispensing program. This study used Wheelen and Hunger's theory where strategic management can be seen from three main indicators: the organizer who are responsible for strategic implementation; the implementation process itself; and how human resources are managed. The study employs a descriptive research method with a qualitative approach and collects data through interviews, documentation, and observation. The results showed that although multi-month dispensing program has been implemented by Care, support, and treatment services in Bandar Lampung, it has not been optimal yet. The inhibiting factors include availability of Antiretroviral, complicated bureaucracy, mandatory observation of patient, and workload of medical workers.*

**Keywords:** *Management strategic, patients lost to follow up, multi-month dispensing program*

### Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana strategi pemerintah kota Bandar Lampung dalam menekan jumlah pasien orang dengan *Human Immunodeficiency Virus* mangkir/ *Lost to follow up* pada layanan perawatan, dukungan & pengobatan melalui optimasi kebijakan program pengambilan obat multi bulan/ *multi month dispensing*. Penelitian ini menggunakan teori Wheelen dan Hunger dimana manajemen strategi dapat dilihat dari tiga indikator utama yakni, pelaksana yang bertanggung jawab untuk mengimplementasikan strategi, proses implementasi itu sendiri dan bagaimana pengelolaan sumber daya. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Metode pengumpulan data melalui wawancara, dokumentasi dan observasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program pengambilan obat multi bulan telah dijalankan oleh layanan perawatan, dukungan dan pengobatan di Kota Bandar Lampung namun belum optimal. Hambatan implementasi meliputi Ketersediaan Antiretroviral, hambatan birokrasi, kewajiban observasi pasien, beban kerja tenaga kesehatan.

**Kata kunci:** *Manajemen strategi, pasien mangkir, pengambilan obat multi bulan*

### PENDAHULUAN

Hasil tatalaksana pada pasien HIV/AIDS dapat diklasifikasikan menjadi terapi ARV yang terkontrol, berhenti terapi, rujuk keluar, meninggal dunia, *lost to follow up*, dan tidak diketahui (Luksita, Mahendradhata, & Subronto, 2022). Benjamin dalam Rosiana dan Sofro 2014 membuat standar definisi dari *lost to follow-up* yaitu pasien HIV/AIDS yang tidak hadir ke klinik VCT setelah  $\geq 180$  hari setelah kunjungan terakhir atau kembali ke klinik VCT setelah sempat tidak berkunjung selama  $\geq 180$  hari. PPH Atma Jaya memiliki konsep yang lebih rinci dengan konsep LFU terjadi pada saat seorang pasien pengobatan mangkir dari kehadirannya di sebuah klinik dalam periode 3 bulan (Park-Wyllie, Kam, & Bayoumi, 2009). Faktor ODHIV masuk dalam fase LFU meliputi persepsi ODHIV, dukungan sosial, keterjangkauan layanan, efek samping terapi. Mandeknya program MMD dipengaruhi oleh

beban biaya yang harus dikeluarkan, cakupan promosi program, keterlipatan para pihak, proses eksekusi program, lokus layanan dan kelompok sasaran, kebijakan pendukung, proses implementasi pada tingkat lokal dan layanan, serta produk dari kebijakan itu sendiri (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Meskipun 96,69% ODHIV di Indonesia mendapatkan ARV, sayangnya 22,89% dari mereka telah lepas pemantauan / LFU dari terapi ARV. Tingkat kepatuhan ARV yang rendah di beberapa daerah di Indonesia terkait dengan *self-efficacy*, depresi, dan stigma yang rendah dialami oleh ODHIV. Terapi ARV juga harus diberikan kepada semua ODHA perempuan yang hamil dan menyusui, tanpa melihat stadium klinis atau nilai CD4 (Indeks kekebalan tubuh dengan mengukur keberadaan Sel T dalam Darah Putih) dan dilanjutkan seumur hidup (Berlianty, 2020).

Kejadian *lost to follow up* didapatkan lebih tinggi pada perempuan yang tidak mendapat terapi ARV setelah melahirkan. Kurangnya perekaman data elektronik yang kuat dan sistem rujukan/pemantauan tidak cukup baik untuk memitigasi kasus pasien LFU harus dikelola secara efektif dan tidak mungkin melacak individu ke daerah yang berbeda jika terjadi migrasi (Fibriansari & Cahyadi, 2021). Kompleksitas birokrasi di dalam sistem kesehatan secara langsung berkontribusi pada celah pelayanan dalam *Cascade Test and Treat* HIV. Penyediaan perawatan kesehatan seksual sering terfragmentasi, menciptakan hambatan perawatan dasar untuk individu setelah mereka didiagnosis dengan HIV sehingga menyebabkan tingkat LFU yang tinggi (Rosiana, 2014). ODHIV yang mengalami *lost to follow up* dalam terapi ARV dapat menyebabkan berhentinya terapi, meningkatkan risiko kematian, serta menyulitkan untuk evaluasi dan pelayanan terapi ARV. Pada tahun 2018 banyak kematian terkait AIDS karena kejadian *lost to follow up* yang mencapai 17,95% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Pengadaan dan administrasi ARV ditangani secara terpusat sementara akses dan administrasi terproteksi melalui fasilitas kesehatan pemerintah tingkat kabupaten. Komunitas dan Layanan LSM terbatas dan tidak berwenang untuk memberikan ARV secara langsung kepada individu penerima manfaat mereka. Penyederhanaan tata laksana HIV, akses ARV yang gratis dan dapat diandalkan oleh pasien yang hidup dengan HIV sangat penting untuk mendorong tingkat kepatuhan yang tinggi (Haj, 2020).

Beberapa layanan LSM telah mengembangkan skema pengiriman ARV sebagai satelit pemerintah. Fasilitas untuk memberikan layanan HIV & IMS dengan skema Sameday-start yang komprehensif diharapkan dapat menarik populasi kunci. Namun, masih ada hambatan transportasi dan masalah kontrol stok. Juga, ada proses birokrasi dan tantangan keuangan yang pada akhirnya berdampak pada keberlanjutan. Biaya yang diterapkan pada pasien untuk membayar proses pemberian ARV dan pemantauan perawatan dapat secara signifikan tingkat kepatuhan.

Pada tahun 2021, penduduk Kota Bandar Lampung mencapai 1.184.949 jiwa. Bandar Lampung memiliki 45 Layanan VCT meliputi 31 Puskesmas, 7 Rumah Sakit umum, 1 Rumah sakit ibu dan anak, 1 RS Mata, 3 Lembaga pemasyarakatan, 1 Rumah Tahanan dan 1 Klinik Swasta. Terdapat 39 layanan Pengobatan, dukungan dan Perawatan (PDP) meliputi 31 Puskesmas, 7 Rumah Sakit, 1 RS Ibu dan Anak. Provinsi Lampung hanya memiliki Rumah

Sakit Abdul Muluk sebagai Rujukan Pemeriksaan *Viral Load*. Provinsi Lampung belum memiliki fasilitas deteksi dini bayi lahir positif sehingga harus di rujuk ke rumah sakit Dharmais Jakarta. Indonesia ditargetkan mencapai *Three Zero (Zero New Infection by HIV, Zero New Death by AIDS, dan Zero Stigma and Discrimination)* pada tahun 2023 melalui strategi Fastrack 95-95-95 pada tahun 2017, dimana diharapkan 95% estimasi ODHIV nasional mengetahui statusnya, 95% Total ODHIV Mengakses terapi ARV dan 95% ODHIV dalam terapi ARV mengalami penurunan jumlah virus (tersupresi)(Gedela et al., 2020).

Hingga tahun 2022 terdapat sejumlah 3073 Orang dengan HIV (ODHIV) di Kota Bandar Lampung sebanyak 2624 ODHIV dikonfirmasi masih hidup, namun hanya 1901 ODHIV yang pernah memulai terapi *Anti Retroviral (ARV)* dan hanya 1243 ODHIV yang masih dalam terapi ARV, sebanyak 255 ODHIV lainnya dinyatakan lepas pemantauan atau *Lost to follow up (LFU)*. Data temuan kasus HIV positif di kota bandar lampung tahun 2022 sejumlah 241 ODHIV meliputi 186 ODHIV laki-laki, 56 ODHIV Perempuan dan 1 ODHIV Anak. Dalam rentang usia produktif 15 hingga 49 tahun terdapat 168 ODHIV laki-laki dan 45 ODHIV Perempuan (BPS Kota Bandar Lampung, 2022).

Manajemen strategi merupakan kecakapan mendasar bagi pemerintah daerah dalam implementasi kebijakan. Pemerintah daerah menjalankan strategi rencana aksi daerah (SRAD) yang menjadi panduan implementasi kebijakan dan penganggaran daerah. Rencana aksi daerah ini merupakan keterpaduan perencanaan, kemampuan sumber daya manusia dan kemampuan anggaran pemerintah daerah. Manajemen strategi menjadikan Pemerintah daerah sebagai organisasi yang reaktif dalam menghadapi perubahan situasi yang dinamis dan kompleks, dapat mengelola sumber daya yang dimiliki untuk hasil yang maksimal serta menjadikan instansi tersebut menjadi lebih adaptif dan fleksibel (Mahmudi, 2010).

Dalam pelaksanaannya, Pejabat publik harus mementingkan pihak lain yang berkaitan dengan urusan manajemen tersebut<sup>2</sup>. Manajemen strategik merupakan proses kesepakatan yang mendasar dalam pembaharuan dan pertumbuhan organisasi, dengan mengembangkan strategi, struktur dan sistem yang dibutuhkan untuk mencapai pembaharuan dan perkembangan yang nyata, dengan jalan melakukan pengaturan secara efektif melalui perumusan strategi dan proses implementasi. Pemerintah Kota Bandar Lampung mengalokasikan anggaran sebesar Rp 121.265.000,00. pada tahun 2023 untuk Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) khusus AIDS kepada 31 Puskesmas di Kota Bandar Lampung.

Bandar Lampung memiliki Peraturan Daerah (PERDA) Kota Bandar Lampung Nomor 03 Tahun 2018 tentang pencegahan dan penanggulangan penyakit menular. Perda ini tidak diikuti oleh peraturan walikota maupun Surat Keputusan (SK) walikota sehingga Organisasi Perangkat Daerah (OPD) Sulit melakukan penganggaran. *Political Will* kepala daerah juga dinilai rendah dalam menangani isu HIV di Kota Bandar Lampung. ARV sebagai bagian penting dari terapi, wewenangnya ada pada Dinas kesehatan Provinsi sehingga dinas kesehatan kota harus berkoordinasi terlebih dahulu untuk mengatasi permasalahan ketersediaan stok ARV di layanan PDP di Kota Bandar Lampung. Penelitian ini menggunakan teori Wheelen dan Hunger, dimana strategi mengurangi jumlah pasien lepas pemantauan pada layanan terapi anti retroviral di bandar Lampung melalui optimasi program

pengambilan obat multi bulan dianalisis dari tiga hal yaitu aktor pelaksana strategi, pelaksanaan strategi, pengelolaan sumber daya manusia (Hunger, Wheelen, & S, 2007).

Penelitian terdahulu berfokus pada faktor-faktor yang mempengaruhi pasien menjadi mangkir dengan mengkaji keterjangkauan wilayah, keterjangkauan biaya, dukungan sosial dan persepsi individu ODHIV. Penelitian menjabarkan aspek administratif yang berkontribusi kuat pada tingkat kepatuhan pasien agar tidak mangkir dari terapi ARV. Kebijakan pengambilan obat multi bulan menjadi strategi pemerintah dalam mengatasi pasien mangkir. Sehingga fokus dari penelitian ini diarahkan pada bagaimana manajemen strategi pemerintah Kota Bandar Lampung dalam mengurangi jumlah pasien mangkir melalui optimasi program pengambilan obat multi bulan.

## **TINJAUAN PUSTAKA**

### **Manajemen Strategi**

Menurut Suyanto manajemen strategis mengacu pada kumpulan keputusan dan kegiatan yang dirumuskan dengan tujuan mencapai tujuan tertentu dalam suatu organisasi. Suyanto menambahkan manajemen strategi manajemen strategis mencakup pertimbangan pemangku kepentingan internal dan perumusan keputusan yang berorientasi pada prospek jangka panjang dan masa depan suatu organisasi (Suyanto, 2007). Viljoen pun memberikan dukungan untuk penegasan bahwa manajemen strategis melibatkan identifikasi, pemilihan, dan pelaksanaan kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kinerja jangka panjang suatu organisasi. Proses ini memerlukan penentuan arah organisasi dan memastikan komitmen berkelanjutan atau penyesuaian sumber daya internal agar selaras dengan lingkungan eksternal yang berkembang. (Heene, Desmidt, Afiss, & Abdullah, 2010).

### **Implementasi Strategi**

Wheelen dan Hunger mengemukakan bahwa untuk melihat proses implementasi, perlu dilihat dari tiga hal (Wheelen dan Hunger, 2003), yaitu:

#### a) Aktor Pelaksana Strategi

Aktor yang bertanggung jawab untuk melaksanakan strategi tidak terbatas pada individu dalam hirarki organisasi, tetapi juga mencakup mereka yang secara aktif berpartisipasi dalam pelaksanaannya. Setiap anggota organisasi memegang tanggung jawab yang signifikan dalam pelaksanaan strategi. Melaksanakan pendekatan sesuai dengan tugas, fungsi, dan tanggung jawab masing-masing.

#### b) Pelaksana Strategi

Implementasi strategi melibatkan pengembangan program yang dirancang untuk memfasilitasi pelaksanaan strategi dengan cara yang berorientasi pada tindakan. Tujuan pengembangan program adalah untuk meningkatkan kinerja organisasi dalam mencapai tujuannya. Proses pengembangan program memerlukan alokasi sumber daya keuangan. Rencana keuangan dapat berfungsi sebagai penilaian konklusif dari kepraktisan pendekatan yang dipilih. Prosedur ditetapkan setelah tahap perencanaan program dengan tujuan menjelaskan tugas, fungsi, dan tanggung jawab setiap individu dalam organisasi

(Corbett-Nolan, Bullivant, Burgess, Corbett-Nolan, & Godfrey, 2015). Pelaksanaan strategi terdiri dari tiga indikator, yaitu :

1) Program

Program adalah deskripsi dari serangkaian tindakan terkoordinasi dan terstruktur yang bertujuan untuk mencapai tujuan dan sasaran tertentu.

2) Anggaran

Anggaran adalah strategi numerik berulang, ditetapkan sesuai dengan program resmi. Anggaran adalah rencana formal yang menguraikan kegiatan organisasi, secara kuantitatif ditentukan untuk periode tertentu dan dinyatakan dalam satuan uang, meskipun dapat juga dinyatakan dalam bentuk barang atau jasa.

3) Prosedur

Prosedur Operasi Standar atau Tata Cara Kerja Baku yang dapat disingkat sebagai SOP, mengacu pada alur atau metode kerja yang dibakukan. SOP adalah dokumen yang memberikan instruksi eksplisit dan menguraikan prosedur tertulis yang didefinisikan dengan jelas. SOP dapat memfasilitasi pelaksanaan pekerjaan dan kegiatan operasional organisasi atau perusahaan secara efisien.

c) Pengelolaan Sumber Daya Manusia

1) Pengorganisasian

Konsep pengorganisasian berkaitan dengan cara organisasi mengatur dan mengawasi sumber dayanya, baik dalam hal personel maupun struktur keseluruhan, untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Tujuan utama pengorganisasian beragam kegiatan dan sumber daya manusia dalam organisasi yang cukup besar adalah untuk membentuk struktur organisasi yang tepat yang memfasilitasi kelancaran pelaksanaan semua tugas.

2) Penataan Staf

Dalam pembahasan struktur organisasi kita mengenal istilah “*structure follow strategy*”, Prinsip ini juga berlaku untuk penataan staf, dimana penataan staf selaras dengan strategi. Pengelolaan pengaturan kepegawaian dapat melibatkan berbagai tindakan seperti perampangan atau peningkatan tenaga kerja, transfer atau pemutusan hubungan kerja karyawan, penilaian kompetensi karyawan, penyediaan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan keterampilan dan kompetensi karyawan, dan identifikasi keterampilan dan keahlian yang dapat memfasilitasi pelaksanaannya. dari strategi organisasi.

3) Pengarahan

Konsep implementasi berkaitan dengan bimbingan personel dalam memanfaatkan kompetensi mereka sepenuhnya untuk mencapai tujuan organisasi. Tanpa panduan yang jelas, karyawan memiliki kecenderungan untuk mendekati tugas mereka berdasarkan sudut pandang masing-masing. Kepemimpinan dari manajemen, komunikasi norma-norma perilaku dalam budaya perusahaan, dan persetujuan karyawan untuk melaksanakan strategi adalah semua bentuk arahan yang dapat menghasilkan tindakan yang nyata.

### **Pasien lepas pengamatan/ *lost to follow up* (LFU)**

Benjamin dalam Rosiana dan Sofro 2014 membuat standar definisi dari lost to follow-up yaitu pasien HIV/AIDS yang tidak hadir ke klinik VCT setelah  $\geq 180$  hari setelah kunjungan terakhir atau kembali ke klinik VCT setelah sempat tidak berkunjung selama  $\geq 180$  hari. PPH Atma Jaya memiliki konsep yang lebih rinci dengan konsep LFU terjadi pada saat seorang pasien pengobatan mangkir dari kehadirannya di sebuah klinik dalam periode tertentu. Periode umum yang berlaku untuk pengobatan HIV biasanya 3 bulan: bila pasien tersebut dijadwalkan pengambilan obat tiap bulannya, dan dia mangkir untuk datang ke klinik guna melanjutkan pengobatannya selama 3 bulan berturut-turut, maka pasien seperti ini dikategorikan sebagai pasien LFU (Paxton & Stephens, 2007). Pasien ini dikatakan mengalami 'lepas pengamatan karena petugas klinik tidak mengetahui yang sebenarnya dialami pasien tersebut. Dalam kejadian pengobatan sebenarnya pasien tersebut mungkin meninggal, pindah ke klinik lain untuk melanjutkan pengobatan, atau memutuskan menghentikan pengobatannya. Kejadian sebenarnya ini tidak diketahui petugas klinik selama 3 bulan sehingga pasien tersebut tercatat sebagai LFU (Odafe et al., 2012).

Adapun faktor ODHIV masuk dalam fase lepas pemantauan atau *Lost to Follow Up* (LFU) adalah (Gray, Janicke, Fennell, Driscoll, & Lawrence, 2011; Shrestha et al., 2014):

- a. Persepsi ODHIV, Persepsi meliputi pengathuan ODHIV tentang Virus, Pencegahan Penularan, Perubahan Perilaku, dan Proses terapi yang dianggap masih kurang memadai.
- b. Dukungan Sosial, ODHIV kerap kali mengaami pengucilan oleh keluarga, teman bahkan tetangga. pada tahap yang lebih serius ODHIV dihadapkan pada pemutusan hubungan kerja (PHK), Hambatan Promosi karir, hingga diskriminasi struktural saat bekerja di luar negeri jika bekerja pada sektor dengan pengasilan dibawah 2500 Dolar Singapura, bahkan Pekerja migran di sektor penghasilan rendah diatur dengan undang-undang yang berbeda. ODHIV anak yang masih sekolah dihadapkan pada permasalahan Bullying, ODHIV anak di bully karena status HIV Positifnya, dalam kasus yang lebih serius ODHIV anak juga terancam dikeluarkan oleh pihak sekolah.
- c. Keterjangkauan layanan, akses layanan tidak hanya memungut biaya retribusi namun juga biaya laboratorium untuk tingkat puskesmas, pada tingkat rumah sakit dan klinik swasta akan ditambah dengan biaya konseling dokter dan biaya kartu. dalam aspek jarak, jauhnya layanan PDP dari rumah ODHIV memerlukan biaya tambahan untuk transportasi dan akomodasi sehingga memperbesar beban biaya yang harus dikeluarkan oleh ODHIV untuk mengakses ARV.
- d. Efek samping terapi, ARV yang diminum oleh ODHIV memiliki efek samping yang beragam, ruam, anemia dan halusinasi kuat adalah efek samping yang dominan. kondisi ini dinilai berat oleh ODHIV, selain itu pergantian jenis ARV juga harus didasari oleh pertimbangan laboratorium patologi, sehingga faktor psikologi ODHIV dikesampingkan oleh Dokter.

### **Kebijakan pengambilan obat multi bulan/ *multi month dispensing* (MMD)**

Acuan pelaksanaan pengambilan obat multi bulan atau MMD secara tektual tercantum dalam Protokol Pelaksanaan Layanan HIV AIDS selama Pandemi COVID- 19 nomor

PM.02.02/3/1022/2020. Pada pasal 6 ditegaskan dalam butir berikut (Kementerian Kesehatan Reublik Indonesia, 2020):

- a. Layanan PDP untuk HIV AIDS dan IMS dilaksanakan sesuai Standard Precautions
- b. Bagi layanan PDP yang juga menjadi rujukan COVID-19 dipertimbangkan untuk dipindahkan ke layanan PDP lainnya
- c. Bersamaan dengan pengalihan layanan , maka pengalihan logistik dilakukan dengan Berita Acara Serah Terima (BAST)
- d. Layanan Program terapi rumatan methadone (PTRM) dapat dipertimbangkan THD (take home dose) paling banyak 7 hari
- e. pengalihan pencatatan dan pelaporan dilakukan dengan mekanisme rujuk keluar dan rujuk masuk, guna mengurangi kunjungan pasien dipertimbangkan untuk mekanisme pengiriman obat
- f. Pemberian ARV multi bulan dipertimbangkan bagi ODHA yang stabil dan jika persediaan ARV mencukupi, MMD diprioritaskan bagi ODHA yang tinggal di wilayah episentrum COVID- 19
- g. Dinas Kesehatan Provinsi memantau dan memastikan keberlangsungan layanan ARV untuk menjaga kepatuhan pasien dan LFU tidak meningkat

## **METODE**

Metode yang digunakan adalah kualitatif deskriptif yakni metode penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan secara utuh dan mendalam suatu fenomena atau peristiwa yang terjadi di masyarakat (Tresiana, 2013). Metode ini menggunakan sumber data yang diperoleh melalui wawancara, FGD, literatur dan penelitian terdahulu.

Langkah-langkah dalam metode deskriptif kualitatif antara lain (Thabroni, 2022):

1. Mengepul data menggunakan instrumen penelitian seperti lembar observasi, panduan wawancara, lembar studi dokumentasi atau catatan lapangan.
2. Melakukan reduksi data seperti dengan cara membuat analisis isi atau analisis naratif.
3. Menafsirkan data dengan cara memberikan makna pada data yang telah diperoleh.

Dalam penelitian ini dilakukan wawancara pada Pelaksana Program HIV/AIDS Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, Pelaksana Program HIV/AIDS Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 5 dokter/konselor penanggung jawab Klinik PDP di puskesmas Kota Bandar Lampung, 6 pimpinan/ perwakilan CSO yang tergabung dalam konsorsium TB-HIV Provinsi Lampung, 10 ODHIV dari beragam populasi kunci yang mengakses layanan PDP di Kota Bandar Lampung. Sumber literatur didapat dengan mengkompilasi Jurnal maupun Skripsi yang berkaitan dengan Kebijakan MMD, LFU, Dokumen dan Laporan AIDS baik nasional maupun lokal.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Aktor implementasi strategi MMD untuk mengurangi jumlah pasien mangkir dari pengobatan antiretroviral di layanan Bandar Lampung melibatkan berbagai pihak dari pemerintah, sektor swasta, dan organisasi masyarakat sipil. Para aktor ini memiliki peran dan tanggung jawab yang berbeda, seperti dinas kesehatan provinsi dan kota yang

bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan distribusi ARV dan mengelola stok ARV, perusahaan kurir swasta bernama Cirrus yang mengirimkan ARV dan sampel darah, serta organisasi masyarakat sipil seperti Saburai Support Group (SSG) dan Jaringan ODHA Berdaya (JOB) yang bertindak sebagai kurir sukarela karena keterbatasan dana.

Strategi MMD diimplementasikan melalui berbagai program dan kegiatan seperti promosi dan penyebaran informasi, penggunaan media dan asosiasi jurnalis, platform berbasis masyarakat, dan kemitraan dengan berbagai pihak seperti pemerintah, sektor swasta, dan organisasi masyarakat sipil. Kelompok sasaran program MMD meliputi pasien HIV positif dari berbagai populasi kunci yang mengakses layanan ARV, organisasi masyarakat sipil yang terlibat dalam program, masyarakat umum, dan sektor swasta. Proses pengadaan untuk program MMD melibatkan logistik, kapasitas pembangunan, dan harmonisasi program TB-HIV.

### **Aktor Pelaksana Strategi**

Aktor merupakan subjek pelaksana implementasi kebijakan yang telah ditelurkan sebelumnya. Dalam implementasi kebijakan formal, aktor pelaksana strategi terdiri dari perumus kebijakan dan pelaksana kebijakan. Aktor pelaksana dalam strategi mengurangi jumlah pasien lepas pengamatan pada layanan terapi anti retroviral di bandar lampung melalui optimasi program pengambilan obat multi bulan meliputi:

#### **a. Pemerintah Provinsi**

Dinas Kesehatan Provinsi Lampung seharusnya menjadi otoritas tunggal dalam kewenangan distribusi ARV, namun secara praktik Dinas Kesehatan Provinsi Lampung tetap melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, sedangkan Instalasi Farmasi Provinsi Lampung bertanggung jawab sebagai pusat stock ARV tingkat provinsi

#### **b. Pemerintah Kota Bandar lampung**

Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung secara tekstual hanya menerima tembusan dari protokol yang telah dikeluarkan kementerian untuk program MMD, namun dalam praktiknya Dinas Kesehatan kota menjadi perantara koordinasi dari seluruh layanan PDP yang ada di Kota Bandar Lampung kepada Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. Sedangkan Farmasi Kota Bandar Lampung bertanggung jawab sebagai pusat stock ARV tingkat kota

#### **c. Pelibatan Swasta**

Cirrus sebagai jasa kurir merupakan upaya pelibatan swasta dalam program MMD dimana Cirrus bertugas mengirimkan ARV ke pasien dan mengirimkan sampel darah dari layanan PDP ke layanan VL di RS umum Abdul Muluk

#### **d. Pelibatan *Civil Society Organization* (CSO)**

Saburai Support Group (SSG) dan Jaringan ODHA Berdaya (JOB) sebagai kurir sukarela pada program MMD karena keterbatasan pendanaan yang tersedia.

## Pelaksanaan Strategi

### a) Program

Kebijakan/program MMD ini dipromosikan/ disosialisasikan, dalam struktur Dinas kesehatan tingkat provinsi lampung maupun tingkat kota bandar lampung terdapat divisi Promosi Kesehatan (Promkes) yang bertugas melakukan sosialisasi dan penyebaran informasi dimulai dari penganggaran, penyiapan logistik KIE (kartu informasi dan edukasi) hingga distribusi KIE tersebut. Upaya lain dalam meluaskan informasi lain terkait dengan program MMD adalah melalui kerjasama dan atau pelibatan media massa maupun asosiasi jurnalis dalam kegiatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Provinsi-Kota ataupun CSO lokal. Pada tingkat komunitas perluasan informasi dilakukan melalui *Platform* Konsorsium TB- HIV laampung yang beranggotakan 12 CSO penggiat isu TB-HIV dan juga organisasi perempuan maupun organisasi bantuan hukum dan asosiasi jurnalis yang juga memberikan dukungannya pada program MMD.

Implementor Kebijakan MMD dan pihak yang menjadi kelompok sasaran/ *targeting group*, juga pihak lain yang ikut terlibat. Menyangkut dengan kelompok sasaran program MMD, CSO yang terlibat, peran masyarakat umum, pemerintah dan juga sektor swasta. Kelompok sasaran yang dimaksud merupakan pasien ODHIV dari beragam populasi kunci yang mengakses layanan ARV pada layanan PDP yang tersebar di Kota Bandar Lampung, CSO yang ikut berpartisipasi baik karena menjalankan program pendampingan dengan bantuan dana hibah *Global Fund* seperti Perkumpulan Saburai Support Group (SSG) dan Inisiatif Lampung Sehat (ILS) maupun yang menjalankan pendampingan kelompok sasaran secara sukarela seperti Gaya Lentera Muda Lampung (GAYLAM), Jaringan ODHA Berdaya (JOB), Jaringan Indonesia Positif (JIP) Lampung, Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI) Lampung, Persatuan Korban NAPZA Lampung (PKNL), Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) Smile Generation dan KDS Paradise Support. Aktor lainnya yang ikut terlibat adalah Pemerintah selaku penyelenggara layanan, dan juga Pihak swasta baik itu Apotik, Klinik, dan Rumah Sakit Swasta yang ikut serta dalam penyelenggaraan layanan PDP.

Proses pengadaan barang dan jasa program MMD dalam hal ini adalah logistik program, pengembangan kapasitas dan kapabilitas penyelenggara pelayanan dalam artian tenaga kesehatan dan juga personel struktural, harmoni program TB-HIV utamanya yang berkaitan dengan program MMD, dan juga bagaimana CSO lokal melakukan advokasi dalam mendukung dan menguatkan juga mengawasi program MMD. Dalam pengadaan barang dan jasa dengan menilik pada pengalaman kekosongan persediaan ARV di beberapa daerah di Indonesia pada beberapa Regimen dan Jenis ARV tertentu pada akhir 2019 hingga masa awal pandemi Covid – 19 dikarenakan kegagalan tender penyediaan ARV, juga hambatan impor ARV dari India karena protokol Covid 19 dan aturan *Lockdown* yang tengah berkalu baik di India maupun di Indonesia. Buffer stock tidak memadai, ketersediaan Arv dari Nasional kepada Provinsi Lampung tidak dalam jumlah yang memadai sehingga menyelenggarakan MMD secara serentak akan otomatis mengosongkan Stock di Farmasi Provinsi.

Peningkatan kapasitas petugas layanan kesehatan melalui pelatihan tidak selalu menghasilkan kecakapan petugas dalam menjalankan Klinik PDP di Puskesmasnya, di Kota Bandar Lampung puskesmas-puskesmas dengan layanan PDP yang dilatih pada November 2022 sebanyak 23 Layanan, tidak semuanya siap melakukan pelayanan pada awal 2023. Kondisi seperti menyebabkan perluasan layanan ARV menjadi tidak Optimal. Kurangnya kecakapan petugas layanan kesehatan juga mempengaruhi berjalannya program MMD di layanan PDP, Nakes yang kurang cakap tidak cukup berani untuk memutuskan memberikan akses layanan MMD pada pasien baru. Harmoni program mengacu pada keselarasan implementasi program untuk saling dukung satu dan lainnya, tata laksana HIV utamanya pada program MMD kerap kali terhambat dengan keputusan penegakan diagnosa dengan kewajiban observasi oleh dokter penanggung jawab sehingga MMD secara langsung tidak dapat di implementasikan di layanan tersebut (Amico, 2011). Advokasi CSO lokal dikaitkan dengan pengawasan oleh CSO terhadap implementasi program MMD pada layanan PDP di Kota Bandar Lampung, pengawasan yang lemah diindikasikan dengan lemahnya advokasi dan lobby CSO lokal terhadap pemerintah Kota Bandar Lampung maupun Provinsi Lampung.

Lokus kebijakan atau dimana tempat program MMD di selenggarakan, disosialisasikan dan dievaluasi. Pada tingkat institusi publik yang menjadi Place/plant adalah layanan kesehatan milik pemerintah, Instalasi Farmasi Kesehatan (IFK) dan Dinas Kesehatan. Pada institusi swasta program MMD berjalan di Klinik PDP Swasta seperti Klinik Angsa Putih, Klinik Among Medika dan Rumah Sakit Swasta.

Kebijakan yang menyertai Program MMD. Pada tingkat nasional terdapat Permenkes no 2 tahun 2013 tentang penganggulangan HIV dan AIDS, Permendagri No.100 Tahun 2018 untuk bidang kesehatan, Permenkes no 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Perlu dibangun konsep Omnibuslaw Kesehatan guna menguatkan integrasi peraturan tingkat nasional. Kebijakan tingkat provinsi terdapat Pergub Lampung No 11 Tahun 200 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Lampung. Perda ini sudah tidak relevan karena KPA sudah dibubarkan secara nasional, Peraturan Daerah (PERDA) Provinsi Lampung Nomor 1 Tahun 2013 tentang Pencegahan, pengendalian HIV/AIDS dan IMS Di Provinsi Lampung. Perda ini tidak di ikuti oleh Peraturan gubernur dan SK Gubernur. Sementara untuk tingkat kota terdapat kebijakan Peraturan Daerah (PERDA) Kota Bandar Lampung Nomor 03 Tahun 2018 tentang pencegahan dan penanggulangan penyakit menular. Perda ini tidak di ikuti oleh peraturan walikota maupun Surat Keputusan walikota sehingga OPD Sulit melakukan penganggaran.

b) Anggaran

Anggaran penyelenggaraan program MMD di Kota Bandar Lampung didanai oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui bantuan operasional kesehatan (BOK). Penganggaran MMD meliputi keseluruhan item program yaitu pengadaan

logistik, pelatihan petugas layanan kesehatan, pengadaan sistem informasi dan insentif petugas layanan kesehatan.

Anggaran juga berkaitan dengan biaya akses layanan ARV di Klinik PDP, pembiayaan akses layanan dapat dicover oleh BPJS Kesehatan, Jaminan Kesehatan pemerintah Kota Bandar Lampung, juga dengan pembiayaan mandiri. Standar pembiayaan akses layanan ARV di Klinik PDP diatur dalam Peraturan walikota nomor 35 tahun 2015 tentang retribusi daerah Kota Bandar Lampung, besaran biaya untuk 1 kali pengambilan ARV sebesar Rp 15.000, sementara untuk Klinik PDP di RSUAM dikenakan biaya sebesar Rp 40.000 dan Rp 80.000 untuk layanan PDP oleh klinik Swasta. Pasien dengan BPJS Kesehatan maupun dengan Jamkeskot dibebaskan dari biaya retribusi tersebut. Hambatan dalam komponen biaya adalah pembiayaan yang timbul dalam mengakse layanan ARV di Klinik PDP, pembiayaan lain yang timbul adalah biaya transportasi hingga biaya penginapan dan akomodasi terutama bagi ODHIV dari luar kota bandar lampung.

c) Prosedur

*Procedures* dihubungkan dengan bagaimana program MMD ini di *delivery* oleh Pemerintah Kota Bandar Lampung, bagaimana logistik di distribusikan, bagaimana *testing and treatment* dijalankan, juga bagaimana secara sosial penerima manfaat dikuatkan. Permintaan & Pelaporan sering terhambat masalah sistem dan SDM, petugas yankes memiliki beban kerja berlebih karena banyaknya beban administratif. Pengadaan barang dan jasa seringkali terlambat bahkan pengadaan kondom, pelicin, reagent tes seringkali sudah 6 bulan dari masa distribusi yang seharusnya.

Penjangkauan populasi kunci, dukungan ODHIV, inisiasi ARV, kepatuhan ARV, pemeriksaan supresi virus, pemeriksaan imun, *testing* statis dan mobile. Permasalahan konseling tidak sesuai standar ada kasus dimana konselor justru menyarankan ruqyah, ketersediaan *reagent* tes, hingga stigma dan diskriminasi di layanan kesehatan mempengaruhi kepatuhan minum obat pada ODHIV. Efek samping obat ditelaah secara laboratorium bukan dengan pendekatan psikologis sehingga memperbesar tendensi lepas perawatan. Informasi yang terbatas dari konseling dan petugas penjangkau, informasi internet didominasi dengan Hoax (Wardhani & Yona, 2021). Sebagaimana yang telah kita ketahui bahwa dukungan sosial sangat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam terapi dan berjalannya program MMD.

Pada aspek *procedures* ini terdapat aspek Governance bagaimana pemerintah kota bandar lampung mengoptimalkan partisipasi masyarakat dan sektor private dalam implementasi kebijakan MMD di Kota Bandar Lampung. Pelibatan sektor swasta melalui klinik dan rumah sakit swasta perlu mendapatkan stimulan agar layanan optimal dengan tarif terjangkau, memastikan penerimaan pasien ODHIV dengan BPJS dan Jamkeskot. Pelibatan sektor swasta dimana pihak swasta memiliki kliniknya sendiri dan menjalankan layanan PDP dengan izin dan persediaan logistik dari pemerintah memerlukan pengawasan yang baik agar layanan swasta tidak hanya menyediakan layanan standar namun unggul dalam aspek layanan seperti kemudahan pengambilan

dan jam buka-tutup layanan. MMD yang telah berjalan perlu dioptimasi dengan memperhatikan aspek manajemen internal pemerintah kota melalui Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. Dinas kesehatan perlu memperhatikan struktur birokrasi dalam koordinasi, menempatkan pengelola program yang tepat, meningkatkan kapasitas dan kapabilitas layanan kesehatan, juga mengawasi kinerja organisasi secara keseluruhan.

### **Pengelolaan Sumber Daya Manusia**

#### **a) Pengorganisasian**

Dalam penempatan tugas dan fungsinya juga jabatan fungsional tugas telah ditempatkan sesuai dengan apa yang menjadi tugas dan perannya dalam program HIV bidang pengendalian dan pencegahan penyakit menular, yaitu di dalam lingkup pencegahan dan pengendalian penyakit Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. Budaya kerja organisasi di Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung mengikuti standar yang berlaku. Sebagai hasil pengamatan, peneliti menemukan bahwa dalam menjalankan tugas dan fungsinya JFT Program HIV masih belum bisa menjalankan secara maksimal karena hambatan birokrasi dan keterbatasan kewenangan.

#### **b) Penataan Staf**

Implementasi *Structure follow strategy* dalam optimasi program MMD di Kota Bandar Lampung ditunjukkan dengan perluasan layanan PDP dari 8 layanan PDP menjadi 39 layanan PDP meliputi 31 Puskesmas, 7 Rumah Sakit Umum, dan 1 Rumah Sakit Ibu & Anak. Perluasan layanan ini berdampak pada perekrutan dan pelatihan staf baru untuk layanan PDP juga *set up* layanan itu sendiri. Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung bersama Dinas Kesehatan Provinsi Lampung melakukan pelatihan terhadap 31 layanan PDP baru pada bulan November 2021. Layanan PDP baru yang belum cukup percaya diri dalam penyelenggaraan layanan MMD akan diberikan *Coaching Clinic* atau *On the job training* oleh dokter mentor program PDP. Pelatihan berkala biasanya disediakan oleh Dinas Kesehatan baik Dinas Kesehatan Provinsi Lampung maupun Kota bandar Lampung melalui anggaran dari Kementerian kesehatan.

#### **c) Pengarahan**

Percepatan optimasi program MMD di Kota Bandar Lampung dilakukan dengan mendorong implementasi program kepada seluruh penanggung jawab klinik PDP di Kota Bandar Lampung. Dorongan oleh Dinas Kesehatan Kota dilakukan melalui penekanan kebijakan dalam setiap pertemuan koordinasi antara Dinas Kesehatan dan juga Layanan Pelaksana. Namun, hasil dari wawancara dan observasi peneliti, MMD hanya bisa diakses di dua layanan PDP yakni Puskesmas Sukaraja dan Puskesmas Gedong Air. Kota Bandar Lampung memiliki 39 layanan PDP namun hanya 2 yang menjalankan program MMD. Digitalisasi sistem Record & Reporting logistik layanan PDP melalui SIHA memudahkan pembacaan stok keluar, dan pembacaan kepatuhan pasien. Farmasi Provinsi menjadi Sentra ketersediaan ARV pada tingkat Provinsi dan memasok ARV ke seluruh layanan,

meskipun dalam pendistribusiannya merupakan perintah dari Dinas Kesehatan Provinsi Lampung dan permintaan dari Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.

Distribusi sangat dipengaruhi oleh alur atau rantai distribusi juga mekanismenya. Distribusi dilakukan atas dua hal, intruksi dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Permintaan dari Layanan PDP yang disampaikan oleh Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. Meskipun stock tersedia namun jika tidak terdapat permintaan dari layanan PDP maka dinas kesehatan kota tidak dapat meminta tambahan stock ARV pada Dinas Kesehatan Provinsi, sehingga stock di Farmasi Provinsi tidak dapat di distribusikan. Keterlambatan permintaan dari layanan PDP, layanan PDP kerap kali terlambat dalam meminta stock tambahan ARV dari IFK Provinsi dikarenakan beban administratif lain yang ditanggung oleh petugas. Kewajiban Observasi pasien harusnya hanya dilekatkan pada pasien AIDS ataupun Pasien dengan Komorbid (infeksi tambahan), namun praktiknya sebagian besar Dokter/Konselor/Farmasi di layanan PDP mensyaratkan observasi berkala bagi pasien sehingga menghambat pelaksanaan MMD dan memberatkan disisi pasien.

## **PENUTUP**

### **Kesimpulan**

Manajemen strategi pada Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung berjalan tidak optimal dalam penerapannya. Dimana Kebijakan MMD di implementasikan secara terbatas. Kebijakan pemberian obat ARV multi bulan hadir dalam sebuah protokol yang terintegrasi dengan protokol layanan kesehatan pada masa pandemi COVID- 19. Skema pengambilan obat saat ini mensyaratkan kewajiban observasi pasien, pembatasan perbantuan pendukung sebaya(PS)/ pendukung minum obat (PMO) dalam pengambilan obat Anti-Retroviral (ARV). Perkembangan keragaman definisi operasional (DO) pasien lepas pengamatan/ *Lost to Follow Up (LFU)*, mengakibatkan perbedaan interpretasi DO LFU oleh tenaga Kesehatan baik itu dokter maupun konselor Pada layanan PDP di Bandar Lampung. Pemerintah Provinsi memegang kendali terhadap ketersediaan dan distribusi ARV juga sebagai pusat komando layanan PDP, sementara Pemerintah Bandar Lampung menjadi *intermediary*. Hambatan birokrasi harus disederhanakan, pemerintah kota perlu mendorong pemerintah provinsi untuk mengadvokasi peningkatan *Buffer Stock* ARV, memperkuat pengawasan pencatatan, mengurangi kewajiban observasi pasien hanya pada pasien dalam fase AIDS saja.

### **Saran**

Dinas Kesehatan Kota bandar Lampung harus memastikan kecukupan dan juga penambahan ketersediaan ARV di Instalasi Farmasi Kesehatan Kota Bandar Lampung dengan skema kecukupan stock selama 6 bulan. Membangun skema pinjam pakai stock ARV antar layanan PDP guna memudahkan implementasi ARV pada layanan PDP yang ramai namun stock ARV nya terbatas. Menyederhanakan birokrasi dan beban administratif tenaga kesehatan bisa dimulai dengan permintaan dan distribusi obat dicukupkan pada laporan SIHA tanpa perlu surat tambahan. Membangun skema reward bagi layanan PDP yang telah mengimplementasikan layanan MMD. Menekankan kepada dokter ataupun

konselor penanggung jawab klinik PDP bahwa kewajiban observasi pasien hanya untuk pasien AIDS atau dengan Komorbid.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amico, K. R. (2011). Standard of Care for Antiretroviral Therapy Adherence and Retention in Care from the Perspective of Care Providers Attending the 5th International Conference on HIV Treatment Adherence. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 10(5), 291–296. <https://doi.org/10.1177/1545109711406734>
- Berlianty, S. R. (2020). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian lost to follow up pada terapi ARV di Balkesmas Wilayah Semarang*. Universitas Negeri Semarang.
- BPS Kota Bandar Lampung. (2022). *Kota Bandar Lampung Dalam Angka Bandar Lampung Municipality in Figures 2022*. Bandar Lampung: BPS Kota Bandar Lampung.
- Corbett-Nolan, A., Bullivant, J., Burgess, R., Corbett-Nolan, A., & Godfrey, K. (2015). *Good Governance Handbook*. Healthcare Quality Improvement Partnership. Retrieved from [http://www.good-governance.org.uk/Downloads/2012 Jan Good Governance Guide.pdf](http://www.good-governance.org.uk/Downloads/2012%20Jan%20Good%20Governance%20Guide.pdf)
- Fibriansari, R. D., & Cahyadi, A. H. (2021). Lost To Follow Up Terapi Antiretroviral pada Orang Dengan HIV / AIDS di Lumajang. *Junrla PIKES: Penelitian Ilmu Kesehatan*, 2(1), 1–8.
- Gedela, K., Wirawan, D. N., Wignall, F. S., Luis, H., Merati, T. P., Sukmaningrum, E., & Irwanto, I. (2020). Getting Indonesia's HIV epidemic to zero? One size does not fit all. *International Journal of STD & AIDS*, 32(3), 290–299. Retrieved from 10.1177/0956462420966838
- Gray, W. N., Janicke, D. M., Fennell, E. B., Driscoll, D. C., & Lawrence, R. M. (2011). Piloting behavioral family systems therapy to improve adherence among adolescents with HIV: A case series intervention study. *Journal of Health Psychology*, 16(5), 828–842. <https://doi.org/10.1177/1359105310394230>
- Haj, J. D. K. (2020). *Faktor Resiko Kejadian Lost To Follow Up Pada Penderita HIV Yang Menjalani Pengobatan ARV di Puskesmas Sumberjambe dan Puskesmas Sukowono*. Universitas Jember.
- Heene, A., Desmidt, S., Afiss, F., & Abdullah, I. (2010). *Manajemen Strategi Keorganisasian Publik*. Bandung: Refika Aditama.
- Hunger, J. D., Wheelen, T. L., & S, J. A. (2007). *Manajemen strategis (kedua)*. Yogyakarta: ANDI Publisher.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020-2024. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Indonesia: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Laporan Pemodelan Epidemi HIV Tahun 2022*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Protokol Pelaksanaan Pelayanan HIV/AIDS Dalam Masa Pandemi COVID- 19*. Indonesia. Retrieved from

[https://infeksiemerging.kemkes.go.id/download/Protokol\\_Pelaksanaan\\_Layanan\\_HI\\_V\\_AIDS\\_selama\\_pandemi\\_covid\\_19.pdf](https://infeksiemerging.kemkes.go.id/download/Protokol_Pelaksanaan_Layanan_HI_V_AIDS_selama_pandemi_covid_19.pdf)

- Luksita, A., Mahendradhata, Y., & Subronto, Y. W. (2022). Studi Kasus Terapi ARV Pada Pasien Lost To Follow-Up Di Jakarta Pusat Tahun 2021. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Gajah Mada*, 25(2), 70–75. <https://doi.org/10.22146/jmpk.v25i02.5515>
- Mahmudi. (2010). *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta: Unit penerbit dan percetakan sekolah tinggi ilmu manajemen YKPN.
- Odafe, S., Idoko, O., Badru, T., Aiyenigba, B., Suzuki, C., Khamofu, H., ... Chabikuli, O. N. (2012). Patients' demographic and clinical characteristics and level of care associated with lost to follow-up and mortality in adult patients on first-line ART in Nigerian hospitals. *Journal of the International AIDS Society*, 15(2), 1–9. <https://doi.org/10.7448/IAS.15.2.17424>
- Park-Wyllie, L. Y., Kam, D., & Bayoumi, A. M. (2009). The Adherence Support Gap: The 'Ideal' Versus "Reality" of Antiretroviral Adherence Support Provided by HIV Health Providers in Clinical Practice.' *Annals of Pharmacotherapy*, 43(6), 1036–1044. <https://doi.org/https://doi.org/10.1345/aph.1L663>
- Paxton, S., & Stephens. (2007). Challenges to the Meaningful Involvement of HIV-Positive People in the Response to HIV/AIDS in Cambodia, India and Indonesia. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 19(1), 8–13. <https://doi.org/doi.org/10.1177/10105395070190010301>
- Pratama, F. ., Rahayu, E. ., & Dewi Andriana, S. . (2023). Perancangan Aplikasi Rekam Medis Dengan Pendekatan Clinical Pathway Pada Pasien Rawat Jalan Dan Inap Di Puskesmas Berbasis Android. *Sibatik Journal: Jurnal Ilmiah Bidang Sosial, Ekonomi, Budaya, Teknologi, Dan Pendidikan*, 2(2), 697–708. <https://doi.org/10.54443/sibatik.v2i2.640>
- Rosiana, A. N. (2014). *Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Lost To Follow-Up Pada Pasien HIV / AIDS Dengan Terapi ARV Di RSUP Dr Kariadi Semarang*. Universitas Diponegoro.
- Shrestha, S., Poudel, K. C., Poudel-Tandukar, K., Kobayashi, J., Pandey, B. D., Yasuoka, J., ... Jimba, M. (2014). Perceived family support and depression among people living with HIV/AIDS in the Kathmandu Valley, Nepal. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 13(3), 214–222. <https://doi.org/10.1177/1545109712456741>
- Suyanto, M. (2007). *Strategic Management (Global Most Admired Companies)*. Yogyakarta: ANDI Publisher.
- Thabroni, G. (2022). Metode Penelitian Deskriptif Kualitatif (Konsep & Contoh). Retrieved from Serupa.id website: <https://serupa.id/metode-penelitian-deskriptif-kualitatif-konsep-contoh/> (Diakses 23 April 2023)
- Tresiana, N. (2013). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandar Lampung: Lembaga Penelitian Universitas Lampung.
- Wardhani, S. F., & Yona, S. (2021). Spousal intimacy, type of antiretroviral drug and

antiretroviral therapy adherence among hiv patients in bandung, indonesia. *Journal of Public Health Research*, 10(s1), 17–21. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2336>