

**PENYEBARAN
DAN PENCEGAHAN
HIV AIDS**

UU No. 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan Sifat Hak Cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

PENYEBARAN DAN PENCEGAHAN HIV AIDS

Isak Waine, S.K.M., M.Kes.

PENYEBARAN DAN PENCEGAHAN HIV AIDS

Penulis : Isak Waine, S.K.M., M.Kes.
Editor : Afifah Azhaar
Desain Cover : Nama
Sumber : Link
Tata Letak : Joko W
Proofreader : Mira Muarifah

Ukuran:

x, 92 hlm., Uk.: 15.5x23 cm

ISBN:

No. ISBN

Cetakan Pertama:

Bulan 2024

Hak Cipta 2024 pada Penulis

Copyright © 2024 by Deepublish Publisher

All Right Reserved

PENERBIT DEEPUBLISH

(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Jl. Rajawali, Gg. Elang 6, No. 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman

Jl. Kaliurang Km. 9,3 – Yogyakarta 55581

Telp./Faks : (0274) 4533427

Website : www.penerbitdeepublish.com

www.deepublishstore.com

E-mail : cs@deepublish.co.id

Hak cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

Isi di luar tanggung jawab percetakan.

PERSEMBAHAN

Buku ini penulis persembahkan untuk :

Kedua orang tua Paulus Waine (Alm) dan Monika Auwe (Alm) yang melahirkan dan membesarkan Penulis sampai saat ini.

Istri tercinta Angelia Adee,S.Kep., Ns dan Putri tersayang Maya Christiany G Waine, Jelya Bles Etigai Waine (Alm) dan Chalvin Keadabi Waine (Alm). Dan juga Kakak – kakak tercinta yakni Amelia, Pransina, Fery, Nolin, Derek, Kristina, Yudith,Yaved, Selvi, Yusuf dan Yaved Anouw yang selalu memberikan dukungan dan motivasi dalam menyusun Buku ini.

TERUNTUK

Teman – teman sejawat Tenaga kesehatan yang sedang melayani Masyarakat Indonesia dan untuk demi mempertahankan di bidang kesehatan untuk mewujudkan masyarakat indonesia yang SEHAT dalam rangka menyiapkan Sumber daya Manusia yang baik untuk Negara dan Bangsa Indonesia.

Hubungan kesehatan dengan perilaku sangatlah keterkaitan, individu yang sehat akan tercermin dari perilaku yang sehat pula. Dengan demikian perilaku yang sehat mencerminkan individu dan kualitas hidup yang lebih baik.

KATA PENGANTAR

Puji syukur yang tidak terhingga penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan banyak anugerah, sehingga penyusunan buku ini dengan judul **Penyebaran dan Pencegahan Hiv/AIDS** bisa selesai dengan baik.

Dalam penyelesaian Buku ini, mulai dari tahap persiapan banyak tantangan yang dialami, tetapi berkat bantuan, bimbingan, arahan maupun masukan serta kerjasama dari berbagai pihak maka hal tersebut dapat teratasi. Karena itu perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Dr. Arius Togodly, S.Pd, M.Kes, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Cenderawasih.
2. Prof. Dr. A.L Rantetampang, M.Kes Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Uncen Jayapura dengan penuh kesabaran memberikan petunjuk serta arahan selama proses penyusunan ini berlangsung.
3. Dr. dr. Yermia Msen, M.Kes, dengan penuh kesabaran memberikan petunjuk serta arahan selama proses penyusunan ini berlangsung.
4. Dr. Sarce Makaba, S.Si, Apt. M.Kes, Dr. Rosmin Tingginehe, S.Pt., M.Si Penguji II dan Dr. dr. Bernard Sandjaja, MSPH, atas masukan dan saran dalam perbaikan proposal ini.
5. Penerbit Buku pendidikan anggota Kapi Deepublish publisher yang telah banyak membantu selama proses dalam penyusunan dan percetakan buku ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini masih jauh dari kesempurnaan, karena itu mohon saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan buku ini.

Dogiyai, 2024

Isak Waine, S.K.M., M.Kes.

KATA PENGANTAR PENERBIT

Segala puji kami haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan segala anugerah dan karunia-Nya. Dalam rangka mencerdaskan dan memuliakan umat manusia dengan penyediaan serta pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk menciptakan industri *processing* berbasis sumber daya alam (SDA) Indonesia, Penerbit Deepublish dengan bangga menerbitkan buku dengan judul ***Penyebaran dan Pencegahan HIV AIDS***.

Buku ini mengupas tentang HIV/AIDS dan penularannya secara lebih mendetail. Faktor penyebab terjadinya tindakan penularan HIV/AIDS juga dibahas dalam buku ini. Tindakan pencegahan yang dapat diambil oleh masyarakat, instansi pemerintahan, dan tenaga kesehatan juga dibahas dalam buku ini secara lebih rinci.

Terima kasih dan penghargaan terbesar kami sampaikan kepada penulis, Isak Waine, S.K.M., M.Kes., yang telah memberikan kepercayaan, perhatian, dan kontribusi penuh demi kesempurnaan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat bagi semua pembaca, mampu berkontribusi dalam mencerdaskan dan memuliakan umat manusia, serta mengoptimalkan pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi di tanah air.

Hormat Kami,

Penerbit Deepublish

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR PENERBIT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
BAB I HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS/ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (HIV/AIDS)	1
BAB II PENULARAN HIV/AIDS DAN TINDAKAN PENCEGAHANNYA.....	6
A Human Immunodeficiency Virus (HIV)	6
B Faktor yang Memengaruhi ODHA dengan Tindakan Penularan HIV/AIDS	16
C Kebijakan dan Intervensi Pemerintah dalam Mencegah Tindakan Penularan HIV oleh ODHA	22
D Dampak Penularan HIV oleh ODHA terhadap Kesehatan Masyarakat	27
E Strategi untuk Mengurangi Tingkat Penularan HIV oleh ODHA	32
F Tantangan dalam Mencegah Tindakan Penularan HIV oleh ODHA	37
BAB III EKSPLORASI PENCEGAHAN PENULARAN HIV/AIDS OLEH ODHA	42
BAB IV KORELASI BERBAGAI ASPEK DENGAN TINDAKAN PENULARAN HIV/AIDS OLEH ODHA.....	52
A Hubungan Umur terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS	57

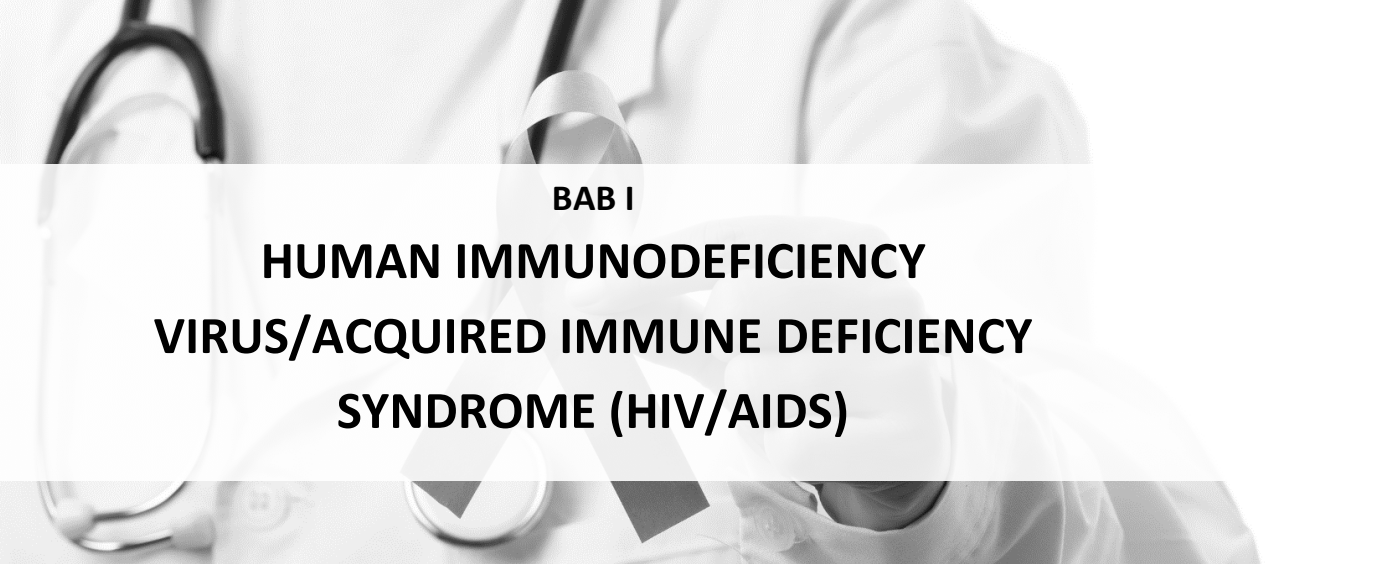
B Hubungan Jenis Kelamin terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS	58
C Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS	60
D Hubungan Pekerjaan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS	62
E Hubungan Status Perkawinan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS	63
F Hubungan Pengetahuan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS	65
G Hubungan Sikap terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS	68
H Hubungan Lama Menderita HIV/AIDS terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS.....	69
I Faktor Dominan Memengaruhi Tindakan Penularan HIV oleh ODHA.....	70
BAB V HIV/AIDS, PENYEBAB, PEMICU, DAN TINDAKAN PENCEGAHANNYA	72
DAFTAR PUSTAKA	74

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Morfologi Virus HIV	8
Gambar 2.2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan penularan HIV oleh ODHA.....	21

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Tinjauan Terkait Pencegahan HIV/AIDS.....	4
Tabel 3.1.	Berbagai Aspek yang Dapat Memengaruhi Penularan HIV/AIDS di Masyarakat.....	44
Tabel 3.2.	Hubungan Interaksi Antara Setiap Aspek	50
Tabel 4.1.	Distribusi ODHA Berdasarkan Berbagai Aspek.....	53
Tabel 4.2.	Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS	55
Tabel 4.3.	Pengaruh Umur, Status Perkawinan, Pengetahuan, dan Sikap terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS.....	55
Tabel 4.4.	Hubungan Umur terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS ..	57
Tabel 4.5.	Hubungan Jenis kelamin terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS	58
Tabel 4.6	Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS	60
Tabel 4.7	Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS	62
Tabel 4.8.	Hubungan Status Perkawinan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS	63
Tabel 4.9	Hubungan Pengetahuan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS	65
Tabel 4.10	Hubungan Sikap terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS ..	68
Tabel 4.11	Hubungan Lama Menderita HIV/AIDS terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS.....	69



BAB I

HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS/ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (HIV/AIDS)

Di seluruh dunia, *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) menjadi masalah kesehatan yang serius. Menurut World Health Organization (WHO), HIV/AIDS telah menjadi ancaman global dan berdampak negatif pada semua bidang. Penyakit HIV/AIDS adalah infeksi penyebab kematian nomor satu. Penyakit ini memiliki tingkat kematian dan kejadian yang tinggi, dan membutuhkan waktu yang lama untuk diagnosis dan terapi (WHO, 2006). Sistem kekebalan sekunder yang lemah disebabkan oleh HIV, yang mengarah pada AIDS secara bertahap. Meskipun demikian, integritas sistem kekebalan sangat penting untuk mempertahankan diri dari mikroorganisme dan produk toksik yang dihasilkannya (Kresno, 2010).

Pada tahun 2006, lebih dari 56 juta orang di seluruh dunia hidup dengan HIV/AIDS. Sejak tahun 2005, terdapat 4,9 juta kasus baru infeksi HIV dan lebih dari 3,1 juta orang meninggal karena AIDS. HIV menduduki peringkat keempat sebagai penyebab kematian paling umum di Amerika Serikat pada tahun 2005 (Black & Hawks, 2008). Menurut UNAIDS WHO (2009), jumlah orang yang positif HIV di seluruh dunia pada tahun 2008 adalah 33,4 juta, dengan estimasi 2,7 juta kasus baru infeksi HIV.

Jumlah kematian akibat AIDS di Indonesia pada tahun 2016 mencapai 13.360 orang (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 31 Desember 2016), dengan 86.780 kasus baru yang dilaporkan hingga Desember 2016. Jumlah ODHA diperkirakan akan meningkat, dengan angka kumulatif kasus AIDS yaitu 10,46 per 100.000 orang (jumlah penduduk Indonesia sebanyak 230.632.700 jiwa, menurut data BPS pada tahun 2009) (Ditjen

PP & PL Kemenkes RI, 2011). Namun, menurut para epidemiologi Indonesia dalam kajiannya tentang kecenderungan epidemik HIV/AIDS, jumlah kasus AIDS dapat meningkat menjadi 1 juta orang dengan 350.000 kematian pada tahun 2015, jika upaya penanggulangan tidak berusaha ditingkatkan (KPA, 2010a; Nasronudin, 2007). Ini dikarenakan jumlah kasus HIV yang diketahui lebih sedikit daripada kasus HIV yang belum diketahui atau biasa disebut fenomena gunung es (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2008).

Kasus HIV/AIDS di Provinsi Papua terus meningkat, dengan total 26 ribu kasus yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Papua per 30 Juni 2017. Kabupaten Dogiyai, yang merupakan pemekaran, memiliki 381 kasus HIV/AIDS (Dinkes Dogiyai, 2017).

Per Desember 2016, Ditjen PP & PL Kemenkes RI melaporkan jalur penularan HIV melalui heteroseksual sebesar 58.846, IDU sebesar 9.080, perinatal sebesar 2.587, dan LSL sebesar 4.034, transfusi darah/*blood* sebesar 222, dan tidak diketahui sebesar 12.011. Penularan terbesar kedua di Indonesia adalah melalui hubungan seks tanpa kondom antara WPS dan kliennya; sementara yang pertama adalah melalui berbagai heteroseksual.

Pengetahuan dan sikap, umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan durasi menderita HIV/AIDS adalah beberapa faktor yang diketahui turut memengaruhi penularan HIV dari ODHA ke orang lain. Namun, penularan HIV di seluruh dunia disebabkan oleh kurangnya pengetahuan yang dimiliki kaum muda berusia 15 hingga 24 tahun (WHO, 2004, dalam Maimaiti, 2010). WHO mencatat bahwa kaum muda memainkan peran penting dalam mencegah perkembangan pandemik HIV/AIDS (WHO, 2004, dalam Maimaiti, 2010). Menurut WHO, 50% dari total kasus infeksi HIV baru terdiri atas kaum muda berusia 15 hingga 24 tahun. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan harus diberikan untuk mengurangi penularan guna mengurangi stigma yang melekat pada kaum muda terhadap diagnosis HIV (WHO, 2004, dalam Maimaiti, 2010).

Data statistik pendukung diperlukan untuk membuat strategi pencegahan yang sesuai. Namun, tidak ada data yang dikumpulkan dari penelusuran literatur mengenai statistik angka faktor-faktor tersebut pada ODHA di Indonesia. Kemudian, tidak ada informasi yang menunjukkan

hubungan antara faktor-faktor tersebut dan upaya untuk mencegah penularan HIV oleh ODHA.

Oleh karena itu, peneliti merasa perlu untuk meninjau dan menganalisis faktor-faktor yang berkontribusi pada penyebaran HIV oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai. Diharapkan hasil peninjauan ini akan membantu program pencegahan HIV di wilayah adat Meepago, khususnya di Kabupaten Dogiyai Papua.

Peninjauan ini memiliki beberapa tujuan. Secara umum, peninjauan ini dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan tindakan penularan HIV oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai. Secara khusus, peninjauan ini mengidentifikasi berbagai faktor pada ODHA seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status kawin, pengetahuan, sikap, lama menderita HIV/AIDS, dan faktor dominan lainnya dalam tindakan penularan HIV.

Secara aplikatif, diharapkan peninjauan ini akan memberikan gambaran tentang faktor-faktor yang memengaruhi penyebaran HIV oleh ODHA dan dapat digunakan sebagai indikator tingkat keberhasilan intervensi kesehatan masyarakat pada ODHA melalui peningkatan pendidikan kesehatan dengan fokus utama mencegah penularan HIV. Peninjauan ini juga dapat digunakan sebagai sumber untuk menilai tingkat keberhasilan program kesehatan puskesmas pada ODHA, terutama dalam hal meningkatkan pencegahan dan promosi kesehatan untuk memerangi HIV/AIDS.

Secara keilmuan, peninjauan ini dapat digunakan sebagai sumber analisis untuk menilai tingkat keberhasilan program kesehatan puskesmas pada ODHA, terutama dalam hal meningkatkan pencegahan dan promosi kesehatan untuk memerangi HIV/AIDS. Peninjauan ini dapat digunakan sebagai sumber data untuk peninjauan kesehatan masyarakat dan kesehatan lanjutan yang berkaitan dengan upaya untuk mengembangkan intervensi pendidikan kesehatan dan konseling yang lebih baik untuk mencegah penularan HIV oleh ODHA. Peninjauan ini dapat menjadi sumber referensi dalam bidang kesehatan masyarakat, terutama yang pengembangan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA yang lebih baik dan saran untuk mencegah penularan HIV oleh ODHA yang lebih baik.

Tabel 1.1. Tinjauan Terkait Pencegahan HIV/AIDS

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil
1	Ikeb tahun 2002 di Palembang	Faktor–faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan HIV/AIDS siswa SMU N 13 Palembang	Deskriptif analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan pada variabel lama menderita HIV dan status mendapatkan ARV dan perilaku pencegahan penularan HIV
2	Rostini tahun 2010 di kota bandung	Faktor–faktor yang hubungan dengan sikap petugas puskesmas terhadap ODHA dalam pelayanan Kesehatan HIV/AIDS	Kuantitatif	Hasil penelitian didapatkan 59,6% petugas puskesmas bersikap negatif terhadap ODHA
3	IsakWaine Tahun 2017 di Dogiyai	Faktor–Faktor yang berhubungan dengan penularan HIV/AIDS oleh ODHA	Deskriptif Analitik dengan pendekatan <i>Cross Sectional study</i>	Faktor yang tidak berhubungan terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai adalah umur (<i>p-value</i> 0,107; RP = 1,595; CI95% (0,899–2,830), jenis kelamin (<i>p-value</i> 0,203; RP = 0,764; CI95% (0,528–1,105), tingkat pendidikan (<i>p-value</i> 0,145; RP = 1,358; CI95% (0,981–1,979) dan pekerjaan (<i>p-value</i> 0,388; RP = 0,827; CI95% (0,587–1,165). Faktor yang berhubungan terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai adalah status perkawinan (<i>p-value</i> 0,038; RP = 1,498; CI95% (1,077–2,063), pengetahuan (<i>p-value</i> 0,000; RP = 10,376; CI95% (3,488–30,861), sikap (<i>p-value</i> 0,025; RP = 1,541; CI95% (1,107–2,144) dan lama menderita HIV/AIDS terhadap tindakan penularan

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil
				HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai (<i>p-value</i> 0,599; RP = 0,879; CI95% (0,622–1,242). Faktor dominan terhadap tindakan penularan HIV/AIDS adalah status perkawinan dengan tingkat risiko sebesar 7,125 kali pada responden yang tidak menikah terhadap penularan HIV/AIDS.



BAB II

PENULARAN HIV/AIDS DAN TINDAKAN PENCEGAHANNYA

A | **Human Immunodeficiency Virus (HIV)**

1. **Pengertian HIV**

Virus penyebab *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah virus HIV (*Human immunodeficiency virus*). Sementara itu, AIDS adalah sekumpulan gejala yang disebabkan oleh kerusakan atau penurunan sistem kekebalan tubuh yang melindungi tubuh dari penyakit. AIDS adalah fase terakhir dari penyebaran HIV (Stolley & Glass, 2009). Seperti retrovirus lainnya, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) menginfeksi selama masa inkubasi yang panjang (klinis laten), dan merupakan penyebab utama tanda dan gejala AIDS. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah sejenis retrovirus dari famili lintavirus yang dapat menggunakan RNA dan DNA penjamu untuk membentuk virus DNA. HIV merusak sistem kekebalan dan menghancurkannya. Hal ini dilakukan dengan mereplikasi diri dengan menggunakan DNA dari CD4+ dan limfosit. Virus tersebut menghancurkan CD4+ dan limfosit dalam proses ini (Nursalam 2007).

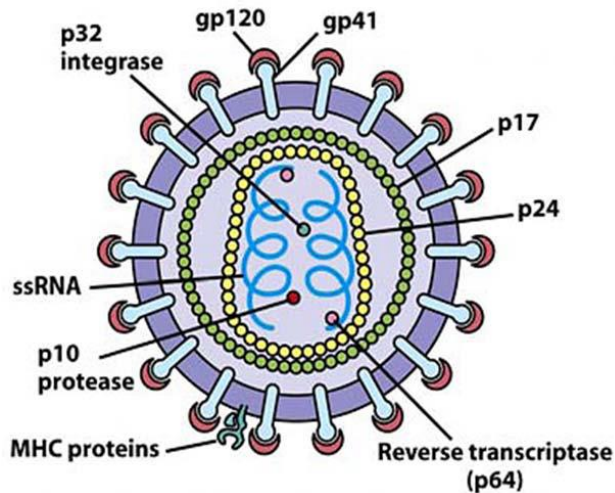
Termasuk dalam kelompok virus RNA, HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah retrovirus yang menggunakan RNA sebagai molekul pembawa informasi genetik. Sebagai retrovirus, HIV memiliki enzim *reverse transcriptase*, yang memungkinkan virus mengubah informasi genetik yang ada dalam RNA menjadi DNA, dan selanjutnya diintegrasikan ke dalam informasi genetik sel limfosit yang diserang. Oleh karena itu, HIV dapat mengubah dirinya menjadi virus baru yang memiliki karakteristik HIV melalui mekanisme sel limfosit (DepKes RI, 2003).

2. Etiologi

Virus HIV termasuk dalam *genus lentivirus* dan *famili retrovirdae*. Virus ini memiliki dua serotipe, yaitu HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 lebih berbahaya dan menyebar (*virulensi*) dengan lebih cepat, yang membuatnya menjadi penyebab infeksi HIV di seluruh dunia. Sementara, HIV-2 lebih lemah dan biasanya terjadi di Afrika Barat. Saat pertama kali ditemukan, 19 HIV-1 diberi nama LAV (*lymphadenopathy-Associated virus*) atau HTLV III (*Human T-Lymphocyte Virus Type III*). Namun, pada saat ini, HIV-1 hanya disebut sebagai HIV. Virus HIV adalah virus berbentuk sferis dengan diameter 1000 *angstrom* yang memiliki struktur inti RNA (RNA virus). Enzim *reverse transcriptase* yang dimiliki HIV dapat mengubah untaian tunggal RNA viral menjadi untaian ganda DNA viral. HIV juga dikenal sebagai retrovirus karena mampu melakukan transkripsi balik ini (Nursalam dan Kurniawati, 2009).

Morfologi HIV terdiri atas inti (*core*) yang terselubung (*enveloped*), yang menjadi tempat selubung viral (*envelope*) yang dibentuk dari membran sel host (gambar 1). *Envelope* virus terdiri atas suatu protein transmembran, TM (protein fusi, juga disebut protein gp 41) dan protein permukaan, SU (protein pelekat atau disebut juga gp 120). Pada saat infeksi, SU terikat pada reseptor sel (biasanya sel *T helper*), sedangkan TM terikat pada protein permukaan. Sebanyak 19 Inti (*core*) virion berbentuk kerucut icosahedral dengan protein capsid utama (CA atau p24) di dalamnya. Protein matriks terluar, MA (p17), ditemukan di antara *envelope* dan *capsid*. Protein ini bertujuan untuk mengarahkan untaian ganda provirus DNA ke dalam nukleus, yang nantinya diperlukan dalam proses perakitan (*assembly*) virus.

Retrovirus (HIV) bersifat diploid, yang membedakannya dari virus lainnya. Sebanyak dua kopi RNA untai tunggal yang identik ditemukan di dalam capsid. RNA terdiri atas kompleks protein NC (p17) yang terletak di dalam struktur nukleocapsid. Capsid mengandung enzim *reverse transcriptase*, yang bertanggung jawab atas sintesis DNA viral melalui proses transkripsi balik, integrase untuk integrasi dengan kromosom sel host, dan protease untuk pembentukan (*assembly*) virus (Nursalam dan Kurniawati, 2009).



Gambar 2.1 Morfologi Virus HIV
Sumber: Nursalam Nursalam dan Kurniawati, 2009

Secara umum, tahap perjalanan alamiah infeksi HIV terjadi setelah dua hingga tiga minggu infeksi virus, kemudian diikuti dengan terjadinya sindrom retroviral akut, yang berlangsung selama dua hingga tiga minggu. Selama 24 minggu, gejala ini akan hilang (*recovery*) dan kembali ke bentuk awalnya. Setelah itu, pasien akan mengalami infeksi HIV kronik asimtomatis selama kira-kira 8 tahun sebelum berubah menjadi simptomatis. Selama masa jendela, atau *window period*, virus masuk dan terbentuknya antibodi yang tidak dapat dideteksi melalui pemeriksaan laboratorium selama 2-12 minggu. Ketika berada dalam masa ini, pasien sangat infeksius dan mudah menularkan virus kepada orang lain, meskipun, hasil pemeriksaan laboratorium antibodi masih negatif, atau sekitar 30-50%. Pasien yang terinfeksi HIV juga dapat tetap tanpa gejala untuk waktu yang cukup lama, bahkan sampai 10 tahun atau lebih. Virus memperbanyak diri secara cepat (replikasi), yang diikuti dengan perusakan limfosit CD4 dan jenis kekebalan lainnya, yang menyebabkan sindrom kekurangan daya kekebalan tubuh yang progresif (*progressive immunodeficiency syndrome*). Beberapa faktor memengaruhi progresivitas, seperti usia (sangat cepat pada usia kurang dari 5 tahun atau di atas 40 tahun), infeksi tambahan, dan faktor genetik (herediter) (Kemenkes RI, 2014).

3. Penularan HIV

HIV dapat menyebar melalui berbagai cara, seperti hubungan seksual bebas dengan pasangan yang berganti-ganti, dan hubungan heteroseksual dengan pasangan yang menderita infeksi HIV tanpa menggunakan kondom. Selain itu, HIV juga dapat menyebar melalui pemakaian jarum suntik yang terkontaminasi satu sama lain, dan juga melalui perantara produk darah seperti transfusi darah atau organ lain (Smeltzer & Bare, 2001).

Selain itu, HIV dapat ditularkan dari ibu ke bayinya melalui transfusi *fetomaternal*, kontak antara membran mukosa bayi dengan darah atau sekresi darah saat melahirkan, penularan tambahan melalui ASI selama periode *postpartum*, atau bahkan ketika masih berada dalam masa kehamilan (*in utero*). Menurut Nursalam (2007), menyentuh alat yang tajam dan runcing seperti jarum, pisau, dan silet juga dapat memicu penularan HIV.

Sampai saat ini, HIV ditularkan melalui hubungan seksual (homoseksual maupun heteroseksual), serta kontak non seksual, seperti kontak dengan darah atau produk darah, parenteral, dan transplasenta. Sampai saat ini, virus HIV hanya menyerang sel limfosit T. Vehikulum dapat membawa virus HIV keluar dari tubuh dan menyebarkannya kepada orang lain melalui berbagai cairan tubuh. Semen, cairan vagina atau serviks, dan darah penderita adalah contoh cairan tubuh yang terbukti menularkan HIV (Ridwan, 2012).

Cara penularan yang diketahui melalui berbagai cara, seperti:

a. Transmisi seksual

Hubungan seksual heteroseksual dan homoseksual adalah cara yang paling umum untuk menyebarkan HIV.

1) Transmisi virus HIV pada homoseksual

Hubungan seksual anogenital adalah penularan HIV dengan risiko paling tinggi, terutama bagi mitra seks yang pasif menerima ejakulasi semen pengidap HIV. Ini karena mukosa rektum yang tipis dan mudah mengalami luka saat berhubungan seksual secara anogenital. Lebih dari 50% pria homoseksual di daerah urban di Amerika Serikat tertular HIV melalui hubungan seks anogenital tanpa pelindung (Mandal, 2008).

2) Transmisi virus HIV pada heteroseksual

Penularan heteroseksual dapat terjadi dari laki-laki ke perempuan, atau sebaliknya. Di Negara Afrika, hubungan heteroseksual tanpa kondom menyebabkan penderita HIV/AIDS terinfeksi. Laki-laki pengidap HIV/AIDS lebih sering menyebarkan virus ke pasangannya daripada wanita pengidap HIV ke pasangan prianya (Ridwan, 2012).

b. Transmisi nonseksual

1) Transmisi parenteral

Penggunaan jarum suntik dan alat tusuk lainnya, juga dikenal sebagai “alat tindik”, yang tidak steril atau telah terkontaminasi dapat menyebabkan transmisi ini. Hal ini juga dapat terjadi saat menggunakan narkoba suntik dan jarum suntik secara bersamaan. Penggunaan jarum suntik yang tercemar dan kontak dengan kulit yang lecet, sekret, atau bahan yang terinfeksi dapat meningkatkan risiko tertular transmisi secara parenteral menjadi kurang dari 1% (Kemenkes RI, 2013).

2) Transmisi transplasenta

Ibu hamil yang terjangkit HIV positif dapat menularkan penyakitnya ke janin di kandungannya. Menurut Ridwan (2012), penularan dapat terjadi selama kehamilan, saat melahirkan, atau saat menyusui.

3) Transmisi melalui darah atau produk darah.

4) Transplantasi organ dan jaringan tubuh yang terinfeksi HIV. HIV/AIDS yang telah dicangkokkan pada individu yang sehat dapat ditingkatkan melalui transplantasi organ potensial. Akibatnya, virus HIV akan menyebar ke seluruh tubuh (Ridwan, 2012).

4. Penderita HIV Positif

Seseorang yang telah terinfeksi HIV disebut HIV positif, dan mereka biasanya tidak menunjukkan gejala terinfeksi virus HIV atau dalam keadaan asimtomatik. Jika hasil HIV negatif setelah dua kali pemeriksaan, kemungkinan besar virus masih berada dalam *window period*, atau masa jendela, di mana tes serologis untuk antibodi HIV masih

menunjukkan hasil negatif, sementara virus sudah ada dalam jumlah besar dalam darah penderita. Oleh karena itu, pemeriksaan HIV dilakukan tiga kali. Jika pada tes ketiga menghasilkan hasil negatif, baru dapat dikatakan bahwa individu tersebut tidak memiliki virus HIV dalam tubuhnya. Sebaliknya, jika hasilnya positif, individu tersebut memiliki virus HIV dalam tubuhnya (Yoga, 2010).

Banyak orang berpikir negatif tentang orang yang terinfeksi HIV, tetapi mustahil untuk mengatakan bahwa mereka positif HIV. Banyak orang yang terinfeksi HIV, dan mereka tidak terlihat sakit dan merasa sehat. Tidak sedikit orang yang terinfeksi HIV pada akhirnya berkembang menjadi AIDS tanpa pengobatan. Jangka waktu antara terinfeksi HIV dan berkembang menjadi AIDS biasanya sekitar 8 hingga 10 tahun (Stolley & Glass, 2009).

5. Stadium Penyakit

Sebagaimana dijelaskan oleh Nursalam (2007), HIV dibagi menjadi AIDS dalam empat stadium, yang meliputi:

a. Stadium pertama HIV

HIV yang masuk ke dalam tubuh dapat menyebabkan infeksi. Setelah itu, antibodi terhadap virus berubah dari negatif menjadi positif, yang menyebabkan perubahan serologi. *Window period* adalah waktu yang dibutuhkan sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai hasil tes antibodi terhadap HIV menjadi positif. Durasi *window period* biasanya antara satu dan tiga bulan, tetapi terkadang berlangsung hingga enam bulan.

b. Stadium kedua asimtomatik (tanpa gejala)

Seseorang yang tidak menunjukkan gejala di dalam tubuh disebut sebagai asimtomatik. Keadaan ini dapat bertahan hingga 5–10 tahun. Pasien yang tampaknya baik-baik saja ini mungkin sudah menyebarkan HIV kepada orang lain.

c. Stadium ketiga pembesaran kelenjar limfe

Persistent Generalized Lymphadenopathy adalah pembesaran kelenjar limfe yang merata dan menetap yang terjadi tidak hanya di satu tempat dan berlangsung selama satu bulan.

d. Stadium keempat AIDS.

Keadaan ini disertai dengan berbagai penyakit, seperti penyakit saraf dan infeksi sekunder, dan sebagainya.

6. Tanda dan Gejala

Periode di mana HIV pertama kali masuk dalam tubuh disebut sebagai infeksi primer. Darah pasien menunjukkan konsentrasi virus yang sangat tinggi saat infeksi primer terjadi, yang menunjukkan bahwa ada banyak virus lain dalam darah. Sindrom retroviral akut adalah gejala yang paling umum pada orang dewasa yang baru terinfeksi. Gejalanya termasuk panas, nyeri otot, sakit kepala, mual muntah, diare, berkeringat di malam hari, penurunan berat badan, dan ruam. Tanda dan gejala muncul selama 2 hingga 4 minggu setelah infeksi, kemudian hilang atau berkurang setelah beberapa hari, dan sering salah dianggap sebagai flu atau infeksi mononucleosis. Jumlah limfosit CD4+ dalam darah menurun dengan cepat selama infeksi primer. Target virus adalah limfosit CD4+ yang ditemukan di nodus limfa dan thymus. Akibatnya, orang yang terinfeksi HIV lebih rentan terhadap infeksi oportunistik dan kemampuan thymus untuk menghasilkan limfosit T juga terbatas (Nursalam, 2007).

7. Lama Menderita HIV/AIDS

Infeksi HIV akan berkembang dalam empat tahap, yaitu periode masa jendela, fase infeksi akut, fase infeksi laten, dan fase infeksi kronis. Tahap-tahap ini akan dibahas di bawah ini:

a. Masa Periode Jendela

Dalam hal ini, periode di mana tes antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif meskipun virus sudah ada dalam darah klien dalam jumlah besar. Antibodi yang terbentuk belum dapat diidentifikasi dengan cukup melalui pemeriksaan laboratorium. Antibodi HIV biasanya muncul dalam 3 hingga 6 minggu hingga 12 minggu setelah infeksi primer. Selama periode jendela, klien sudah memiliki kemampuan untuk menularkan HIV kepada orang lain, yang membuat periode ini sangat penting untuk diperhatikan. Antigen p18 (protein 18), p24, p31, p36, gp120 (glycoprotein 120), dan gp41 harus ditemukan melalui pemeriksaan laboratorium yang dilakukan selama periode ini (Nasronudin, 2007).

b. Fase Infeksi Akut

Masa inkubasi antara infeksi HIV dan munculnya penyakit terkait HIV-1 sangat berbeda. HIV-1 adalah jenis HIV yang paling sering menular pada manusia, terutama di Asia, dan HIV-2 adalah jenis HIV yang paling umum di Afrika Barat (Kee, 2008).

Menurut peninjauan terbaru, HIV dapat membelah diri dengan cepat dan kadar virus dalam darah meningkat dalam beberapa minggu pertama infeksi (Kee, 2008). Dalam satu hari, replikasi HIV dapat menghasilkan virus baru yang dapat mencapai 10 miliar (Nasronudin, 2007).

Sekitar 2 minggu setelah infeksi, antigen HIV ditemukan dan dapat bertahan selama 3–5 bulan. Antara 2 dan 6 minggu setelah terpajan HIV, 50-70% klien mengalami gejala seperti influenza (demam, sakit otot, berkeringat, ruam, sakit tenggorok, sakit kepala, kelelahan, pembengkakan kelenjar limfe), serta mual, muntah, anoreksia, diare, dan penurunan berat badan (Kee, 2008; Nasronudin, 2007). Meskipun paparan HIV terjadi pada tahap awal infeksi, seperti meningitis, ensefalitis, neuropati perifer, dan mielopati, HIV juga sering menyebabkan kelainan pada sistem saraf. Ruam makropapuler eritromatosa dan ulkus mukokutan adalah gejala dermatologi (Nasronudin, 2007).

Limfosit T menurun drastis selama fase akut, dan kemudian, sebagai akibat dari respons imun, limfosit T meningkat (Nasronudin, 2007). Klien pulih, tetapi sistem imun memproduksi antibodi terhadap virus (serokonversi) selama 12 hari sampai 5 tahun (biasanya 6-12 minggu) (Kee, 2008; Nasronudin, 2007). Pada tahap ini, jumlah limfosit T-CD4 masih di atas 500 sel/mm³, dan kemudian akan berkurang setelah 6 minggu terinfeksi HIV (Nasronudin, 2007).

c. Fase Infeksi Laten

Virion dapat dikendalikan, gejala hilang, dan fase laten dimulai karena HIV dan virus yang terperangkap dalam SDF di pusat germinativum kelenjar limfe membentuk respons imun spesifik. Pada fase ini, virion jarang ditemukan di plasma karena sebagian besar virus terakumulasi di dalam kelenjar limfe dan replikasinya

terjadi di dalam kelenjar limfe, yang menyebabkan jumlah virion plasma menurun. Akibatnya, jumlah limfosit T-CD4 menurun hingga sekitar 500 hingga 200 sel/mm³, walaupun virion di plasma berjumlah sedikit. Individu yang menerima serokonversi positif biasanya belum menunjukkan gejala klinis (asimtomatis) (Nasronudin, 2007).

Beberapa klien menunjukkan tanda klinis sarcoma kaposi's, herpes simpleks, sinusitis bakterial, Herpes zooster, dan pneumonia yang sering terjadi dalam waktu singkat. Setelah terinfeksi HIV, fase ini biasanya berlangsung selama 8–10 tahun, atau 3–13 tahun. Pada tahun kedelapan setelah infeksi, gejala klinis seperti demam, banyak berkeringat pada malam hari, kehilangan berat badan kurang dari 10%, diare, dan lesi berulang pada mukosa dan kulit akan muncul. Menurut Nasronudin (2007), gejala ini adalah indikasi awal infeksi oportunistik.

d. Fase Kronis

Selama fase ini, virus terus bereplikasi di dalam kelenjar limfe, menyebabkan kerusakan dan kematian SDF karena banyaknya virus. Fungsi kelenjar limfe sebagai perangkap virus menurun, bahkan hilang, dan virus masuk ke dalam darah. Pada tahap ini, virion meningkat secara berlebihan dalam sirkulasi sistemik. Respons imun tidak mampu mengurangi jumlah virion yang berlebihan. Karena intervensi HIV yang semakin meningkat, limfosit mengalami tekanan yang lebih besar. Penurunan jumlah limfosit T-CD4 hingga di bawah 200 sel/mm³ menyebabkan sistem imun menurun dan klien menjadi lebih rentan terhadap berbagai infeksi sekunder (infeksi oportunistik).

Pneumonia yang disebabkan oleh *Pneumocystis carinii*, tuberkulosis, sepsis, toksoplasmosis ensefalitis, diare yang disebabkan oleh kriptosporidiasis, infeksi virus sitomegalo, infeksi virus herpes, kandidiasis esofagus, kandidiasis trakhea, atau kandidiasis brokhus, dan infeksi jamur jenis lain, seperti histoplasmosis dan koksidiomikosis, adalah infeksi sekunder yang sering menyertai. Selain itu, beberapa jenis kanker kadang-kadang

ditemukan, seperti kanker kelenjar getah bening dan kanker sarkoma kaposi (Nasronudin, 2008).

Sejauh ini, dari penelusuran literatur yang telah dilakukan, tidak ada angka statistik yang dihasilkan dari peninjauan yang berkaitan dengan hubungan antara menderita HIV/AIDS dalam jangka waktu yang lama dengan melakukan tindakan yang dapat mencegah penularan HIV pada ODHA.

8. Cara Pencegahan Penularan HIV

Menjaga agar cairan tubuh ODHA tidak masuk ke aliran darah orang lain adalah cara untuk mencegah infeksi HIV baru. Penularan HIV biasanya diklasifikasikan menurut cara penularannya (Kemenkes RI, 2014):

a. Pencegahan penularan melalui hubungan seksual

Salah satu informasi penting yang harus disampaikan adalah bagaimana mencegah penularan HIV dengan menggunakan konsep ABC, yang terdiri atas:

- [A] (*Abstinence*): Absen seks atau tidak melakukan hubungan seksual.
- [B] (*Be faithful*): Bersikap setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti).
- [C] (*Condom*): Cegah dengan kondom. Kondom pun harus dipakai oleh pasangan apabila salah satu atau keduanya diketahui terinfeksi HIV

b. Pencegahan penularan melalui darah

Penularan infeksi HIV dapat terjadi melalui alat suntik yang terkontaminasi baik di dalam sistem kesehatan formal maupun di luar sistem kesehatan formal, seperti menggunakan jarum atau alat lain yang dapat melukai kulit atau menyebabkan luka atau pendarahan. Para penyalahgunaan narkoba suntik sering menyebarkan infeksi HIV melalui alat suntik yang tidak steril dan dipakai bersama.

c. Pencegahan penularan dari ibu HIV ke bayi yang dikandungnya. Dalam program PMTCT (*Prevention from Mother To Child*

Transmission), Kemenkes RI (2014) mengatakan bahwa terdapat 4 langkah yang harus dilakukan untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi. Langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Mencegah terjadinya penularan HIV pada perempuan usia reproduktif.
- 2) Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu HIV-positif.
- 3) Mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu hamil HIV positif ke bayi yang dikandungnya.
- 4) Memberikan dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu HIV-positif beserta bayi dan keluarganya. Langkah ke empat ini merupakan upaya lanjutan dari tiga langkah sebelumnya.

Demikian halnya, pasien TB yang HIV positif dan yang sedang hamil harus dirujuk ke layanan pencegahan HIV dari ibu yang terinfeksi HIV ke bayinya (PMTCT) (Kemenkes RI, 2014).

B | Faktor yang Memengaruhi ODHA dengan Tindakan Penularan HIV/AIDS

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil dari penginderaan manusia, atau pengetahuan seseorang tentang sesuatu melalui indra yang dimilikinya, seperti mata, hidung, dan telinga (Notoadmodjo, 2010). Pengetahuan pada tingkat kognitif tertentu (C1=tahu, C2=paham, C3=aplikasi, C4=analisis, C5=sintesis, C6=evaluasi) sangat penting untuk membentuk tindakan seseorang. Menurut peninjauan dan pengetahuan, perilaku yang tidak diikuti dengan pengetahuan akan bertahan lebih lama daripada perilaku yang tidak diikuti dengan pengetahuan (Notoadmodjo, 2003). Pengetahuan tentang HIV/AIDS sangat membantu mengubah perilaku ODHA. Ini terutama berlaku untuk ODHA (Irmanigrum *et al.*, 2007).

Pemahaman tentang perilaku kesehatan yang berkaitan dengan HIV akan meningkatkan pemahaman tentang proteksi diri dan peningkatan kesehatan (Moorhead *et al.* 2004, dalam Ackley *et al.* 2008). Sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan yang berhadapan langsung dengan ODHA, perawat memiliki peran penting dalam melakukan pendidikan dan konseling untuk meningkatkan dan mempertahankan status kesehatan

ODHA. Ketika perawat bertindak sebagai konselor, mereka dapat membantu ODHA dalam mengidentifikasi masalah dan mencari solusi. Konselor juga dapat membantu ODHA meningkatkan kopingnya, memfasilitasi tindakan ODHA, namun tidak menyarankan apa yang dilakukan ODHA (Delaune & Ladner, 2002).

2. Sikap (*Attitude*)

Sikap didefinisikan oleh Notoatmodjo (2010) sebagai reaksi atau respons seseorang yang tetap tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap adalah kumpulan gejala yang muncul sebagai respons terhadap stimulus atau objek. Ini termasuk pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan lainnya. Sikap tidak terdiri atas pelaksanaan motif tertentu, menurut Newcomb, tetapi merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Dengan kata lain, sikap tidak terdiri dari tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas; sebaliknya, sikap merupakan predisposisi untuk melakukan tindakan, atau reaksi tertutup.

3. Tindakan Penularan HIV

Perilaku terdiri atas pengetahuan (*knowledge*) dan sikap (*attitude*), serta tindakan atau praktik (*practice*) (Notoatmodjo, 2010). Tindakan yang berlebihan, atau *overt behavior*, tidak selalu terjadi secara otomatis. Untuk membuat sikap menjadi tindakan nyata, diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan; fasilitas adalah salah satunya. Misalnya, pasangan ODHA harus menunjukkan sikap positif mereka terhadap pencegahan penularan HIV (suami/istri), dan ODHA harus dapat mengakses fasilitas pencegahan HIV yang mudah diakses, seperti ART yang mudah dan kondom murah di unit layanan kesehatan terdekat. Selain itu, dibutuhkan elemen dukungan dari pihak lain, seperti dari suami atau istri, orang tua atau mertua, dan lain sebagainya (Notoatmodjo, 2003).

HIV menyebar melalui darah, cairan mani, dan cairan vagina orang yang tertular. Orang dapat bersentuhan dengan cairan-cairan ini melalui transfusi darah yang tercemar, transplantasi organ atau jaringan yang terinfeksi, hubungan seks vaginal dan anal (di mana penis dimasukkan ke lubang dubur, atau penularan pada pria gay), menggunakan jarum suntik bekas (NAPZA suntikan) atau secara tidak sengaja terkena suntikan jarum

bekas HIV (kadang-kadang terjadi pada petugas kesehatan) (Hutapea, 2003).

Selain itu, ada bukti bahwa HIV juga dapat menyebar melalui hubungan seks oral dengan teman kencan yang terinfeksi, baik pria maupun wanita. Namun, seseorang tidak mungkin tertular HIV secara seksual jika keduanya tidak terinfeksi, apapun yang mereka lakukan saat berhubungan seks. Selain itu, ibu dapat menularkan HIV kepada bayinya selama kehamilan, persalinan, dan menyusui (Hutapea, 2003).

4. Umur

Dalam epidemi HIV, umur pertama kali melakukan hubungan seks sangat penting karena berhubungan dengan jumlah pasangan seks yang mereka miliki selama hidup mereka (Dachlia, 2000). Secara umum, seseorang mulai aktif secara seksual sejak remaja, kemudian aktivitas seksualnya berangsur-angsur meningkat sampai umur 30 tahun, lalu menurun setelah 30 tahun (Dachlia, 2000). Hubungan seks dengan banyak pasangan lebih sering terjadi pada orang yang lebih muda, yang merupakan faktor penting dalam penyebaran HIV (Gillmore *et al.* 1999; Narain *et al.* 1994, dalam Dachlia, 2000).

5. Jenis kelamin (Sex)

Menurut Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI (2008), definisi jenis kelamin berkaitan dengan perbedaan biologis antara perempuan dan laki-laki. Jenis kelamin adalah anugerah yang sudah ada sejak lahir dan tidak dapat diubah sesuai dengan struktur tubuhnya.

HIV ditularkan lebih sering dan lebih mungkin melalui hubungan seks antara laki-laki dan perempuan, daripada sebaliknya. Salah satu alasan adalah karena HIV lebih banyak ditemukan di dalam cairan semen daripada cairan vagina (Hutapea, 2003). Salah satu alasan lain adalah karena mani yang terkontaminasi dengan HIV dapat tetap berada di vagina selama beberapa hari setelah hubungan seks, meningkatkan kemungkinan penularan.

Sebaliknya, secara medis, organ intim perempuan (vagina) lebih rentan mengalami laserasi saat melakukan hubungan seksual (coitus) daripada organ intim laki-laki (penis). Akibatnya, HIV dapat menembus dan masuk ke peredaran darah. Perempuan produktif adalah yang paling

rentan terhadap HIV. Seks anal dianggap sebagai bentuk hubungan intim yang paling berisiko, terutama bagi mereka yang menerima penis di dalam duburnya. HIV dapat masuk lebih mudah ke dalam peredaran darah karena penis dapat menggores dan merobek selaput lendir rektum. Di Afrika, Karibia, dan beberapa bagian Amerika Selatan, penularan HIV secara heteroseksual adalah metode paling umum (Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI, 2008; Hutapea, 2003).

6. Status Perkawinan

Status perkawinan adalah status sipil seseorang yang berkaitan dengan hukum pernikahan atau adat istiadat negara, seperti tidak pernah menikah, menikah, janda atau duda, tidak menikah, atau menikah tapi secara hukum berpisah atau berserikat *de facto* (Organisational and Technical Aspects United Nations Studies in Methods, 1991). Selain itu, status kawin dapat diklasifikasikan menjadi belum kawin, kawin, cerai hidup, atau cerai mati. Status perkawinan orang yang tinggal bersama atau terpisah pada saat pencacahan disebut kawin. Ini mencakup tidak hanya mereka yang telah menikah secara hukum (berdasarkan adat, agama, negara, dan sebagainya), tetapi juga suami istri yang telah bercerai dan tidak lagi menikah. Status “cerai mati” diberikan kepada individu yang belum kawin lagi dan suami atau istrinya telah meninggal dunia (Data Statistik Indonesia, 2011).

7. Tingkat Pendidikan

Secara umum, pendidikan didefinisikan sebagai upaya untuk memengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pendidik (Notoatmodjo, 2003). Dari batasan ini tersirat elemen pendidikan, seperti:

- a. Input: tujuan pendidikan (individu, kelompok, dan masyarakat), dan pelaku pendidikan (pendidik).
- b. Proses: suatu upaya yang dimaksudkan untuk berdampak pada orang lain.
- c. Output: melakukan perilaku atau tindakan yang diharapkan (Notoatmodjo, 2003).

Namun, tingkat pendidikan yang dimaksudkan adalah semua jenjang pendidikan formal dan nonformal yang pernah diterima seseorang, mulai dari TK, SD, SMP, SMU, Perguruan Tinggi (diploma, S-1, S-2, S-3, dan pelatihan). Di sini, fokus pendidikan adalah pendidikan kesehatan; yaitu penerapan pendidikan dalam bidang kesehatan. Hasil yang diharapkan dari pendidikan kesehatan di sini adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang baik (Notoatmodjo, 2003).

8. Pekerjaan

“Pekerja” adalah kata dasar dari kata “kerja”, yang berarti melakukan sesuatu pekerjaan atau melakukan sesuatu untuk mencari nafkah (Haryono, 2009). Sementara “pekerja” adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima upah atau imbalan lainnya (Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI, 2005). Dengan kata lain, pekerjaan adalah segala sesuatu yang dilakukan seseorang untuk mencapai tujuan tertentu, seperti mendapatkan upah atau gaji, mendapat pujian, dan diakui, dan sebagainya.

Dalam hal kasus HIV/AIDS yang berkaitan dengan pekerja, istilah “Pekerja dengan HIV/AIDS” dapat didefinisikan sebagai individu yang terinfeksi HIV atau mengalami gejala AIDS (Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI, 2005). Somavio (2004) menjelaskan bahwa AIDS memiliki dampak yang signifikan terhadap karyawan dan keluarga mereka, serta perusahaan dan ekonomi nasional. AIDS merupakan masalah dan tantangan untuk pertumbuhan di tempat kerja.

9. Lama Menderita HIV/AIDS

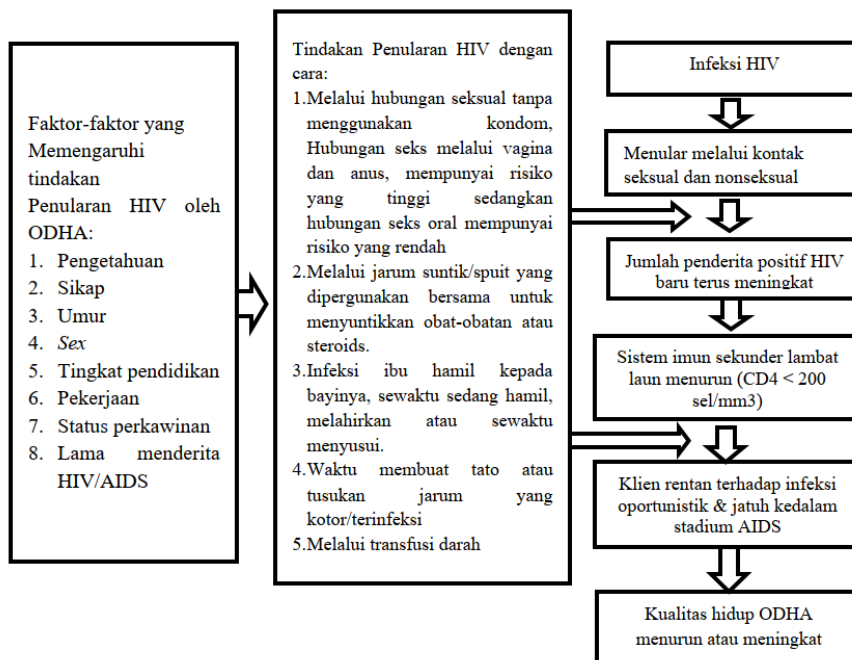
Yang dimaksud dengan “lama menderita HIV/AIDS” adalah jumlah waktu sejak pertama kali teridentifikasi melalui pemeriksaan diagnostik (tes antibodi HIV: jumlah limfosit total, ELISA, atau *Western Blot* sesuai prosedur standar) dan waktu sejak dokter yang berpengalaman menetapkan diagnosis medis (DepKes, 2007b).

Sangat penting untuk menemukan metode deteksi dini selama periode jendela (dua minggu hingga tiga bulan setelah terinfeksi HIV), yang sangat rentan karena klien yang telah terinfeksi mungkin tidak dapat mendeteksi antigen HIV melalui pemeriksaan laboratorium antibodi HIV

saat ini. Akibatnya, klien dapat menularkan HIV ke orang lain melalui perilaku seksual dan non-seksual yang berisiko.

Oleh karena itu, perlu dilakukan upaya pencegahan dan promotif dengan memberi tahu orang tentang bahaya HIV/AIDS dan cara mencegahnya menyebarkannya melalui konseling dan pendampingan yang baik dan konsisten pada ODHA. Sangat penting bahwa masyarakat dididik melalui media massa secara luas. Ini akan meningkatkan kesadaran masyarakat dan mendorong mereka untuk melakukan tes HIV secara sukarela, yang akan memungkinkan ODHA dilindungi dari stigma negatif.

Kerangka teori yang menjelaskan hubungan faktor-faktor antara ODHA dan penyebaran HIV.



Gambar 2.2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan penularan HIV oleh ODHA (Sumber: Sujudi, 2002; Ikob, 2002; Nasronudin, 2007; Kee, 2008; Edekey & Adeusi, 2011; Dinkes Prov. Papua, 2007; Ackley, Ladwing, Swan & Tucker, 2008; Smeltzer & Bare, 2008; Notoatmodjo, 2010)

C | Kebijakan dan Intervensi Pemerintah dalam Mencegah Tindakan Penularan HIV oleh ODHA

1. Kampanye penyadaran dan program pendidikan

Menurut Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, pendidikan yang ditargetkan untuk Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) memainkan peran penting dalam mencegah penularan HIV dan mendorong perilaku yang bertanggung jawab. Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota mempunyai tugas menyelenggarakan, mendanai, dan mengawasi program pendidikan yang bertujuan untuk mencegah penularan HIV dan AIDS. Inisiatif pendidikan yang ditargetkan untuk ODHA ini fokus pada pemberdayaan individu dengan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk melindungi diri mereka sendiri dan pasangannya. Dengan memberikan informasi mengenai tindakan pencegahan dan menekankan pentingnya tidak mendonorkan darah, produk darah, cairan sperma, atau organ tubuh, program ini membantu ODHA dalam mengambil keputusan yang tepat untuk mengurangi risiko penularan HIV.

Program penyadaran masyarakat merupakan komponen penting dari intervensi pemerintah untuk mencegah penularan HIV di kalangan ODHA (Pemerintah Provinsi Papua, 2023). Komisi AIDS Papua (KPA) berdedikasi untuk melakukan sosialisasi dan pendidikan secara berkelanjutan guna meningkatkan kesadaran tentang bahaya HIV/AIDS di masyarakat (JabarProv, 2022). Dengan mendorong mobilisasi politik dan sosial berskala luas, program-program ini bertujuan untuk melibatkan masyarakat dalam mencegah dan merespons HIV/AIDS secara efektif (UNAIDS, 2021). Melalui upaya ini, anggota masyarakat diberikan edukasi mengenai pentingnya pencegahan, tes, dan pengobatan HIV, menciptakan lingkungan yang mendukung bagi ODHA dan mengurangi stigma yang terkait dengan virus tersebut.

Inisiatif pendidikan berbasis sekolah adalah alat yang berharga dalam mencegah penularan HIV dan menumbuhkan budaya kesadaran kesehatan di kalangan generasi muda (Kemenkes, 2021). Dengan memasukkan pendidikan pencegahan HIV ke dalam kurikulum sekolah dan kegiatan ekstrakurikuler, siswa dibekali dengan pengetahuan penting tentang penularan HIV, metode pencegahan, dan pentingnya tes rutin. Inisiatif-inisiatif ini tidak hanya memberdayakan individu muda untuk

membuat keputusan mengenai kesehatan mereka, namun juga berkontribusi terhadap pencegahan penularan HIV secara keseluruhan di masyarakat.

2. Akses terhadap layanan kesehatan dan pengobatan

Akses terhadap terapi antiretroviral (ART) sangat penting dalam pengelolaan dan pencegahan penularan HIV yang efektif pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) (Kemenkes, 2016). Ketersediaan ART berperan penting dalam menurunkan *viral load* pada ODHA sehingga menurunkan kemungkinan penularan HIV (Kemenko PMK, 2020). Di Kabupaten Dogiyai, Papua, memastikan ketersediaan ART secara konsisten sangat penting untuk mendukung ODHA dalam menjaga kesehatan dan kesejahteraannya. Pemerintah Daerah (Pemda) di Papua didesak untuk berperan aktif dalam mengawal pemberian obat antiretroviral kepada ODHA, dengan menekankan pentingnya akses terhadap pengobatan penting ini (Pemerintah Provinsi Papua, 2017). Dengan memprioritaskan pemberian ART kepada ODHA, pemerintah dapat berkontribusi signifikan dalam mencegah penyebaran HIV lebih lanjut di masyarakat.

Mendukung ODHA di Kabupaten Dogiyai, Papua, dengan pemeriksaan kesehatan rutin merupakan aspek penting lainnya dalam mencegah penularan HIV dan memastikan kesejahteraan individu secara keseluruhan. Melalui pemantauan dan pemeriksaan kesehatan rutin, penyedia layanan kesehatan dapat memantau secara dekat perkembangan ODHA, menilai respons mereka terhadap pengobatan, dan mengatasi permasalahan kesehatan yang muncul dengan segera. Pendekatan proaktif ini tidak hanya membantu dalam menangani kesehatan ODHA tetapi juga berperan penting dalam mencegah komplikasi dan mengurangi risiko penularan HIV di masyarakat. Indikator ODHA dalam ART merupakan langkah penting dalam pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS, yang menyoroti pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin sebagai bagian dari paket perawatan komprehensif (Kemenkes RI, 2021).

Layanan konseling bagi ODHA di Kabupaten Dogiyai, Papua, berperan penting dalam memberikan dukungan emosional, bimbingan, dan edukasi kepada individu pengidap HIV/AIDS (Kemenkes, 2016). Layanan konseling membantu ODHA mengatasi tantangan psikologis dan sosial

yang terkait dengan kondisi mereka, mengurangi stigma dan diskriminasi, dan meningkatkan kepatuhan terhadap rejimen pengobatan (Pemerintah Provinsi Papua, 2023). Dengan menawarkan layanan konseling yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik ODHA, pemerintah dapat memberdayakan individu untuk membuat keputusan yang tepat mengenai kesehatan mereka, menavigasi kompleksitas hidup dengan HIV/AIDS, dan mengurangi kemungkinan penularan HIV melalui peningkatan kesadaran dan pendidikan (Kemenkes, 2021). Upaya Komisi AIDS Papua (KPA) dalam melakukan sosialisasi dan edukasi yang berkelanjutan semakin menekankan pentingnya layanan dukungan komprehensif bagi ODHA dalam mencegah penularan HIV dan meningkatkan hasil kesehatan secara keseluruhan (Pemerintah Provinsi Papua, 2023).

3. Dukungan terhadap praktik dan metode pencegahan yang aman

Salah satu intervensi utama pemerintah dalam mencegah penularan HIV pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Dogiyai adalah dengan distribusi kondom dan alat suntik yang aman (Kemenkes, 2016). Dengan menyediakan akses terhadap alat-alat penting ini, pemerintah bertujuan untuk mempromosikan praktik yang aman dan mengurangi risiko penularan HIV. Distribusi kondom berperan penting dalam mencegah penularan HIV melalui hubungan seksual, terutama bila digunakan secara konsisten dan benar. Selain itu, alat suntik yang aman membantu meminimalkan risiko penularan HIV di antara individu yang mungkin menggunakan narkoba melalui suntikan. Tindakan pencegahan ini tidak hanya melindungi ODHA, tetapi juga berkontribusi terhadap pengurangan infeksi HIV baru di masyarakat secara keseluruhan.

Selain mendistribusikan kondom dan alat suntik yang aman, pemerintah di Kabupaten Dogiyai juga menggalakkan praktik seks aman di kalangan ODHA (Pemerintah Provinsi Papua, 2023). Mendorong individu untuk melakukan perilaku seksual yang lebih aman, seperti menggunakan kondom secara konsisten dan mengungkapkan status HIV mereka kepada pasangan seksual, memainkan peran penting dalam mencegah penularan virus. Dengan meningkatkan kesadaran tentang pentingnya praktik seks yang aman dan memberikan pendidikan tentang strategi pengurangan risiko, pemerintah membantu memberdayakan ODHA untuk melindungi

diri mereka sendiri dan pasangannya dari penularan HIV. Pendekatan proaktif ini tidak hanya mendukung kesehatan individu namun juga berkontribusi terhadap tujuan kesehatan masyarakat yang lebih luas yaitu mengurangi penyebaran HIV di masyarakat.

Lebih lanjut, intervensi pemerintah di Kabupaten Dogiyai, antara lain memberikan pelatihan tentang strategi pengurangan dampak buruk untuk mendukung ODHA dalam meminimalkan risiko penularan HIV, seperti yang tertuang dalam Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS. Dengan membekali individu dengan pengetahuan dan keterampilan untuk mengurangi dampak buruk yang terkait dengan perilaku berisiko, seperti berbagi jarum suntik atau melakukan hubungan seks tanpa kondom, program pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan ODHA dan komunitasnya. Melalui pelatihan pengurangan dampak buruk yang komprehensif, ODHA dapat membuat keputusan yang tepat untuk melindungi diri mereka sendiri dan orang lain dari penularan HIV. Dengan berinvestasi dalam inisiatif pendidikan dan pengembangan keterampilan, pemerintah menciptakan lingkungan yang mendukung bagi ODHA untuk mengadopsi praktik yang lebih aman dan berkontribusi pada pencegahan penularan HIV.

4. Advokasi dan pengembangan kebijakan

Kolaborasi antara Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan penyedia layanan kesehatan berperan penting dalam advokasi pencegahan penularan HIV pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Dogiyai, Papua (Pemerintah Provinsi Papua, 2013). Kemitraan ini dapat memfasilitasi pengembangan dan penerapan paket pengobatan dan perawatan komprehensif yang bertujuan untuk mengurangi penularan HIV dan mencegah penyebaran penyakit ini (Kemenkes, 2016). Dengan bekerja sama, LSM dan penyedia layanan kesehatan dapat memanfaatkan keahlian dan sumber daya mereka masing-masing untuk menciptakan intervensi yang ditargetkan untuk memenuhi kebutuhan spesifik ODHA di wilayah tersebut. Pendekatan kolaboratif ini tidak hanya meningkatkan efektivitas upaya pencegahan, tetapi juga memastikan bahwa individu yang hidup dengan HIV/AIDS menerima dukungan dan perawatan yang mereka perlukan untuk mengelola kondisi mereka secara efektif.

Implementasi kebijakan pemerintah sangat penting dalam memandu dan mendukung intervensi pencegahan penularan HIV pada ODHA di Kabupaten Dogiyai, Papua (Widyaningtyas, 2019). Menurut Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, Komisi AIDS Papua (KPA) memainkan peran penting dalam mengoordinasikan perumusan kebijakan, strategi, dan langkah-langkah yang diperlukan untuk mencegah dan mengendalikan HIV di wilayah tersebut. Dengan menyelaraskan dengan kebijakan global seperti “*Getting To Zeros*”, yang bertujuan untuk mengurangi dan menghilangkan infeksi HIV baru, intervensi pemerintah dapat berfokus pada promosi praktik seksual yang aman, mendorong tes HIV secara teratur, memberikan akses terhadap pengobatan antiretroviral (ARV), serta melakukan kampanye kesadaran. Kebijakan-kebijakan ini tidak hanya menentukan arah upaya pencegahan tetapi juga memastikan bahwa sumber daya dialokasikan secara efektif untuk mencapai hasil yang diinginkan (Nasional, n.d).

Pemantauan dan evaluasi intervensi merupakan komponen penting dalam upaya pencegahan yang bertujuan mengurangi penularan HIV oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai, Papua (Kemenkes, 2016). Dengan menilai dampak inisiatif advokasi, implementasi kebijakan, dan program kolaboratif secara berkala, para pemangku kepentingan dapat mengidentifikasi bidang-bidang yang memiliki kekuatan dan bidang-bidang yang memerlukan perbaikan. Proses berulang ini memungkinkan dilakukannya penyesuaian terhadap intervensi, memastikan bahwa intervensi tersebut tetap responsif terhadap kebutuhan masyarakat yang terus berkembang dan perubahan lanskap pencegahan penularan HIV (Pemerintah Provinsi Papua, 2023). Melalui mekanisme pemantauan dan evaluasi yang kuat, pembuat kebijakan dan organisasi dapat meningkatkan efektivitas dan keberlanjutan intervensi yang bertujuan mencegah penularan HIV pada ODHA di Kabupaten Dogiyai, Papua.

D | Dampak Penularan HIV oleh ODHA terhadap Kesehatan Masyarakat

1. Memahami prevalensi penularan HIV oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai

Prevalensi penularan HIV oleh Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Dogiyai, Papua, merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan, dan statistik menunjukkan tren yang mengkhawatirkan. Pada bulan Desember 2022, angka prevalensi HIV dan AIDS yang tercatat di wilayah ini mencapai 50.502 orang, dengan pembagian yang hampir sama antara laki-laki dan perempuan (Pemerintah Provinsi Papua, 2023). Tingginya prevalensi ini menggarisbawahi kebutuhan mendesak akan intervensi yang tepat sasaran dan strategi komprehensif untuk mengatasi tantangan penularan HIV di Kabupaten Dogiyai dan mencegah peningkatan epidemi lebih lanjut.

Berbagai faktor turut berperan dalam penularan HIV oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai, antara lain determinan perilaku, sosial, dan budaya. Faktor-faktor yang saling memengaruhi secara kompleks seperti perilaku seksual berisiko, berganti-ganti pasangan, rendahnya tingkat pendidikan, dan kondisi budaya di antara penduduk Papua meningkatkan kerentanan individu untuk tertular HIV/AIDS (Dinkes Papua, 2023; Zeth, 2010). Selain itu, terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan, termasuk tes dan pengobatan, semakin memperparah tantangan yang dihadapi dalam mencegah dan mengendalikan penularan HIV di wilayah ini (Novita, *et al.*, 2022; Dinkes Papua, 2023).

Menurut Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 8 Tahun 2010 Tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV Dan AIDS, pencegahan dan pengendalian penularan HIV oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai menghadapi banyak tantangan, sehingga memerlukan pendekatan multifaset untuk mengatasi kompleksitas epidemi ini. Upaya memutus rantai penularan HIV memerlukan kombinasi strategi, antara lain dengan meningkatkan angka tes HIV, menghubungkan ODHA dengan pengobatan antiretroviral (ART), dan menerapkan program pencegahan yang komprehensif. Dengan berfokus pada pencegahan sebagai serangkaian upaya terkoordinasi untuk mengurangi angka penularan dan meningkatkan kualitas hidup ODHA, inisiatif kesehatan masyarakat dapat berupaya untuk memitigasi dampak HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai, Papua.

2. Dampak penularan HIV terhadap kesehatan masyarakat di Kabupaten Dogiyai

Penularan HIV oleh Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Dogiyai, Papua, memberikan beban yang signifikan pada sistem layanan kesehatan setempat (Ross, *et al.*, 2020). Meningkatnya jumlah kasus HIV memerlukan tambahan sumber daya, tenaga kesehatan, dan fasilitas untuk menyediakan layanan pencegahan, pengobatan, dan perawatan yang memadai bagi individu yang terkena dampak. Sebagaimana disorot dalam buku peta Genotipe HIV-1 untuk Papua dan Papua Barat, wilayah ini menghadapi tantangan dalam mengelola profil dan genotipe HIV/AIDS, yang menunjukkan adanya kebutuhan mendesak untuk meningkatkan infrastruktur dan dukungan layanan kesehatan (Widiyanti, 2021). Meningkatnya kasus HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai menekankan pentingnya tindakan proaktif untuk mencegah penularan lebih lanjut dan menyediakan layanan kesehatan yang komprehensif untuk memitigasi dampak terhadap kesehatan masyarakat (Dinkes Papua, 2023).

Salah satu dampak yang paling memprihatinkan dari penularan HIV oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai adalah meluasnya stigma dan diskriminasi sosial yang terkait dengan penyakit ini (Hincks, 2023). Stigma dan diskriminasi tidak hanya berdampak pada individu yang hidup dengan HIV/AIDS tetapi juga menciptakan hambatan dalam mengakses layanan dan dukungan perawatan kesehatan yang penting. Perempuan hamil yang mengidap HIV mungkin menghadapi stigma yang meningkat, terutama ketika mencari pengobatan untuk mencegah penularan pada bayinya, sehingga menggarisbawahi kebutuhan mendesak untuk mengatasi sikap dan persepsi masyarakat (Shaluhiah, 2015). Stigma seputar HIV/AIDS di Papua, ditambah dengan rendahnya kesadaran dan pendidikan, berkontribusi terhadap berlanjutnya diskriminasi terhadap ODHA, sehingga menghambat kemampuan mereka untuk menjalani kehidupan yang memuaskan dan sehat (Paryati, *et al.*, 2012).

Penularan HIV oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai juga memberikan dampak psikologis dan emosional yang besar baik terhadap individu maupun masyarakat. ODHA seringkali menghadapi tantangan sosial, ekonomi, dan psikologis yang kurang mendapat perhatian dan dukungan dari masyarakat, sehingga memperburuk perjuangan dan isolasi mereka

(Pardita & Sudibia, 2014). Peninjauan yang berfokus pada masyarakat adat yang hidup dengan HIV/AIDS di wilayah pegunungan Papua menyoroti pengalaman dan kebutuhan kompleks dari populasi rentan ini, menyoroti dampak penyakit ini terhadap kesehatan dan kesejahteraan mereka dalam berbagai aspek (Butt, *et al.*, 2010). Upaya untuk mengatasi dampak psikologis dan emosional dari penularan HIV di Kabupaten Dogiyai harus memprioritaskan layanan dukungan yang komprehensif, sumber daya kesehatan mental, dan keterlibatan masyarakat untuk menumbuhkan ketahanan dan penyembuhan holistik di antara individu dan komunitas yang terkena dampak (Zeth, 2010).

3. Strategi mengatasi penularan HIV oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai

Salah satu strategi kunci untuk mengatasi penularan HIV pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Dogiyai adalah dengan memperkuat program pencegahan HIV (Kemenkes, 2016). Program-program ini memainkan peran penting dalam meningkatkan kesadaran, mendidik masyarakat tentang praktik yang aman, dan mengurangi risiko penularan. Menurut Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV Dan AIDS, dengan berfokus pada upaya pencegahan seperti sosialisasi, penyuluhan penggunaan kondom, dan *skrining* donor darah, prevalensi infeksi HIV baru dapat diminimalkan. Selain itu, inisiatif penjangkauan dan pendidikan yang dilakukan oleh organisasi seperti Komisi AIDS Papua (KPA) sangat penting dalam menciptakan lingkungan yang mendukung yang mendorong perilaku aman dan mengurangi stigma terkait HIV/AIDS (Pemerintah Provinsi Papua, 2023).

Menurut Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, mempromosikan tes HIV dan diagnosis dini adalah strategi penting lainnya dalam mengatasi penularan HIV di Kabupaten Dogiyai. Mendorong tes HIV secara teratur pada populasi berisiko tinggi dan memastikan diagnosis tepat waktu dapat mengarah pada inisiasi pengobatan dan perawatan dini, yang pada akhirnya mengurangi risiko penularan ke orang lain (Balai Besar Kekejarantinaan Kesehatan Makassar, n.d). Layanan konseling dan tes sukarela yang bersifat rahasia memainkan peran penting dalam

memberikan informasi dan dukungan yang dibutuhkan individu untuk membuat keputusan yang tepat mengenai kesehatan mereka (Pemerintah Provinsi Papua, 2023). Dengan meningkatkan akses terhadap layanan tes dan mendorong pemeriksaan rutin, masyarakat dapat mengambil langkah proaktif dalam mengendalikan penyebaran HIV.

Memastikan akses terhadap pengobatan dan perawatan merupakan hal terpenting dalam mengatasi penularan HIV oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai (Kemenkes, 2016). Paket pengobatan komprehensif yang mencakup pengobatan antiretroviral (ARV) dan layanan perawatan kronis sangat penting tidak hanya untuk meningkatkan hasil kesehatan individu yang hidup dengan HIV/AIDS, tetapi juga dalam mengurangi risiko penularan ke orang lain (Butt, *et al.*, 2010). Namun, akses terhadap layanan kesehatan, termasuk konseling, tes, pengobatan, dan dukungan, masih menjadi tantangan di beberapa daerah terpencil di kabupaten ini (Ross, *et al.*, 2020). Upaya untuk memperluas infrastruktur dan layanan kesehatan ke daerah-daerah yang kurang terlayani ini sangat penting untuk memastikan bahwa semua individu mempunyai akses yang sama terhadap pengobatan dan perawatan HIV yang dapat menyelamatkan nyawa (Ross, *et al.*, 2020).

4. Upaya kolaboratif untuk meningkatkan *outcome* kesehatan masyarakat terkait HIV di Kabupaten Dogiyai

Pendekatan multi-sektoral dalam pencegahan HIV sangat penting dalam mengatasi tantangan kesehatan masyarakat yang kompleks terkait penularan HIV pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Dogiyai, Papua (Ross, *et al.*, 2020). Pendekatan ini melibatkan kolaborasi antara berbagai sektor seperti layanan kesehatan, pendidikan, layanan sosial, dan organisasi berbasis masyarakat untuk menerapkan strategi pencegahan yang komprehensif. Dengan mengintegrasikan upaya lintas sektor, maka dapat mengatasi beragam kebutuhan ODHA dan masyarakat pada umumnya, termasuk menyediakan layanan kesehatan yang mudah diakses, menawarkan kampanye pendidikan dan kesadaran yang ditargetkan, melaksanakan program pengurangan dampak buruk, dan melaksanakan layanan tes dan konseling secara berkala. Pendekatan kolaboratif ini tidak hanya membantu mencegah infeksi HIV baru namun juga memastikan bahwa ODHA menerima dukungan dan perawatan yang

diperlukan untuk mengelola kondisi mereka secara efektif (Tumangke, *et al.*, 2017).

Keterlibatan dan pemberdayaan masyarakat memainkan peran penting dalam meningkatkan hasil kesehatan masyarakat terkait HIV di Kabupaten Dogiyai, Papua (Pemerintah Provinsi Papua, 2023). Dengan melibatkan secara aktif anggota masyarakat, khususnya mereka yang paling terkena dampak penularan HIV, dalam proses pengambilan keputusan dan pengembangan program, intervensi yang lebih efektif dan sensitif secara budaya dapat diciptakan. Upaya keterlibatan masyarakat dapat mencakup pembentukan kelompok pendukung bagi ODHA, pelatihan petugas kesehatan masyarakat, melaksanakan program sosialisasi di daerah terpencil, dan mendorong dialog terbuka tentang HIV/AIDS untuk mengurangi stigma dan diskriminasi (Butt, *et al.*, 2010). Memberdayakan masyarakat untuk mengambil kepemilikan atas inisiatif pencegahan dan perawatan HIV tidak hanya mengarah pada peningkatan efektivitas program tetapi juga menumbuhkan rasa solidaritas dan ketahanan dalam masyarakat (Pemerintah Provinsi Papua, 2023).

Advokasi untuk perubahan kebijakan dan alokasi sumber daya sangat penting untuk memastikan upaya pencegahan dan pengendalian HIV yang berkelanjutan dan berdampak di Kabupaten Dogiyai, Papua (Ross, *et al.*, 2020). Dengan mengadvokasi kebijakan yang mendukung intervensi berbasis bukti, memprioritaskan kelompok marginal, dan mengalokasikan sumber daya yang cukup untuk program HIV, para pemangku kepentingan dapat mendorong perubahan positif baik di tingkat lokal maupun regional. Menurut Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, upaya advokasi mungkin dapat berupa melobi peningkatan pendanaan untuk program pencegahan dan pengobatan HIV, mendorong penerapan pendidikan seks komprehensif di sekolah, melakukan advokasi hak-hak ODHA dan kelompok kunci yang terkena dampak, dan memengaruhi keputusan kebijakan untuk mengatasi faktor-faktor penentu sosial kesehatan yang berkontribusi terhadap penularan HIV. Melalui inisiatif advokasi strategis, dapat diciptakan lingkungan yang mendukung pencegahan, pengobatan, dan layanan perawatan HIV yang efektif, yang pada akhirnya mengarah pada peningkatan hasil kesehatan masyarakat di Kabupaten Dogiyai, Papua (Ross, *et al.*, 2020).

E | Strategi untuk Mengurangi Tingkat Penularan HIV oleh ODHA
5. Program edukasi dan penyadaran bagi Orang dengan HIV/AIDS (ODHA)

Menurut Peraturan Gubernur Papua Nomor 26 Tahun 2010 tentang Pengarusutamaan HIV dan AIDS Melalui Pendidikan, edukasi yang layak bagi Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) berperan penting dalam menurunkan tingkat penularan HIV, terutama di wilayah seperti Kabupaten Dogiyai, Papua. Dengan memberikan edukasi yang komprehensif dan tepat sasaran, ODHA dapat lebih memahami pentingnya mengelola kondisinya secara efektif untuk mencegah penyebaran virus ke orang lain. Pendidikan memberdayakan individu dengan pengetahuan tentang jalur penularan HIV, pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan antiretroviral, dan strategi untuk mencegah penularan pada pasangan seksual dan anak yang belum lahir. Meningkatkan kesadaran tentang pentingnya pendidikan dan perannya dalam mencegah penularan HIV sangat penting untuk memastikan bahwa ODHA dibekali dengan informasi dan sumber daya yang diperlukan untuk melindungi diri mereka sendiri dan orang lain (UNAIDS, 2021).

Menurut Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, salah satu aspek kunci dari program pendidikan dan kesadaran bagi ODHA adalah mempromosikan praktik yang aman untuk mencegah penularan HIV ke orang lain. ODHA harus dididik mengenai pentingnya mengambil tindakan pencegahan untuk melindungi pasangan seksualnya, seperti penggunaan kondom secara konsisten dan pengungkapan status HIV-nya. Selain itu, mereka juga harus diberi informasi untuk tidak melakukan aktivitas yang dapat menimbulkan risiko penularan virus, seperti mendonorkan darah atau produk darah, berbagi jarum suntik, dan melakukan hubungan seksual tanpa pengaman. Meningkatkan kesadaran mengenai praktik-praktik aman ini dapat berkontribusi secara signifikan dalam mengurangi risiko penularan HIV di masyarakat dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Selain mempromosikan praktik yang aman, program pendidikan dan kesadaran untuk ODHA harus fokus pada mendorong perubahan perilaku dan pengurangan risiko (Butt, *et al.*, 2010). Dengan menciptakan

lingkungan yang mendukung dan menekankan pada modifikasi perilaku positif, ODHA dapat diberdayakan untuk mengambil keputusan yang dapat mengurangi kemungkinan penularan HIV kepada orang lain. Strategi perubahan perilaku, termasuk tes dan pemantauan HIV secara teratur, keterlibatan dalam kelompok dukungan atau layanan konseling, mencari perawatan dan pengobatan medis tepat waktu, dan mengatasi kebutuhan kesehatan mental dan psikososial. Upaya tersebut bertujuan tidak hanya untuk menurunkan tingkat penularan HIV tetapi juga meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup ODHA secara keseluruhan di Kabupaten Dogiyai, Papua (Zeth, 2010).

6. Akses terhadap layanan kesehatan dan dukungan bagi ODHA

Peningkatan infrastruktur kesehatan sangat penting dalam mengurangi tingkat penularan HIV pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Dogiyai, Papua (Ross, *et al.*, 2020). Penguatan infrastruktur kesehatan di daerah terpencil dengan medan yang menantang dapat meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan penting bagi ODHA. Komisi AIDS Papua (KPA) telah menunjukkan komitmen yang kuat untuk terus melakukan sosialisasi dan pendidikan tentang risiko penularan HIV, dengan menyoroti pentingnya meningkatkan kesadaran dan akses terhadap layanan kesehatan (Pemerintah Provinsi Papua, 2023). Dengan meningkatkan infrastruktur layanan kesehatan, individu yang hidup dengan HIV/AIDS dapat menerima perawatan yang tepat waktu dan tepat, termasuk pemantauan rutin, pengobatan, dan pengobatan, yang sangat penting dalam mengelola kondisi dan mengurangi risiko penularan ke orang lain.

Memberikan dukungan kesehatan mental merupakan aspek penting lainnya dalam mengurangi penularan HIV pada ODHA di Kabupaten Dogiyai, Papua. Setiap ODHA harus melakukan tindakan preventif untuk melindungi pasangannya seksualnya dan menghindari aktivitas yang dapat menyebarkan virus, seperti mendonorkan darah atau cairan tubuh lainnya (Butt, *et al.*, 2010). Dukungan kesehatan mental berperan penting dalam membantu ODHA mengatasi tantangan emosional dan psikologis yang terkait dengan diagnosis mereka. Penting untuk mendorong mobilisasi politik dan sosial untuk mencegah dan merespons HIV/AIDS dengan memastikan bahwa respons nasional mencakup layanan dukungan

kesehatan mental (UNAIDS, 2021). Dengan memenuhi kebutuhan kesehatan mental ODHA, penyedia layanan kesehatan dapat membantu individu mengatasi kompleksitas hidup dengan HIV/AIDS dan mendukung kesejahteraan mereka secara keseluruhan.

Memastikan akses terhadap pengobatan merupakan hal terpenting dalam strategi mengurangi penularan HIV oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai, Papua (Kemenkes, 2016). Menurut Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, upaya pencegahan di Provinsi Papua mencakup promosi kegiatan, seperti konseling dan tes sukarela yang bersifat rahasia, pengobatan, dan mengurangi kesenjangan dalam akses terhadap tes dan perawatan. Akses terhadap terapi antiretroviral (ARV), profilaksis kotrimoksazol, dan pengobatan penting lainnya sangat penting dalam menangani HIV/AIDS dan meningkatkan kualitas hidup ODHA (Kemenkes, 2016). Dengan meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan pengobatan, mendukung pemeriksaan rutin, dan memastikan keamanan dan kemanjuran obat-obatan, penyedia layanan kesehatan dapat memberdayakan ODHA untuk mematuhi rejimen pengobatan dan mengelola kondisi mereka secara efektif.

7. Pelibatan dan keterlibatan masyarakat dalam upaya pencegahan HIV

Keterlibatan masyarakat memainkan peran penting dalam mengatasi tantangan kesehatan masyarakat, termasuk upaya pencegahan HIV. Dengan memanfaatkan sumber daya dari berbagai sumber seperti bantuan pusat, daerah, masyarakat, dan luar negeri, inisiatif lokal dapat didukung untuk memerangi penyebaran HIV secara efektif. Melibatkan anggota masyarakat dalam pengumpulan, mobilisasi, penyediaan, dan pemanfaatan sumber daya dapat memastikan bahwa alat dan sistem pendukung yang diperlukan tersedia untuk memberdayakan ODHA dan mencegah infeksi baru. Selain itu, mendorong mobilisasi politik dan sosial berskala luas di kawasan ini dapat meningkatkan efektivitas upaya pencegahan dan respons HIV (UNAIDS, 2021).

Melibatkan pemimpin dan organisasi lokal merupakan aspek kunci lain dari keterlibatan masyarakat dalam inisiatif pencegahan HIV di Kabupaten Dogiyai, Papua (Pemerintah Provinsi Papua, 2006). Para

pemimpin lokal, termasuk pejabat pemerintah, pemimpin adat, dan tokoh masyarakat, memainkan peran penting dalam membentuk perilaku dan sikap masyarakat terhadap HIV/AIDS. Dengan berkolaborasi dengan para pemangku kepentingan utama ini, kampanye kesadaran, program pendidikan, dan upaya advokasi yang ditargetkan dapat dilaksanakan untuk mengatasi kebutuhan dan tantangan khusus yang dihadapi oleh ODHA. Selain itu, dengan memastikan bahwa organisasi lokal terlibat aktif dalam kegiatan pencegahan HIV, jaringan dukungan yang berkelanjutan dapat dibentuk untuk memberikan bantuan dan perawatan berkelanjutan kepada individu yang hidup dengan HIV/AIDS.

Mendorong dukungan dan advokasi sejawat sangat penting dalam mendorong lingkungan yang suportif dan inklusif bagi ODHA di Kabupaten Dogiyai, Papua (Butt, *et al.*, 2010). Program dukungan sebaya memungkinkan individu yang hidup dengan HIV/AIDS untuk terhubung dengan orang lain yang memiliki pengalaman serupa, memberikan rasa memiliki, pengertian, dan solidaritas. Melalui inisiatif yang dipimpin oleh rekan sejawat, individu dapat mengakses dukungan emosional, panduan praktis, dan sumber daya advokasi yang berharga yang memberdayakan mereka untuk melindungi pasangan seksualnya dan mencegah penularan HIV lebih lanjut. Dengan memupuk budaya dukungan dan advokasi sebaya, masyarakat dapat meruntuhkan hambatan, mengurangi stigma, dan menciptakan lingkungan yang lebih inklusif dan penuh kasih bagi ODHA untuk berkembang dan mengakses layanan yang mereka butuhkan (Kemenkes, 2021).

8. Monitoring dan evaluasi strategi penurunan penularan HIV

Menurut Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, membangun mekanisme pemantauan merupakan komponen penting dalam mengurangi penularan HIV secara efektif di antara orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Dogiyai, Papua. Dengan menerapkan sistem pemantauan yang kuat, otoritas kesehatan dapat melacak kemajuan program pencegahan, mengidentifikasi area perbaikan, dan mengatasi tantangan yang muncul dengan segera. Mekanisme ini mungkin termasuk tes dan pengawasan rutin untuk memantau prevalensi HIV, melacak kepatuhan pengobatan dan penekanan *viral load* pada ODHA, dan memantau

pelaksanaan strategi pencegahan di masyarakat. Penetapan mekanisme pemantauan yang jelas memastikan bahwa respons terhadap penularan HIV di Kabupaten Dogiyai tetap berbasis data dan disesuaikan dengan kebutuhan spesifik masyarakat.

Penilaian berkala terhadap efektivitas strategi pengurangan penularan HIV sangat penting untuk mengukur dampaknya dan membuat keputusan yang tepat untuk perbaikan program (Kemenkes, 2016). Melalui evaluasi berkelanjutan, otoritas kesehatan dapat mengidentifikasi intervensi yang berhasil, bidang-bidang yang memerlukan fokus tambahan, dan potensi kesenjangan dalam pemberian layanan. Penilaian rutin mungkin melibatkan analisis data kejadian HIV dan tren prevalensi, survei dan wawancara terhadap ODHA dan populasi berisiko, dan penilaian jangkauan dan kemandirian kampanye kesadaran dan inisiatif pencegahan. Dengan terus mengevaluasi efektivitas program, para pemangku kepentingan dapat menyesuaikan pendekatan mereka untuk memaksimalkan pengurangan penularan HIV di Kabupaten Dogiyai.

Membuat keputusan berdasarkan data untuk perbaikan berkelanjutan merupakan aspek mendasar dari proses pemantauan dan evaluasi (Kemenkes, 2016). Dengan menganalisis data kuantitatif dan kualitatif yang dikumpulkan melalui mekanisme pemantauan dan penilaian program, otoritas kesehatan dapat mengidentifikasi tren, tantangan, dan peluang untuk meningkatkan strategi mengurangi penularan HIV. Pengambilan keputusan berdasarkan data melibatkan penggunaan data surveilans untuk menginformasikan intervensi yang ditargetkan, memasukkan masukan dari ODHA dan pemangku kepentingan masyarakat, dan mengadaptasi strategi berdasarkan data dan umpan balik *real-time*. Dengan memprioritaskan pengambilan keputusan berdasarkan data, otoritas kesehatan dapat mengoptimalkan upaya mereka untuk mengurangi penularan HIV dan meningkatkan hasil kesehatan ODHA secara keseluruhan di Kabupaten Dogiyai, Papua.

F | Tantangan dalam Mencegah Tindakan Penularan HIV oleh ODHA

1. Kurangnya kesadaran dan pendidikan mengenai penularan HIV pada ODHA

Terbatasnya akses terhadap program pendidikan HIV menghadirkan tantangan yang signifikan dalam mencegah penularan HIV pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Dogiyai, Papua (Ross, *et al.*, 2020). Kurangnya inisiatif pendidikan dan kesadaran yang komprehensif menghambat upaya untuk secara efektif mengomunikasikan informasi penting tentang penularan dan pencegahan HIV kepada ODHA. Tanpa akses yang memadai terhadap program pendidikan, individu mungkin tidak sepenuhnya memahami risiko yang terkait dengan penularan HIV dan tindakan pencegahan yang diperlukan untuk melindungi diri mereka sendiri dan orang lain. Terbatasnya akses terhadap pendidikan ini dapat menimbulkan miskonsepsi, misinformasi, dan pada akhirnya berkontribusi terhadap berlanjutnya penyebaran HIV di masyarakat.

Stigma dan diskriminasi menimbulkan hambatan yang signifikan terhadap upaya pendidikan HIV yang menysasar ODHA di Kabupaten Dogiyai, Papua (Butt, *et al.*, 2010). Stigma yang meluas seputar HIV/AIDS dapat menciptakan lingkungan yang tidak bersahabat sehingga membuat individu enggan mencari informasi, tes, dan pengobatan. Praktik stigmatisasi dapat mengisolasi ODHA, sehingga menimbulkan perasaan malu, takut, dan enggan terlibat dalam layanan kesehatan atau program pendidikan. Pengucilan sosial ini semakin memperburuk tantangan dalam menyebarkan informasi akurat tentang penularan dan pencegahan HIV, karena individu mungkin enggan mencari dukungan karena takut akan diskriminasi.

Menurut Peraturan Gubernur Papua Nomor 26 Tahun 2010 tentang Pengarusutamaan HIV dan AIDS Melalui Pendidikan, program pendidikan yang dirancang khusus untuk ODHA sangat penting dalam mengatasi tantangan kesadaran dan pendidikan mengenai penularan HIV di Kabupaten Dogiyai, Papua. Dengan menyesuaikan inisiatif pendidikan untuk mengatasi kebutuhan, pengalaman, dan kekhawatiran unik dari ODHA, program-program ini dapat secara efektif memberdayakan individu untuk membuat keputusan yang tepat mengenai kesehatan dan kesejahteraan mereka. Pendidikan yang disesuaikan dapat membantu

menghilangkan mitos, memerangi stigma, dan memberikan panduan praktis mengenai tindakan pencegahan dan kepatuhan pengobatan. Dengan memprioritaskan pendidikan yang dipersonalisasi untuk ODHA, masyarakat dapat menciptakan lingkungan yang mendukung yang mendorong pemahaman, penerimaan, dan keterlibatan proaktif dalam pencegahan dan perawatan HIV.

2. Hambatan konsisten penggunaan kondom pada ODHA di Kabupaten Dogiyai

Faktor sosial budaya berperan penting dalam memengaruhi perilaku penggunaan kondom pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Dogiyai. Norma budaya, kepercayaan, dan sikap masyarakat terhadap seksualitas dan HIV/AIDS dapat berdampak pada kemauan individu untuk secara konsisten menggunakan kondom sebagai tindakan pencegahan (Pemerintah Provinsi Papua, 2007). Di beberapa komunitas, diskusi seputar seks, kontrasepsi, dan HIV/AIDS mungkin dianggap tabu atau distigmatisasi, sehingga menimbulkan hambatan terhadap komunikasi terbuka dan pendidikan tentang praktik seks aman (Ross, *et al.*, 2020). Faktor sosio-kultural ini menyoroti kompleksitas seputar penggunaan kondom di kalangan ODHA di wilayah tersebut.

Kurangnya jaminan pendanaan penyediaan kondom oleh pemerintah dapat menyebabkan terbatasnya ketersediaan dan keterjangkauan kondom, terutama bagi kelompok marginal dan masyarakat berpendapatan rendah (Setneg, 2009). Kendala ekonomi dapat memaksa individu untuk memprioritaskan kebutuhan dasar lainnya dibandingkan membeli kondom, sehingga semakin memperburuk risiko penularan HIV di kalangan ODHA (Pemerintah Provinsi Papua, 2017). Akses yang tidak memadai terhadap kondom tidak hanya menghambat penggunaan kondom secara konsisten, tetapi juga berkontribusi terhadap kelangsungan penularan HIV/AIDS di masyarakat (UNAIDS, 2021). Mengatasi hambatan ekonomi terhadap akses kondom sangat penting dalam meningkatkan upaya pencegahan dan mengurangi penyebaran HIV di wilayah ini.

Faktor psikologis juga berperan penting dalam memengaruhi perilaku penggunaan kondom pada ODHA di Kabupaten Dogiyai (Kemenkes, 2016). Keyakinan, sikap, dan persepsi individu terhadap penggunaan kondom, HIV/AIDS, dan kesehatan seksual dapat

memengaruhi proses pengambilan keputusan mengenai praktik seks yang lebih aman (Kemenkes, 2016). Stigma, ketakutan akan keterbukaan informasi, dan kekhawatiran mengenai keintiman dan kepercayaan dalam hubungan dapat berdampak pada kesediaan ODHA untuk secara konsisten menggunakan kondom sebagai cara mencegah penularan HIV (Lolong & Pangaribuan, 2010). Hambatan psikologis dapat menyebabkan pola penggunaan kondom yang tidak konsisten dan meningkatkan kerentanan ODHA terhadap infeksi dan komplikasi HIV lebih lanjut (Zeth, 2010). Mengatasi faktor-faktor psikologis ini melalui intervensi yang ditargetkan dan layanan dukungan sangat penting dalam mendorong perubahan perilaku yang berkelanjutan dan mengurangi tingkat penularan HIV di masyarakat.

3. Terbatasnya akses layanan kesehatan bagi ODHA di daerah terpencil

Tantangan geografis menjadi hambatan yang signifikan dalam mengakses layanan kesehatan bagi Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di daerah terpencil di Kabupaten Dogiyai, Papua (Hincks, 2023). Medan yang terjal dan kurangnya infrastruktur yang berkembang di wilayah ini menyulitkan individu untuk mencapai fasilitas kesehatan dengan cepat. Keterbatasan jaringan jalan dan pilihan transportasi memperburuk masalah ini, sehingga menyebabkan keterlambatan dalam mencari perawatan dan dukungan medis yang diperlukan. Akibatnya, ODHA di daerah terpencil sering menghadapi tantangan dalam menerima tes HIV tepat waktu, pengobatan, dan perawatan berkelanjutan karena hambatan geografis yang menghambat akses mereka terhadap layanan kesehatan.

Selain tantangan geografis, kekurangan penyedia layanan kesehatan semakin memperparah kesulitan yang dihadapi ODHA di Kabupaten Dogiyai, Papua (Butt, *et al.*, 2010). Daerah terpencil sering kali mengalami kekurangan tenaga kesehatan profesional, termasuk dokter, perawat, dan staf penting lainnya, yang menyebabkan terbatasnya kapasitas untuk memberikan layanan tes dan pengobatan HIV. Kurangnya tenaga kesehatan tidak hanya berdampak pada ketersediaan layanan medis namun juga berdampak pada kualitas dan kesinambungan layanan yang diberikan kepada ODHA. Akibatnya, individu di wilayah ini mungkin mengalami keterlambatan dalam menerima layanan dan dukungan penting terkait

HIV, sehingga menghambat upaya untuk mencegah penularan HIV dan meningkatkan hasil kesehatan.

Selain itu, menurut Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, kurangnya fasilitas tes dan pengobatan HIV di daerah terpencil di Kabupaten Dogiyai memberikan tantangan yang signifikan dalam mencegah penularan HIV di kalangan ODHA. Terbatasnya akses terhadap layanan tes menyulitkan individu untuk mengetahui status HIV mereka, yang penting untuk diagnosis dini dan memulai pengobatan tepat waktu. Tanpa fasilitas tes yang memadai dan berdekatan, ODHA mungkin menghadapi hambatan dalam mengakses layanan yang diperlukan, memantau status kesehatan mereka, dan menerima pengobatan yang tepat. Kurangnya infrastruktur untuk tes dan pengobatan HIV di daerah-daerah terpencil menggarisbawahi kebutuhan mendesak akan intervensi dan investasi yang ditargetkan untuk meningkatkan aksesibilitas dan hasil layanan kesehatan bagi ODHA di daerah-daerah yang kurang terlayani.

4. Faktor sosial dan komunitas yang berkontribusi terhadap penularan HIV pada ODHA

Salah satu tantangan signifikan dalam mencegah penularan HIV pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Dogiyai, Papua, adalah kurangnya sistem dukungan bagi populasi rentan ini (Ross, *et al.*, 2020). ODHA sering menghadapi stigma dan diskriminasi sosial, yang dapat menghambat akses mereka terhadap layanan kesehatan penting dan jaringan dukungan. Tanpa adanya sistem pendukung yang memadai, ODHA akan sulit mencari pengobatan, mematuhi terapi antiretroviral (ART), dan melakukan tindakan pencegahan untuk mengurangi risiko penularan virus ke orang lain (Butt, *et al.*, 2010). Tidak adanya layanan dukungan yang komprehensif turut berkontribusi terhadap kelanggengan penularan HIV di masyarakat, sehingga menyoroti kebutuhan mendesak akan intervensi yang disesuaikan untuk mengatasi tantangan unik yang dihadapi oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai.

Mitos dan kesalahpahaman tentang HIV yang banyak terjadi di masyarakat juga berperan besar dalam berkontribusi terhadap penularan HIV pada ODHA di Kabupaten Dogiyai, Papua. Informasi yang salah dan kurangnya pemahaman tentang cara penularan HIV dapat menimbulkan

ketakutan, stigma, dan sikap diskriminatif terhadap ODHA, sehingga menghambat upaya pencegahan yang efektif (Setneg, 2009). Mengatasi mitos dan kesalahpahaman ini melalui pendidikan yang ditargetkan dan kampanye kesadaran sangat penting untuk memerangi faktor sosial yang melanggengkan penularan HIV. Dengan mempromosikan informasi yang akurat tentang penularan dan pencegahan HIV, anggota masyarakat dapat memberikan dukungan yang lebih baik kepada ODHA dan berkontribusi dalam memutus rantai penularan di wilayah tersebut.

Menurut Peraturan Daerah Provinsi Papua Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS, keterlibatan dan dukungan masyarakat merupakan komponen penting dari strategi pencegahan HIV yang efektif di Kabupaten Dogiyai, Papua. Membangun kemitraan masyarakat yang kuat, mendorong dialog terbuka tentang HIV, dan membina lingkungan yang mendukung bagi ODHA adalah langkah-langkah penting dalam mengurangi stigma dan diskriminasi yang terkait dengan virus ini (Setneg, 2009). Dengan melibatkan anggota masyarakat dalam upaya pencegahan dan advokasi hak dan kesejahteraan ODHA, dapat diciptakan masyarakat yang lebih inklusif dan terinformasi yang memprioritaskan layanan pencegahan dan dukungan HIV (Kemenkes, 2016). Inisiatif kolaboratif yang menekankan pentingnya keterlibatan masyarakat dapat membantu mengatasi faktor sosial dan budaya yang berkontribusi terhadap penularan HIV, yang pada akhirnya mengarah pada pendekatan yang lebih efektif dan berkelanjutan dalam mencegah penyebaran HIV di Kabupaten Dogiyai.



BAB III

EKSPLORASI PENCEGAHAN PENULARAN HIV/AIDS OLEH ODHA

Peninjauan ini menggunakan pendekatan deskriptif analitik dengan desain *cross-sectional* melalui pendekatan survei dengan instrumen kuesioner. Tujuan dari pendekatan ini adalah untuk mengidentifikasi korelasi antara variabel-variabel yang berhubungan dengan pengaruh ODHA terhadap penyebaran HIV. Peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada waktu tertentu; dengan kata lain, tiap subjek hanya diamati sekali dan variabelnya diukur pada saat pemeriksaan tersebut (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

Populasi yang digunakan dalam peninjauan ini terbagi menjadi dua, yaitu populasi target dan populasi terjangkau. Populasi targetnya yaitu ODHA yang ada di Dogiyai (wilayah kabupaten Dogiyai), sementara populasi terjangkau adalah ODHA yang sedang menjalani rawat jalan di Puskesmas Moanemani dan Puskesmas Bomomani yang ada layanan ART (*Antiretroviral Therapy*) Kabupaten Dogiyai.

Sampel yang digunakan dalam peninjauan ini diambil menggunakan teknik *Non Probability Sampling: Consecutive Sampling*, yaitu semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dapat dimasukkan ke dalam peninjauan hingga jumlah subjek yang dibutuhkan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

ODHA yang tiba di Dogiyai yang dan terdaftar menjalani perawatan jalan (rawat jalan) dianggap sebagai populasi terjangkau. Untuk mencegah subjek peninjauan diambil ulang di dua unit layanan kesehatan ini, sampel diberi penomoran atau kode yang terdiri dari empat digit, yang ditetapkan berdasarkan nomor urut sampel dan kode Puskesmas. Hal ini dilakukan dengan cara, nomor urut 001 (tiga digit depan) merupakan nomor urut sampel, nomor urut 1 pada digit keempat belakang adalah nomor

kode Puskesmas Moanemani Dogiyai, dan nomor urut 2 adalah nomor kode Puskesmas Bomomani Dogiyai. Dengan demikian, nomor urut 0011 menunjukkan bahwa nomor urut 001 berasal dari Puskesmas Moanemani Kabupaten Dogiyai, dan nomor urut 0012 menunjukkan bahwa nomor urut 001 berasal dari Puskesmas Bomomani Kabupaten Dogiyai. Cara ini dilakukan hingga subjek peninjauan mencapai 90-100 subjek, dengan *consecutive sampling*.

Banyak peneliti telah menyarankan untuk menggunakan formula “*rule of thumb*” untuk menentukan “*sample size for estimation multivariate analysis*”. Di mana jumlah minimal subjek yang diperlukan adalah 5 hingga 50, dengan 10 subjek yang direkomendasikan untuk setiap variabel, dikali dengan jumlah variabel independen yang akan ditinjau (Sastroasmoro, 2010).

Besar sampel yang diperlukan untuk mengantisipasi 10% sampel yang *drop out* (Sastroasmoro & Ismael, 2010), maka digunakan formula berikut ini:

$$n = \frac{n}{(1 - f)} = \frac{90}{(1 - 0,1)} = 100 \text{ subjek}$$

Jika data telah dikumpulkan dan dalam proses pengolahan kuesioner peninjauan ditemukan bahwa informan kekurangan data, yaitu pertanyaan atau pernyataan yang belum terjawab, maka informan tersebut harus dikeluarkan (*excluded*) dari kandidat untuk analisis statistik. Apabila program *software* analisis data menerima kuesioner dengan *missing* data, maka tidak akan menghasilkan *output* analisis statistik yang valid, kecuali jika jumlah data yang *missing* menyebabkan penurunan dalam jumlah sampel minimal analisis multivariat, maka data *missing* tersebut tidak akan dikeluarkan.

Selanjutnya, kriteria sampel yang digunakan terbagi menjadi dua, yaitu inklusi dan eksklusi. Untuk kriteria inklusi mencakup klien yang didiagnosis HIV/AIDS dan berusia antara 12 dan 65 tahun; ODHA yang mendapat ART (*Antiretroviral Therapy*) atau yang belum mendapat ART; ODHA yang mampu bekerja sama; serta ODHA yang dapat membaca dan menulis. Sementara kriteria eksklusinya meliputi ODHA yang mengalami

gangguan psikis (gangguan jiwa), ODHA yang memiliki retardasi mental (*mental disability*), serta ODHA yang sedang dalam fase sakaratul maut.

Peninjauan dilakukan dari Januari hingga September 2018. Peninjauan dilakukan di rawat jalan, unit VCT, dan rumah informan di lingkungan unit pelayanan Puskesmas Moanemani dan Puskesmas Bomomani Kabupaten Dogiyai, yang merupakan pusat rujukan khusus HIV/AIDS di wilayah Kabupaten Dogiyai, Provinsi Papua.

Tabel 3.1. Berbagai Aspek yang Dapat Memengaruhi Penularan HIV/AIDS di Masyarakat

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat & Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Umur	Bertambahnya waktu Hidup ODHA yang Dihitung sejak awal Lahir hingga tahun terakhir terkini.	Format karakteristik responden, dengan menjawab pertanyaan sesuai umur responden (Umur dalam tahun).	1. Muda: 12-35 tahun 2. Tua: 36-65 tahun	Ordinal
2	Jenis kelamin	Status kelamin ODHA yang ditandai dengan perbedaan tanda seks sekunder dan biologis responden (Ikob, 2002).	Format karakteristik responden, dengan menjawab pertanyaan sesuai jenis kelamin responden.	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nomina l
3	Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal ODHA dari sekolah Dasar sampai dengan perguruan tinggi yang pernah dijalani.	Format karakteristik responden, dengan menjawab pertanyaan sesuai jenis pendidikan formal responden 1=tidak sekolah, 2=SD, 3=SMP 4=SMU, 5=PT	1. Rendah: < SMA 2. Tinggi: ≥ SMA	Ordinal
4	Pekerjaan	Kegiatan formal/informal ODHA yang di lakukan untuk menghasilkan penghidupan. Pendidikan formal.	Format karakteristik menjawab pertanyaan sesuai pekerjaan responden.	1. Bekerja: PNS, TNI/POLRI Swasta, dll 2. Tidak bekerja: IRT	Ordinal
5	Status perkawinan	Suatu bentuk kesepakatan hubungan intim kedua belah pihak (laki-laki dan perempuan dewasa) untuk hidup bersama secara formal atau tidak.	Format karakteristik responden, dengan menjawab pertanyaan sesuai status kawin responden	1. Tidak kawin: Belum kawin, cerai hidup, cerai mati 2. Kawin: kawin negara, adat, agama	Ordinal
6	Pengetahuan	Hasil penginderaan tahu ODHA tentang Tindakan proteksi diri terhadap penularan HIV melalui	Kuesioner, memberikan 18 pertanyaan dengan pilihan jawaban:	1. Kurang: Jika skor jawaban benar < 55% 2. Baik: jika	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat & Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
		kontak seksual dan nonseksual kontak seksual dan nonseksual.	Benar=skor (1) Salah=skor (0) Jumlah pertanyaan: 18 butir soal	skor jawaban benar > 55%	
7	Sikap	Pendapat atau penilaian ODHA terhadap hal terkait tindakan proteksi diri untuk mencegah penularan HIV melalui kontak Seksual maupun nonseksual.	Kuesioner, dengan memberikan beberapa alternatif jawaban: pernyataan positif: 4=SS; 3=S; 2=TS; 1=STS. Pernyataan negatif: 4=STS; 3=TS; 2=S; 1=SS Jumlah pernyataan: 22 butir soal	1. Kurang: Jika skor jawaban < 60% 2. Baik: jika skor jawaban benar $\geq$ 60%	Ordinal
8	Lama Menderita HIV/AIDS	Waktu dimulainya Positif HIV secara diagnostik.	Format karakteristik responden, dengan menjawab pertanyaan dengan menuliskan jawaban sesuai lamanya waktu responden mulai	1. Baru ($\leq$ 6 bulan) 2. Lama ($>$ 6 bulan)	Ordinal
9	Tindakan Penularan HIV oleh ODHA	Kegiatan yang dilakukan ODHA untuk penularan HIV melalui kontak seksual & nonseksual. Penularan lainnya melalui: jarum suntik, ASI dan transfusi darah	Kuesioner, memberikan pertanyaan dengan pilihan jawaban: "ya" & "tidak". Jawab benar = skor (1) Jawab salah=skor (0). Jumlah pertanyaan: 18 butir soal	1. Kurang: jika tindakan yang dilakukan baik < 60 % 2. Baik: jika tindakan yang dilakukan baik $\geq$ 60 %	Ordinal

Data dikumpulkan melalui kuesioner yang disusun oleh ODHA tentang pengetahuan, sikap, dan tindakan pencegahan penularan HIV. Kuesioner ini juga diformat sesuai dengan karakteristik informan.

1. Kuesioner pengetahuan ODHA tentang Tindakan Penularan HIV

Instrumen ini dibuat oleh Carey & Schroder (2002), dan diterjemahkan oleh Waluyo (2011). Instrumen ini terdiri atas 18 pertanyaan dengan penentuan skala ukur kategorik ordinal, di mana jawaban benar $\geq$ 12 soal (atau $\geq$ 60%) dari total 18 pertanyaan dianggap baik (0) dan jawaban benar dari <12 soal (atau <60%) dianggap kurang (1).

2. Kuesioner sikap

Untuk mengukur sikap ODHA terhadap tindakan penularan HIV, peneliti mengubah instrumen peninjauan antara kuesioner “*Sexual Risk Behavior Belief dan Self-Efficacy Scale*” (Basen *et al.*, dalam Fisher *et al.*, 2011) dan kuesioner “*HIV/AIDS Attitude & Knowledge Survey*” (Southeastern N.C. American Indian HIV/AIDS Initiative).

Menurut Anwar (1988) dan Oppenheim (1966), untuk pernyataan yang membolehkan, maka jawaban Sangat Tidak Setuju (STS) diberi nilai 1, jawaban Tidak Setuju (TS) diberi nilai 2, jawaban Entah/Ragu-ragu (E/R) diberi nilai 3, jawaban Setuju (S) diberi nilai 4, dan jawaban Sangat Setuju (SS) diberi nilai 5. Berlaku juga sebaliknya, bagi pernyataan yang tidak membolehkan, maka jawaban STS diberi nilai 5, jawaban TS diberi nilai 4, jawaban E/R diberi nilai 3, jawaban Setuju (S) diberi nilai 2, dan jawaban Sangat Setuju (SS) diberi nilai 1 (Kusnadi, 2000). Untuk menerapkannya, peneliti menghilangkan kategori pernyataan sikap entah/ragu-ragu (E/R), dengan anggapan bahwa informan mungkin akan memilih jawaban pernyataan E/R, meskipun mereka sebenarnya mengerti atau tidak mengerti maksud pernyataan tersebut. Oleh karena itu, peneliti menganggap kategori pernyataan ini tidak fokus (bias).

Terdapat 22 *item* pernyataan dalam kuesioner, yang dibagi menjadi 2 bagian. Yang terdiri atas 11 pertanyaan terdiri dari *item* pernyataan positif (kuesioner sikap soal nomor 1, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 18, 22), dan 11 pertanyaan terdiri dari *item* pernyataan negatif (kuesioner sikap soal nomor 2, 3, 5, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 21). Jika ditotal, skor pernyataan negatif dan positif berkisar antara 22 dan 88, dengan rata-rata skor 55.

Item Pernyataan	Skor Minimal	Skor Maksimal	Rata-Rata
11 Pernyataan positif	11	44	27,5
11 Pernyataan negatif	11	44	27,5
Total	22	88	(22+88)/2=55

Jika total skor di bawah rata-rata 55 mengindikasikan sikap kurang (1), dan jika skor di atas rata-rata 55 mengindikasikan sikap baik (0). Sumber: Carey & Schroder (2002) yang diterjemahkan oleh Waluyo (2011).

3. Kuesioner tindakan penularan HIV pada ODHA

Peneliti menerjemahkan dan mengubah instrumen kuesioner peninjauan dari Smeltzer & Bare (2008) tentang Promosi Kesehatan dan Pencegahan Sakit dan Perilaku Seks Aman (Promosi Kesehatan dan Pencegahan Sakit dan Perilaku Seks Aman). Kuesioner terdiri atas 18 pertanyaan yang memiliki skala ukur kategorik ordinal. Kode (1) dianggap cukup jika informan menjawab pertanyaan dengan benar ≥ 9 soal ($\geq 60\%$) dan kode (0) dianggap kurang jika informan menjawab pertanyaan dengan benar < 9 soal ($< 60\%$).

Peneliti dari ODHA secara langsung mengumpulkan data dengan mengisi kuesioner sesuai dengan prosedur berikut:

1. Peneliti akan melakukan peninjauan di puskesmas setelah mengajukan surat izin penelitian ke Dinas Kesehatan Kabupaten Dogiyai.
2. Setelah mendapatkan izin penelitian, peneliti menyebarkan kuesioner kepada ODHA untuk menguji validitas dan reliabilitas. Data yang dikumpulkan kemudian ditabulasi dan dianalisis untuk memastikan validitas pertanyaan. Hasil uji validitas untuk masing-masing *item* pertanyaan menunjukkan bahwa pertanyaan adalah valid atau sah sebagai alat peninjauan jika nilai r hasil $>$ nilai tabel, yang artinya H_0 ditolak. Peneliti menggunakan metode *One Shot* atau diukur sekali saja, yaitu dengan membandingkan pertanyaan satu dengan yang lain sesuai uji validitas, untuk mengukur reliabilitas (kekonsistenan) pertanyaan (Hastono, 2007).
3. Untuk membuat distribusi instrumen peninjauan menjadi lebih mudah, peneliti menggunakan tiga asisten peneliti yang bekerja sebagai perawat manajer kasus ODHA dari setiap unit layanan kesehatan. Para asisten tersebut dipilih berdasarkan syarat pendidikan minimal Diploma III Keperawatan atau petugas tim p2m, dan mereka telah diberikan instruksi awal tentang metode pengumpulan data. Asisten peneliti ini telah berhasil membangun hubungan saling percaya antara informan dan penyedia layanan kesehatan, yang memungkinkan ODHA untuk mendapatkan perawatan medis yang optimal.

4. Melakukan komunikasi terapeutik dengan mengucapkan salam kepada responden.
5. Mengidentifikasi informan berdasarkan kriteria inklusi.
6. Menjelaskan tujuan peninjauan kepada ODHA.
7. Meminta *informed consent* ODHA dengan menandatangani lembar persetujuan menjadi informan.
8. Informan mengisi data demografi, seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan jangka waktu menderita penyakit.
9. Informan menjawab pertanyaan kuesioner yang tersedia dengan memberi tanda cek/centang pada kolom sesuai jawaban yang dianggap benar.
10. Kuesioner dikumpulkan kembali, sembari memeriksa kelengkapan pengisiannya sampaikan ucapan terima kasih kepada informan atas partisipasinya.

Selanjutnya, data primer diolah melalui proses, seperti *editing*, *coding*, *entry data*, dan *cleaning*. Analisis dilakukan sesuai dengan langkah-langkah berikut:

1. *Editing* (pengecekan data)

Selanjutnya, data yang dikumpulkan diperiksa untuk memastikan bahwa jawabannya lengkap, sesuai, jelas, dan konsisten.

2. Pengkodean (*Coding*)

Pengkodean data kategorik ketika entri data, yang meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan lama menderita penyakit, digunakan untuk mempercepat dan mempermudah proses entri dan analisis data.

3. Pemrosesan (*Processing*)

Menggunakan program komputer untuk memasukkan data dari kuesioner ke dalam komputer.

4. Pembersihan Data (*Cleaning*)

Mengecek kembali data yang telah dimasukkan. Pengecekan dilakukan untuk memastikan apakah ada data yang hilang (*missing*) dengan melakukan *list*, memastikan apakah data dimasukkan dengan benar dengan melihat variasi atau kode yang digunakan, dan memastikan konsistensi data dengan membandingkan dua tabel.

Selanjutnya, data dianalisis dalam bentuk proporsi dan hubungan bivariat dengan uji kai kuadrat dan analisis multivariat. Ini dilakukan dengan menggunakan program *Statistical Software*. Rasio *odds*, yang merupakan faktor risiko, digunakan untuk menunjukkan hubungan antara faktor-faktor terkait dan tindakan penularan HIV dari ODHA. Rasio ini dihitung dengan regresi logistik ganda. Teknik analisis yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Analisis Univariat

Proses analisis ini digunakan untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang masing-masing variabel independen dan dependen. Analisis univariat digunakan untuk menyajikan tabel frekuensi untuk menggambarkan informan berdasarkan karakteristik analisis univariat. Data juga dapat digunakan untuk uji statistik yang sesuai.

2. Analisis Bivariat

Tujuan analisis ini adalah untuk mengetahui bagaimana variabel independen dan variabel dependen berinteraksi satu sama lain, karena jenis data ini dikenal sebagai data kategorik, kategorik antara berbagai kelompok data. Uji kai kuadrat (*Chi square*) digunakan untuk menganalisis data. Membuat perbandingan antara frekuensi yang terjadi (observasi) dan yang diharapkan (ekspektasi) adalah proses pengujian kai kuadrat. Dianggap tidak ada hubungan yang signifikan, jika nilai ekspektasi dan nilai frekuensi observasi sama. Jika hasil uji kai kuadrat tidak memenuhi salah satu kriteria berikut, seperti ada sel dengan nilai harapan (ekspektasi) (nilai E) kurang dari 1; tidak ada sel dengan nilai harapan (nilai E) kurang dari 5 (>20% jumlah sel); atau jika tabel 2x2 terbatas sehingga variabel kategori-kategorinya tidak dapat digabungkan lagi, maka uji *Fisher's Exact* dapat digunakan sebagai alternatif. Pembuktian ini dilakukan dengan menggunakan formula berikut:

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$df = (k-1)(n-1)$$

Keterangan:

X^2 = *chi-square*;

O = nilai observasi;

E = nilai ekspektasi (harapan);

k = jumlah kolom;

b = jumlah baris (Hastono, 2007)

Tabel 3.2. Hubungan Interaksi Antara Setiap Aspek

Variabel Independen	Data	Variabel Dependen	Uji Statistik
Pengetahuan	Kategorik	Tindakan penularan HIV oleh ODHA	Chi-Square
Sikap	Kategorik		Chi-Square
Lama Menderita	Kategorik		Chi-Square
Jenis kelamin	Kategorik		Chi-Square
Pendidikan	Kategorik		Chi-Square
Pekerjaan	Kategorik		Chi-Square
Umur	Kategorik		Chi-Square
Status kawin	Kategorik		Chi-Square

3. Analisis Multivariat

Variabel independen yang akan dimasukkan ke dalam model regresi logistik ganda adalah variabel yang berhubungan dengan variabel dependen dan memiliki nilai probabilitas (*p-value*) kurang dari atau sama dengan 0,250 ($p \leq 0,250$).

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan metode Regresi Logistik (*Mutiple Logistic Regression*), yang memiliki variabel dependen *binary* atau dikotom. Tujuan dari analisis multivariat adalah untuk mengetahui apakah variabel independen berhubungan secara bersama dengan variabel dependen atau memiliki dampak bersih dari variabel independen terhadap variabel

dependen. Variabel yang paling dominan memengaruhi penyebaran HIV oleh ODHA (Ikob, 2002).

Analisis multivariat dilakukan dengan memilih variabel independen untuk digunakan dalam analisis multivariat. Analisis bivariat juga dilakukan dengan menggunakan uji korelasi. Salah satu variabel yang memenuhi syarat adalah yang memiliki nilai p kurang dari 0,025 atau lebih dari 0,025. Namun, variabel ini secara substansial terkait dengan tindakan penularan HIV yang dilakukan oleh ODHA (Hastono, 2007).

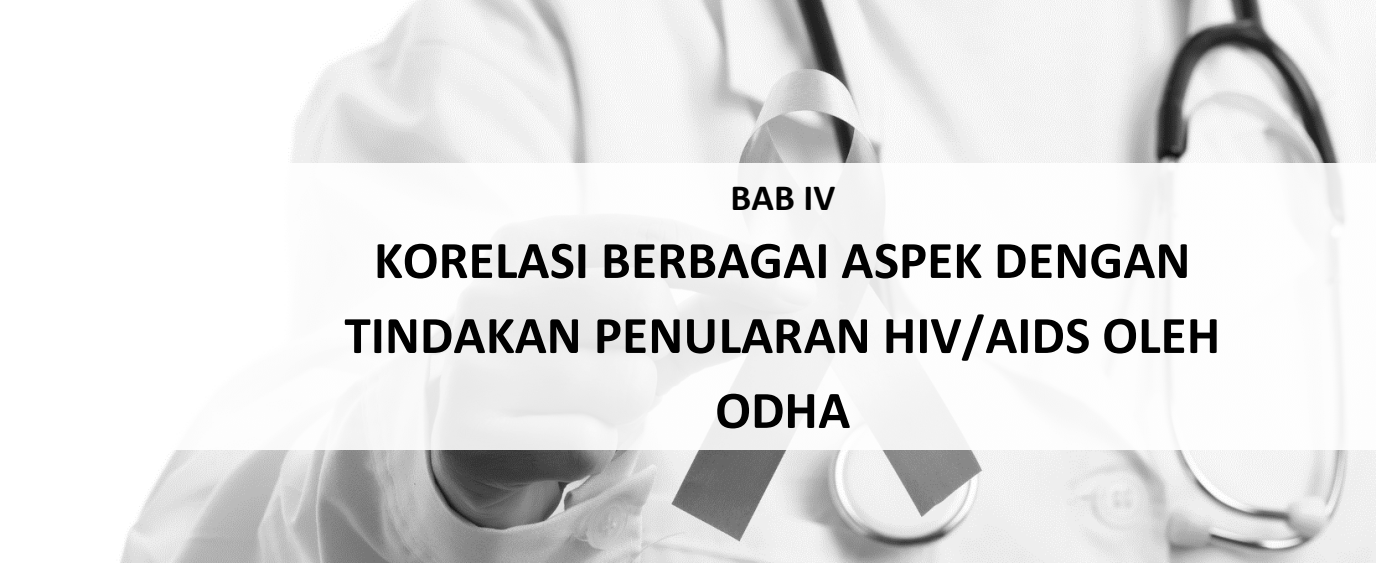
Peneliti melakukan uji regresi logistik ganda untuk setiap variabel independen kandidat dalam pemodelan multivariat. Dalam regresi logistik ganda, seluruh variabel independen kandidat ikut serta. Terdapat dua jenis signifikansi yang ditemukan dalam analisis regresi logistik, yaitu

1. Signifikan model

Jika koefisien regresi model $p \leq 0,05$, maka model itu dianggap signifikan.

2. Signifikan parsial

Koefisien regresi logistik masing-masing variabel independen disebut signifikan parsial jika $p \leq 0,05$. Jika nilai signifikansi lebih dari 0,05, variabel independen harus dikeluarkan dari model regresi logistik. Variabel yang tidak signifikan dari model dikeluarkan secara bertahap, dimulai dari variabel dengan nilai p tertinggi. Sampai akhirnya, model *parsimony* ditemukan yang memenuhi signifikansi parsial dan signifikansi model (Sastroasmoro & Ismael, 2007).



BAB IV

KORELASI BERBAGAI ASPEK DENGAN TINDAKAN PENULARAN HIV/AIDS OLEH ODHA

Kabupaten Dogiyai adalah kabupaten yang terletak di pegunungan tengah Pulau Papua, memiliki posisi strategis bagi lalu lintas perdagangan dan transportasi antara kabupaten di daerah pesisir dan daerah pegunungan di wilayah Papua. Hal ini karena Kabupaten Dogiyai terletak di antara Kabupaten Nabire dan Kabupaten Paniai.

Kabupaten Dogiyai terletak pada posisi 3°57'–4°15' Lintang Selatan dan 135°20'–136°37' Bujur Timur. Secara administratif, di sebelah utara berbatasan dengan Distrik Siriwo Kabupaten Nabire, di sebelah selatan berbatasan dengan Distrik Mimika Barat Kabupaten Mimika, di sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Kaimana Provinsi Papua Barat dan Distrik Uwapa Kabupaten Nabire, serta di sebelah Timur berbatasan dengan Distrik Paniai Barat Kabupaten Paniai.

Luas wilayah Kabupaten Dogiyai berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 8 Tahun 2008 tentang Pembentukan Kabupaten Dogiyai di Provinsi Papua adalah sebesar $\pm 4.237,4 \text{ Km}^2$ yang semuanya adalah daerah pegunungan dan daratan. Distrik dengan luas wilayah terbesar adalah Distrik Mapia dan distrik dengan luas terkecil adalah Distrik Mapia Tengah. Kabupaten Dogiyai memiliki topografi yang bervariasi mulai dari dataran bergelombang, berbukit, dan pegunungan. Wilayah perbukitan dan pegunungan mendominasi hampir 85% wilayah Kabupaten Dogiyai dan masih dipenuhi hutan alami.

Berdasarkan perbedaan geomorfologisnya wilayah Kabupaten Dogiyai dapat dikelompokkan menjadi 2 Zona agrosistem, yaitu zona ketinggian sedang $\pm 600\text{--}500 \text{ dpl.}$, dan zona dataran tinggi $\pm$ di atas 600 dpl. Lereng bukit dan daerah pegunungan/dataran tinggi pada umumnya

mempunyai jenis tanah Podzolik Merah, Hidromorf Kelabu, Merah sampai kuning.

Pada umumnya, Kabupaten Dogiyai beriklim tropis basah dengan curah hujan hampir sepanjang tahun. Suhu udara dipengaruhi oleh ketinggian letak di mana setiap kenaikan 100 m dari permukaan air laut akan mengalami penurunan rata-rata 0,60°C. Sehingga dengan topografi yang bervariasi di dataran tinggi, maka suhu udara di Kabupaten Dogiyai berkisar antara 22,6°C sampai dengan 33,1°C, dengan suhu rata-rata pada tahun 2009 mencapai 27°C.

Kabupaten Dogiyai secara geografis terletak di daerah khatulistiwa yang menyebabkan daerah ini beriklim tropis. Hal ini juga karena Kabupaten Dogiyai merupakan bagian dari Pulau Papua yang terletak antara Benua Australia dan Benua Asia, di mana iklimnya dipengaruhi oleh angin musim yang bertiup secara bergantian setiap enam bulan sekali.

Jumlah Penduduk Kabupaten Dogiyai pada tahun 2017 sebanyak 89.014 jiwa. Dari jumlah tersebut, mayoritas adalah penduduk pribumi, sedangkan minoritas adalah penduduk yang berasal dari Pulau Jawa, Sumatera, Maluku, Sulawesi, dan Kalimantan. Dari total penduduk tahun 2008 yang terdapat di Kabupaten Dogiyai, sebagian besar penduduk bermukim di Distrik Mapia Tengah (14,57%), Kamu Selatan (13,79%), Kamu (13,22%) Dogiyai (12,02%) dan hanya sebagian kecil yang bermukim di Distrik Mapia (5,37%) dan Sukikai Selatan (3,16 %). Tingkat kepadatan penduduk Kabupaten Dogiyai Tahun 2008 sebesar 17,56 jiwa/Km², di mana distrik yang paling padat adalah Distrik Kamu (141,39 jiwa/Km²), dan distrik yang paling jarang penduduknya adalah Distrik Mapia (2,65 jiwa/Km²).

Tabel 4.1. Distribusi ODHA Berdasarkan Berbagai Aspek

No	Variabel	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1	Umur		
	Muda (12–35 Tahun)	79	79
	Tua (36–65 tahun)	21	21
2	Jenis kelamin		
	Laki-Laki	44	44
	Perempuan	56	56
3	Pendidikan		
	Rendah	57	57
	Tinggi	43	43

No	Variabel	Frekuensi (n)	Presentase (%)
4	Pekerjaan		
	Tidak Kerja	60	60
	Kerja	40	40
5	Status Perkawinan		
	Lama	35	35
	Baru	65	65
6	Pengetahuan		
	Kurang	55	55
	Baik	45	45
7	Sikap		
	Kurang	63	63
	Baik	37	37
8	Lama Menderita HIV/AIDS		
	Baru	36	36
	Lama	64	64
9	Tindakan		
	Kurang	56	56
	Baik	44	44
	Jumlah	1300	100

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 4.1, menunjukkan bahwa ODHA terbanyak berumur muda (12-35 tahun) sebanyak 79 orang (79%) dan berjenis kelamin perempuan sebanyak 66 orang (66%). Adapun tingkat pendidikan ODHA terbanyak dalam kategori rendah sebanyak 57 orang (57%) dan terbanyak dengan status kawin sebanyak 65 orang (65%). Adapun lama menderita HIV/AIDS terbanyak <6 bulan sebanyak 55 orang (55%). Pengetahuan ODHA tentang tindakan penularan HIV/AIDS sebagian besar termasuk dalam kategori kurang atau sebanyak 63 orang (63%). Sikap ODHA tentang penularan HIV/AIDS, sebagian besar dalam kategori baik atau sebanyak 64 orang (64%). Tindakan penularan HIV/AIDS oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai sebagian besar termasuk dalam tindakan kurang atau sebanyak 56 orang (56%).

Kemudian untuk memperoleh jawaban faktor mana yang berpengaruh terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS, maka *p-value* <0,25 perlu dimasukkan dan dilanjutkan pada uji multivariat menggunakan uji regresi logistik.

Tabel 4.2. Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

No	Variabel	<i>p-value</i>	Keterangan
1	Umur	0,107	Kandidat
2	Jenis kelamin	0,203	Kandidat
3	Tingkat pendidikan	0,145	Kandidat
4	Pekerjaan	0,388	Tidak
5	Status Perkawinan	0,038	Kandidat
6	Pengetahuan	0,000	Kandidat
7	Sikap	0,025	Kandidat
8	Lama menderita HIV/AIDS	0,599	Tidak

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.2 di atas, variabel umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, pengetahuan dan sikap masuk dalam kategori nilai *p-value* < 0,25, sehingga masuk ke dalam model multivariat dan diuji secara bersama-sama dengan uji binari logistik menggunakan metode *backward*. Hasil analisis multivariat diperoleh *p-value* < 0,05 seperti pada Tabel 4.3 di bawah ini.

Tabel 4.3. Pengaruh Umur, Status Perkawinan, Pengetahuan, dan Sikap terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

No	Variabel	B	<i>p-value</i>	OR	95% C. I. for Exp (B)	
					Lower	Upper
1	Umur	1,466	0,083	4,330	0,827	22,667
2	Status	1,964	0,042	7,125	1,076	47,198
3	Perkawinan	22,697	0,997	7194698583	0,000	0,000
4	Pengetahuan	20,519	0,997	815361880	0,000	0,000
	Sikap					
	Constant	-70,075	0,997			

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa faktor dominan terhadap tindakan penularan HIV/AIDS adalah status perkawinan dengan *p-value* = 0,042 dengan nilai OR = 7,125 (0,827–22,667).

Hasil peninjauan diperoleh bahwa tindakan penularan HIV/AIDS oleh ODHA di Kabupaten Dogiyai, sebanyak 56 orang (56%) termasuk ke

dalam tindakan kurang. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita ODHA menularkan HIV kepada orang lain. Adapun tindakan penularan HIV yang dilakukan ODHA di mana sebanyak 55% masih melakukan hubungan seks, 50% mempunyai lebih dari 1 pasangan, 44% tidak menggunakan kondom, 37% melakukan hubungan melalui anus, 49% memasukkan tangan ke vagina, 37% menelan cairan sperma, 34% melakukan seks nonpenetrasi, seperti masase tubuh, berciuman sosial, saling masturbasi, fantasi, film sex, 52% tidak melaporkan keberadaan mereka kepada pasangan seksual jika mereka positif HIV sebelum berhubungan seks, 59% tidak menggunakan kondom saat berhubungan seksual, 55% menggunakan pisau cukur, sikat gigi bersama, alat mainan seks bersama, dan alat lain yang terkontaminasi darah, 37% pernah menggunakan narkoba jenis suntik bersamaan dengan sesama teman, 39% mendonorkan darah ke orang lain, 49% pernah mempunyai tato, 37% tidak menjaga kebersihan diri dengan baik, seperti menjaga kebersihan badan, alat tenun dan pakaian, alat makan, 57% tidak segera ke rumah sakit unit pelayanan kesehatan terdekat ketika terdapat perubahan status kesehatan seperti demam, perasaan malas, kesulitan bernapas, mual muntah, diare, pembesaran kelenjar getah bening, serta 68% pernah menasihati keluarga dan masyarakat untuk ikut serta mencegah penularan HIV.

Peninjauan ini sejalan dengan peninjauan yang dilakukan Novitamala (2016) di Provinsi Kalimantan Selatan yang menemukan faktor risiko kasus penularan HIV/AIDS paling banyak adalah hubungan seksual yaitu sebesar 89,38%, tidak diketahui sebanyak 3,78%, pengguna narkoba suntik (penasun) sebesar 3,58%, perinatal sebesar 2,63%, dan melalui transfusi darah sebesar 0,63%.

Dikarenakan tingginya tindakan penularan HIV/AIDS yang dilakukan ODHA, penulis menjabarkan hasil peninjauan yang berhubungan dengan aspek peninjauan terhadap tindakan penularan HIV sebagai berikut:

A | Hubungan Umur terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

Tabel 4.4. Hubungan Umur terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

No	Umur	Tindakan Penularan HIV/AIDS				n	%
		Kurang		Baik			
		n	%	n	%		
1	Muda	48	60,8	31	39,2	79	100
2	Tua	8	38,1	13	61,9	21	100
Total		56	56	44	44	100	100
<i>p-value</i> = 0,107; RP = 1,595; CI95% (0,899–2,830)							

p-value = 0,107; RP = 1,595; CI95% (0,899–2,830)

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa dari 79 orang berumur muda, sebanyak 48 orang (60,8%) termasuk ke dalam golongan tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 31 orang (39,2%) termasuk ke dalam golongan tindakan penularan HIV/AIDS baik. Sedangkan dari 21 orang berumur tua, sebanyak 8 orang (38,1%) termasuk ke dalam kelompok tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 13 orang (61,9%) termasuk ke dalam kelompok tindakan penularan HIV/AIDS baik. Hasil uji statistik *chi square* pada nilai kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$) diperoleh *p-value* 0,107 atau $p > \alpha$ (0,05), dengan demikian tidak terdapat hubungan umur terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai. Bila dilihat dari nilai RP = 1,595; CI95% (0,899–2,830) dengan nilai *lower* tidak mencakup 1, sehingga dinyatakan umur tidak berisiko terhadap tindakan penularan HIV/AIDS.

Hasil peninjauan memperoleh bahwa tidak ada hubungan umur terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai dan umur tidak berisiko terhadap tindakan penularan HIV/AIDS. Penduduk yang berumur muda sebanyak 60,8% melakukan tindakan penularan HIV/AIDS kurang, sedangkan pada penduduk yang berumur tua lebih rendah sebanyak 38,1% melakukan tindakan penularan HIV/AIDS yang kurang. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan penularan HIV/AIDS lebih banyak dilakukan oleh penduduk yang berumur muda.

Peninjauan ini sejalan dengan peninjauan yang dilakukan sebelumnya oleh Rumdiyah (2017) di Puskesmas Kalikajar 1 Wonosobo. Menurutnya umur tidak berhubungan dengan tindakan penularan HIV/AIDS, di mana penduduk yang memiliki perilaku kurang baik dalam

pencegahan penularan HIV/AIDS lebih banyak berada pada kategori usia muda.

Banyaknya penduduk berusia muda yang ikut andil dalam melakukan tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai tidak terlepas dari penyuluhan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Selain itu, dari aspek psikologis, penduduk yang berusia muda memiliki motivasi yang tinggi dan dengan umur tersebut, mereka lebih mudah memahami penyuluhan yang diberikan sehingga perubahan perilaku mudah dilakukan. Menurut Susilowati (2016), cara menurunkan HIV salah satunya dengan memodifikasi lingkungan, mengubah perilaku seks yang diawali dari seks aktif pada umur 15-42 tahun.

Pada penduduk yang berusia tua, karena adanya stigma dan dendam yang mendorong mereka untuk melakukan tindakan penularan HIV/AIDS yang kurang kepada orang lain dan perilaku seks sebelumnya. Orang dengan umur yang lebih dewasa akan mempunyai perilaku seksual yang berbeda dengan umur remaja. Menurut Kemenkes, kejadian penularan HIV/AIDS lebih banyak terjadi pada kelompok usia dewasa. Sampai akhir tahun 2012 tercatat 73,7% kasus HIV terjadi pada umur 25-49 tahun, 15% pada umur 20-24 tahun, dan 4,5 % terjadi pada umur > 50 tahun (Kemenkes, 2012).

B | Hubungan Jenis Kelamin terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

Tabel 4.5. Hubungan Jenis kelamin terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

No	Jenis Kelamin	Tindakan Penularan HIV/AIDS				n	%
		Kurang		Baik			
		n	%	n	%		
1	Laki-Laki	21	47,7	23	52,3	44	100
2	Perempuan	35	62,5	21	37,5	56	100
	Total	56	56	44	44	100	100
<i>p-value</i> = 0,203; RP = 0,764; CI95% (0,528–1,105)							

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa dari 44 orang berjenis kelamin laki-laki, sebanyak 21 orang (47,7%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 23 orang (52,3%) termasuk ke dalam

tindakan penularan HIV/AIDS baik. Sedangkan dari 56 orang berjenis kelamin perempuan, sebanyak 35 orang (32,5%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 21 orang (37,5%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS baik. Hasil uji statistik *chi square* pada nilai kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$) diperoleh *p-value* 0,203 atau $p > \alpha$ (0,05), yang mengindikasikan tidak ada hubungan antara jenis kelamin terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai. Bila dilihat dari nilai $RP = 0,764$; $CI_{95\%}$ (0,528–1,105) tidak mencakup 1, sehingga dinyatakan jenis kelamin tidak berisiko terhadap tindakan penularan HIV/AIDS.

Pada hasil peninjauan diperoleh bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai, yakni penduduk yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 47,7% termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang. Sedangkan penduduk yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 32,5% termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan penularan HIV yang kurang lebih tinggi dilakukan oleh laki-laki dan sama-sama memiliki risiko dalam kurangnya tindakan penularan HIV/AIDS.

Penyebab tingginya laki-laki yang kurang melakukan tindakan penularan HIV/AIDS dibandingkan perempuan, disebabkan karena lebih tingginya frekuensi seks diikuti dengan perilaku seks yang tidak aman dan tidak menggunakan kondom. Sedangkan pada perempuan yang kurang dalam melakukan tindakan penularan HIV/AIDS yang disebabkan karena tidak menggunakan kondom akibat paksaan dari pasangannya. Tingginya proporsi laki-laki yang menderita HIV/AIDS diasumsikan karena banyaknya laki-laki yang melakukan hubungan seksual berisiko dan menggunakan NAPZA suntik (penasun), dibandingkan dengan perempuan yang lebih sering mendapatkannya dari pasangan seksual mereka.

Peninjauan sebelumnya yang dilakukan oleh Kamilah (2013) menemukan bahwa jumlah penderita HIV/AIDS lebih banyak laki-laki daripada perempuan. Faktor yang membuat angka HIV/AIDS rendah pada perempuan karena perempuan lebih rajin menggunakan pengaman atau kondom dibandingkan laki-laki.

Kementerian Kesehatan RI (2013) mengatakan bahwa proporsi laki-laki 2 kali lebih banyak dibandingkan perempuan dalam hal penularan HIV/AIDS. Tingginya proporsi laki-laki yang menderita HIV/AIDS diasumsikan karena banyaknya laki-laki yang melakukan hubungan seksual berisiko dan menggunakan NAPZA suntik (penasun), dibandingkan perempuan yang lebih sering mendapatkannya dari pasangan seksual mereka. Hal ini didukung oleh Yusri (2012) dalam peninjauannya di RSUP H. Adam Malik Medan yang menyatakan bahwa untuk transmisi hubungan seksual, proporsi tertinggi adalah laki-laki.

C | Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

Tabel 4.6 Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

No	Tingkat pendidikan	Tindakan Penularan HIV/AIDS				n	%
		Kurang		Baik			
		n	%	n	%		
1	Rendah	36	63,2	21	36,6	57	100
2	Tinggi	20	46,5	23	53,5	43	100
	Total	56	56	44	44	100	100
<i>p-value</i> = 0,145; RP = 1,358; CI95% (0,981–1,979)							

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa dari 57 orang berpendidikan rendah, sebanyak 36 orang (63,2%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 21 orang (36,6%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS baik. Sedangkan, dari 43 orang berpendidikan tinggi, sebanyak 20 orang (46,5%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 23 orang (53,5%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS baik. Hasil uji statistik *chi square* pada nilai kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$) diperoleh *p-value* 0,145 atau $p > \alpha$ (0,05), yang mengindikasikan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai. Bila dilihat dari nilai RP = 1,358; CI95% (0,981–1,979) dengan nilai *lower* tidak mencakup 1, sehingga dinyatakan tingkat pendidikan tidak berisiko terhadap tindakan penularan HIV/AIDS.

Hasil peninjauan menemukan bahwa tidak ada hubungan tingkat pendidikan terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai, di mana penduduk yang berpendidikan rendah melakukan tindakan penularan HIV/AIDS kurang sebanyak 63,2%, sedangkan penduduk yang berpendidikan tinggi melakukan tindakan penularan HIV/AIDS kurang sebanyak 46,5%. Hal ini menunjukkan bahwa antara penduduk yang berpendidikan rendah dan tinggi sama-sama memiliki peluang dalam kurangnya tindakan penularan HIV/AIDS.

Karim dan Humphries (2012) dalam tulisannya juga menyebutkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pendidikan tinggi dengan penurunan risiko untuk terinfeksi HIV. Anomali ini diduga berkaitan dengan tingkat kemapanan ekonomi yang semakin membaik, yang akan berdampak pada perkembangan penyedia jasa prostitusi untuk laki-laki dewasa dengan tingkat ekonomi yang baik. Kemudian, apabila laki-laki tersebut memiliki istri dan melakukan hubungan suami istri, maka akan meningkatkan risiko terinfeksi HIV pada istri mereka (Karim & Humphries, 2012).

Fenomena infeksi HIV/AIDS pada penduduk dengan tingkat pendidikan tinggi dan juga tingkat ekonomi yang baik juga disebutkan oleh Dunkle, *et al.* (2003) dalam Darmayasa (2013), yang mengungkapkan karena berkaitan dengan penundaan usia pernikahan yang disebabkan konsentrasi wanita tersebut pada bidang pekerjaannya. Namun di sisi lain, dalam memenuhi kebutuhan biologisnya sebagai perempuan dewasa, mereka cenderung melakukan hubungan seksual tanpa komitmen dengan imbalan uang ataupun hanya atas dasar suka sama suka. Hubungan seksual multipartner ini akan berdampak pada peningkatan risiko terinfeksi HIV/AIDS. Ketika wanita ini memutuskan untuk berumah tangga dan hamil, maka risiko mereka mengalami kondisi hamil dengan infeksi HIV juga akan semakin meningkat. Begitu pula dengan risiko penularan kepada suami mereka juga akan meningkat.

D | Hubungan Pekerjaan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

Tabel 4.7 Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

No	Pekerjaan	Tindakan Penularan HIV/AIDS				n	%
		Kurang		Baik			
		n	%	n	%		
1	Bekerja	31	51,7	29	48,3	60	100
2	Tidak bekerja	25	62,5	15	37,5	40	100
	Total	56	56	44	44	100	100
<i>p-value</i> = 0,388; RP = 0,827; CI95% (0,587–1,165)							

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa dari 60 orang yang bekerja sebanyak 31 orang (51,7%) termasuk ke dalam kelompok tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 29 orang (48,3%) termasuk ke dalam kelompok tindakan penularan HIV/AIDS baik. Sedangkan, dari 40 orang berpendidikan tinggi, sebanyak 25 orang (62,5%) termasuk ke dalam kelompok tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 15 orang (37,5%) termasuk ke dalam kelompok tindakan penularan HIV/AIDS baik. Hasil uji statistik *chi square* pada nilai kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$) diperoleh *p-value* 0,388 atau $p > \alpha$ (0,05), menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai. Bila dilihat dari nilai RP = 0,827; CI95% (0,587–1,165) tidak mencakup 1, sehingga dinyatakan pekerjaan tidak berisiko terhadap tindakan penularan HIV/AIDS.

Hasil peninjauan menemukan bahwa tidak ada hubungan pekerjaan terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai. Penduduk yang bekerja sebanyak 51,7% melakukan tindakan penularan HIV/AIDS kurang, sedangkan penduduk yang berpendidikan tinggi sebanyak 62,5% melakukan tindakan penularan HIV/AIDS kurang. Sehingga dinyatakan pekerjaan tidak berisiko terhadap tindakan penularan HIV/AIDS. Penduduk yang bekerja sebagian besar adalah laki-laki dibandingkan dengan perempuan.

Laki-laki yang bekerja dengan tindakan kurang disebabkan karena pekerjaan yang dimilikinya, yang memungkinkan laki-laki tersebut dapat menggunakan jasa wanita pekerja seks komersial. Sedangkan pada perempuan, mereka lebih banyak tertular oleh pasangannya dan tidak

mengetahui bagaimana cara melakukan pencegahan yang baik yang berdampak pada penularan ke janin bila hamil.

Hasil peninjauan sejalan yang dilaporkan Depkes RI tentang jumlah kumulatif AIDS (tahun 1987 s.d. Juni 2013) terbanyak menurut pekerjaan yaitu wiraswasta (5.131), ibu rumah tangga (5.006), dan tenaga non profesional/karyawan (4.521). Hal ini juga ditemukan oleh peninjauan yang dilakukan Zsainul (2012), di mana sebagian besar penderita HIV-AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru dan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar adalah pekerja sebanyak 135 orang (78%) dan yang tidak bekerja sebanyak 37 orang (22%), dan kebanyakan dari mereka bekerja sebagai wiraswasta.

Banyaknya penderita HIV-AIDS dikalangan pekerja terutama laki-laki dapat dikarenakan tingkat aktivitas pekerja yang aktif, dan mobilitas yang tinggi, sehingga banyak berinteraksi dengan khalayak umum dan berbagai lingkungan termasuk berinteraksi dengan penderita HIV-AIDS yang tidak diketahui seropositifnya

E | Hubungan Status Perkawinan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

Tabel 4.8. Hubungan Status Perkawinan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

No	Status Perkawinan	Tindakan Penularan HIV/AIDS				n	%
		Kurang		Baik			
		n	%	n	%		
1	Tidak Kawin	25	71,4	10	28,6	35	100
2	Kawin	31	47,7	34	52,3	65	100
Total		56	56	44	44	100	100
<i>p-value</i> = 0,038; RP = 1,498; CI95% (1,077–2,063)							

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa dari 35 orang yang tidak kawin, sebanyak 25 orang (71,4%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 10 orang (28,6%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS baik. Sedangkan, dari 65 orang dengan status kawin, sebanyak 31 orang (47,7%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 34 orang (52,3%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS baik. Hasil uji statistik *chi square*

pada nilai kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$) diperoleh *p-value* 0,038 atau $p < \alpha$ (0,05), yang mengindikasikan terdapat hubungan status perkawinan terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai. Bila dilihat dari nilai $RP = 1,498$; $CI_{95\%} (1,077-2,063)$, yang diinterpretasikan bahwa ODHA dengan status tidak kawin berisiko melakukan tindakan penularan HIV/AIDS sebesar 1,498 kali lebih tinggi dibandingkan ODHA dengan status tidak kawin.

Hasil peninjauan menemukan bahwa ada hubungan status perkawinan terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai dan berisiko sebesar 1,498 kali lebih tinggi, dibandingkan ODHA dengan status tidak kawin. Penduduk yang tidak kawin melakukan tindakan penularan HIV/AIDS kurang sebanyak 71,4%, sedangkan dengan status kawin sebanyak 47,7%.

Penduduk dalam tindakan yang kurang pada status tidak kawin disebabkan karena adanya kebutuhan fisiologis seksual. Di mana mereka cenderung untuk melakukan hubungan seksual dengan menyewa jasa wanita pekerja seks komersial dan penggunaan narkotik jenis suntik yang banyak beredar di lokasi wanita pekerja seks. Selain itu perilaku seks yang digunakan lebih bervariasi dari permainan oral dan anal, yang lebih tinggi menyebabkan tindakan penularan yang kurang. Menurut Susilowati (2016) laki-laki yang menyewa jasa wanita pekerja seks, di mana perilaku wanita pekerja seks masih menjadi pemicu utama peningkatan HIV/AIDS, menemukan bahwa mayoritas wanita pekerja seksual di lokasi dan nonlokalisasi tidak konsisten dalam memakai kondom.

Penduduk yang tidak kawin cenderung mempraktikkan tindakan penularan yang kurang pada pasangannya. Hal ini disebabkan karena perilaku seks yang dilakukan ketika melakukan hubungan seks dengan tidak menggunakan kondom dan perilaku seks anal. Selain itu, perempuan yang kurang pengetahuan dalam melakukan pencegahan termasuk penularan HIV ke janinnya.

Peninjauan ini sejalan dengan peninjauan sebelumnya yang dilakukan oleh Fadhila (2013), yang mengungkapkan bahwa status kawin atau nikah berhubungan dengan tindakan penularan HIV/AIDS. Menurut Depkes RI (2007), adanya potensi penularan ke lingkungan keluarga sebesar 21% pada perempuan yang pernah kawin dan sebesar 26% pada laki-laki berstatus kawin yang mengetahui dua atau tiga program utama

untuk menghindari HIV/AIDS, yaitu tidak berhubungan seks, membatasi jumlah pasangan dan memakai kondom. Hanya 6% perempuan pernah kawin dan 7% laki-laki berstatus kawin yang menjawab positif bahwa seorang yang kelihatan sehat dapat mengidap HIV. Hal ini akan memengaruhi kesadaran dan kewaspadaan dalam pencegahan HIV/AIDS.

F | Hubungan Pengetahuan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

Tabel 4.9 Hubungan Pengetahuan terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

No	Pengetahuan	Tindakan Penularan HIV/AIDS				n	%
		Kurang		Baik			
		n	%	n	%		
1	Kurang	53	84,1	10	15,9	63	100
2	Baik	3	8,1	34	91,9	37	100
Total		56	56	44	44	100	100
<i>p-value</i> = 0,000; RP = 10,376; CI95% (3,488–30,861)							

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa dari 63 orang yang memiliki pengetahuan yang kurang, sebanyak 53 orang (84,1%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 10 orang (15,9%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS baik. Sedangkan, dari 37 orang dengan pengetahuan baik, sebanyak 3 orang (8,1%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 34 orang (91,9%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS baik. Hasil uji statistik *chi square* pada nilai kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$) diperoleh *p-value* 0,000 atau $p < \alpha$ (0,05), dengan demikian terbukti ada hubungan pengetahuan terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai. Bila dilihat dari nilai RP = 10,376; CI95% (3,488–30,861) yang diinterpretasikan bahwa ODHA yang berpengetahuan kurang memiliki risiko tindakan penularan HIV/AIDS kurang sebesar 10,376 kali lebih tinggi dibandingkan ODHA yang berpengetahuan baik.

Pada hasil peninjauan diperoleh bahwa ada hubungan pengetahuan terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai. Penduduk yang berpengetahuan kurang berisiko melakukan tindakan penularan

HIV/AIDS kurang 10,376 kali lebih tinggi dibandingkan ODHA yang memiliki pengetahuan yang baik.

Penduduk dengan pengetahuan kurang yang melakukan tindakan penularan HIV/AIDS kurang sebanyak 84,1%, sedangkan penduduk yang memiliki pengetahuan baik yang melakukan tindakan penularan HIV/AIDS kurang sebanyak 8,1%. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan sangat penting bagi seseorang untuk bertindak. Rendahnya pengetahuan penduduk karena tingkat pendidikan mereka yang rendah, di mana sebanyak 57% penduduk berpendidikan rendah. Susilowati (2016) mengungkapkan rendahnya tingkat pendidikan berhubungan terhadap pengetahuan seseorang terhadap tindakan pencegahan penularan HIV/AIDS.

Laporan Bank Dunia dari *The Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 2007, kurang lebih separuh penduduk di wilayah Papua yang terpencil di Indonesia Timur belum pernah mendengar mengenai HIV/AIDS. Sebanyak 48% orang Papua tidak tahu-menahu mengenai HIV/AIDS, sementara jumlah kasus AIDS per 100.000 penduduk Papua adalah 20 kali lipat angka rata-rata nasional. Orang yang tidak tahu mengenai HIV/AIDS meningkat 74% di antara populasi yang tidak dididik dalam wilayah tersebut.

Berdasarkan wawancara dan sampel darah yang dilaksanakan pada September dan Oktober 2006, *The Kaiser Daily HIV/AIDS Report* (2007) mendapatkan bahwa prevalensi HIV meningkat menjadi 3,2% pada populasi di daerah pegunungan Papua dibandingkan dengan di daerah rendah 1,8%. Selain itu, peninjauan ini juga menemukan bahwa hanya 5,1% orang yang tinggal di daerah pegunungan yang mengetahui di mana kondom tersedia, dibandingkan 34,8% orang yang tinggal di daerah perkotaan.

Meurut Sumarlin (2013), berdasarkan peninjauan terkait faktor-faktor yang memengaruhi perubahan perilaku pada pasien HIV/AIDS di Klinik VCT Bunga Harapan RSUD Banyumas menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perubahan perilaku dalam melakukan tindakan penularan HIV/AIDS, di mana semakin tinggi pengetahuan yang dimiliki seseorang, maka semakin tinggi seseorang meningkatkan perubahan perilaku.

Beberapa pertanyaan pengetahuan pada penduduk di Kabupaten Dogiyai menunjukkan bahwa kurangnya pengetahuan penduduk, di mana 59% menyatakan bahwa berhubungan badan dengan lebih dari satu pasangan dapat meningkatkan kemungkinan seseorang tertular HIV dan 42% menyatakan bahwa seseorang tidak dapat tertular HIV dari hubungan seks melalui seks oral (menghisap alat kelamin pasangan dengan mulut).

Hutapea 2003 dalam Fadhilah (2016) mengungkapkan bahwa HIV dapat ditularkan melalui darah, cairan mani, dan vagina orang yang tertular. Orang akan mengalami kontak dengan cairan-cairan ini melalui hubungan seks vaginal dan anal (dimasukkannya penis ke dalam lubang dubur, yang merupakan cara penularan pada pria gay), transfusi dengan darah tercemar, transplantasi organ atau jaringan yang terinfeksi, menggunakan jarum suntik bekas (NAPZA suntikan), atau secara tidak sengaja tersuntik jarum bekas yang mengandung HIV (kadang-kala terjadi pada petugas kesehatan). Selain itu, terdapat bukti yang menunjukkan bahwa HIV dapat ditularkan melalui hubungan seks oral dengan teman kencan yang terinfeksi, baik pria maupun wanita. Akan tetapi seseorang tidak mungkin tertular HIV secara seksual, apabila dirinya maupun pasangannya tidak terinfeksi, walau apapun yang mereka lakukan dalam berhubungan seks. HIV dapat pula ditularkan dari ibu ke anaknya sewaktu kehamilan, persalinan, maupun sewaktu menyusui.

Kurangnya pengetahuan penduduk tentang penularan HIV/AIDS akan sangat berpengaruh pada upaya pencegahan penularan HIV/AIDS. Hal ini dikarenakan semakin rendah pengetahuan, maka semakin rendah tindakan penduduk dalam berperilaku yang baik atau positif. Hal ini sesuai menurut Notoatmodjo (2012) dengan beberapa teori perubahan perilaku yang menyebutkan bahwa pengetahuan mempunyai pengaruh terhadap terjadinya perubahan perilaku.

Peninjauan ini mengaitkan prevalensi HIV/AIDS dengan kurangnya pengetahuan mengenai penyakit tersebut dan akses yang kurang pada kondom. Oleh karena itu, pendidikan mengenai HIV harus diperluas dengan menambah upaya pendidikan yang diarahkan, khususnya pada kelompok berisiko, seperti orang dengan beberapa pasangan seks, serta pekerja seks komersial dan kliennya.

G | Hubungan Sikap terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

Tabel 4.10 Hubungan Sikap terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

No	Sikap	Tindakan Penularan HIV/AIDS				n	%
		Kurang		Baik			
		n	%	n	%		
1	Kurang	26	72,2	10	27,8	36	100
2	Baik	30	46,9	34	53,1	64	100
Total		56	56	44	44	100	100
<i>p-value</i> = 0,025; RP = 1,541; CI95% (1,107–2,144)							

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa dari 36 orang yang memiliki sikap kurang, sebanyak 26 orang (72,2%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 10 orang (27,8%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS baik. Sedangkan, dari 64 orang dengan sikap baik, sebanyak 30 orang (46,9%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 34 orang (53,1%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS baik. Hasil uji statistik *chi square* pada nilai kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$) diperoleh *p-value* 0,025 atau $p < \alpha$ (0,05), yang menunjukkan ada hubungan sikap terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai. Bila dilihat dari nilai RP = 1,541; CI95% (1,107–2,144) yang diinterpretasikan bahwa ODHA yang bersikap kurang memiliki risiko tindakan penularan HIV/AIDS sebesar 1,541 kali lebih tinggi dibandingkan ODHA yang bersikap baik.

Pada hasil peninjauan diperoleh bahwa terdapat hubungan sikap terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai, di mana ODHA yang bersikap kurang berisiko melakukan tindakan penularan HIV/AIDS kurang sebesar 1,541 kali lebih tinggi dibandingkan ODHA yang bersikap baik. Penduduk dengan sikap kurang sebanyak 72,2% cenderung melakukan tindakan penularan HIV/AIDS kurang lebih tinggi dibandingkan dengan penduduk yang bersikap baik 46,9% yang melakukan tindakan penularan HIV/AIDS kurang.

Peninjauan milik Romdiyah (2017) juga menemukan bahwa sikap yang kurang mendukung menyebabkan tindakan pencegahan penularan HIV/AIDS yang rendah. Secara normal, sikap yang kurang mendukung akan mendorong seseorang untuk melakukan perilaku yang kurang baik.

Demikian juga dengan informan pada peninjauan ini, di mana masih terdapat penduduk yang memberikan sikap kurang mendukung terhadap upaya pencegahan penularan HIV/AIDS.

Notoatmodjo (2012) mengungkapkan bahwa sikap bukan merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan pencetus (predisposisi) tindakan atau perilaku. Sikap merupakan reaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Dalam peninjauan ini, sebagian besar sikap mendukung penduduk terhadap pencegahan penularan HIV/AIDS dapat dipengaruhi oleh faktor pengetahuan yang dimiliki mereka tergolong tinggi, sehingga mampu mengarah ke perilaku yang baik dalam upaya pencegahan penularan HIV/AIDS.

Minimnya sikap penduduk dalam tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai dapat disebabkan masih rendahnya ketersediaan penggunaan kondom yang konsisten. Hal ini dapat terjadi karena tidak konsistennya kebijakan pemerintah dalam penanggulangan HIV/AIDS dengan menyediakan bank kondom yang tersebar di Puskesmas atau beberapa lokalisasi tempat pekerjaan wanita seks komersial.

Hal yang sama juga ditemukan bahwa sikap penderita HIV/AIDS berhubungan dengan kebijakan pemerintahan setempat dengan menyediakan kondom serta kesiapan petugas dalam memberikan pendidikan kesehatan dalam mengubah sikap dan tindakan (Maengkom, 2013).

H | Hubungan Lama Menderita HIV/AIDS terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

Tabel 4.11 Hubungan Lama Menderita HIV/AIDS terhadap Tindakan Penularan HIV/AIDS

No	Lama menderita	Tindakan Penularan HIV/AIDS				n	%
		Kurang		Baik			
		n	%	n	%		
1	≤ 6 bulan	29	52,7	26	47,3	55	100
2	> 6 bulan	27	60	18	40	45	100
Total		56	56	44	44	100	100
<i>p-value</i> = 0,599; RP = 0,879; CI95% (0,622–1,242)							

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa dari 55 orang yang menderita HIV/AIDS < 6 bulan, sebanyak 29 orang (52,7%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 26 orang (47,3%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS baik. Sedangkan, dari 45 orang dengan lama menderita HIV/AIDS > 6 bulan, sebanyak 27 orang (60%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS kurang dan sebanyak 18 orang (40%) termasuk ke dalam tindakan penularan HIV/AIDS baik. Hasil uji statistik *chi square* pada nilai kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$) diperoleh *p-value* 0,599 atau $p > \alpha$ (0,05), yang menunjukkan ada hubungan lama menderita HIV/AIDS terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai. Bila dilihat dari nilai RP = 0,879; CI95% (0,622–1,242) tidak mencakup 1, sehingga dinyatakan jangka waktu menderita HIV/AIDS tidak berisiko terhadap tindakan penularan HIV/AIDS.

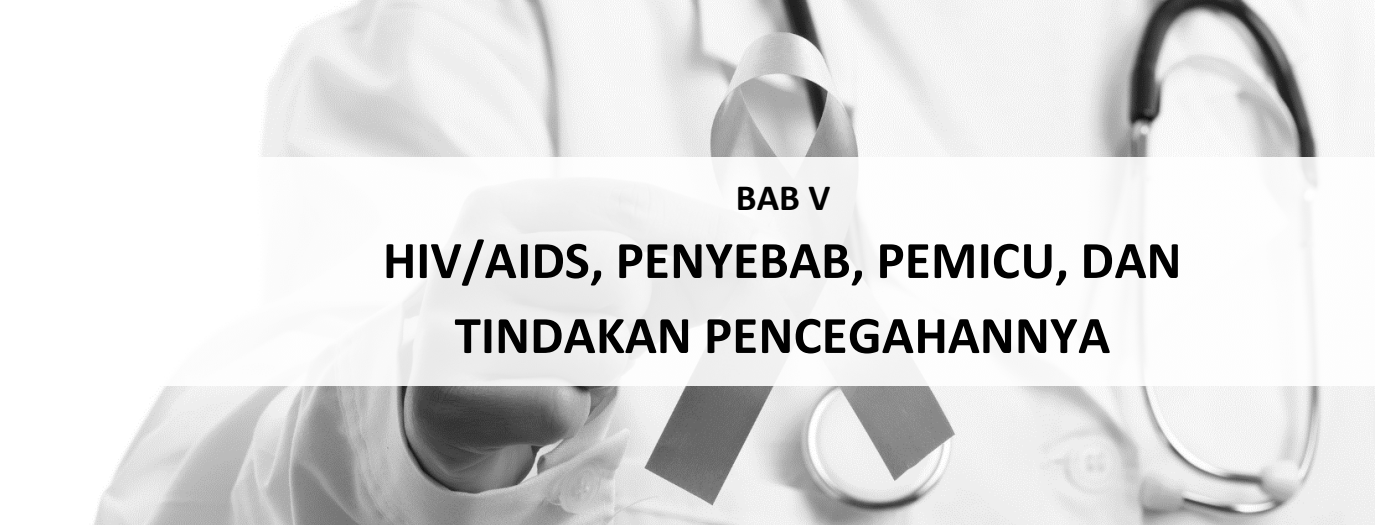
Hasil peninjauan menemukan bahwa tidak ada hubungan lama menderita HIV/AIDS terhadap tindakan penularan HIV/AIDS di Kabupaten Dogiyai. Penduduk yang menderita HIV/AIDS < 6 bulan yang melakukan tindakan penularan HIV/AIDS kurang sebanyak 52,7%, sedangkan penduduk yang menderita HIV/AIDS > 6 bulan yang melakukan tindakan penularan HIV/AIDS kurang sebanyak 60%. Hal ini menunjukkan bahwa penderita yang baru dan lama sama-sama berisiko terhadap penularan HIV/AIDS.

Menurut Novitamala (2015), bahwa tidak adanya hubungan antara jangka waktu menderita HIV/AIDS terhadap tindakan pencegahan penularan HIV/AIDS yang disebabkan perilaku atau pengalaman masa lalu dalam berperilaku seksual. Lama menderita HIV/AIDS pada penduduk dapat berpengaruh dengan terpaparnya informasi yang diberikan dalam tindakan penularan HIV/AIDS. Namun dipengaruhi kuat oleh pengetahuan terutama sikap penduduk tersebut dalam berperilaku seksual.

I | Faktor Dominan Memengaruhi Tindakan Penularan HIV oleh ODHA

Hasil uji multivariat menunjukkan bahwa faktor dominan terhadap tindakan penularan HIV/AIDS adalah status perkawinan dengan tingkat risiko sebesar 7,125 kali pada penduduk yang tidak menikah terhadap penularan HIV/AIDS. Hal ini disebabkan karena penduduk yang tidak

kawin atau tidak memiliki pasangan cenderung dalam berganti-ganti pasangan, sehingga lebih banyak menularkan HIV/AIDS kepada orang lain, terutama bila penduduk tersebut bermigrasi yang menyebabkan penyebaran HIV/AIDS semakin tinggi.



BAB V

HIV/AIDS, PENYEBAB, PEMICU, DAN TINDAKAN PENCEGAHANNYA

Dari pemaparan di atas, maka simpulan akhir yang dapat ditarik adalah sebagai berikut:

1. Di Kabupaten Dogiyai, tidak ada keterkaitan antara umur dan penularan HIV/AIDS (*p-value* 0,0107; RP = 1,595; CI95% (0,899–2,830)).
2. Di Kabupaten Dogiyai, tidak ada keterkaitan antara tingkat penularan HIV/AIDS dan jenis kelamin (*p-value* 0,203, RP = 0,764; CI95% (0,528–1,105)).
3. Di Kabupaten Dogiyai, tidak ada keterkaitan antara tingkat pendidikan dan penularan HIV/AIDS (*p-value* 0,145; RP = 1,358; CI95% (0,981–1,979)).
4. Di Kabupaten Dogiyai, tidak ditemukan keterkaitan pekerjaan dengan penularan HIV/AIDS (*p-value* 0,388; RP = 0,827; CI95% (0,587–1,165)).
5. Di Kabupaten Dogiyai, terdapat korelasi antara status perkawinan dan penyebaran HIV/AIDS (*p-value* 0,038; RP = 1,498; CI95% (1,077–2,063)).
6. Di Kabupaten Dogiyai, terdapat korelasi antara pengetahuan dengan penyebaran HIV/AIDS (*p-value* 0,000; RP = 10,376; CI95% (3,488–30,861)).
7. Di Kabupaten Dogiyai, terdapat korelasi antara sikap terhadap penularan HIV/AIDS (*p-value* 0,025; RP = 1,541; CI95% (1,107–2,144)).
8. Di Kabupaten Dogiyai, terdapat korelasi antara lama menderita HIV/AIDS dengan penularan HIV/AIDS (*p-value* 0,599; RP = 0,879; CI95% (0,622–1,242)).

9. Status perkawinan merupakan faktor utama yang berkontribusi terhadap penularan HIV/AIDS, dengan tingkat risiko sebesar 7,125 kali pada individu yang tidak menikah terhadap penularan.

Selanjutnya, terdapat beberapa saran yang dapat diberikan terkait dengan peninjauan yang telah dilakukan, yaitu sebagai berikut:

1. Untuk mencegah penularan HIV/AIDS, RSUD Dogiyai harus meningkatkan upaya konseling terapi. Isi konseling terapi harus mencakup penggunaan kondom, perilaku seksual yang aman, dan penggunaan konseling. Untuk mencegah penularan HIV/AIDS, bank kondom harus disediakan di puskesmas dan tempat lain. Melakukan pengawasan dan pendidikan kesehatan yang lebih kuat di lokasi yang berisiko terpapar HIV/AIDS juga harus dilakukan, yang diikuti dengan meningkatkan kebijakan daerah untuk normalisasi HIV/AIDS melalui sosial promosi untuk mendukung ODHA dan perilaku hidup sehat.
2. Pasien HIV/AIDS harus meningkatkan kesadaran dalam perilaku seksualnya karena penyakit mereka dapat menyebar ke masyarakat, terutama ke orang-orang di lingkungan mereka.
3. Hasil peninjauan ini perlu dilengkapi dengan peninjauan tambahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adekeye, O. A., & Adeusi, S. O. (2011). Attribution Patterns, Attitude And Knowledge of HIV/AIDS on Sexual Behavioural Change Among Students of Covenant University, Ota, Nigeria. *Ifè Psychologia*, 19(1), 257.
- Ackley, B. J., Ladwing, G. B., Swan, B. A., & Tucker, S. J. (2008). *Evidence-Based Nursing Care Guidelines Medical-Surgical Nursing*. Louis Missouri: MosbyElsevier, Inc.
- Anonymous. (July, 25, 2007). Genital herpes symptoms, testing and treatment. *Island sexual health society*. Diakses 01 Oktober 2017, dari <http://islandsexualhealth.org/infections/herpes>.
- (2007). *Rangkuman Suveilans Wanita Pekerja Seks*. Jakarta: STBP Pada Kelompok Berisiko Tinggi di Indonesia Bekerjasama dengan DepKes, BPS, USAID, KPA, Family Health International-Program Aksi Stop AIDS (ASA) dan WHO dan USAIDS melalui Indonesian HIV-AIDS Prevention.
- Project (IHPCP). Diakses 5 Oktober 2017, dari <http://www.aidsindonesia.or.id/repo/IBBSHighlightsFSW2007-ind.pdf>.
- Balai Besar Kekarantinaan Kesehatan Makassar. (n.d). “Pentingnya Deteksi Dini HIV AIDS dan TB di Wilker Tampa Padang Mamuju”. Diakses 8 Agustus, 2024, dari <https://bbkkmakassar.com/news/detail/280>
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). *Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcome*. Edisi 8 Volume 2. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Butt, L., Morin, J., Numbery, G., Peyon, I., & Goo, A. (2010). *Stigma dan HIV/AIDS di Wilayah Pegunungan Papua*. Canada: Pusat Studi Kependudukan.
- Carey, M. P., & Schroder, K. E. E. (2002). Development and psychometric evaluation of the brief HIV knowledge questionnaire. *AIDS Education and Prevention*, 14(2), 172-182.
- Dachlia, D. (2000). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Seksual Berisiko Terinfeksi Pada Pelaut/Pekerja Pelabuhan Di

- Jakarta, Manado, dan Surabaya (Analisis Data Survei Sirveilans Perilaku 1999). *Tesis* (Tidak dipublikasikan). Jakarta: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
- Data Statistik Indonesia. (2011). Diakses 01 Oktober 2017, dari <http://www.datastatistik-indonesia.com/content/view/928/950/>.
- DepKes RI. (2007a). *Situasi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987–2006*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi DepKes RI Jakarta 2006.
- (2008). *Modul 02 Pencegahan Penularan HIV pada Perempuan, Bayi dan Anak*. Diakses 24 Oktober 2017, dari www.kesehatanibu.depkes.go.id/unduh.slide_presentasi/modul02.ppt.
- (2016). *Laporan Terakhir DepKes Statistik Kasus AIDS di Indonesias/d Desember 2016*: Ditjen PPM & PL DepKes RI, diakses 21 November 2017, dari <http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.php?lang=id>.
- Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia. (2005). *Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi dan Petunjuk Teknis Pelaksanaan Tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Tempat Kerja*. Nomor: Kep. 68/MEN/IV/2004. Jakarta: Dirjen Pembinaan Pengawasan Ketenagakerjaan Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia.
- DeLaune, S. C., & Ladner, P. K. (2002). *Fundamental of Nursing: Standards & Practice*. Second Edition. New York: Delmar/Thomson Learning, Inc.
- Ditjen PP dan PL KemenKes RI. (Desember, 2011). *Laporan Situasi Perkembangan HIV&AIDA di Indonesia sampai dengan Desember 2011*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Ditjen PP dan PL KemenKes RI. (Desember, 2016). *Laporan Situasi Perkembangan HIV&AIDA di Indonesia sampai dengan Desember 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (Eds.). (2004). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Fourth Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- DFID., Education Development Center., Education International., European Commission., ILO., UNESCO., et al. (May, 2003). *HIV/AIDS & Education: A Strategic Approach*. Paris: International

- Institute for Educational Planning/UNESCO. Diakses 20 November 2017, dari <http://portal.unesco.org/aids/iatt-education>.
- Dinkes Papua (2017). Kasus HIV/AIDS di Papua. <https://www.papuatoday.com/2017/03/22/data-baru-dinkes-papua-temukan-26-ribu-kasus-hivaid/>
- Dinkes Papua. 2023. “Nabire Tercatat Sebagai Daerah Tertinggi Kasus HIV-ADIS”. Diakses 8 Agustus, 2024, dari <https://dinkes.papua.go.id/nabire-tercatat-sebagai-daerah-tertinggi-kasus-hiv-adis/>
- Essien., Monjok, E., Hua Chen., Abughosh, S., Ekong, E., Peters, R. J., *et al.* (2010). Corelation of HIV Knowledge and Sexual Risk Behaviors Among Female Military Personnel. *AIDS and Behavior*, 14(6), 1401.
- Gubernur Papua. PERATURAN GUBERNUR PAPUA NOMOR 26 TAHUN 2010 TENTANG PENGARUSUTAMAAN HIV DAN AIDS MELALUI PENDIDIKAN. SEKRETARIS DAERAH, PAPUA.
- Haryono, D. (penyunting). (2009). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi Baru. Jakarta: Kepustakaan Nasional Phoenix.
- Hasan, A. (2005). *Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Merokok Pelajar SMP di Kota Surakarta*. Tesis (Tidak dipublikasikan). Jakarta: Bagian Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi Universitas Indonesia.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Herdman, T.H. (ed.). (2010). *NANDA International Diagnosis; Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2009-2011* (Made Sumarwati, Dwi Widiarti, Estu Tiar& Monica Ester, Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Hincks, J. (2023). “Mendobrak Tabu: Petugas Kesehatan di Papua Mengeksplor Metode Baru dalam Menjangkau dan Mendorong Anak Muda untuk Tes HIV”. Diakses 8 Agustus, 2024, dari <https://indonesia.un.org/id/246058-mendobrak-tabu-petugas-kesehatan-di-papua-mengeksplor-metode-baru-dalam-menjangkau-dan>

- Honarvar, B. (2010). The Knowledge, Attitude and Behavior of HIV/AIDS Patients' Family toward Their Patients Before and after Counseling. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 35(4), 287-292.
- Adelaide: ILO, UNDP, UNAIDS, AusAID.
- Hutapea, R. (2003). *AIDS, PMS dan Perkosaan*. Edisi Pertama. Jakarta: RinekaCipta.
- IBBS. (2007). *Integrated Biological-Behavioral Surveillance among Most-at-Risk Groups (MARG) in Indonesia, 2007*. Jakarta: DepKes RI, KPA, FHI-AksiStop AIDS Program, USAID
- Ikob, R. (2002). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencegahan HIV/AIDS Siswa SMUN 13 Palembang 2002*. Tesis (Tidak dipublikasikan). Jakarta: Universitas Indonesia.
- Irmanigrum, Y., Priyono, J. B., Syahboedin, I., Siahaan, T., Ruslam, P., & Sutrisna, A. (2007). *Situasi Perilaku Berisiko dan Prevalensi HIV di Tanah Papua 2006: Hasil STHP Tahun 2006 di Tanah Papua*. Jakarta: Badan Pusat Statistik dan Direktur Jenderal PP & PL DepKes RI. Diakses 23 Oktober 2017, dari <http://www.aidsina.org/files/publikasi/sthppapua2006.pdf>.
- JabarProv. (2022). "Dinkes Jabar Rutin Tes HIV pada Kelompok Rentan". Diambil 8 Agustus, 2024, dari <https://jabarprov.go.id/berita/dinkes-jabar-rutin-tes-hiv-pada-kelompok-rentan-6801>
- Kasjono, H. S., & Yasril. (2009). *Teknik Sampling untuk Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Kee, J. L. (2007). *Pedoman Pemeriksaan Laboratorium*. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. (2009). *Kasus HIV/AIDS di Indonesia Meroket*. Jakarta: Kementerian PP dan PA RI.
- Komisi Penanggulangan AIDS. (5 Februari 2008). *Laporan KPA Nasional Tahun 2007*. Diakses 05 Oktober 2017, dari www.aidsindonesia.or.id/laporan-kpa-nasional-tahun-2007.html.
- (2010a). *Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS*. Diakses 1 Oktober 2017, dari <http://www.undp.or.id>.
- (2010b). *Situasi HIV & AIDS di Indonesia*. DepKesRI. Diakses 24 Oktober 2017, dari

- <http://www.icaap9.org/uploads/200907281232220.Outline-Analisis Situasi HIV dan AIDS di Indonesia.pdf>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2012). *Modul Manajemen Layanan Komprehensif HIV-AIDS Berkesinambungan*. Jakarta.
- Kemenkes RI. (2011). *Pedoman Nasional Penanggulangan Penyakit Infeksi Menular 2011*. Kemenkes RI, Jakarta.
- Kemenkes RI. (2012). *Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu Ke Anak (PPIA)*. Kemenkes RI, Jakarta.
- Kemenkes RI. (2013). *Pedoman Nasional Tes dan Konseling HIV dan AIDS*. Kemenkes RI, Jakarta.
- Kemenkes RI. (2015). *Infodatin HIV/AIDS*. Kemenkes RI, Jakarta.
- Kemenkes. (2016). *Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama: Petunjuk Teknis di Direktorat Jendral Pencegahan dan Pengendalian Penyakit*. Indonesia: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2021). *Profil Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2021*. Kemenkes RI, Jakarta.
- Widiyanti, M., et al. (2021). *Peta Genotyping HIV-1 Papua dan Papua Barat*. Kemenkes RI, Jakarta
- Kemenko PMK. (2020). “Menuju Indonesia Bebas AIDS 2030”. Diakses 8 Agustus, 2024, dari <https://www.kemenkopmk.go.id/menuju-indonesia-bebas-aids-2030>
- KPA. (2007). *Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV Dan Aids Di Indonesia 2007–2010*. KPA, Jakarta.
- KPAN. (2014). *Rencana Aksi Kegiatan Pengendalian HIV-AIDS dan IMS Tahun 2010-2014* Jakarta
- Kuswandi, K. (2001). Pengaruh Informasi Perilaku Seks dan Tanggapan Mahasiswa Mengenai Akibat Perilaku Seks Terhadap Sikap Setuju Yang Dihubungkan Dengan Perilaku Seks Bebas Bagi Mahasiswa Akademi Kesehatan Di Provinsi Banten Tahun 2000. *Tesis* (Tidak Dipublikasikan). Jakarta: Universitas Indonesia.
- Kresno, S.B. (2010). *Imunologi: Diagnosis dan Prosedur Laboratorium*. Edisi Kelima. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Lolong, D.B. and Pangaribuan, L. (2010). Perilaku Penggunaan Kondom Dalam Pencegahan Penularan HIV Pada Masyarakat Umum Di

- Tanah Papua Dan Pada Kelompok Risiko Di Indonesia, 2004-2006. *Indonesian Journal of Health Ecology*, 9(1), pp.1144-1154.
- Maimaiti, N., Shamsuddin, K., Abdurahim, A., Tohti, N., & Memet, R. (2010). Knowledge, Attitude and Practice Regarding HIV/AIDS among University Students in Xinjiang. *Global Journal of Health Science*, 2(5), 52.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Mas, M. (eds.). (2004). *Nursing Outcomes Classification (noc)*. Third Edition. St. Louis, Missouri: Mosby
- NASIONAL, R.A., KOLABORASI TB–HIV 2020–2024.
- Nasronudin. (2007). *HIV & AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis, dan Sosial*. Cetakan kedua. Surabaya: Airlangga University Press.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Cetakan Pertama. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2007). *Kesehatan Masyarakat Ilmu & Seni*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Cetakan Pertama. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2012). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novita, D. I., Karo, M. B., Tambaip, T., & Ekawati, E. A. (2022). Prevalensi dan Karakteristik Pasien Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS) Di Kabupaten Merauke Periode Tahun 1992-2021. *Prosiding Pengabdian Kepada Masyarakat Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya*, 2(2), 165-172.
- Nursalam, Kurniawati, N.D. (2007). *Asuhan Keperawatan Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam M. dan Kurniawati N.D. (2009). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Pardita, D. P. Y., & Sudibia, I. K. (2014). Analisis dampak sosial, ekonomi, dan psikologis penderita Hiv Aids di Kota Denpasar (Vol. 19, pp. 193-199). Udayana University.
- Paryati, T., Raksanagara, A. S., Afriandi, I., & Kunci, K. (2012). Faktor-faktor yang Memengaruhi Stigma dan Diskriminasi kepada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) oleh petugas kesehatan: kajian literatur. Univ Padjajaran Bandung.

- Pemerintah Provinsi Papua. PERATURAN DAERAH PROVINSI PAPUA NOMOR 8 TAHUN 2010 TENTANG PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS
- Pemerintah Provinsi Papua. (2006). “Tidak Ada Yang Tidak Rawan Tertular HIV”. Diakses 8 Agustus 2024, dari <https://papua.go.id/view-detail-berita-847/undefined>
- Pemerintah Provinsi Papua. (2007). “Remaja Papua Perlu Melindungi Diri Dari Ancaman Virus HIV Aids”. Diakses 8 Agustus 2024, dari <https://www.papua.go.id/view-detail-berita-1212/undefined>
- Pemerintah Provinsi Papua. (2013). “KPA Bakal Organisasi Kembali LSM HIV/AIDS di Papua”. Diakses 8 Agustus 2024, dari <https://www.papua.go.id/view-detail-berita-3242/undefined>
- Pemerintah Provinsi Papua. (2017). “Pemda Diminta Berperan Dalam Pengendalian ARV”. Diakses 8 Agustus, 2024, dari <https://www.papua.go.id/index.php/view-detail-berita-4836/pemda-diminta-berperan-dalam-pengendalian-arv.html>
- Pemerintah Provinsi Papua. (2017). “Orang Papua Harus Berani Katakan Tidak Untuk Seks Tak Aman”. Diakses 8 Agustus 2024, dari <https://www.papua.go.id/view-detail-berita-4797/blog-details.html>
- Pemerintah Provinsi Papua. (2023). “KPA Papua: Edukasi HIV dan AIDS Terus Berjalan Demi Selamatkan Generasi”. Diambil 8 Agustus, 2024, dari <https://papua.go.id/view-detail-berita-8273/kpa-papua-edukasi-hiv-dan-aids-terus-berjalan-demi-selamatkan-generasi.html>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2005). *Nursing Research Principles and Principles and Methods*. 7th edition. Lippincott: Williams & Wilkins.
- Ross, R., A. Dutta, and R. Soehoed. (2020). *Memahami Sumber Insidensi HIV di Papua dan Potensi Pengendalian Epidemi: Hasil dari Model LEAP*. Washington, DC: Health Policy Plus, Palladium.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2008). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto.
- Stolley, K.S. & Glass, J.E. (2009). *HIV/AIDS*. ABC-CLIO, LLC, California.
- (2010). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: CV Sagung Seto.

- Sastroasmoro, S. (2010). *Sample Size Estimation in Clinical Studies*. Mata Kuliah Metodologi Penelitian S3 FIK UI. Jakarta: Departemen of Child Health Medical School, University of Indonesia.
- Setneg. (2009). "Tiga Tantangan Terhadap Respon HIV AIDS". Diakses 8 Agustus 2024, dari https://www.setneg.go.id/baca/index/tiga_tantangan_terhadap_respon_hiv_aids
- Shaluhiah, Z., Musthofa, S. B., & Widjanarko, B. (2015). Stigma masyarakat terhadap orang dengan HIV/AIDS. *Kesmas*, 9(4), 333-339.
- Smeltzer, & Bare. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 10th editions. Philadelphia: Lippincott.
- Somavia, J. (2004). *ILO Jakarta dan Aksi Menanggulangi HIV/AIDS di Dunia Kerja*. Edisi Khusus tentang HIV/AIDS. Jakarta: Warta ILO Jakarta.
- Sujudi, A. (Maret, 2002). *Laporan Eksekutif Menteri Kesehatan RI Tentang Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia Respon Menangkal Ancaman Bencana Nasional Pada Sidang Kabinet Maret 2002*. Diakses 24 Oktober 2017, dari http://data.unaids.org/topics/partnershipmenus/challenges-opportunities_id.pdf.
- The Kaiser Daily HIV/AIDS Report. (20 Juni 2007). *Hampir separuh orang di wilayah terpencil Indonesia tidak sadar mengenai HIV/AIDS*. Diakses 24 Oktober 2017, dari www.spiritia.or.id/pdf/newspdf.php?nwno=0216a.
- Tumangke, H., Tappy, M., & Kendek, R. (2017). Faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) di Kota Jayapura. *Unnes Journal of Public Health*, 6(4), 260-265.
- US. National Native American AIDS Prevention Center. *IDU Risk Reduction FactSheet*. Diakses 24 Oktober 2017, dari <http://www.thebody.com/content/art45430.html>.
- UNAIDS. (2009). *Annual Report 2009*. Diakses 24 Oktober 2017, dari http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2010/2009_annual_report_en.pdf.
- UNAIDS. (2021). *MENAKHIRI KETIDAKSETARAAN. MENAKHIRI AIDS. STRATEGI AIDS GLOBAL 2021-2026*. Diakses 8 Agustus,

- 2024, dari https://www.unaids.org/sites/default/files/media/documents/global-AIDS-strategy-2021-2026_id.pdf
- Widyaningtyas, P.A. (2019). Implementasi kebijakan pengendalian penularan HIV/AIDS melalui hubungan seksual. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 15(1), pp.24-30.
- World Health Organization. (1990). Global Program on AIDS Social and Behavior Research Unit. *Research Package: Knowledge, attitude, beliefs and practices on AIDS (KABP)*. Phase I, Release 20.01.90. Geneva: World Health Organization.
- Zeth, A.H.M., (2010). Perilaku dan risiko penyakit hiv-aids di masyarakat Papua studi pengembangan model lokal kebijakan hiv-aids. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 13(04).

Lampiran: Hasil Pengolahan data penelitian

Frequency Table

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muda (12-35 tahun)	79	79.0	79.0	79.0
Tua (36-65 tahun)	21	21.0	21.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Jenis_Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-Laki	44	44.0	44.0	44.0
Perempuan	56	56.0	56.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Tingkat_Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rendah	57	57.0	57.0	57.0
Tinggi	43	43.0	43.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bekerja	60	60.0	60.0	60.0
T. Bekerja	40	40.0	40.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

St_Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Kawin	35	35.0	35.0	35.0
Kawin	65	65.0	65.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Lama_Menderita

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 6 bulan	55	55.0	55.0	55.0
> 6 bulan	45	45.0	45.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	63	63.0	63.0	63.0
Baik	37	37.0	37.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Sikap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	36	36.0	36.0	36.0
Baik	64	64.0	64.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Tindakan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	56	56.0	56.0	56.0
Baik	44	44.0	44.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Crosstabs

Umur * Tindakan

Crosstab

			Tindakan		Total
			Kurang	Baik	
Umur	Muda (12-35 tahun)	Count	48	31	79
		% within Umur	60.8%	39.2%	100.0%
	Tua (36-65 tahun)	Count	8	13	21
		% within Umur	38.1%	61.9%	100.0%
Total		Count	56	44	100
		% within Umur	56.0%	44.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.459 ^a	1	.063	.084	.054
Continuity Correction ^b	2.600	1	.107		
Likelihood Ratio	3.446	1	.063		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3.424	1	.064		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.24.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Umur (Muda (12-35 tahun)/Tua (36-65 tahun))	2.516	.935	6.770
For cohort Tindakan = Kurang	1.595	.899	2.830
For cohort Tindakan = Baik	.634	.411	.978
N of Valid Cases	100		

Jenis_Kelamin * Tindakan

Crosstab

			Tindakan		Total
			Kurang	Baik	
Jenis_Kelamin	Laki-Laki	Count	21	23	44
		% within Jenis_Kelamin	47.7%	52.3%	100.0%
	Perempuan	Count	35	21	56
		% within Jenis_Kelamin	62.5%	37.5%	100.0%
Total		Count	56	44	100
		% within Jenis_Kelamin	56.0%	44.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.182 ^a	1	.140		
Continuity Correction ^b	1.624	1	.203		
Likelihood Ratio	2.185	1	.139		
Fisher's Exact Test				.159	.101
Linear-by-Linear Association	2.161	1	.142		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19.36.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis_Kelamin (Laki-Laki/Perempuan)	.548	.246	1.221
For cohort Tindakan = Kurang	.764	.528	1.105
For cohort Tindakan = Baik	1.394	.897	2.165
N of Valid Cases	100		

Tingkat_Pendidikan * Tindakan

Crosstab

			Tindakan		Total
			Kurang	Baik	
Tingkat_Pendidikan	Rendah	Count	36	21	57
		% within Tingkat_Pendidikan	63.2%	36.8%	100.0%
	Tinggi	Count	20	23	43
		% within Tingkat_Pendidikan	46.5%	53.5%	100.0%
Total		Count	56	44	100
		% within Tingkat_Pendidikan	56.0%	44.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.756 ^a	1	.097	.108	.073
Continuity Correction ^b	2.122	1	.145		
Likelihood Ratio	2.760	1	.097		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2.729	1	.099		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.92.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat_Pendidikan (Rendah/Tinggi)	1.971	.881	4.411
For cohort Tindakan = Kurang	1.358	.931	1.979
For cohort Tindakan = Baik	.689	.444	1.069
N of Valid Cases	100		

Pekerjaan * Tindakan

Crosstab

			Tindakan		Total
			Kurang	Baik	
Pekerjaan	Bekerja	Count	31	29	60
		% within Pekerjaan	51.7%	48.3%	100.0%
	T. Bekerja	Count	25	15	40
		% within Pekerjaan	62.5%	37.5%	100.0%
Total		Count	56	44	100
		% within Pekerjaan	56.0%	44.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.143 ^a	1	.285	.311	.194
Continuity Correction ^b	.746	1	.388		
Likelihood Ratio	1.150	1	.284		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.132	1	.287		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.60.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan (Bekerja/T. Bekerja)	.641	.284	1.451
For cohort Tindakan = Kurang	.827	.587	1.165
For cohort Tindakan = Baik	1.289	.799	2.079
N of Valid Cases	100		

St_Perkawinan * Tindakan

Crosstab

			Tindakan		Total
			Kurang	Baik	
St_Perkawinan	Tidak Kawin	Count % within St_Perkawinan	25 71.4%	10 28.6%	35 100.0%
	Kawin	Count % within St_Perkawinan	31 47.7%	34 52.3%	65 100.0%
Total		Count % within St_Perkawinan	56 56.0%	44 44.0%	100 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.202 ^a	1	.023	.034	.018
Continuity Correction ^b	4.283	1	.038		
Likelihood Ratio	5.336	1	.021		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.150	1	.023		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.40.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for St_Perkawinan (Tidak Kawin/Kawin)	2.742	1.137	6.612
For cohort Tindakan = Kurang	1.498	1.077	2.083
For cohort Tindakan = Baik	.546	.308	.969
N of Valid Cases	100		

Lama_Menderita * Tindakan

Crosstab

			Tindakan		Total
			Kurang	Baik	
Lama_Menderita	< 6 bulan	Count	29	26	55
		% within Lama_Menderita	52.7%	47.3%	100.0%
	> 6 bulan	Count	27	18	45
		% within Lama_Menderita	60.0%	40.0%	100.0%
Total		Count	56	44	100
		% within Lama_Menderita	56.0%	44.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.531 ^a	1	.466	.545	.300
Continuity Correction ^b	.277	1	.599		
Likelihood Ratio	.532	1	.466		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.526	1	.468		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19.80.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Lama_Menderita (< 6 bulan/> 6 bulan)	.744	.335	1.651
For cohort Tindakan = Kurang	.879	.622	1.242
For cohort Tindakan = Baik	1.182	.751	1.861
N of Valid Cases	100		

Pengetahuan * Tindakan

Crosstab

			Tindakan		Total
			Kurang	Baik	
Pengetahuan	Kurang	Count	53	10	63
		% within Pengetahuan	84.1%	15.9%	100.0%
	Baik	Count	3	34	37
		% within Pengetahuan	8.1%	91.9%	100.0%
Total		Count	56	44	100
		% within Pengetahuan	56.0%	44.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	54.669 ^a	1	.000	.000	.000
Continuity Correction ^b	51.628	1	.000		
Likelihood Ratio	61.230	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	54.123	1	.000		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.28.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Kurang/Baik)	60.067	15.414	234.074
For cohort Tindakan = Kurang	10.376	3.488	30.861
For cohort Tindakan = Baik	.173	.097	.307
N of Valid Cases	100		

Sikap * Tindakan

Crosstab

			Tindakan		Total
			Kurang	Baik	
Sikap	Kurang	Count	26	10	36
		% within Sikap	72.2%	27.8%	100.0%
	Baik	Count	30	34	64
		% within Sikap	46.9%	53.1%	100.0%
Total		Count	56	44	100
		% within Sikap	56.0%	44.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.008 ^a	1	.014		
Continuity Correction ^b	5.023	1	.025		
Likelihood Ratio	6.173	1	.013		
Fisher's Exact Test				.021	.012
Linear-by-Linear Association	5.948	1	.015		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.84.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap (Kurang/Baik)	2.947	1.223	7.098
For cohort Tindakan = Kurang	1.541	1.107	2.144
For cohort Tindakan = Baik	.523	.294	.929
N of Valid Cases	100		

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Umur	1.558	.893	3.043	1	.081	4.749	.825	27.341
	Jenis_Kelamin	-1.056	.740	2.040	1	.153	.348	.082	1.482
	Tingkat_Pendidikan	-.012	.770	.000	1	.987	.988	.218	4.471
	St_Perkawinan	2.088	1.026	4.139	1	.042	8.066	1.080	60.271
	Pengetahuan	22.903	5326.165	.000	1	.997	8842929250.267	.000	.
	Sikap	20.645	5326.165	.000	1	.997	925115226.993	.000	.
	Constant	-69.293	15978.494	.000	1	.997	.000		
Step 2 ^a	Umur	1.555	.871	3.189	1	.074	4.735	.859	26.089
	Jenis_Kelamin	-1.054	.729	2.092	1	.148	.348	.084	1.454
	St_Perkawinan	2.091	1.006	4.324	1	.038	8.092	1.128	58.074
	Pengetahuan	22.901	5325.453	.000	1	.997	8829671740.223	.000	.
	Sikap	20.645	5325.453	.000	1	.997	925144610.827	.000	.
Step 3 ^a	Constant	-69.314	15976.358	.000	1	.997	.000		
	Umur	1.466	.845	3.011	1	.083	4.330	.827	22.667
	St_Perkawinan	1.964	.965	4.143	1	.042	7.125	1.076	47.198
	Pengetahuan	22.697	5430.099	.000	1	.997	7194698583.420	.000	.
	Sikap	20.519	5430.099	.000	1	.997	815361880.656	.000	.
	Constant	-70.075	16290.298	.000	1	.997	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: Umur, Jenis_Kelamin, Tingkat_Pendidikan, St_Perkawinan, Pengetahuan, Sikap.