



**TESIS**  
**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG**  
**MEMPENGARUHI TINDAKAN PENCEGAHAN**  
**PENULARAN HIV OLEH ODHA**  
**DI SORONG**

**OLEH**  
**Yowel Kambu**  
**0906505073**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN**  
**KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**  
**PROGRAM PASCA SARJANA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**DEPOK, JANUARI 2012**



**TESIS**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
TINDAKAN PENCEGAHAN PENULARAN HIV  
OLEH ODHA DI SORONG**

**Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan**

**OLEH  
YOWEL KAMBU  
0906505073**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM PASCA SARJANA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, JANUARI 2012**

Saya yang bertandatangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 09 Januari 2012



  
(Yowel Kambu)

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Yowel Kambu**

**NPM : 0906505073**

**Tanda Tangan :**



**Tanggal : 09 Januari 2012**

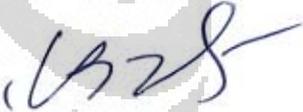
## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Yowel Kambu  
NPM : 0906505073  
Program Studi : Pasca Sarjana Kekhususan Keperawatan Medikal  
Bedah  
Judul Tesis : Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi  
Tindakan Pencegahan Penularan HIV oleh ODHA  
di Sorong

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Agung Waluyo, S.Kp., M.Sc., Ph.D (  )

Pembimbing II : Kuntarti S.Kp., M.Biomed (  )

Penguji I : Lestari Sukmarini, S.Kp., M.N (  )

Penguji II : Tuti Herawati, S.Kp., M.N (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 09 Januari 2012

**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM PASCASARJANA**

Tesis, Januari 2012

Yowel Kambu

Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong

**ABSTRAK**

HIV menjadi penyebab utama menurunnya sistem imun sekunder, yang lambat laun mengarah pada stadium AIDS. AIDS merupakan masalah epidemik dunia yang memerlukan penanganan serius karena mengancam eksistensi manusia, sehingga perlu dilakukan tindakan pencegahan penularan HIV, khususnya oleh ODHA. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA. Desain penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Jumlah responden yang diperoleh adalah 75 orang. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA adalah umur ( $p=0,040$ ). Faktor-faktor lain yang juga mempengaruhi adalah pengetahuan, tingkat pendidikan dan status perkawinan ( nilai  $p$  berturut-turut 0,102; 0,165; 0,165; 0,138). Pada analisis regresi logistik ganda diketahui bahwa umur merupakan faktor yang paling mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA ( $p=0,310$  95% CI: 1.169-26.423). Pemberian asuhan keperawatan oleh perawat hendaknya lebih difokuskan pada intervensi yang mengupayakan optimalisasi preventif dan promotif, yaitu penyuluhan bagaimana menghindari perilaku berisiko, penggunaan kondom yang benar dan menggunakan jarum steril oleh IDU baik pada ODHA umur muda maupun tua.

Kata kunci: ODHA, pencegahan, penularan HIV

**UNIVERSITY OF INDONESIA  
FACULTY OF NURSING SCIENCE  
MAJORING IN MEDICAL SURGICAL NURSING  
POST GRADUATE PROGRAM**

Thesis, January 2011

Yowel Kambu

Analysis of factors influencing the act of HIV transmission prevention by people living with HIV/AIDS (PLWHA) in Sorong.

**ABSTRACT**

HIV has become a major causes of secondary immune system decreasing, which is gradually leads to stage of AIDS. AIDS is an epidemic problem that requires serious treatment of the world because it threatens the human existence, so it needs to be taken to prevent the HIV transmission, particularly by PLWHA. The aim of this study was to determine the factors that influence the act of HIV transmission prevention by PLWHA. The study design was cross sectional descriptive approach. The number of respondent who had obtained was 75 people. The result of analysed showed that factors corellated with HIV transmission prevention measures were ages ( $p=0,040$ ). Other factors which also influence to the act of HIV transmission prevention by PLWHA are knowledge, level of education, and marital status ( $p$ -value are respectively 0,102; 0,165; 0,165; & 0,138). In multiple logistic regression analysis was known that ages is the most influence factor of the act of HIV transmission prevention by PLWHA ( $p=0,310$  95% CI: 1.169-26.423). The provision of nursing care by nurse should be more focused on interventions that promote preventive and promotion optimization, that is to teaching how to avoid risk behavior, how to use right condom before any kind of sex and how to use sterile disposable injection by IDU in both older and younger PLWHA.

Key words: PLWHA, prevention, HIV transmission

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur patutlah saya panjatkan kehadiran TUHAN Yang Maha Kasih, karena perkenanNya-lah sehingga penyusunan tesis ini dapat saya tuntaskan dengan baik dan tidak kurang suatu apapun. Tesis dengan judul, “Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Penularan HIV oleh ODHA di Sorong”, adalah sebagai satu syarat dalam menyelesaikan tahap akademik pada Program Pasca Sarjana Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Terselesaikannya penyusunan tesis ini tidak lepas dari campur tangan dan bimbingan serta arahan berbagai pihak terkait, oleh karena itu pada kesempatan ini ijinilah kiranya saya menyampaikan ucapan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada yang terhormat:

1. Bapak Agung Waluyo, S.Kp., M.Sc., PhD, selaku pembimbing I, yang tanpa pamrih memberikan bimbingan, saran dan berupaya terus mendorong sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini.
2. Ibu Kuntarti, S.Kp., M.Biomed, selaku pembimbing II, yang telah berupaya memberikan bimbingan, saran, dan arahan sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini.
3. Ibu Dewi Irawati, M.A., PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN, selaku Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Ibu Krisna Yetti, S.Kp., M. App. Sc, selaku Koordinator mata ajar Tesis yang telah memberikan pengarahan dalam penyusunan tesis ini.
6. Ibu Amelia K, S.Kp., MN, selaku Pembimbing Akademik yang senantiasa memberikan bimbingan dan dukungan moril selama saya mengikuti pendidikan.
7. Seluruh dosen, staf, dan sivitas akademika Fakultas Ilmu Kperawatan Universitas Indonesia yang telah membantu memfasilitasi saya selama berproses dalam mengikuti pendidikan.
8. Bapak Isak J.H. Tukayo, SKp., M.Sc, selaku Direktur Poltekkes KemenKes Jayapura beserta segenap Dosen dan staf Sekretariat Poltekkes KemenKes

Jayapura yang selalu memberikan dukungan dan dorongan semangat kepada saya.

9. Bapak W. Isir, B.Sc., S.Sos., MM, selaku Direktur Poltekkes KemenKes Sorong dan segenap Dosen dan staf Sekretariat Poltekkes KemenKes Sorong yang selalu memberikan dukungan dan dorongan semangat tanpa pamrih kepada saya.
10. Direktur RSUD Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong dan Klinik Yayasan Sosial Agustinus Sorong yang telah banyak membantu selama proses penelitian.
11. Rekan-rekan mahasiswa Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Angkatan 2009, atas pengertian dan kebersamaan mengarungi suka dan duka selama berproses dalam perkuliahan.
12. Yang tersayang istri dan anakku (Rita dan Karel) yang senantiasa memberikan dukungan doa dan senantiasa mananti dengan penuh kesabaran, terimakasih atas cinta kalian yang telah membuatku senantiasa kuat dalam menjalani hari-hari ini.
13. Kedua orang tua dan mertua tercinta yang senantiasa memberikan dukungan doa dan pengertian yang mendalam tentang arti kehidupan ini.
14. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Penulis sangat menyadari bahwa penyusunan Tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu berbagai kritikan, saran dan masukan yang bersifat perbaikan sangatlah diharapkan guna penyempurnaannya. Sekian dan terima kasih.

Depok, Desember 2011

**Penulis**

## TUGAS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Yowel Kambu  
NPM : 0906505073  
Program Studi : Pascasarjana Keperawatan  
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul “Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Penularan HIV oleh ODHA di Sorong” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tesis saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : Januari 2012

Yang menyatakan



(Yowel Kambu)

## DAFTAR ISI

	<b>Hal</b>
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT .....	ii
PERNYATAAN ORISINILITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK .....	v
UCAPAN TERIMAKASIH.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR DIAGRAM.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Masalah Penelitian .....	3
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS</b>	
A. Konsep: Pengetahuan, Sikap, Tindakan Pencegahan Penularan HIV, Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Lama Menderita HIV/AIDS dan status mendapat ART .....	6
1. Konsep Pengetahuan ( <i>Knowledge</i> ) .....	6
2. Konsep Sikap ( <i>Attitude</i> ) .....	6
3. Konsep Tindakan Pencegahan Penularan HIV .....	7
4. Umur .....	9
5. Jenis Kelamin ( <i>Sex</i> ).....	9
6. Status Kawin .....	10
7. Tingkat Pendidikan .....	10
8. Pekerjaan.....	11
9. Lama Menderita HIV/AIDS.....	12
10. Status Mendapat ART .....	12
B. Penelitian Faktor-faktor Terkait .....	16
1. Penelitian Pengetahuan dan Sikap HIV .....	16
2. Penelitian Terkait Tindakan Pencegahan Penularan HIV .....	18
3. Umur dan Jenis Kelamin.....	19
4. Status Perkawinan .....	19
5. Tingkat Pendidikan .....	20
6. Pekerjaan.....	21
6. Lama Menderita HIV/AIDS.....	22
7. Status Mendapat ART .....	24
C. Konsep Keperawatan HIV/AIDS .....	25
1. Pengkajian.....	25
2. Rencana Tujuan dan Rencana Intervensi (NIC) .....	29

<b>BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
A. Kerangka Konsep .....	35
B. Hipotesis Penelitian .....	35
C. Definisi Operasional .....	36
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian .....	38
B. Populasi dan Sampel .....	38
C. Tempat dan Waktu Penelitian .....	40
D. Etika Penelitian .....	40
E. Alat Pengumpul Data .....	41
F. Prosedur Pengumpulan Data .....	43
G. Pengolahan Data .....	44
H. Analisa Data .....	45
<b>BAB V HASIL PENELITIAN</b>	
A. Gambaran Umum Pelaksanaan Penelitian .....	48
B. Analisis Univariat .....	59
C. Analisis Bivariat .....	51
D. Analisis Multivariat .....	53
<b>BAB VI PEMBAHASAN</b>	
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian .....	56
B. Keterbatasan Penelitian .....	78
C. Implikasi Keperawatan Medikal Bedah .....	79
<b>BAB VII SIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Simpulan .....	81
B. Saran .....	81
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>xviii</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>xix</b>

## DAFTAR TABEL

	<b>Hal.</b>
Tabel 2.1 Saat Memulai ART pada ODHA Dewasa Disesuaikan Pemeriksaan CD4.....	13
Tabel 2.2 Pengkajian Status Mental.....	27
Tabel 3.1 Definisi Operasional, Alat, Skala & Cara Ukur, Kode & Hasil Ukur	36
Tabel 4.1 Analisis Univariat Karakteristik Responden Variabel Independen dan Variabel Dependen.....	45
Tabel 4.2 Analisis Bivariat .....	46
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Tingkat pendidikan, Status Perkawinan dan Pekerjaan di RSUD Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong dan Klinik YSA Sorong Tahun 2011.....	49
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan, Sikap, Lama Menderita HIV/AIDS dan Lama Mendapat ART pada Pasien di RSUD Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong dan Klinik YSA Sorong.....	50
Tabel 5.3 Analisis Hubungan Antara Faktor-faktor Yang Mempengaruhi dan Tindakan Pencegahan Penularan HIV pada ODHA di RSUD Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong dan Klinik YSA Sorong .....	51
Tabel 5.4 Nilai Probabilitas ( <i>p value</i> ) Hasil Seleksi Kandidat Variabel Untuk Uji Regresi Logistik.....	53
Tabel 5.5 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Penularan HIV pada ODHA di RSUD Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong Tahun 2011 .....	54

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Hal.</b>
Gambar 2.1 Pendidikan Klien: Cara yang tepat menggunakan kondom Pria.....	30
Gambar 2.2 Cara yang tepat dalam menggunakan kondom wanita.....	31



## DAFTAR DIAGRAM

	<b>Hal.</b>
Diagram 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Tindakan Pencegahan Penularan HIV pada ODHA di RSUD Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong dan Klinik YSA Sorong .....	50



## DAFTAR SKEMA

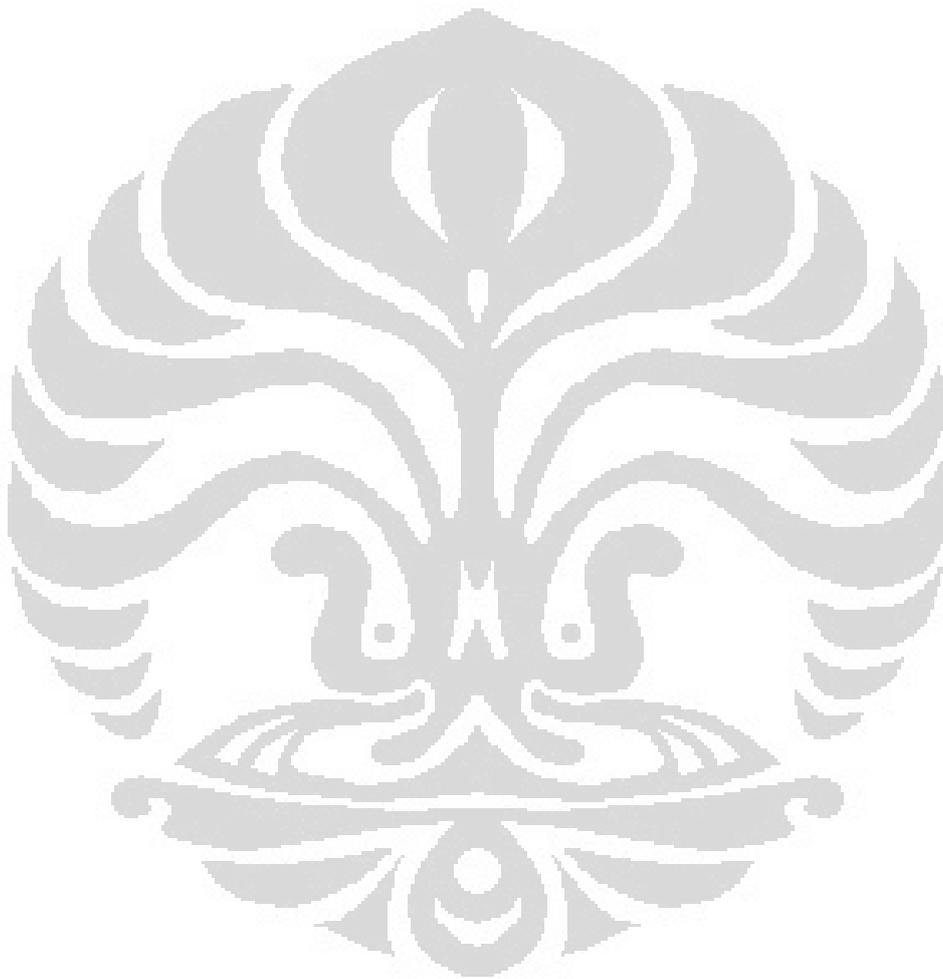
	<b>Hal.</b>
Skema 2.1 Kerangka Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan .....	8
Skema 2.2 Kerangka Teori Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Karakteristik OHDA dengan Tindakan Pencegahan Penularan HIV pada ODHA.....	34
Skema 3.1 Bagan Kerangka Konsep.....	35



## DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AP	: <i>Associated Press</i>
ART	: <i>Antiretroviral Therapy</i>
BUN	: <i>Blood Urea Nitrogen</i>
BPS	: Badan Pusat Statistik
CDC	: <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CD4	: <i>Cluster of Defferentiation 4</i>
CST	: <i>Care, Support and Treatment</i>
CMV	: <i>Cyto Megalo Virus</i>
DIY	: Daerah Istimewa Yogyakarta
Ditjen PP dan PL Kemenkes RI	: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
DKI	: Daerah Khusus Ibukota
DFID	: <i>Departement For International Development</i>
ELISA	: <i>Enzyme Linked Immunosorbent Assay</i>
FHI	: <i>Family Health International</i>
FSWs	: <i>Famela Sex Workers</i>
HIV	: <i>Human Immune Deficiency Virus</i>
HPTN	: <i>HIV Prevention Trials Network</i>
IBBS	: <i>Integrated Bahavioral Biological Survey</i>
IDU	: <i>Injecting Drug User</i>
IO	: Infeksi Oportunistik
ILO	: International Lobour Organization
ISPA	: Infeksi Saluran Pernapasan Akut
KPA	: Komisi Penanggulangan AIDS
LSL	: Lelaki Seks Lelaki
MDGs	: <i>Millennium Development Goals</i>
MAC	: <i>Mycobacterium Avium Complex</i>
NANDA	: <i>The North American Nursing Diagnosis Association</i>
NAPZA	: Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Aditif
NIC	: <i>Nursing Interventions Outcome</i>
NIAID	: <i>The National Institute of Allergy and Infection Deseases</i>
NOC	: <i>Nursing Outcome Classification</i>
ODHA	: Orang Dengan HIV dan AIDS
PHC	: <i>Public Health Care</i>
PSK	: Pekerja Seks Komersial
PPE	: <i>Palmopantar Erythrodysesthesia</i>
RAAP	: <i>Rapid Anthropological Assessment Procedures</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
STBP	: Surveilans Terpadu-Biologis Perilaku
STDs	: <i>Sexually Transmitted Disease</i>
SDF	: Sel Dendritik Folikuler
TNI	: Tentara Nasional Indonesia
UNAIDS	: <i>The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
UNESCO	: <i>United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization</i>

UNICEF	: <i>The United Nations Children's and Fund</i>
UNFPA	: <i>United Nations Population Fund</i>
USAID	: <i>United States Agency For Internatonal Development</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WPS	: <i>Wanita Pekerja Seks</i>
WPSL	: <i>Wanita Pekerja Seks Langsung</i>
WPSTL	: <i>Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung</i>
VCT	: <i>Voluntary Counselling and Testing</i>



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Lembar Penjelasan Penelitian
Lampiran 2	: Lembar Persetujuan Responden
Lampiran 3	: Petunjuk Pengisian Kuesioner
Lampiran 4	: Lembar Karakteristik Responden
Lampiran 5	: Kuesioner Pengetahuan
Lampiran 6	: Kuesioner Sikap
Lampiran 7	: Kuesioner Tindakan Pencegahan Penularan HIV
Lampiran 8	: Lembar Konsultasi Pembimbing
Lampiran 9	: Keterangan Lolos Kaji Etik
Lampiran 10	: Permohonan Ijin Penelitian Ditujukan Kepada Yth. Direktur RSUD Kabupaten Sorong
Lampiran 11	: Permohonan Ijin Penelitian Ditujukan Kepada Yth. Direktur RSUD Sele Be Solu Kota Sorong
Lampiran 12	: Permohonan Ijin Penelitian Ditujukan Kepada Yth. Ketua Klinik Yayasan Sosial Agustinus Sorong
Lampiran 13	: Persetujuan Ijin Penelitian RSUD Kabupaten Sorong
Lampiran 14	: Persetujuan Ijin Penelitian RSUD Sele Be Solu Kota Sorong.
Lampiran 15	: Persetujuan Ijin Penelitian Klinik YSA Sorong
Lampiran 16	: Jadwal Kegiatan Penelitian

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

AIDS didefinisikan sebagai suatu sindrom atau kumpulan gejala penyakit dengan karakteristik defisiensi kekebalan tubuh yang berat dan merupakan manifestasi stadium akhir infeksi HIV (Parwati, 1996, dalam Notoatmodjo, 2007). AIDS adalah penyakit defisiensi imun sekunder yang paling umum di dunia, sekarang merupakan masalah epidemik dunia yang serius (Ignatavicius & Workman, 2010). HIV menjadi penyebab utama menurunnya sistem imun sekunder, yang lambat laun akan mengarah pada stadium AIDS. Padahal, integritas sistem imun sangat diperlukan untuk mempertahankan diri terhadap mikroorganisme dan produk toksik yang dihasilkannya (Kresno, 2010).

Secara global pada tahun 2006 lebih dari 56 juta orang hidup dengan HIV/AIDS. Sejak tahun 2005 terdapat 4,9 juta kasus infeksi HIV baru, dan telah lebih dari 3,1 juta dengan AIDS yang meninggal dunia. Di Amerika Serikat pada tahun 2005 HIV menduduki peringkat keempat penyebab kematian (Black & Hawks, 2008). Menurut UNAIDS WHO (2009), kasus epidemik AIDS di seluruh dunia pada tahun 2008, total jumlah orang hidup dengan positif HIV adalah 33,4 juta. Sementara perkiraan total jumlah kasus infeksi baru HIV adalah 2,7 juta.

Di Indonesia total angka kematian akibat AIDS pada tahun 2008 mencapai 2 juta orang (KPA, 5 Februari 2008), hingga Desember 2010 jumlah kasus AIDS baru yang dilaporkan adalah 1.405 kasus, dan diperkirakan jumlah ODHA akan meningkat menjadi 130.000 orang, dengan angka kumulatif kasus AIDS adalah 10,46 per 100.000 penduduk (data BPS tahun 2009 jumlah penduduk Indonesia adalah 230.632.700 jiwa) (Ditjen PP dan PL KemenKes RI, 2011). Sementara, menurut para ahli epidemiologi Indonesia dalam kajiannya tentang kecenderungan epidemik HIV/AIDS, bila tidak ada peningkatan upaya penanggulangan yang bermakna, maka pada tahun 2015 jumlah kasus AIDS akan menjadi 1 juta orang dengan angka kematian 350.000 orang (KPA, 2010a; Nasronudin, 2007). Hal ini mengingatkan fenomena gunung es kasus HIV masih

terus akan terjadi, yaitu jumlah kasus yang diketahui lebih sedikit dari pada kasus HIV yang belum diketahui (Ditjen PP & PL KemenKes RI, 2008).

Kasus HIV/AIDS di Provinsi Papua Barat terus meningkat. Data terakhir yang di rilis Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat per 30 Juni 2009, total kasus HIV/AIDS sebanyak 1.589. KPA Papua Barat menyebutkan prevalensi HIV/AIDS pada populasi umum telah mencapai lebih dari 1% (Elsham Papua, 2010). Sedangkan untuk kota Sorong terdapat 742 kasus HIV/AIDS dan yang meninggal dunia 175 orang sesuai data yang tercatat sejak September 2009. Hal ini sangat memprihatinkan, karena secara kuantitatif data dari jumlah penduduk kota Sorong sendiri hampir 200 ribu lebih, dan yang tercatat sebagai ODHA adalah 742 orang ( $\pm 0,4\%$  penduduk kota Sorong adalah ODHA) (Margono, 2010). Data kumulatif dari Pokja UPK HIV/AIDS RSUD Kabupaten Sorong, terjadi pertambahan jumlah ODHA secara signifikan dalam 3 tahun terakhir, yaitu: tahun 2008 sebanyak 129 kasus, tahun 2009 sebanyak 96 kasus, dan di tahun 2010 sebanyak 222 kasus. Hingga Februari 2011 jumlah kumulatif yang teridentifikasi positif HIV adalah 381 kasus, dan semuanya teridentifikasi memenuhi syarat untuk mendapat ART. Nampak bahwa jumlahnya akan mengalami kecenderungan peningkatan dari tahun ke tahun.

Data jalur penularan HIV terbaru yang dilaporkan oleh Ditjen PP & PL Kemenkes RI per Desember 2010 adalah melalui heteroseksual 78,22%, IDU 16,30%, perinatal 2,49%, dan LSL 1,7%. Hubungan seks tanpa kondom antara WPS dan kliennya merupakan cara penularan terbesar kedua di Indonesia, pertama adalah melalui berbagai peralatan suntik NAPZA bergantian.

Tindakan pencegahan penularan HIV khususnya oleh ODHA ke orang lain sangatlah penting dilakukan melalui perubahan perilaku berisiko, guna memutuskan mata rantai penularan HIV dan mengurangi dampak sosial ekonomi dari HIV/AIDS, sehingga tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat (Sujudi, 2002; Notoatmodjo, 2007). Disamping itu pula, hingga saat ini belum ditemukan obat atau vaksin yang dapat mengobati dan mencegah HIV/AIDS. Walaupun ART saat ini tersedia, namun hanya berfungsi sebagai penghambat pertumbuhan HIV dan bukan untuk menyembuhkan (Dachlia, 2000).

Terdapat beberapa faktor yang diketahui turut mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV dari ODHA ke orang lain seperti: pengetahuan dan sikap, umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama menderita HIV/AIDS dan status mendapat ART. Namun secara global, penularan HIV disebabkan oleh kurangnya pengetahuan kaum muda umur 15-24 tahun (WHO, 2004, dalam Maimaiti, 2010). WHO menetapkan bahwa kaum muda adalah inti dari pencegahan perkembangan pandemik HIV/AIDS (WHO, 2004, dalam Maimaiti, 2010). WHO memperkirakan bahwa kaum muda dengan umur 15-24 tahun adalah 50% dari total kasus infeksi HIV baru dan konsekuensinya harus diberikan pendidikan kesehatan untuk menurunkan penularan dan mengurangi stigma terhadap diagnosis HIV (WHO, 2004, dalam Maimaiti, 2010).

Untuk dapat menetapkan strategi tindakan pencegahan yang sesuai diperlukan data-data statistik pendukung. Namun, untuk statistik angka faktor-faktor tersebut pada ODHA di Indonesia, dari hasil penelusuran literatur tidak didapatkan data yang menunjukkan besarnya yang dihubungkan dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA.

Berdasarkan hal-hal tersebut, maka Peneliti merasa perlu untuk meneliti dan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong. Diharapkan hasil penelitian ini akan menjadi bahan pertimbangan untuk membantu program pencegahan penularan HIV di wilayah Sorong Papua Barat.

## **B. Masalah Penelitian**

HIV sangat berisiko menular melalui kontak seksual dan nonseksual yang tidak aman dan mengancam eksistensi kehidupan manusia. Dampak penularan ini harus segera diatasi. Langkah awal untuk mengatasi masalah tersebut adalah kita harus mempunyai data yang mendukung dan akurat. Telah banyak ditemukan data jalur penularan HIV dan berbagai upaya pencegahannya terus dilakukan, namun kecenderungan peningkatan jumlah ODHA terus meningkat. Sementara, data statistik tentang faktor-faktor terkait yang berhubungan dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA belum ada. Oleh karena itu peneliti merumuskan masalah sebagai berikut:

“Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong ?”

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong.

#### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi:

- a. Gambaran pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, lama menderita HIV/AIDS, status mendapat ART.
- b. Hubungan pengetahuan ODHA dengan tindakan pencegahan penularan HIV.
- c. Hubungan Sikap ODHA dengan tindakan pencegahan penularan HIV.
- d. Hubungan umur ODHA dengan tindakan pencegahan penularan HIV.
- e. Hubungan jenis kelamin ODHA dengan tindakan pencegahan penularan HIV.
- f. Hubungan status kawin ODHA dengan tindakan pencegahan penularan HIV.
- g. Hubungan tingkat pendidikan ODHA dengan tindakan pencegahan penularan HIV.
- h. Hubungan pekerjaan ODHA dengan tindakan pencegahan penularan HIV.
- i. Hubungan lama menderita HIV/AIDS dengan tindakan pencegahan penularan HIV.
- j. Hubungan lama mendapat ART dengan tindakan pencegahan penularan HIV.
- k. Faktor-Faktor yang paling mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA.

## **D. Manfaat penelitian**

### 1. Manfaat Aplikatif

- a. Penelitian ini diharapkan akan memberikan gambaran tentang faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA, dan dapat dijadikan tolok ukur tingkat keberhasilan dalam intervensi keperawatan pada ODHA melalui upaya peningkatan pendidikan kesehatan dengan fokus utama pada pencegahan penularan HIV.
- b. Dapat menjadi bahan evaluasi untuk menilai tingkat keberhasilan program pelayanan kesehatan Rumah Sakit pada ODHA, khususnya dalam upaya peningkatan preventif dan promosi kesehatan dalam menanggulangi masalah HIV/AIDS.

### 2. Manfaat Keilmuan

- a. Dapat menjadi bahan masukan bagi proses pendidikan keperawatan khususnya aplikasi praktik keperawatan yang lebih kompeten, sehingga turut serta berkontribusi dalam upaya penanggulangan penularan HIV oleh ODHA dimasa akan datang.
- b. Sebagai salah satu sumber data untuk mengembangkan penelitian keperawatan dan kesehatan lain selanjutnya, terkait upaya mengembangkan intervensi pendidikan kesehatan dan konseling untuk mencegah penularan HIV oleh ODHA yang lebih baik.

### 3. Manfaat Metodologi

Penelitian ini dapat menjadi salah satu bahan rujukan dalam bidang penelitian keperawatan, khususnya tentang pengembangan intervensi pencegahan penularan HIV oleh ODHA yang lebih baik.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep: Pengetahuan, Sikap, Tindakan Pencegahan Penularan HIV, Umur, Status Perkawinan, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Lama Menderita HIV/AIDS, dan Status Mendapat ART**

##### 1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya) (Notoadmodjo, 2010). Pengetahuan pada tingkat kognitif tertentu (C1=tahu, C2=paham, C3=aplikasi, C4=analisis, C5=sintesis, C6=evaluasi) merupakan faktor yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang, sebab dari pengetahuan dan penelitian ternyata perilaku yang di sadari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak di sadari oleh pengetahuan (Notoadmodjo, 2003). Khususnya pada ODHA, pengetahuan yang benar terhadap HIV/AIDS sangat membantu untuk mengubah perilaku ODHA (Irmanigrum, et al. 2007).

Pengetahuan mengenai perilaku kesehatan terkait HIV akan memberikan arah pemahaman tentang proteksi diri dan peningkatan kesehatan (Moorhead, et al. 2004, dalam Ackley, et al. 2008). Perawat sebagai lini terdepan pelayanan kesehatan yang berhadapan langsung dengan ODHA, memegang peranan penting dalam melakukan pendidikan dan konseling guna meningkatkan dan mempertahankan status kesehatan ODHA. Peran perawat ketika bertindak sebagai konselor dapat membantu klien dalam mengidentifikasi masalah dan mencari solusi. Konselor dapat memfasilitasi tindakan ODHA dan tidak menyarankan apa yang dilakukan ODHA, tetapi membantu ODHA untuk meningkatkan kopingnya (Delaune & Ladner, 2002).

##### 2. Sikap (*Attitude*)

Notoatmodjo (2010) mengatakan bahwa sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek yang

melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan lainnya. Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dengan kata lain sikap belum berupa tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, tetapi merupakan predisposisi perilaku tindakan, atau reaksi tertutup.

### 3. Tindakan Pencegahan Penularan HIV

Tindakan atau praktik (*practice*) merupakan salah satu domain perilaku, selain pengetahuan (*knowledge*) dan sikap (*attitude*) (Notoatmodjo, 2010). Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Misalnya, sikap ODHA yang positif terhadap pencegahan penularan HIV harus mendapat konfirmasi dari pasangannya (suami/istri), dan ada fasilitas pencegahan HIV yang mudah di jangkau ODHA, misalnya layanan ART yang mudah dan kondom murah di unit layanan kesehatan terdekat. Diperlukan juga faktor dukungan dari pihak lain, misalnya dari suami atau istri, orang tua atau mertua dan lain-lain (Notoatmodjo, 2003).

Pencegahan HIV didefinisikan sebagai upaya menurunkan kejadian penularan dan penambahan infeksi HIV melalui beberapa strategi, aktivitas, intervensi, dan pelayanan (CDC, 1998, dalam Ackley, Ladwing, Swan, & Tucker, 2008). Tindakan pencegahan penularan HIV berarti upaya untuk menanggulangi dengan mencegah penularan HIV dari ODHA ke orang lain dengan menggunakan metode atau cara seksual atau nonseksual yang aman.

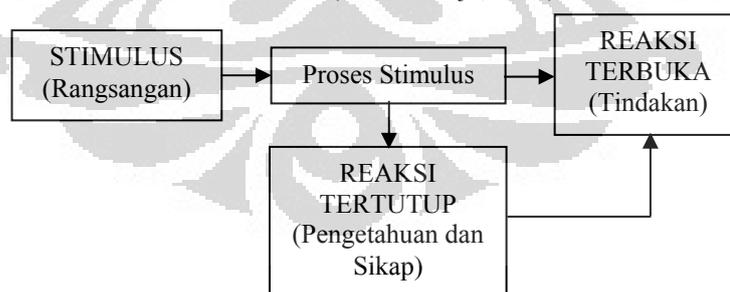
HIV ditularkan melalui darah, cairan mani, dan vagina orang yang tertular. Orang akan mengalami kontak dengan cairan-cairan ini melalui hubungan seks vaginal dan anal (dimasukkannya penis ke dalam lubang dubur, yaitu cara penularan pada pria *gay*), transfusi dengan darah tercemar, transplantasi organ atau jaringan yang terinfeksi, menggunakan jarum suntik bekas (NAPZA suntikan), atau secara tidak sengaja tersuntik jarum bekas yang mengandung HIV (kadang-kadang terjadi pada petugas kesehatan) (Hutapea, 2003).

Selain itu, terdapat bukti yang menunjukkan bahwa HIV dapat pula 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 (Hutapea, 2003).

Tindakan pencegahan penularan HIV dilakukan dengan mencegah perilaku seks berisiko. Ada beberapa metode yang direkomendasikan oleh Kemenkes RI untuk mencegah penularan HIV yang dikenal dengan perilaku ABCDE :

- a. *Abstinence* : tidak melakukan hubungan seks bebas.
  - b. *Be faithful* : melakukan prinsip monogami yaitu tidak berganti pasangan dan saling setia pada pasangannya.
  - c. *Condom* : untuk yang melakukan hubungan seks yang mengandung risiko dianjurkan melakukan seks aman termasuk menggunakan kondom (Ikob, 2002)
  - d. *Drugs* : Jauhi narkoba
  - e. *Equipment* : Hindari pemakaian alat medis yang tidak steril.
- (Subdin BPP & PL DinKes Provinsi Papua, 2007)

**Skema 2.1**  
**Hubungan antara Pengetahuan, Sikap dan Tindakan**  
 (Notoatmodjo, 2010)



Skema 2.1 menjelaskan bahwa stimulus dapat berupa informasi tentang kesehatan yang diperoleh seseorang melalui pendidikan (formal & non formal) dan informasi dari media masa (televisi, radio, koran, majalah dll) yang berada di lingkungan individu. Informasi ini akan di proses menjadi sumber pengetahuan dan penetapan sikap dan berubah menjadi suatu tindakan tertentu. Dengan kata lain, stimulus dapat berkorelasi langsung dengan reaksi terbuka,

yaitu terjadinya suatu tindakan. Dalam hal ini, stimulus yang berupa informasi yang terkait masalah kesehatan tentang bahaya HIV dan antisipasi tindakan pencegahannya, akan menyebabkan seseorang memiliki pengetahuan dan sikap tentang masalah kesehatan tersebut, sehingga dapat mengambil suatu tindakan yang terkait dengan penyelesaian masalah kesehatan yang dialami individu. Diharapkan individu tersebut dapat melakukan tindakan pencegahan penularan HIV.

#### 4. Umur

Umur pertama kali melakukan hubungan seks penting dalam epidemi HIV karena berkorelasi dengan jumlah pasangan seks selama hidupnya (Dachlia, 2000). Umumnya seseorang mulai aktif secara seksual sejak remaja, kemudian berangsur-angsur aktivitas seksual meningkat sampai umur 30 tahun, lalu menurun setelah umur 30 tahun (Dachlia, 2000). Semakin muda seseorang melakukan hubungan seks, maka semakin banyak peluang ia melakukan hubungan seks dengan banyak pasangan, sehingga hal ini menjadi bagian penting bagi transmisi HIV (Gillmore et al. 1999; Narain et al. 1994, dalam Dachlia, 2000).

#### 5. Jenis kelamin (*Sex*)

Pengertian jenis kelamin berhubungan dengan perbedaan biologis antara perempuan dan laki-laki. Jenis kelamin merupakan anugerah yang melekat pada kita sejak lahir dan tidak mungkin diubah terkait struktur tubuhnya, yaitu laki-laki dan perempuan (Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI, 2008).

Penularan HIV lebih mungkin dan sering terjadi melalui hubungan seks dari laki-laki ke perempuan, dari pada sebaliknya. Salah satu sebabnya adalah karena HIV lebih banyak ditemui di dalam cairan *semen* dari pada cairan *vagina* (Hutapea, 2003). Sebab lain adalah bahwa mani yang tercemar HIV dapat tinggal di dalam vagina beberapa hari setelah hubungan seks, sehingga memberi kesempatan yang lebih besar untuk dapat menularkan.

Di sisi lain, secara medis organ intim perempuan (*vagina*) lebih rentan mengalami laserasi saat melakukan hubungan seksual (*coitus*) dibandingkan

organ intim laki-laki (*penis*), sehingga HIV dapat menembus dan masuk ke peredaran darah. Infeksi HIV paling banyak terdapat pada kelompok perempuan produktif. Hubungan seks anal dianggap sebagai praktik seks yang paling berisiko, terutama bagi orang yang menerima penis di dalam duburnya. Penis dapat menggores dan merobek selaput lendir rektum, sehingga HIV dapat lebih lancar masuk ke dalam peredaran darah. Penularan HIV secara heteroseksual merupakan cara perpindahan paling umum di Afrika, Karibia, dan beberapa bagian Amerika Selatan (Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI, 2008; Hutapea, 2003).

#### 6. Status Perkawinan

Status perkawinan adalah status sipil individu dalam hubungannya dengan hukum pernikahan atau kebiasaan suatu negara, seperti: tidak pernah menikah, menikah, janda/duda dan tidak menikah, menikah tapi secara hukum berpisah, berserikat *de facto* (*Organisational and Technical Aspects United Nations Studies in Methods, 1991*). Status kawin dapat juga dibedakan menjadi: belum kawin, kawin, cerai hidup, cerai mati. Kawin adalah status dari mereka yang terikat dalam perkawinan pada saat pencacahan, baik yang tinggal bersama maupun terpisah. Dalam hal ini tidak saja mereka yang kawin sah, secara hukum (adat, agama, negara dan sebagainya), tetapi juga mereka yang hidup terpisah sebagai suami istri karena bercerai dan belum kawin lagi. Cerai mati adalah status dari mereka yang suami/istrinya telah meninggal dunia dan belum kawin lagi (Data Statistik Indonesia, 2011).

#### 7. Tingkat pendidikan

Menurut Notoatmodjo (2003), pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yakni :

- a. *Input*: adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok dan masyarakat), dan pendidik (pelaku pendidikan).
- b. Proses: adalah suatu upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.

c. *Output*: adalah melakukan apa yang diharapkan atau perilaku. (Notoatmodjo, 2003).

Sedangkan tingkat pendidikan yang dimaksudkan adalah jenjang pendidikan formal dan non formal yang pernah dialami seseorang, yaitu dimulai dari sekolah TK, SD, SMP, SMU, Perguruan Tinggi (diploma, strata satu (S1), strata dua (S2), strata tiga (S3) dan mengikuti kursus (pelatihan).

Esensi pendidikan yang ditekankan di sini adalah pendidikan kesehatan. Yang dimaksudkan dengan pendidikan kesehatan adalah aplikasi pendidikan dalam bidang kesehatan. Hasil (*output*), yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan di sini adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif (Notoatmodjo, 2003).

## 8. Pekerjaan

Pekerjaan berasal dari kata dasar “kerja”. Yang dimaksud dengan kerja adalah perbuatan melakukan sesuatu pekerjaan; sesuatu yang dilakukan untuk mencari nafkah (Haryono, 2009). Sedangkan “pekerja” adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima upah atau imbalan dalam bentuk lain (Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI, 2005). Berarti, pekerjaan adalah suatu tindakan atau kegiatan yang dilakukan seseorang untuk mencapai tujuan tertentu (misalnya, mendapat upah/gaji, mendapat pujian dan pengakuan dll).

Kasus HIV/AIDS dalam kaitannya dengan pekerja, maka terdapat istilah “Pekerja dengan HIV/AIDS” dapat diartikan sebagai pekerja atau buruh yang terinfeksi HIV dan atau mempunyai gejala AIDS (Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI, 2005).

Somavio (2004) menjelaskan bahwa AIDS membawa dampak yang besar terhadap para pekerja dan keluarga mereka, perusahaan serta perekonomian nasional. AIDS merupakan persoalan di tempat kerja dan tantangan bagi pembangunan.

## 9. Lama menderita HIV/AIDS

Yang dimaksud dengan lama menderita HIV/AIDS adalah waktu sejak pertama kali teridentifikasi melalui pemeriksaan diagnostik (tes *antibody* HIV: jumlah limfosit total, *ELISA* atau *Western Blot* sesuai prosedur standar) (DepKes, 2007b), dan dengan ditegakkannya diagnosa medis oleh dokter yang berkompeten.

Yang perlu menjadi perhatian kita bersama adalah bagaimana menemukan formula deteksi dini pada masa periode jendela (masa 2 minggu-3 bulan setelah terinfeksi HIV) dari infeksi HIV. Masa ini sangat rentan karena klien yang telah terinfeksi belum mampu terdeteksi *antigen* HIV oleh pemeriksaan laboratorium tes *antibody* HIV yang tersedia saat ini, sehingga klien dapat potensial menularkan HIV ke orang lain melalui perilaku seksual dan nonseksual berisiko.

Oleh sebab itu, perlu dilakukan upaya preventif dan promotif dengan memberikan edukasi tentang bahaya HIV/AIDS dan pencegahan penularannya melalui program konseling dan pendampingan yang baik dan konsisten pada ODHA. Masyarakat sangat perlu di edukasi melalui media masa secara luas, sehingga menimbulkan kesadaran dan mau melakukan tes HIV secara sukarela serta dapat memberikan perlindungan kepada ODHA (tidak ada stigma negatif terhadap ODHA).

## 10. Status mendapatkan ART

Yang dimaksud dengan status mendapat ART adalah identifikasi ODHA yang dinyatakan memenuhi syarat mendapat ART atau belum. Penetapan pemberian ART berdasarkan diketahuinya kondisi klinis yang dapat ditetapkan melalui stadium klinis (stadium 1-4) pada ODHA, bersama dengan hasil pemeriksaan CD4, bila tersedia (DepKes, 2007b). Bila tidak tersedia tes CD4, hitung limfosit total (*Total Lymphocyte Count*) dapat digunakan sebagai penanda fungsi imunitas. Dalam program ART, hitung limfosit total hanya berlaku pada satu keadaan klinis saja (ODHA dengan stadium klinis 2 manakala sarana tes CD4 tidak tersedia). Keputusan akan lebih mudah yaitu bahwa terapi ART dianjurkan pada ODHA dengan stadium klinis 3 dan 4,

dan tidak dianjurkan untuk ODHA yang asimtomatik atau stadium 1 (DepKes, 2007b).

Proses memulai ART meliputi penilaian terhadap kesiapan ODHA untuk memulai ART dan pemahaman tentang tanggung jawab selanjutnya (terapi seumur hidup, *adherence*, toksisitas). Jangkauan pada dukungan gizi dan psikososial, dukungan keluarga atau sebaya merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan ketika membuat keputusan untuk memulai ART (DepKes RI, 2007b).

Jangan memulai ART bila masih terdapat IO yang aktif. Pada dasarnya IO harus diobati atau diredakan dahulu, kecuali MAC, di mana ART merupakan pilihan yang lebih baik, terutama apabila terapi spesifik MAC tidak tersedia. Keadaan lain yang mungkin akan membaik ketika dimulai ART adalah *kandidosis* dan *riptosporidiosis* (DepKes RI, 2007b).

**Tabel 2.1**  
**Saat Memulai ART pada ODHA Dewasa Disesuaikan Pemeriksaan CD4**

<b>Stadium Klinis</b>	<b>Bila tersedia pemeriksaan CD4 (sel/mm<sup>3</sup>)</b>	<b>Bila Tidak Tersedia Pemeriksaan CD4 (sel/mm<sup>3</sup>)</b>
<b>Asimtomatis (tanpa gejala klinis):</b> tidak ada penurunan berat badan; tidak ada gejala atau hanya limfadenopati Generalisata persisten.	ART dimulai bila CD4 <200	ART tidak diberikan
<b>Sakit ringan:</b> Penurunan berat badan 5-10%; ISPA berulang misalnya sinusitis, otitis; herpes zoster dalam 5 tahun terakhir; luka di sekitar bibir (kelilitas angularis), ulkus mulut berulang; ruam kulit yang gatal (seboroik atau prurigo-PPE); dermatitis seboroik; infeksi jamur		Bila jumlah total limfosit <1200
<b>Sakit sedang:</b> Penurunan berat badan > 10%; diare, demam yang tidak diketahui penyebabnya, lebih dari 1 bulan; kandidiasis oral atau vaginal; oral hairy leukoplakia; TB paru dalam 1 tahun terakhir, infeksi bakterial yang berat (pneumonia, piomistis dll); TB limfadenopati; Gingivitis/Periodontitis ulseratif nekrotik akut; anemia (Hb <8 gr%), netropenia (<15000/ml), trombositopenia kronis (<50.000/ml)	Jumlah CD4 200-350 Pada Kehamilan & TB: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulai ART pada semua ibu hamil dengan CD4 350.</li> <li>• Mulai ART pada semua ibu hamil dengan CD4 350</li> <li>• Mulai pada semua ODHA dengan CD4 &lt;350 dengan TB paru atau infeksi bakterial berat.</li> </ul>	ART dimulai tanpa memandang jumlah limfosit total.

<p><b>Sakit berat (AIDS):</b>          Sindroma <i>wasting</i> HIV; pnemosistis*, pnemoni bakterial yang berat yang berulang; herpes ulseratif lebih dari satu bulan; kandidosis esophageal; TB extraparu*; sarkoma kaposi; Retinitis CMV*; abses otak toksoplasmosis*; Encefalopati HIV; meningitis kriptokokus*; infeksi mikobakteria non-TB meluas; lekoensefalopati multifokal progresif (PML); piniciliosis, kriptosporiodosis kronis, isosporiasis kronis, mikosis meluas (histoplasmosis ekstra paru, coccidiomikosis); limfoma serebral atau <i>B-cell</i>, non-hodgkin* (gangguan fungsi neurologis &amp; tidak sebab lain sering kali membaik dengan ART); kanker serviks <i>invasive</i>*; leismaniasis atopik meluas; gejala neuropati atau kardiomiopati terkait HIV.</p>	<p>ART dimulai tanpa memandang jumlah CD4</p>
--	---

\*Perlu diagnosis dokter yang dapat diambil dari rekam medis RS sebelumnya.

Keterangan:

- CD4 dianjurkan digunakan untuk membantu menentukan mulainya terapi. Contoh: TB paru dapat muncul kapan saja pada nilai CD4 berapapun dan kondisi lain yang menyerupai penyakit yang disebabkan oleh HIV (misalnya diare kronis, demam berkepanjangan).
- Nilai yang tepat dari CD4 di atas 200 sel/mm<sup>3</sup> dimana ART harus dimulai belum dapat ditentukan.
- Jumlah limfosit total  $\leq 1200$  sel/mm<sup>3</sup> dapat dipakai sebagai pengganti bila pemeriksaan CD4 tidak dapat dilaksanakan dan terdapat gejala yang berkaitan dengan HIV (stadium II dan III). Hal ini tidak dapat dimanfaatkan pada ODHA asimtomatik. Maka, bila tidak ada pemeriksaan CD4, ODHA asimtomatik (stadium I) tidak boleh diterapi karena pada saat ini belum ada petanda lain yang terpercaya di daerah dengan sumber daya terbatas.

(DepKes RI, 2007b)

Di Indonesia, ART yang digunakan untuk pengendali HIV/AIDS adalah duviral, neviral, staviral, dan reviral. Pemerintah memenuhi hak ODHA untuk mendapat pelayanan, pengobatan, perawatan dan dukungan tanpa diskriminasi (Kodim & Hiryani, 2011). Kementerian Kesehatan berkomitmen menyediakan obat subsidi secara sinambung dan diberikan secara penuh berdasarkan surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 1237/MENKES/SK/XI/2004 menunjuk PT Kimia Farma atas nama pemerintah melaksanakan paten dan menyalurkan obat anti retroviral ke rumah sakit yang ditunjuk mengobati ODHA (Kodim & Hiryani, 2011).

WHO menganjurkan bahwa lambat laun hitung limfosit total dapat ditinggalkan, karena tidak bermanfaat dan tidak dianjurkan untuk menilai

respon ART atau sebagai dasar untuk menentukan kegagalan ART (DepKes, 2007b).

Waktu terbaik untuk mulai ART adalah sebelum klien jatuh sakit atau mengalami infeksi oportunistik pertama. Cara terbaik untuk menentukan kapan adalah melalui tes CD4, yang mengukur kerusakan pada sistem kekebalan tubuh (WHO, 2010).

Pedoman WHO 2006 mengusulkan agar ART dimulai pada ODHA dengan penyakit klinis berat dan/atau jumlah CD4  $200 \text{ sel/mm}^3$  atau kurang. Usulan 2009 mendorong pengobatan lebih dini untuk semua ODHA, saat jumlah CD4 menurun menjadi  $350 \text{ sel/mm}^3$  atau kurang, tanpa memandang gejala. WHO mengeluarkan usulan yang diperbaharui mengenai kapan mulai terapi untuk populasi tertentu, termasuk untuk ibu hamil terinfeksi HIV dan ODHA koinfeksi TB atau hepatitis B (WHO, 2010).

WHO memperbaharui pedoman mengenai terapi ART untuk orang dewasa dan remaja yang diluncurkan pada 30 November 2009. Usulan ART baru adalah acuan untuk praktik klinik terbaik akan membantu negara-negara membentuk standar nasional sendiri untuk perawatan dan pengobatan HIV. WHO juga memperbaharui pedomannya mengenai pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi dan untuk makanan bayi dalam konteks HIV. Usulan kunci WHO 2009 adalah:

- a. Diagnosis dan pengobatan HIV secara lebih dini untuk mendukung kehidupan yang lebih lama dan lebih sehat.
- b. Penggunaan *regimen* pengobatan yang bersahabat pada ODHA secara luas.
- c. Sarana tes laboratorium yang lebih luas untuk meningkatkan mutu perawatan HIV. Namun, jangkauan tes laboratorium tidak boleh menjadi persyaratan pengobatan.

(WHO, 2010).

## B. Penelitian Faktor-Faktor Terkait

### 1. Penelitian Pengetahuan dan Sikap tentang HIV

Kerisauan terjadinya epidemi semakin parah di Indonesia, terlihat dari survei perilaku kelompok berisiko pada buruh pelabuhan, supir truk, buruh pabrik, dan wanita penaja seks yang menunjukkan sangat rendahnya penggunaan kondom (< 10%), meskipun pengetahuan mereka tentang pencegahan infeksi HIV dan penyakit kelamin tinggi (Sujudi, 2002).

Kurang lebih separuh penduduk di wilayah Papua yang terpencil di Indonesia Timur belum pernah mendengar mengenai HIV/AIDS. Hal ini didapat dari penelitian yang didanai oleh Bank Dunia, pemerintah Amerika Serikat, dan FHI (*The Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 2007). Menurut laporan penelitian ini 48% orang Papua tidak tahu-menahu mengenai HIV/AIDS, dan 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.

Data kumulatif kasus HIV/AIDS menurut faktor risiko dari DinKes Provinsi Papua (2007), menyebutkan bahwa jumlah kasus dengan penularan tertinggi yaitu melalui heteroseksual sebesar 3187 kasus, homoseksual 37 kasus, perinatal 58 kasus, IDU 7 kasus, transfusi 3 kasus, tidak diketahui 85 kasus. Sementara, data STBP pada kelompok berisiko tinggi di Indonesia, menyebutkan bahwa proporsi WPS langsung dan WPS tidak langsung di Tanah Papua, yang selalu menggunakan kondom di minggu terakhir adalah 72%, dan yang tidak tahu bahwa pemakaian kondom dapat melindungi dari penularan HIV adalah sebesar 34% (estimasi jumlah WPSL dan WPSTL Indonesia dari 8 provinsi tahun 2006: terdapat 95.000-157.000 WSPL dan 85.000-107.000 WSPTL) (*Anonymous*, 2007).

Hal ini mengindikasikan terlalu sedikit WPS yang mengetahui bahwa kondom dapat melindungi dari penularan HIV. Pemakaian kondom secara konsisten pada seks komersial tahun 2007 sangat rendah dan tidak memperlihatkan adanya peningkatan (selama periode 2006 – 2007). Faktornya adalah kurangnya pengetahuan tentang manfaat perlindungan kondom; kondom tidak selalu tersedia untuk WPS; dan dalam setahun

terakhir sebagian besar WPS belum pernah mengikuti pelatihan penggunaan kondom secara benar (*Anonymous, 2007*).

Disamping itu, ditemukan pula sedikit WPS yang menyuntik NAPZA, tetapi 32% dari WPSTL di Batam dan 19% di Jakarta melaporkan memakai metamfetamin dalam 3 bulan terakhir. Pemakaian metamfetamin dapat mengacaukan cara berfikir WPS dalam mengasosiasikan kondom dengan kliennya sehingga perlu perhatian khusus (*Anonymous, 2007*).

Penelitian Epstein (1991) tentang pengetahuan dan sikap klien tentang HIV/AIDS dengan metode *survei* di *Monroe Conty New York* menyimpulkan bahwa dokter keluarga perlu lebih proaktif dalam mendidik keluarga dan klien tentang HIV guna meningkatkan pengetahuan mereka dan bersikap positif terhadap klien HIV. Penelitian Honarvar (2010) tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku keluarga klien HIV/AIDS terhadap anggota keluarganya yang terinfeksi HIV, menyimpulkan bahwa konseling berkelanjutan untuk keluarga di pusat konseling perilaku *Shiraz* dapat mempercepat peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku klien tentang HIV/AIDS. Akan tetapi program konseling tidak menunjukkan keberhasilan yang baik sekali dalam beberapa aspek, diantaranya menghilangkan ketakutan tentang penularan HIV dalam keluarga, atau mengubah sikap istri klien untuk melindungi diri mereka saat melakukan hubungan seksual dengan suami yang telah terinfeksi HIV.

Penelitian lain oleh Essie, et al. (2010) tentang korelasi antara pengetahuan HIV dan perilaku seksual berisiko pada 346 personil militer perempuan dari dua wilayah Nigeria Barat Daya yang menggunakan desain *cross sectional* dengan analisis bivariat dan multivariat regresi logistik menunjukkan bahwa, tingkat pendidikan dan pengetahuan seseorang terinfeksi HIV/AIDS adalah signifikan ( $p < 0,05$ ) prediktor pengetahuan HIV, efikasi diri pencegahan HIV cukup signifikan ( $p < 0,05$ ) diprediksi dengan pendapatan tahunan dan ras/etnik. Sikap penggunaan kondom juga cukup signifikan ( $p < 0,05$ ) dihubungkan dengan jumlah anak, pendapatan tahunan dan jumlah pasangan seksual. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap klien akan sangat menentukan perilaku berisiko seksual seseorang. Hal ini

mengindikasikan pentingnya pengetahuan, sikap klien ODHA dan tindakan pencegahan pada penularan HIV.

Penelitian *The Kaiser Daily HIV/AIDS Report* (2007) berdasarkan wawancara dan sampel darah yang dilaksanakan pada September dan Oktober 2006 mendapat bahwa dari 6.300 responden berumur 15-49 tahun 2,4% di Papua positif HIV. Penelitian ini juga menemukan bahwa prevalensi HIV meningkat menjadi 3,2% pada populasi di daerah pegunungan Papua dibandingkan dengan di daerah rendah 1,8%. Selain itu penelitian ini juga menemukan bahwa hanya 5,1% orang yang tinggal di daerah pegunungan mengetahui di mana kondom tersedia, dibandingkan 34,8% orang yang tinggal di daerah perkotaan. Penelitian ini mengaitkan prevalensi HIV di Papua dengan kurangnya pengetahuan mengenai penyakit tersebut dan akses yang kurang pada kondom. Penelitian tersebut merekomendasikan pendidikan mengenai HIV harus diperluas dengan menambah upaya pendidikan diarahkan terutama pada kelompok berisiko, seperti pada orang dengan beberapa pasangan seks dan pekerja seks komersial serta kliennya. Penelitian ini juga mendesak untuk meningkatkan pendanaan program pendidikan seks dan distribusi kondom.

## 2. Penelitian Terkait Tindakan Pencegahan Penularan HIV

Tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA terkait erat dengan perubahan perilaku berisiko ODHA, baik secara seksual dan non seksual yang berdampak pada penularan HIV kepada orang lain. Beberapa penelitian terkini telah mengemukakan bahwa “perubahan perilaku”, khususnya “perubahan perilaku seksual berisiko” sangat efektif mencegah penularan lebih lanjut dari HIV yang menakutkan, dan kepada orang-orang yang sangat rentan harus diberikan pengetahuan yang akurat dalam rangka perubahan perilaku (Ladebo & Tanimowo, 2002; Umalaka & Matsuo, 2002; Oster, 2007, dalam Adekeye & Adeusi, 2011).

Oleh karena tidak ada obat yang tersedia untuk menyembuhkan HIV/AIDS, maka hanya dengan cara melakukan pencegahan infeksi HIV yaitu melalui perubahan perilaku berisiko seseorang agar dapat terhindar dari HIV. Banyak orang yang telah terinfeksi HIV tidak bergejala, dan oleh karena itu tidak ada cara lain untuk dapat mengetahui dengan pasti apakah pasangan seksual tidak

terinfeksi, kecuali jika dirinya telah melakukan tes dan hasilnya negatif dan tidak melakukan suatu perilaku berisiko diantara selang waktu tes HIV (Adekeye & Adeusi, 2011).

### 3. Umur dan Jenis Kelamin

Beberapa studi memperlihatkan bahwa umur berhubungan erat dengan keaktifan perilaku seksual seseorang (Patriani & Jaya, 1989; Blowfield, 1992, dalam Dachlia, 2000). Variabel umur ini berperan dalam membentuk perilaku seksual seseorang (Dachlia, 2000).

Indonesia diprediksi pada tahun 2014, kasus HIV/AIDS ditemukan terbanyak pada umur produktif, yaitu 15-29 tahun. Padahal, pengurangan kasus HIV/AIDS merupakan salah satu target MDGs (Kementerian Pemberdayaan Perempuan & Perlindungan Anak, 2009). Sementara menurut data triwulan Kemenkes RI tentang proporsi kumulatif kasus AIDS di Indonesia berdasarkan kelompok umur sampai dengan Maret 2009 yang di publikasikan oleh KPA (2010), nampak bahwa rentang kelompok umur tertinggi yang teridentifikasi HIV/AIDS adalah umur 20-29 tahun 50,5%, kedua pada kelompok umur 30-39 tahun 29,46%, dan yang terendah adalah kelompok umur < 1 tahun 0,80%.

Di Amerika Serikat, AIDS telah menjadi penyebab utama kedua kematian untuk individu yang berumur 25-44 tahun (untuk pria AIDS merupakan penyebab kematian utama; untuk wanita, AIDS merupakan penyebab kematian ketiga) (Kee, 2007). Diperkirakan bahwa 1 dari 200 individu dewasa muda di Amerika Serikat terinfeksi HIV. Kaum wanita dan dewasa muda merupakan kelompok individu yang paling cepat terserang (Kee, 2007). Data triwulan Kemenkes RI dari KPA (2010) tentang persentase kumulatif kasus AIDS berdasarkan jenis kelamin, yang teridentifikasi positif HIV yaitu laki-laki 2,9% dan perempuan 1,9% (Irmanigrum, et al. 2007).

### 4. Status Perkawinan

Survei Surveilans Perilaku 2002-2003 oleh BPS dan DepKes RI terhadap kelompok responden laki-laki dengan umur rata-rata 31 tahun menunjukkan sebanyak 36% responden yang berstatus kawin pernah menggunakan jasa

WPS dalam setahun terakhir. Sementara di antara yang belum menikah jumlahnya mencapai 49%. Survei yang sama juga memperoleh hasil bahwa pelanggan WPS yang selalu menggunakan kondom pada saat berhubungan seks selama setahun terakhir masih rendah yaitu sekitar 13%. Besarnya pelanggan seks yang berstatus menikah menunjukkan adanya potensi penyebaran infeksi menular seksual dan HIV ke dalam lingkungan keluarga (DepKes RI, 2007a).

Adanya potensi penularan ke lingkungan keluarga didukung pula oleh data dari survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003, bahwa hanya 21% perempuan yang pernah kawin dan 26% laki-laki berstatus kawin yang mengetahui dua atau tiga program utama untuk menghindari HIV/AIDS, yaitu yang 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 mempengaruhi kesadaran dan kewaspadaan dalam pencegahan HIV/AIDS (DepKes RI, 2007a).

Data Jumlah pasangan seks setahun di Tanah Papua (STHP 2006-2007, Kemenkes – BPS), menunjukkan bahwa terdapat lebih dari 20% penduduk laki-laki di Tanah Papua memiliki banyak pasangan. Walaupun tidak sebanyak penduduk laki-laki, penduduk perempuan yang memiliki banyak pasangan juga cukup tinggi (8%). Prevalensi HIV pada penduduk Papua yang mempunyai pasangan tidak tetap adalah 4,3%, lebih tinggi dibandingkan penduduk Papua yang hanya mempunyai pasangan tetap sebesar 2,4%. Risiko seseorang untuk terkena HIV memang lebih tinggi pada penduduk yang mempunyai pasangan tidak tetap (Irmanigrum et al. 2007). Hal ini menunjukkan bahwa hubungan seks merupakan pemicu penularan HIV di Tanah Papua (Anonymous, 2007).

##### 5. Tingkat Pendidikan

Penelitian Irmanigrum, et al. (2007) tentang proporsi penduduk Papua yang tahu bahwa berganti-ganti pasangan seks lebih mudah tertular HIV dan tahu cara-cara penularan HIV menurut pendidikan yang ditamatkan adalah sebagai berikut: proporsi tertinggi berada pada tingkat pendidikan SLTA dan perguruan tinggi yaitu: tahu ganti-ganti pasangan seks mudah tertular 75,3%

dan tahu cara penularan 78,2%. Pada tingkat pendidikan SD dan SLTP tahu ganti-ganti pasangan seks mudah tertular HIV 48,8%, dan tahu cara-cara penularan 51,5%; dan pada tingkat pendidikan tidak sekolah atau tidak tamat SD yaitu: tahu ganti-ganti pasangan seks mudah tertular HIV 20,1% dan tahu cara-cara penularan HIV 22%.

Terlihat bahwa tingkat pendidikan formal responden berpengaruh terhadap penularan HIV, semakin tinggi tingkat pendidikan responden maka semakin baik pengetahuannya tentang penularan HIV.

## 6. Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian ILO (2001), *popolation Mobility and HIV/AIDS in Indonesia*, pola kecenderungan penyebaran HIV/AIDS di negara Indonesia terkait erat dengan perpindahan pekerja baik secara domestik maupun internasional. Meskipun belum diperoleh data memadai yang membuktikan korelasi antara perpindahan pekerja dan penyebaran HIV/AIDS (Somavio, 2004).

Yang termasuk dalam kelompok rentan adalah orang-orang dengan mobilitas tinggi baik sipil maupun militer, petugas kesehatan (*Anonymous*, 2007), pelaut, nelayan, supir (Dachlia, 2000; Somavio, 2004), konstruksi, perkebunan, perkayuan, dan buruh migran (Somavio, 2004). Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan agar tidak melakukan kegiatan-kegiatan yang berisiko tertular HIV (*Anonymous*, 2007). Kelompok lain yang juga berisiko tinggi tertular HIV/AIDS adalah WPS (*Anonymous*, 2007; IBBS, 2007), pekerja pertambangan dan kehutanan. Kebiasaan dan perilaku seks tidak aman, misalnya berganti pasangan tanpa memakai kondom, menjadi salah satu media penularan HIV di kalangan orang yang bekerja seperti ini. Yang membuat seseorang berisiko tertular HIV adalah berganti-ganti pasangan tanpa kondom (*Anonymous*, 2007).

Dari hasil penelusuran referensi, tidak ditemukan data hasil penelitian yang menunjukkan angka pekerja yang tertular HIV melalui IDU, homoseksual, alat-alat kerja yang kontak dengan cairan tubuh atau darah dll. Tidak ditemukan juga hasil penelitian terkait statistik ODHA di Indonesia yang masih aktif melakukan pekerjaannya.

## 7. Lama Menderita HIV/AIDS

Klien yang mengalami infeksi HIV akan mengalami beberapa tahap rentang waktu perkembangan infeksi HIV dibagi dalam 4 tahap yaitu: periode masa jendela, fase infeksi akut, fase infeksi laten dan fase infeksi kronis, yang akan dibahas sebagai berikut:

### a. Masa Periode Jendela

Yaitu periode di mana pemeriksaan tes antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif walaupun virus sudah ada dalam darah klien dalam jumlah yang banyak. Antibodi yang terbentuk belum cukup terdeteksi melalui pemeriksaan laboratorium. Antibodi terhadap HIV biasanya muncul dalam 3-6 minggu hingga 12 minggu setelah infeksi primer. Periode jendela sangat penting diperhatikan karena pada periode jendela ini klien sudah mampu dan potensial menularkan HIV kepada orang lain. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada periode ini sebaiknya yang mampu mendeteksi antigen p18 (*protein 18*), p24, p31, p36, gp120 (*glycoprotein 120*), gp41 (Nasronudin, 2007).

### b. Fase Infeksi Akut

Masa inkubasi antara infeksi HIV dan berkembangnya penyakit terkait HIV-1 (merupakan jenis HIV yang paling mudah menular pada manusia terutama di wilayah Asia), selain jenis HIV-2 (menular di Afrika Barat) sangat bervariasi (Kee, 2008).

Penelitian terbaru menunjukkan bahwa HIV membelah diri dengan cepat, dengan kadar virus dalam darah yang berkembang cepat, yang terjadi selama beberapa minggu pertama infeksi (Kee, 2008). Dalam satu hari replikasi HIV dapat menghasilkan virus baru, jumlahnya dapat mencapai sekitar 10 miliar (Nasronudin, 2007).

Antigen HIV terdeteksi kira-kira 2 minggu setelah infeksi, dan dapat terus ada selama 3-5 bulan. 2-6 minggu setelah terpajan HIV, penyakit sejenis influenza (demam, sakit otot, berkeringat, ruam, sakit tenggorok, sakit kepala, keletihan, pembengkakan kelenjar limfe), mual, muntah, anoreksia, diare, penurunan berat badan terjadi pada 50-70% klien (Kee, 2008;

Nasronudin, 2007). HIV juga sering menimbulkan kelainan pada sistem saraf meskipun paparan HIV terjadi pada stadium infeksi masih awal, seperti: meningitis, ensefalitis, neuropati perifer, dan mielopati. Gejala dermatologi yang terjadi adalah ruam makropapuler eritromatosa dan ulkus mukokutan (Nasronudin, 2007).

Pada fase akut terjadi penurunan limfosit T yang dramatis dan kemudian terjadi kenaikan limfosit T karena terjadinya respon imun (Nasronudin, 2007). Klien pulih, tetapi selama periode 12 hari sampai 5 tahun (paling sering 6-12 minggu), sistem imun membentuk antibodi terhadap virus (serokonversi) (Kee, 2008; Nasronudin, 2007). Jumlah limfosit T-CD4 pada fase ini masih diatas  $500 \text{ sel/mm}^3$  dan kemudian akan mengalami penurunan setelah 6 minggu terinfeksi HIV (Nasronudin, 2007).

#### c. Fase Infeksi Laten

Pembentukan respon imun spesifik HIV dan terperangkapnya virus dalam SDF di pusat germinativum kelenjar limfe menyebabkan *virion* dapat dikendalikan, gejala hilang, dan memulai fase laten. Pada fase ini jarang ditemukan *virion* di plasma sehingga jumlah *virion* plasma menurun, karena sebagian besar virus terakumulasi di dalam kelenjar limfe, dan terjadi replikasi di kelenjar limfe. Sehingga penurunan limfosit T terus terjadi walaupun *virion* di plasma jumlahnya sedikit. Jumlah limfosit T-CD4 menurun hingga sekitar  $500\text{-}200 \text{ sel/mm}^3$ , meskipun telah terjadi setelah terjadi serokonversi positif individu umumnya belum menunjukkan gejala klinis (asintomatis) (Nasronudin, 2007).

Beberapa klien terdapat tanda klinis sarcoma kaposi's, herpes simpleks, sinusitis bakterial, *Herpes zooster*, dan pneumonia yang sering berlangsung tidak terlalu lama. Fase ini berlangsung rerata sekitar 8-10 tahun (dapat 3-13 tahun) setelah terinfeksi HIV. Pada tahun kedelapan setelah infeksi akan muncul gejala klinis yaitu demam, banyak berkeringat pada malam hari, kehilangan berat badan kurang dari 10%, diare, lesi pada mukosa dan kulit berulang. Gejala ini merupakan tanda awal munculnya infeksi oportunistik (Nasronudin, 2007).

#### d. Fase kronis

Selama berlangsungnya fase ini, didalam kelenjar limfe terus terjadi replikasi virus yang diikuti kerusakan dan kematian SDF karena banyaknya virus. Fungsi kelenjar limfe sebagai perangkap virus menurun bahkan menghilang dan virus dicurahkan kedalam darah. Pada fase ini terjadi peningkatan *virion* secara berlebihan didalam sirkulasi sistemik. Respon imun tidak mampu meredam jumlah *virion* yang berlebihan tersebut. Limfosit semakin tertekan karena intervensi HIV yang semakin banyak. Terjadi penurunan jumlah limfosit T-CD4 hingga dibawah 200 sel/mm<sup>3</sup>. Penurunan limfosit T ini mengakibatkan sistem imun menurun dan klien semakin rentan terhadap berbagai macam infeksi sekunder (infeksi oportunistik).

Infeksi sekunder yang sering menyertai adalah pneumonia yang disebabkan *Pneumocystis carinii*, tuberkulosis, sepsis, toksoplasmosis ensefalitis, diare akibat kriptosporidiasis, infeksi virus sitomegalo, infeksi virus herpes, kandidiasis esofagus, kandidiasis trakhea, kandidiasis brokhus atau paru serta infeksi jamur jenis lain misalnya histoplasmosis, koksidiomikosis. Kadang-kadang juga ditemukan beberapa jenis kanker yaitu kanker kelenjar getah bening dan kanker sarkoma kaposi's (Nasronudin, 2008).

Sejauh ini, dari hasil penelusuran literatur tidak didapatkan angka statistik hasil penelitian terkait hubungan antara lama menderita HIV/AIDS dengan tindakan pencegahan penularan HIV pada ODHA.

#### 8. Status Mendapat ART

Di Indonesia ART sudah dimulai sejak 2005 dengan penerima ART berjumlah 2.381 kasus. Sampai 30 Juni 2010, ODHA penerima ART berjumlah 16.982 (60,3%) (Kodim & Hiryani, 2011) dan hingga tahun Juni 2011 ODHA yang mendapat ART berjumlah 21.775 (55,7%) (Ditjen KemenKes RI, 2011). ART tertinggi dilaporkan dari provinsi DKI Jakarta (8.311), Jawa Barat (2.542), Jawa Timur (2.072), Bali (1.379), Papua (1.116), Jawa Tengah (909), Sumatera Utara (850), Kalimantan Barat (582), Kepulauan Riau (580), dan Sulawesi Selatan (611) (Ditjen PP & PL KemenKes RI, 2011).

Menurut Duggan, et al. (2009), penggunaan ART dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas ODHA. Dengan terapi yang efektif dan respon virologi yang adekuat, maka harapan hidup ODHA diharapkan menjadi pulih (Lohse, et al. 2007, dalam Duggan, et al. 2009). ART juga dapat mencegah penularan secara efektif dengan menekan replikasi virus, termasuk mengurangi penularan HIV diakibatkan oleh perilaku berisiko (Kalichman, et al. 2010). Namun demikian, penatalaksanaan ART tidak sederhana yang dibayangkan. Ini melibatkan pengobatan kombinasi yang dapat menyebabkan efek samping, dan dengan sekali memulai terapi, maka konsekuensinya adalah pengobatan seumur hidup (Duggan, et al. 2009). Determinan terpenting untuk menjamin ART dapat berjalan dengan baik adalah kepatuhan (Gross, et al. 2006, dalam Duggan, et al. 2009), yang ternyata merupakan proses yang kompleks karena sulit didefinisikan, sulit diukur dan sulit dirubah (Duggan, 2009).

### C. Konsep Keperawatan HIV/AIDS

Asuhan keperawatan kepada klien HIV/AIDS merupakan tantangan karena setiap organ potensial menjadi target infeksi atau kanker. Kemudian penyakit ini kompleks dengan emosional, sosial dan isu etik. Rencana perawatan ODHA diperlukan untuk menentukan kebutuhan klien. Perawatan termasuk banyak intervensi dan bagian keprihatinan dalam bagian perawatan suportif (Smeltzer & Bare, 2008).

#### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan termasuk identifikasi faktor risiko, riwayat praktik seksual berisiko dan pengguna jarum suntik. Status fisik dan psikologi klien juga dikaji. Semua faktor yang mempengaruhi fungsi sistem imun harus dieksplorasi.

##### a. Status nutrisi

Status nutrisi dikaji dengan memperoleh riwayat diet dan identifikasi faktor-faktor yang dapat mengganggu *intake oral*, seperti *anorexia*, mual, muntah, nyeri oral, kesulitan menelan. Kemudian daya beli dan mempersiapkan makanan juga harus dikaji. Berat badan, pengukuran

antropometri dan BUN, protein serum, albumin, dan kadar transferin memberikan gambaran objektif pengukuran status nutrisi.

b. Integritas kulit

Kulit dan membran mukosa di inspeksi tiap hari sebagai bukti kerusakan, ulserasi atau infeksi. Rongga mulut dimonitor untuk menilai adanya kemerahan, ulserasi, dan adanya bercak putih yang mengindikasikan kandidiasis. Pengkajian area perianal untuk mengidentifikasi ekskoriasi dan infeksi pada klien dengan diare yang banyak adalah penting. Jika ada luka di kultur untuk mengidentifikasi organisme infeksius.

c. Status respirasi

Status respirasi dikaji dengan memonitor batuk yang dialami klien, produksi sputum, napas pendek, *orthopnea*, *tachypnea*, dan nyeri dada. Keberadaan dan kualitas bunyi napas juga diperiksa. Pemeriksaan fungsi paru lain termasuk hasil foto *x-ray*, nilai gas darah arteri, oximetri nadi, dan hasil tes fungsi paru.

d. Status neurologi

Status neurologi ditunjukkan dengan mengkaji tingkat kesadaran; orientasi terhadap orang, tempat dan waktu; dan kehilangan memori. Status mental dikaji sedini mungkin sejauh memungkinkan agar memberikan dasar. Klien juga dikaji penurunan sensori (perubahan visual, nyeri kepala, mati rasa dan perasaan geli di ekstremitas) dan keterlibatan gerak (perubahan gaya berjalan, paresis, atau paralisis) dan aktivitas kejang.

e. Keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh

Status cairan dan elektrolit dikaji dengan memeriksa kulit dan membran mukosa untuk kulit dan kekeringan. Peningkatan rasa haus, penurunan *output* urin, tekanan darah rendah atau penurunan tekanan darah diastolik 10-15 mmHg bersamaan dengan peningkatan denyut nadi ketika klien duduk atau berdiri, dan nadi lemah dan cepat, gravitasi spesifik urin 1.025 cc atau lebih mengindikasikan dehidrasi. Ketidakseimbangan elektrolit, seperti penurunan serum sodium (natrium), potassium, kalsium, magnesium, dan klorida, khususnya terjadi pada klien yang mengalami

diare berat. Klien dikaji tanda dan gejala penurunan elektrolit, termasuk penurunan status mental, otot berkedut, kram otot, nadi tidak teratur, mual dan muntah, dan pernapasan dangkal.

f. Tingkat pengetahuan klien

Derajat pengetahuan klien tentang penyakit dan cara penularan penyakit juga dievaluasi. Kemudian derajat pengetahuan keluarga dan teman juga dikaji. Reaksi psikologis klien terhadap diagnosis infeksi HIV/AIDS adalah penting untuk dieksplorasi. Reaksi diantara klien berbeda termasuk didalamnya adalah menyangkal, marah, takut, perasaan malu, menarik diri dari interaksi sosial, dan depresi. Hal ini sangat membantu untuk menuntun pemahaman bagaimana klien berurusan dengan kesakitannya dan *stress* hidup utama di masa lalu. Sumber-sumber untuk mendukung klien dapat juga diidentifikasi.

g. Status Mental

Dibawah ini merupakan hal-hal penting yang harus diperhatikan dalam melakukan pengkajian status mental ODHA sebagai berikut:

**Tabel 2.2**  
**Pengkajian Status Mental**

Pengkajian	Fungsi	Gambaran utama
Penampilan	Karakteristik fisik, berdandan, berpakaian	nampak kurus, kurus kerempeng, kurang kontak mata, kumal, berpakaian tidak pantas, postur turun drastis.
Perilaku	Aktivitas motorik	Gelisah, agitasi, letargi, hiperaktif, kaku, berulang.
Kemampuan bicara	Komunikasi verbal	lambat, tertekan, berulang, bisu.
Mood	<i>General feeling tone</i>	Sangat ketakutan, bermusuhan, sangat sedih, labil
Afek	Ekspresi emosi	Tepat, <i>bizarre</i> (aneh/ganjil), datar, tumpul, apatis.
Kognisi	Memori dan orientasi	Orientasi (pada waktu, tempat dan orang), bingung, disorientasi, membingungkan, rentang perhatian pendek, jangka lama, memori jangka pendek, pelupa.
Pemahaman	Fungsi intelektual	pertimbangan rendah, wawasan kurang, tidak tepat berhitung, pengetahuan umum kurang.
Proses pikir	Ekspresi pikiran	Tangensial, delusi, kehilangan asosiasi, konfabulasi, obsesif, ritualistik
Persepsi	Perspektif dunia	Halusinasi kinestetik.

#### h. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan potensial sangat luas karena sifat kompleksitas penyakit ini. Berdasarkan pengkajian data, terdapat diagnosa keperawatan utama berdasarkan NANDA (Herdman, 2010) pada ODHA sebagai berikut:

- 1) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan manifestasi *cutaneous* infeksi HIV, ekskoriasi, dan diare.
- 2) Diare berhubungan dengan patogen enterik atau infeksi HIV.
- 3) Risiko infeksi berhubungan dengan immunosupresi.
- 4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, kelelahan, malnutrisi, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, dan hipoksia dihubungan dengan infeksi pulmonal.
- 5) Gangguan proses pikir rentang pikir pendek, gangguan memori, bingung, dan disorientasi berhubungan dengan *encephalopathy* HIV.
- 6) Bersihan jalan napas tidak efektif *pneumocystis carinii pneumonia*, peningkatan sekret *bronchial* dan penurunan kemampuan batuk berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan.
- 7) Nyeri berhubungan dengan kerusakan integritas kulit perianal sekunder pada saat diare, *kaposi's sarcoma*, dan *neuropathy perifer*.
- 8) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, berhubungan dengan penurunan *intake oral*.
- 9) Isolasi sosial berhubungan dengan stigma terhadap penyakit, ketergantungan sistem pendukung, prosedur isolasi, dan takut menginfeksi orang lain.
- 10) Berduka antisipatori berhubungan dengan perubahan gaya hidup dan peran dan prognosis tidak pasti.
- 11) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang infeksi HIV, bagaimana mencegah penularan infeksi HIV dan perawatan diri.
- 12) Masalah Kolaborasi/Komplikasi Potensial: infeksi oportunistik, gangguan pernapasan, *wasting syndrome* dan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, dan reaksi ketidakcocokan dalam pengobatan.

2. Rencana tujuan disusun berdasarkan NOC (Moorhead, Johnson & Mas, 2004) dan rencana intervensi berdasarkan NIC (Dochterman & Bulechek, 2004) pada ODHA. Pada bagian ini intervensi keperawatan hanya difokuskan pada masalah keperawatan yang berhubungan dengan penelitian ini, yaitu: kurang pengetahuan.

a. Rencana Tujuan

Diagnosa Keperawatan: Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang infeksi HIV dan bagaimana cara pencegahan penularan HIV.

Tujuan (NOC): dapat mendeskripsikan pencegahan penularan dan pengendalian penyakit infeksi (HIV).

b. Rencana Intervensi (NIC)

Ajarkan ODHA Pencegahan Penularan HIV dengan melakukan seks dan nonseksual aman.

Aktivitas:

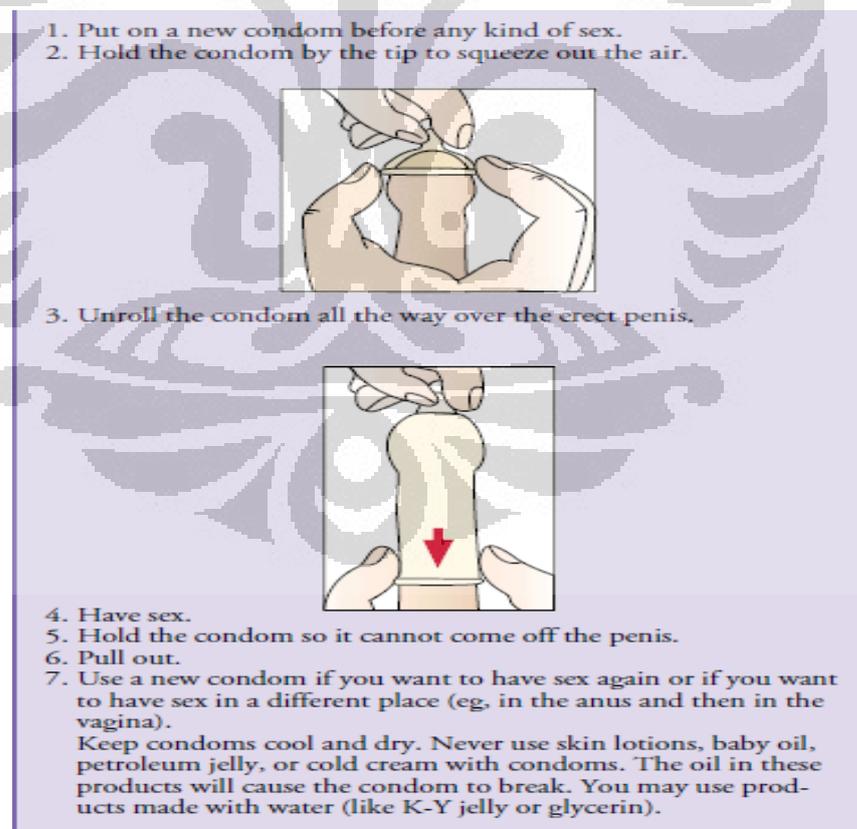
ODHA, keluarga dan teman-temannya diajarkan tentang jalur penularan HIV. Perawat mendiskusikan kewaspadaan untuk mencegah penularan HIV, termasuk menggunakan kondom selama berhubungan seks (secara vaginal maupun anal), menghindari kontak oral dengan penis, vagina, atau rektum, menghindari praktik seksual yang dapat melukai atau membasahi daerah rektum, vagina atau penis, dan menghindari kontak, dan menghindari kontak seksual dengan lebih dari satu pasangan, individu yang diketahui telah terinfeksi, orang yang diketahui menggunakan narkoba, dan pasangan seksual dari orang yang menginjeksi obat. Klien dan keluarganya atau perawat pelaksana harus menerima penyuluhan tentang bagaimana mencegah penularan penyakit, termasuk teknik mencuci tangan, dan metode penanganan yang aman.

1) Cara menggunakan kondom pria yang benar:

a) Pakailah kondom yang baru sebelum melakukan seks.

- b) Tahan ujung kondom secara bersamaan saat memasukkan kondom kedalam penis untuk menghindari adanya udara dalam ujung kondom.
- c) Buka gulungan kondom semua hingga penuh terisi semua bagian penis yang ereksi.
- d) Lakukan seks.
- e) Tahan kondom jadi sperma tidak keluar dari penis ketika penis telah menurun ereksinya.
- f) Keluarkan kondom perlahan-lahan secara hati-hati, jangan sampai sperma didalam kondom tertumpah dan buanglah.
- g) Jika akan melakukan seks lagi, ambil kondom yang baru lagi.
- h) Jaga kondom agar tetap dingin dan kering.
- i) Jangan pernah menggunakan losion atau *jelly*, karena dapat menyebabkan kondom rusak (robek).

**Gambar 2.1**  
**Pendidikan Pasien: Cara yang tepat dalam menggunakan kondom pria**

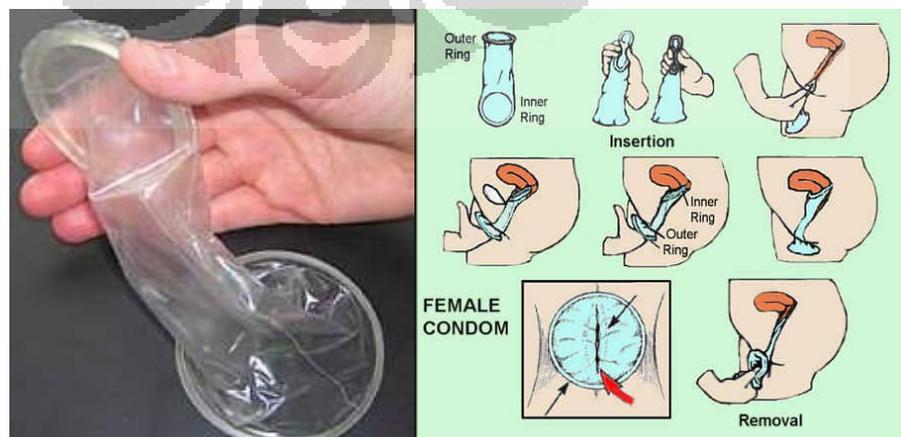


(sumber: Smeltzer & Bare, 2008)

2) Petunjuk penggunaan kondom wanita:

- a) Jangan menggunakan jika tanggal kadaluarsanya telah lewat.
- b) Jangan menggunakan kondom laki-laki bersamaan dengan kondom wanita (kondom wanita dapat tetap berada didalam vagina).
- c) Cara memasukkan:
  - (1) Tekan cincin kedalam kantong dan masukan ke dalam vagina hanya melewati tulang kemaluan (*os pubic*) menggunakan jari telunjuk (prosedur yang sama seperti memasukkan tampon).
  - (2) Cincin dalam harus menutupi leher rahim. Cincin bagian luar ditambah sekitar 1 inchi dari kondom yang tetap diluar.
  - (3) Dengan menggunakan jari anda, periksa untuk memastikan sarung tidak terpelintir dan bahwa hal itu tidak mudah bagi penis untuk masuk ke dalam vagina.
  - (4) Pelumas mungkin ditambahkan jika diinginkan.
- d) Cara mengeluarkan kondom wanita:
  - (1) Putar cincin luar perlahan-lahan untuk menjaga sperma dalam kondom agar tidak tumpah ke dalam vagina.
  - (2) Tarik dengan lembut untuk menghapus.
  - (3) Bungkus kondom dalam kertas tisu dan buanglah ke dalam keranjang sampah.
  - (4) Gunakan kondom wanita yang baru lagi setiap kali hendak melakukan seks.

**Gambar 2.2**  
**Cara yang tepat dalam menggunakan kondom wanita**



(sumber: <http://www.moondragon.org/obgyn/contraception/femalecondom.html>)

### 3) Pendidikan pada IDU untuk mencegah penularan HIV

Pendidikan untuk menurunkan bahaya IDU secara komprehensif untuk mencegah penularan HIV melalui perilaku yang berhubungan dengan penggunaan NAPZA dan aktivitas seksual berisiko tidak hanya terhadap diri pengguna NAPZA IDU, tapi juga terhadap pasangan seksual mereka (CDC, 2002; dalam *U.S. National Native American AIDS Prevention Center*).

- (a) Pencegahan pada *level* tertinggi penatalaksanaan penyalahgunaan substansi efektif yang membantu orang berhenti menggunakan NAPZA suntikan tidak hanya eliminasi risiko infeksi dari menggunakan alat suntik terkontaminasi secara bergantian, tapi dalam banyak hal menurunkan risiko pasti terhadap perilaku berisiko yang dapat terjadi dalam penularan secara seksual.
- (b) Untuk IDU yang tidak menggunakan alat suntik secara bergantian yang tidak dapat menghentikan penggunaan suntikan, gunakanlah jarum sekali pakai yang steril dan dengan cara pemakaian steril yang aman, lebih efektif dalam membatasi penularan HIV.
- (c) Untuk IDU yang tidak pernah menggunakan alat suntik secara bergantian tidak akan tertular HIV dari alat suntik bergantian, namun perlu berhati-hati karena mereka tetap akan tertular HIV dari penggunaan pipa sedotan secara bergantian, menyedot/meminum sambil mendengus dalam satu gelas minuman keras, dan dari kerja secara bergantian.
- (d) Jika memungkinkan, jangan berbagi alat suntik atau suplai alat suntik lainnya, seperti air, *cotton* atau panci pemasak makanan/sendok karena dapat terkontaminasi HIV atau penyakit patogen darah lainnya.
- (e) Orang yang berbagi jarum suntik dan kerja, walaupun dengan teman dekat dan keluarga, tetap berisiko terinfeksi HIV dan penyakit patogen darah lainnya.
- (f) Jika anda bergantian menggunakan jarum suntik, ingatlah bahwa larutan pemutih tidak lantas membebaskan anda terhadap risiko terinfeksi. Namun, sangat penting untuk mengurangi risiko

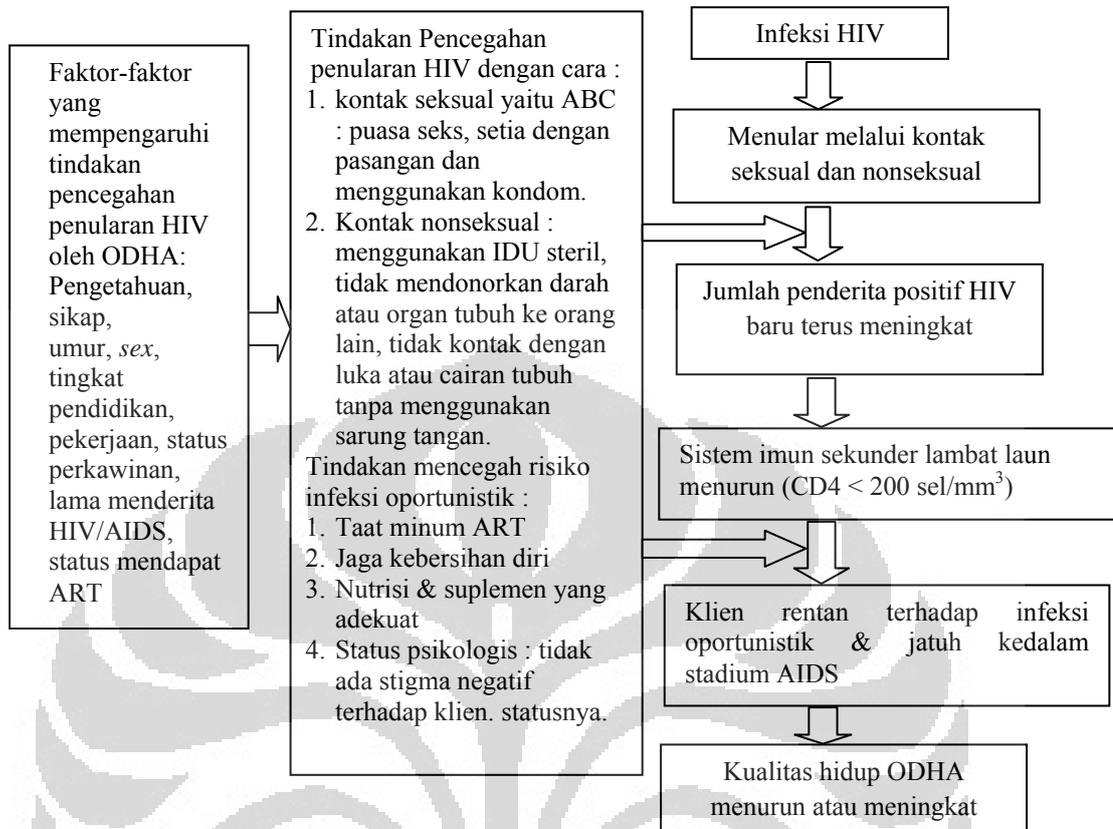
terinfeksi dan harus dilakukan secepatnya sebelum dan setelah penggunaan bersama.

Petunjuk prosedur pembersihan jarum suntik sebagai berikut:

- Setelah penggunaan bersama dan sebelum menggunakan pemutih, rendam jarum suntik dengan air dingin untuk membilas darah segar atau kering yang dapat tetap berada dalam tabung suntikan.
- Isi jarum suntik sepanjang tabung dengan larutan pemutih dan kocok suntikan tersebut selama 2 menit penuh (pemutih akan membunuh HIV dalam 30 detik, tetapi memerlukan waktu hingga 2 menit untuk membunuh hepatitis B).
- Buang pemutih dan ulangi prosedur tersebut.
- Bilas jarum suntik dua kali atau lebih, kocok lagi dengan air setelah penggunaan dengan pemutih (jika tertinggal dan dipakai lagi, pemutih yang masuk kedalam pembuluh darah dapat merusak pembuluh darah).
- Bilas lagi dan buang airnya.
- Strategi lain untuk menurunkan penularan pada orang yang berisiko ketika menggunakan jarum bergantian, adalah selalu menggunakan jarum bersih pertama dan ulangi prosedur pemutihan selang penggunaan diantara pasangan lain.

Jika anda menggunakan jarum suntik bergantian, atau melakukan seks tidak aman dengan orang lain, berarti anda membahayakan diri anda dan pasangan seksual anda sangat berisiko terhadap penularan HIV melalui aktivitas seksual. Oleh karena itu perlu mengetahui hal-hal dasar yang berhubungan dengan beberapa aktivitas seksual terhadap penularan HIV melalui teknik seks aman untuk mengurangi risiko terhadap diri anda dan orang lain (CDC, 2002, dalam *U.S. National Native American AIDS Prevention Center*).

**Skema 2.2**  
**Kerangka teori yang menggambarkan hubungan Faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA**



(Sumber: Notoatmodjo, 2010; Nasronudin, 2007; Kee, 2008; Sujudi, 2002; Edekey & Adeusi, 2011; Ikob, 2002; Dinkes Prov. Papua, 2007; Ackley, Ladwing, Swan & Tucker, 2008; Smeltzer & Bare, 2008).

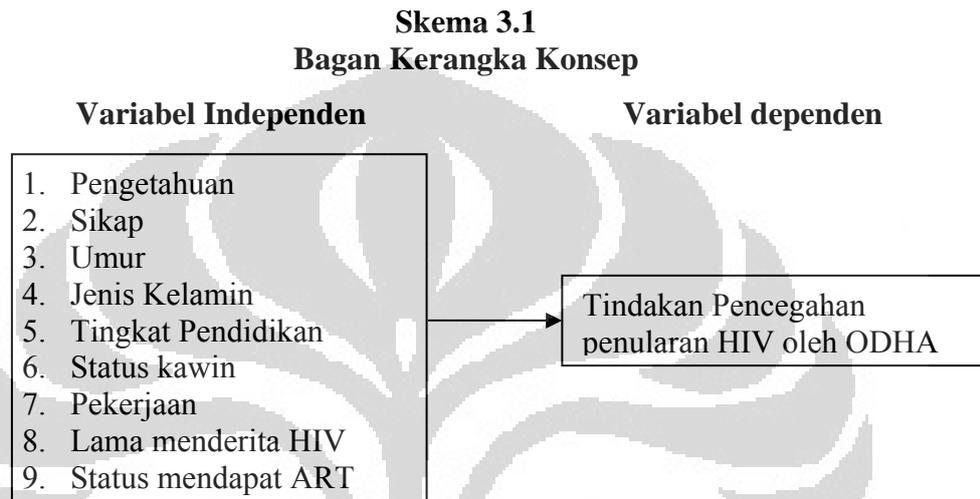
Skema kerangka teori diatas mendeskripsikan hubungan antara faktor-faktor terkait yang mempengaruhi tindakan seseorang, khususnya ODHA dalam melakukan pencegahan penularan HIV secara seksual dan nonseksual dan dapat melakukan upaya preventif komplikasi akibat infeksi HIV dan dampak psikososial yang dialami. Dengan mengetahui faktor-faktor yang paling mempengaruhi tindakan pencegahan, maka dapat memberi petunjuk pemberian intervensi asuhan keperawatan yang lebih efektif dan optimal. Misalnya, pada faktor umur, khususnya umur muda yang lebih rentan terhadap risiko penularan HIV diberikan intervensi penyuluhan kesehatan tentang bahaya HIV/AIDS, menghindari perilaku seksual berisiko, penggunaan kondom yang benar dan IDU steril guna memutuskan mata rantai penularan HIV. Dapat juga dilakukan edukasi HIV/AIDS pada umur anak dan remaja agar nantinya dapat menjadi faktor penguat (*reinforcement*) untuk mendukung perilaku positif terhadap pencegahan penularan HIV.

### BAB III

## KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### A. Kerangka Konsep

Hubungan antara karakteristik ODHA dengan tindakan pencegahan penularan HIV dapat dilihat dibawah ini:



(dimodifikasi dari Hasan, 2005)

#### B. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep diatas maka peneliti dapat menetapkan hipotesis penelitian sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong.
2. Ada hubungan antara sikap dengan tindakan pecegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong.
3. Ada hubungan antara umur dengan tindakan pecegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong.
4. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan tindakan pecegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong.
5. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan tindakan pecegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong.

6. Ada hubungan antara pekerjaan dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong.
7. Ada hubungan antara status kawin dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong.
8. Ada hubungan antara lama menderita HIV dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong.
9. Ada hubungan antara status mendapat ART dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong.

### C. Definisi Operasional

**Tabel 3.1**  
Definisi Operasional, Alat, Skala dan Cara Ukur, Kode dan Hasil Ukur

Variabel	Definisi Operasional	Alat & Cara Ukur	Skala, Kode & Hasil Ukur
<b>Independen</b>			
Pengetahuan	Hasil penginderaan tahu ODHA tentang tindakan proteksi diri terhadap penularan HIV melalui kontak seksual dan nonseksual.	Kuesioner, memberikan 18 pertanyaan dengan pilihan jawaban: Benar=skor (1) Salah=skor (0) Jumlah pertanyaan: 18 butir soal	Ordinal: (0) Menjawab $\geq$ 11 soal (60 %) pertanyaan yang benar=baik (1) Menjawab < 11 soal (60 %) pertanyaan benar = kurang
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 : <u>Pernyataan positif:</u> 4=SS; 3=S; 2=TS; 1=STS. <u>Pernyataan negatif:</u> 4=STS; 3=TS; 2=S; 1=SS Jumlah pernyataan: 22 butir soal	Ordinal: (0) Baik=Total skor $\geq$ rerata 55 (1) Kurang=total skor < rerata 55
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).	Ordinal: (0) Tua= 36-65 tahun (1) Muda=12-35 tahun
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.	Nominal: (0) Perempuan (1) laki-laki
Status Perkawinan	Suatu bentuk kesepakatan hubungan intim kedua belah pihak (laki-laki dan	Format karakteristik responden, dengan menjawab pertanyaan sesuai status kawin	Nominal: (0) Kawin=kawin negara, adat, agama

	perempuan dewasa) responden.	(1) Tidak kawin=Belum kawin, cerai hidup, cerai mati dll.
Pekerjaan	Kegiatan formal/informal ODHA yang dilakukan untuk menghasilkan uang sebagai sumber penghidupan.	Format karakteristik responden, dengan menjawab pertanyaan sesuai pekerjaan responden. Ordinal : (0) Tidak kerja=Ibu RT, penangguran (1) Kerja=PNS, TNI&Polri, Swasta dll
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 Ordinal : (0) Tinggi=Diploma, S1, S2, S3 (1) Rendah=SMU, SMP, SD atau kurang
Lama Menderita HIV/AIDS	Waktu dimulainya ODHA teridentifikasi positif HIV secara diagnostik.	Format karakteristik responden, dengan menjawab pertanyaan dengan menuliskan jawaban sesuai lamanya waktu responden mulai terdiagnosa penyakit. Nominal : (0) Lama (> 6 bulan) (1) Baru (≤ 6 bulan)
Status mendapat ART	Identifikasi pengobatan ART ODHA apakah sudah atau belum mendapat ART.	Format Karakteristik responden, dengan menjawab dengan menuliskan jawaban sesuai lamanya waktu responden telah mendapat ART. Ordinal : (0) Sudah mendapat ART (1) Belum mendapat ART
<b>Variabel Dependen</b>		
Tindakan Pencegahan Penularan HIV oleh ODHA	Kegiatan yang dilakukan ODHA untuk mencegah penularan HIV melalui kontak seksual & nonseksual.	Kuesioner,memberikan pertanyaan dengan pilihan jawaban: "ya"&"tidak". Jawab benar=skor (1) Jawab salah=skor (0). Jumlah pertanyaan: 18 butir soal Ordinal : (0) Baik =menjawab ≥ 60 % pertanyaan benar= baik (1) Kurang=menjawab < 60 % pertanyaan benar

## **BAB IV METODOLOGI PENELITIAN**

### **A. Desain Penelitian**

Metode penelitian ini adalah deskriptif analitik, dengan desain *cross sectional* melalui pendekatan survei menggunakan instrumen berupa kuesioner untuk mengetahui korelasi antara faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV pada ODHA. Peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada satu saat tertentu, artinya tiap subjek hanya diobservasi satu kali dan pengukuran variabel subjek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

### **B. Populasi dan Sampel**

#### 1. Populasi

- a. Populasi target adalah ODHA yang ada di Sorong (wilayah kabupaten dan kota Sorong).
- b. Populasi terjangkau adalah ODHA yang sedang menjalani rawat inap dan rawat jalan di RSUD Kabupaten Sorong, RSUD Sele Be Solu Kota Sorong, dan klinik YSA Sorong.

#### 2. Sampel

- a. Teknik *Sampling*

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Non Probability Sampling: Consecutive Sampling*, yaitu semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dapat dimasukkan dalam penelitian hingga jumlah Subjek yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

ODHA yang datang dan tercatat menjalani perawatan (rawat inap dan rawat jalan) di RSUD Sorong, RSUD Sele Be Solu Kota Sorong dan Klinik YSA Sorong yang dinyatakan sebagai populasi terjangkau. Data kumulatif Pokja UPK HIV/AIDS RSUD Sorong tercatat sebanyak 381 kasus ODHA berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian dan dijadikan sebagai populasi terjangkau. Untuk menghindari terjadi pengambilan ulang subjek penelitian pada 3 unit layanan kesehatan ini,

maka sampel diberi penomoran/kode yang terdiri dari 4 digit (ditetapkan berdasarkan nomor urut sampel dan kode rumah sakit). Caranya, nomor urut 001 (tiga digit depan)=nomor urut sampel, nomor 1 (digit keempat belakang)=nomor kode RSUD Sorong, nomor 2=nomor kode RS Sele Be Solu Kota Sorong dan nomor 3=kode klinik YSA Sorong. Jadi, jika penomoran ditulis 0011 berarti, nomor urut 001 berasal dari RSUD Kabupaten Sorong, demikian juga sebaliknya jika ditulis nomor urut 0012 berarti, nomor urut 001 berasal dari RSUD Sele Be Solu Kota Sorong, nomor urut 0013 berarti, nomor urut 001 berasal dari klinik YSA Sorong, demikian seterusnya hingga mencapai 90-100 subjek penelitian dengan cara *consecutive sampling*.

b. Perkiraan Jumlah sampel

Banyak peneliti yang merekomendasikan untuk menentukan suatu “*Sample size for estimation multivariate analysis*” dengan menggunakan formula “*rule of thumb*”, yaitu : jumlah minimal subjek yang diperlukan haruslah 5-50 (jumlah subjek yang direkomendasikan adalah : 10 subjek dalam setiap variabel) dikali dengan banyaknya jumlah variabel independen yang akan diteliti (Sastroasmoro, 2010).

Untuk mengantisipasi adanya sampel yang *drop out* sebanyak 10% (Sastroasmoro & Ismael, 2010), maka besar sampel yang dibutuhkan adalah:

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

Jika data telah terkumpul dan dalam proses pengolahan data kuesioner penelitian ternyata responden melakukan *missing* (ada pertanyaan/pernyataan yang tidak terjawab) data, maka responden tersebut harus dikeluarkan (*excluded*) dari kandidat untuk analisis statistik. Kuesioner yang mengalami *missing* data apabila di *entry* ke dalam program *software* analisis data akan menyebabkan *output* analisis statistik yang tidak *valid*, kecuali apabila jumlah data *missing*

menyebabkan berkurangnya jumlah sampel minimal analisis multivariat, maka data *missing* tersebut tidak dikeluarkan.

c. Kriteria Inklusi

Klien yang terdiagnosa medis positif HIV/AIDS, umur 12 – 65 tahun, ODHA yang mendapat ART ataupun yang belum mendapat ART, ODHA yang kooperatif, ODHA yang dapat membaca dan menulis.

d. Kriteria Eksklusi

ODHA menjelang sakratul maut, ODHA dengan retardasi mental (*mental disability*), ODHA yang mengalami gangguan psikosa (gangguan jiwa).

### C. Tempat dan Waktu Penelitian

Waktu penelitian dimulai bulan Maret – minggu IV September 2011. Tempat penelitian dilakukan di ruang rawat inap, rawat jalan, unit VCT dan berkunjung ke rumah responden di lingkungan unit pelayanan RSUD Pemerintah Kabupaten Sorong, RSUD Sele Be Solu Kota Sorong dan Klinik Yayasan Sosial Agustinus Sorong. Ketiga Unit Pelayanan Kesehatan ini merupakan pusat rujukan khusus HIV/AIDS di wilayah Sorong (Kota & Kabupaten), beberapa Kabupaten Pemekaran (Kab. Sorong, Kab. Sorong Selatan, Kab. Raja Ampat, Kab. Maibrat & Kab. Tamrau) dan beberapa Kabupaten bagian Selatan (Kab. Fak-fak & Kab. Bintuni) di wilayah Kepala Burung Provinsi Papua Barat.

### D. Etika Penelitian

ODHA yang diidentifikasi melalui data primer (umur, jenis kelamin, status kawin, pendidikan, pekerjaan, lama menderita HIV/AIDS, dan status mendapat ART), lalu dilakukan penjelasan singkat berkaitan dengan tujuan penelitian dan manfaat penelitian, serta melakukan *informed consent* dan menandatangani surat persetujuan sebagai tanda bahwa ODHA setuju menjadi responden penelitian. ODHA berhak menolak sebagai responden apabila merasa tidak nyaman sebelum dan sesudah persetujuan penelitian dilakukan.

Peneliti tetap berpedoman pada prinsip-prinsip etika penelitian sebagai berikut:

1. Menghormati otonomi responden untuk ikut serta dalam penelitian dengan menentukan derajat dan lamanya berpartisipasi tanpa menimbulkan dampak negatif.
2. Mencegah atau meminimalkan kerugian dan bahaya yang dapat terjadi serta meningkatkan manfaat untuk seluruh responden.
3. Menghormati kepribadian responden, keluarga, dan orang terdekat, serta menghargai keanekaragaman mereka.
4. Memastikan bahwa manfaat dan beban dari penelitian dirasakan secara adil dalam pemilihan responden penelitian.
5. Menjaga privasi responden semaksimal mungkin.
6. Menjamin integritas etika dari proses penelitian.

(Silva, 1995, dalam Polit & Beck, 2005)

Pada aplikasinya, untuk menjaga hak, privasi dan kerahasiaan responden peneliti tidak bertemu secara langsung. Namun, peneliti melalui asisten peneliti (*manager* kasus ODHA) menyampaikan kepada responden keinginan peneliti untuk bertemu guna menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian. Setelah penyampaian tersebut, jika responden mengizinkan, peneliti dapat bertemu langsung dengan pendekatan komunikasi terapeutik. Dan jika tidak, maka semua prosedur penelitian di delegasikan kepada asisten peneliti dan dalam pengawasan peneliti.

#### **E. Alat Pengumpulan Data**

Data diambil menggunakan kuesioner pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan penularan HIV pada ODHA dan format karakteristik responden.

1. Kuesioner pengetahuan ODHA tentang Tindakan Pencegahan HIV

Instrumen ini disusun oleh Carey & Schroder (2002) yang diterjemahkan oleh Waluyo (2011), yang terdiri dari 18 *item* pertanyaan dengan menggunakan penentuan skala ukur kategorik ordinal yaitu : jawaban benar  $\geq 12$  soal ( $\geq 60\%$ ) dari total 18 item soal=baik=kode (0), dan jawaban benar  $< 12$  soal ( $<60\%$ )=kurang=kode (1).

## 2. Kuesioner sikap

Peneliti memodifikasi instrument penelitian 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 Inisiative)* untuk mengukur sikap ODHA terhadap tindakan pencegahan penularan HIV.

Anwar (1988) dan Oppenheim (1966) menyatakan bahwa 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. Begitu 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).

Dalam penerapannya peneliti mengeliminasi kategori pernyataan sikap entah/ragu-ragu (E/R), dengan asumsi bahwa kemungkinan responden akan lebih memilih jawaban pernyataan E/R, walaupun sebenarnya responden mengerti ataupun tidak mengerti maksud pernyataan tersebut, sehingga hal ini menyebabkan jawaban menjadi tidak fokus (bias).

Kuesioner terdiri dari 22 *item* pernyataan, yang dibagi menjadi 2 bagian yaitu: *item* pernyataan positif terdiri dari 11 pertanyaan (koesioner sikap soal nomor: 1, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 18, 22), dan *item* pernyataan negatif terdiri dari 11 (koesioner sikap soal nomor: 2, 3, 5, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 21). Apabila dijumlahkan, maka rentang skor minimal hingga maksimal dari pernyataan negatif dan positif adalah antara 22-88, dengan rerata 55.

Item Pernyataan	skor minimal	Skor maksimal	Rerata
11 Pernyataan positif	11	44	27,5
11 Pernyataan negatif	11	44	27,5
Total 22 pernyataan	22	88	$(22+88)/2=55$

Jika total skor < rerata 55=sikap kurang=kode (1) dan skor  $\geq$  rerata 55=sikap baik=kode (0).

### 3. Kuesioner tindakan pencegahan penularan HIV pada ODHA

Instrumen kuesioner penelitian ini diterjemahkan dan dimodifikasi oleh peneliti dari Smeltzer & Bare (2008) tentang Promosi Kesehatan dan Pencegahan Kesakitan dan Perilaku Seks Aman (*Health Promotion and Illness Prevention Safer Sex and Safer Behaviors*). Kuesioner terdiri dari 18 *item* pertanyaan dengan skala ukur katagorik ordinal. Responden menjawab pertanyaan dengan benar  $\geq 9$  soal ( $\geq 60\%$ )=cukup=kode (1), dan responden yang menjawab pertanyaan benar  $< 9$  soal ( $< 60\%$ )=kurang=kode (0).

## F. Prosedur Pengumpulan Data

Data diambil secara langsung oleh peneliti dari ODHA dengan mengisi lembar kuesioner dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Peneliti mengajukan surat ijin penelitian masuk ke Direktur RSUD Kabupaten Sorong, Direktur RSUD Sele Be Solu Kota Sorong dan Ketua YSA Sorong.
2. Setelah ijin penelitian diperoleh, selanjutnya peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas dengan menyebarkan kuesioner pada ODHA, kemudian data yang diperoleh ditabulasi dan dianalisis validitas pertanyaan. Dari hasil uji validitas untuk masing-masing *item* pertanyaan, jika nilai  $r$  hasil  $>$  nilai tabel=Ho ditolak, kesimpulannya adalah pertanyaan valid/sah sebagai instrument penelitian. Untuk mengukur reliabilitas (kekonsistenan) pertanyaan, peneliti menggunakan cara *One Shot* atau diukur sekali saja, yaitu dengan membandingkan pertanyaan satu dengan yang lain sesuai uji validitas (Hastono, 2007).
3. Untuk membantu kelancaran distribusi instrumen penelitian, maka peneliti menggunakan asisten peneliti sebanyak 3 orang, yang bertugas sebagai perawat *manager* kasus ODHA dari unit layanan kesehatan masing-masing, yang dipilih dengan kriteria pendidikan minimal Diploma III Keperawatan dengan diberikan petunjuk terlebih dahulu terkait teknik pengumpulan data. Asisten peneliti ini telah berhasil membina hubungan saling percaya antara responden dengan pihak layanan kesehatan, sehingga akses layanan kesehatan dapat diperoleh oleh ODHA dengan optimal.
4. Melakukan komunikasi terapeutik : salam terapeutik kepada responden.

5. Mengidentifikasi responden berdasarkan kriteria inklusi.
6. Menjelaskan tujuan penelitian kepada ODHA.
7. Meminta *informed consent* ODHA dengan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.
8. Responden Mengisi data demografi, yang meliputi : umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, lama menderita dan status mendapat ART.
9. Responden menjawab pertanyaan kuesioner yang tersedia dengan memberi tanda cek/centang pada kolom sesuai jawaban dianggap benar.
10. Kuesioner dikumpulkan kembali, sambil memeriksa kelengkapan pengisiannya sampaikan ucapan terimakasih kepada responden atas partisipasinya.

#### **G. Pengolahan Data**

Data primer yang telah diperoleh kemudian diolah melalui tahapan yaitu *editing*, *coding*, *entry data*, *cleaning* dan dianalisis sebagai berikut:

##### 1. *Editing* (pengecekan data)

Data yang telah terkoleksi kemudian dilakukan pengecekan untuk memastikan kelengkapan, kesesuaian, kejelasan, dan kekonsistenan jawaban.

##### 2. Pengkodean (*Coding*)

Yaitu pemberian kode pada data untuk mempercepat proses *entry data* dan mempermudah analisis data. Saat melakukan *entry data*, pengkodean dilakukan pada data katagorik baik variabel umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama menderita, status mendapat ART.

##### 3. Pemrosesan (*Processing*)

Yaitu memasukkan data dari koesioner ke dalam komputer dengan menggunakan satu program komputer.

##### 4. Pembersihan Data (*Cleaning*)

Yaitu mengecek kembali data yang sudah di-*entry*. Pengecekan dilakukan untuk memastikan apakah ada data yang hilang (*missing*) dengan melakukan

*list*, mengecek kembali apakah data sudah di-*entry* dengan baik dengan melihat variasi data atau kode yang digunakan, dan kekonsistenan data dengan membandingkan 2 tabel.

## H. Analisa Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan program *Statistical Software*. Data dianalisis dalam bentuk proporsi dan hubungan bivariat yang menggunakan uji kai kuadrat dan analisis multivariat. Hubungan faktor-faktor terkait dan tindakan pencegahan penularan HIV pada ODHA, dinyatakan sebagai rasio ods yang merupakan faktor risiko dan dihitung dengan regresi logistik ganda.

### 1. Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk memperoleh gambaran masing-masing variabel independen maupun dependen. Data disajikan dalam bentuk frekuensi dan dapat juga digunakan uji statistik yang sesuai. Analisis univariat digunakan untuk menampilkan tabel frekuensi untuk mendapat gambaran responden berdasarkan karakteristik dalam analisa univariat.

**Tabel 4.1**  
**Analisis Univariat Karakteristik Responden**  
**Variabel Independen dan Variabel Dependen**

Variabel	Jenis Data	Deskripsi
<b>Variabel Independen</b>		
Umur	Katagorik	Jumlah, persen (%)
Jenis Kelamin	Katagorik	Jumlah, persen (%)
Status Perkawin	Katagorik	Jumlah, persen (%)
Pendidikan	Katagorik	Jumlah, persen (%)
Pekerjaan	Katagorik	Jumlah, persen (%)
Lama menderita HIV	Katagorik	Jumlah, persen (%)
Status mendapat ART	Katagorik	Jumlah, persen (%)
Pengetahuan	Katagorik	Jumlah, persen (%)
Sikap	Katagorik	Jumlah, persen (%)
<b>Variabel Dependen</b>		
Tindakan pencegahan penularan HIV	Katagorik	Jumlah, persen (%)

### 2. Analisis Bivariat

Analisis ini bertujuan untuk mengetahui:

- a. Hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen yang bersifat data katagorik – katagorik antara beberapa kelompok data.
- b. Kandidat variabel yang akan dimasukkan kedalam model regresi logistik ganda. Variabel independen yang berhubungan dengan

variabel dependen dengan nilai probabilitas (*p value*) kurang dari atau sama dengan 0,250 ( $p \leq 0,250$ ) akan ikut dalam model regresi logistik ganda.

Metode uji analisis data yang digunakan adalah kai kuadrat (*Chi Square*). Proses pengujian kai kuadrat adalah membandingkan frekuensi yang terjadi (observasi) dengan frekuensi harapan (ekspektasi). Bila nilai frekuensi observasi dengan nilai ekspektasi sama, maka dinyatakan tidak ada hubungan yang bermakna (signifikan). Jika hasil uji kai kuadrat tidak memenuhi kriteria seperti: terdapat sel yang mempunyai nilai harapan (ekspektasi) (nilai E) kurang dari 1; tidak ada sel yang mempunyai nilai harapan (Nilai E) kurang dari 5 ( $> 20\%$  jumlah sel); dan terdapat keterbatasan tabel 2x2 dimana variabel katagori-katagorinya tidak bisa digabungkan lagi, maka dapat dilakukan alternatif uji *Fisher's Exact*. Pembuktian dengan uji kai kuadrat dilakukan dengan menggunakan formula:

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

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

Keterangan:

$X^2$  = *chi-square*; O = nilai observasi; E = nilai ekspektasi (harapan);

k = jumlah kolom; b = jumlah baris

(Hastono, 2007).

**Tabel 4.2**  
**Analisis Bivariat**

Variabel Independen	Data	Variabel Dependen	Data	Uji Statistik
Pengetahuan	Katagorik	Tindakan Pencegahan penularan HIV	Katagorik	<i>Chi-Square</i>
Sikap	Katagorik			<i>Chi-Square</i>
Status mendapat ART	Katagorik			<i>Chi-Square</i>
Jenis kelamin	Katagorik			<i>Chi-Square</i>
Pendidikan	Katagorik			<i>Chi-Square</i>
pekerjaan	Katagorik			<i>Chi-Square</i>
Lama menderita HIV	Katagorik			<i>Chi-Square</i>
Umur	Katagorik			<i>Chi-Square</i>
	Katagorik			<i>Chi-Square</i>

### 3. Analisis multivariat

Dilakukan analisis multivariat untuk mengetahui apakah secara bersama variabel independen berhubungan dengan variabel dependen atau melihat efek bersih variabel independen terhadap variabel dependen dan mengetahui variabel mana yang paling dominan mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV pada ODHA. Analisis multivariat menggunakan metode Regresi Logistik (*Multiple Logistic Regression*), yang variabel dependennya bersifat dikotom/*binary* (Ikob, 2002).

Analisis multivariat dilakukan dengan menyeleksi variabel independen yang akan dimasukkan ke dalam analisis multivariat dengan analisis bivariat menggunakan uji korelasi. Variabel yang memenuhi syarat yaitu variabel yang mempunyai nilai  $p$  lebih kecil 0,25 atau nilai  $p$  lebih besar 0,25 tetapi variabel tersebut secara substansi berhubungan dengan variabel tindakan pencegahan penularan HIV pada ODHA (Hastono, 2007).

**Pemodelan Multivariat:** Pada tahap ini peneliti melakukan uji regresi logistik ganda untuk variabel independen kandidat. Semua variabel independen kandidat diikutsertakan dalam regresi logistik ganda. Analisis regresi logistik menampilkan 2 tipe signifikansi yaitu :

1. Signifikan model  
Signifikan model didapatkan jika koefisien regresi model memiliki nilai  $p \leq 0,05$ .
2. Signifikan parsial  
Signifikan parsial merupakan signifikan dari koefisien regresi logistik setiap variabel independen. Signifikan parsial didapatkan jika koefisien regresi memiliki nilai  $p \leq 0,05$ . Jika terdapat variabel independen dengan nilai signifikansi lebih dari 0,05, maka variabel independen tersebut harus dikeluarkan dari model regresi logistik. Pengeluaran variabel yang tidak signifikan dari model dilakukan satu persatu secara bertahap mulai dari variabel yang memiliki nilai  $p$  paling besar. Sampai akhirnya ditemukan model yang *parsimony* yang memenuhi signifikansi model dan signifikansi parsial.

(Sastroasmoro & Ismael, 2007).

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **A. Gambaran Umum Pelaksanaan Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di ruang VCT, poli rawat jalan dan ruang rawat inap. Selain itu, peneliti dan asisten peneliti juga berkunjung ke rumah responden di lingkungan unit pelayanan RSUD Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong dan Klinik YSA Sorong. Kunjungan rumah dilakukan karena sebagian besar responden yang sudah mendapat ART dan bekerja tidak bisa meninggalkan pekerjaan mereka, serta juga untuk tetap menjaga privasi mereka, mengharuskan mereka menggunakan metode medikasi ART dalam sistem paket dengan variasi jangka waktu pengobatan  $\pm$  1-3 bulan. Hal ini jugalah yang menyebabkan peneliti kesulitan memperoleh target perolehan sampel penelitian yang mencukupi dalam waktu 1 bulan.

Sampai dengan batas akhir waktu penelitian dilakukan (minggu I Juni 2011) sesuai rencana awal, peneliti hanya berhasil memperoleh responden sebanyak 30 ODHA. Akan tetapi, jumlah responden ini belum mencapai target jika disesuaikan dengan jumlah subjek penelitian minimal pada analisis multivariat yaitu sebesar 50-100 subjek penelitian (Sastroasmoro, 2010; Hastono, 2007). Dengan demikian, peneliti memutuskan untuk menambah waktu penelitian sampai dengan minggu IV September 2011. Peneliti berhasil memperoleh responden sebanyak 97 ODHA dengan rincian: 23 responden dari RSUD Kabupaten Sorong, 50 responden dari RSUD Sele Be Solu Kota Sorong dan 24 responden dari Klinik YSA Sorong.

Meskipun demikian, terdapat pula beberapa responden yang melakukan *missing data* dengan tidak menjawab sepenuhnya *item* pertanyaan kuesioner. Dari hasil *cleaning data* terhadap 97 responden, ternyata ditemukan sebanyak 22 responden yang mengalami *missing data* dari masing-masing *item* pertanyaan kuesioner dan dikeluarkan dari *entry data*, sehingga tersisa 75 responden yang *valid* pengisian datanya. Hal ini peneliti lakukan guna mempermudah analisis statistik. Jumlah subjek ini masih memenuhi kriteria sampel minimal yang dibutuhkan dalam analisis multivariat. Selanjutnya dilakukan analisis statistik sebagai berikut:

1. Analisis univariat meliputi variabel: umur, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, lama menderita HIV/AIDS, status mendapat ART, pengetahuan dan sikap ODHA tentang pencegahan penularan HIV dan tindakan pencegahan penularan HIV yang dilakukan ODHA.
2. Analisis bivariat terhadap hubungan antara variabel independen (pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, status kawin, pekerjaan, pendidikan, lama menderita HIV/AIDS dan lama mendapat ART) dan variabel dependen (tindakan pencegahan penularan HIV pada ODHA).
3. Analisis multivariat dilakukan untuk melihat faktor yang paling dominan mempengaruhi variabel dependen.

## B. Analisis univariat

1. Karakteristik Responden

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Tingkat Pendidikan, Status Perkawinan dan Pekerjaan di Sorong Tahun 2011**

Kategori	Jumlah	%
<b>Jenis kelamin</b>		
- Perempuan	37	49,3
- Laki-laki	38	50,7
<b>Umur</b>		
- Tua (36 – 65 tahun)	23	30,7
- Muda (12 – 35 tahun)	52	69,3
<b>Tingkat pendidikan</b>		
- Tinggi (Perguruan Tinggi)	13	17,3
- Rendah (SMU, SMP, SD)	62	82,7
<b>Status perkawinan</b>		
- Kawin	46	61,3
- Tidak Kawin	29	38,7
<b>Pekerjaan</b>		
- Tidak bekerja	29	38,7
- Bekerja	46	61,3

Responden pada penelitian ini tidak terdapat perbedaan proporsi yang signifikan antara laki dan perempuan. Berdasarkan umur dan tingkat pendidikan responden terbesar adalah umur muda (69,3%) dan berpendidikan rendah (82,5%) dan berdasarkan status perkawinan distribusi responden terbesar adalah kawin (61,3%). Selain itu, responden terbesar pada penelitian ini juga terdapat pada kategori yang bekerja (61,3%) (tabel 5.1).

2. Gambaran Pengetahuan, Sikap, Lama Menderita HIV/AIDS dan Status Mendapat ART Responden

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan, Sikap,**  
**Lama Menderita HIV/AIDS dan Status Mendapat ART**  
**di Sorong Tahun 2011**

Kategori	Jumlah	%
<b>Pengetahuan</b>		
- Baik	47	62,7
- Kurang	28	37,3
<b>Sikap</b>		
- Baik	72	96,0
- Kurang	3	4,0
<b>Lama menderita HIV/AIDS</b>		
- Lama (> 6 bulan)	54	72,0
- Lama ( $\leq$ 6 bulan)	21	28,0
<b>Status mendapat ART</b>		
- Sudah	50	66,7
- Belum	25	33,3

Dari tabel 5.2 tampak bahwa tingkat pengetahuan responden sebagian besar termasuk dalam kategori baik (62,7%). Sikap responden tentang pencegahan penularan HIV pun sebagian besar termasuk dalam kategori baik (96,0%). Responden pada penelitian ini yang teridentifikasi positif HIV/AIDS sebagian besar termasuk kategori lama (72,0%) dan sudah mendapat ART (66,7%).

3. Gambaran Tindakan pencegahan Penularan HIV

**Diagram 5.1**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Tindakan Pencegahan**  
**Penularan HIV di Sorong Tahun 2011**

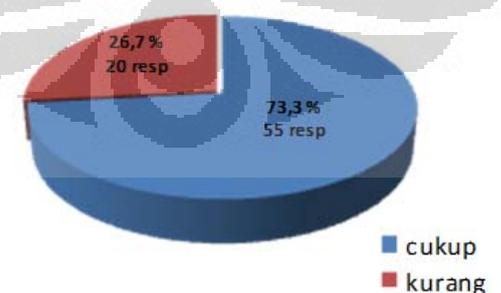


Diagram 5.1 memperlihatkan bahwa sebagian besar responden (73,3%) termasuk dalam kelompok cukup dalam melakukan tindakan pencegahan penularan HIV, akan tetapi masih ada 26,7% responden yang kurang dalam melakukan tindakan pencegahan penularan HIV.

### C. Analisis Bivariat

Analisis Hubungan antara Faktor-faktor yang Mempengaruhi dan Tindakan Pencegahan Penularan HIV oleh ODHA

**Tabel 5.3**  
**Analisis Hubungan Antara Faktor-faktor yang Mempengaruhi dan Tindakan Pencegahan Penularan HIV Oleh ODHA di Sorong Tahun 2011**

Variabel	Tindakan Pencegahan Penularan HIV				Total		Exp B (OR)	p value
	Cukup		Kurang		N	%		
	n	%	n	%				
<b>Pengetahuan</b>								
- Baik	38	80,0	9	19,1	47	100	<b>2,732</b>	<b>0,102</b>
- Kurang	17	60,7	11	39,3	28	100		
<b>Sikap</b>								
- Baik	52	72,2	20	27,8	72	100	<b>0,722</b>	<b>0,560</b>
- Kurang	3	100,0	0	0,0	3	100		
<b>Umur</b>								
- Tua (36-65 Tahun)	21	91,3	2	8,7	23	100	<b>5,559</b>	<b>0,040*</b>
- Muda (12-35 Tahun)	34	65,4	18	34,6	52	100		
<b>Jenis Kelamin</b>								
- Perempuan	28	75,5	9	24,3	37	100	<b>1,267</b>	<b>0,848</b>
- Laki-laki	27	71,1	11	28,9	38	100		
<b>Tingkat Pendidikan</b>								
- Tinggi (PT)	12	92,3	1	7,7	13	100	<b>5,302</b>	<b>0,165</b>
- Rendah (SMU, SMP, SD)	43	69,4	19	30,6	62	100		
<b>Status Perkawinan</b>								
- Kawin	37	80,4	9	19,6	46	100	<b>2,512</b>	<b>0,138</b>
- Tidak	18	61,2	11	37,9	29	100		
<b>Pekerjaan</b>								
- Tidak Bekerja	21	72,4	8	27,6	29	100	<b>0,926</b>	<b>1,000</b>
- Kerja	34	73,9	12	26,1	46	100		
<b>Lama Menderita HIV/AIDS</b>								
- Baru ( $\leq 6$ bulan)	14	66,7	7	33,3	21	100	<b>1,577</b>	<b>0,601</b>
- Lama ( $> 6$ bulan)	41	75,9	13	24,1	44	100		
<b>Status Mendapat ART</b>								
- Sudah	39	78,0	11	22,0	50	100	<b>1,994</b>	<b>0,310</b>
- Belum	16	64,1	9	36,0	25	100		

Keterangan: \*Bermakna pada  $p \leq 0,05$

Dari tabel 5.3 terlihat bahwa distribusi responden terbesar adalah pada kelompok tindakan pencegahan penularan HIV cukup, diantaranya pada kategori pengetahuan baik (80,0%) maupun kurang (39,3%); sikap baik (72,2%) maupun kurang (100%); umur tua (91,3%) maupun muda (65,4%); laki-laki (71,1%) maupun perempuan (75,5%); tingkat pendidikan tinggi (92,3%) maupun rendah (69,4%); kawin (80,4%) maupun tidak kawin (61,2%); bekerja (73,9%) maupun tidak bekerja (72,4%); ODHA lama (75,9%) maupun baru (66,7%); dan sudah mendapat ART (78%) maupun belum (64,1%).

Uji statistik menggunakan *Chi square test* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan ( $p > 0,05$ ) antara pengetahuan ( $p = 0,102$ ; OR=2,732), jenis

kelamin ( $p=0,840$ ;  $OR=1,267$ ), status perkawinan ( $p=0,138$ ;  $OR=2,512$ ), pekerjaan ( $p=1,000$ ;  $OR=0,926$ ), lama menderita HIV/AIDS ( $p=0,601$ ;  $OR=1,139$ ), dan status mendapat ART ( $p=0,310$ ;  $OR=1,944$ ) dengan tindakan pencegahan penularan HIV/AIDS oleh ODHA. Hanya variabel umur ( $p=0,040$ ;  $OR=5,559$ ) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan ( $p\leq 0,05$ ) dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA. Selain itu, dilakukan juga uji alternatif menggunakan *Fisher exact test* pada variabel sikap dan pendidikan karena pada masing-masing sel memiliki 2 sel (50%) dan 1 sel (25%) nilai harapan kurang dari 5. Hasil uji *Fisher exact* menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel sikap ( $p=0,560$ ;  $OR=0,722$ ) dan pendidikan ( $p=0,165$ ;  $OR=5,302$ ) dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA.

Dari hasil penelitian ini, terlihat bahwa tidak terdapat perbedaan proporsi masing-masing variabel independen antara kategori baik maupun kurang untuk cukup dalam melakukan tindakan pencegahan penularan HIV. Hal ini dapat terjadi karena pengetahuan sebagian besar responden berada pada kategori baik (62,7% pada analisis univariat). Pengetahuan responden tentang pencegahan penularan HIV tidak hanya berasal dari pendidikan formal saja, namun juga dapat berasal dari sumber lain, seperti media cetak dan elektronik dan informasi dari orang lain (petugas kesehatan, keluarga, teman) dll yang dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan pemahaman responden tentang pencegahan penularan HIV. Sehingga, responden dapat melakukan tindakan pencegahan penularan HIV tanpa dipengaruhi oleh variabel umur, tingkat pendidikan status mendapat ART dan status perkawinan. Walaupun, secara analisis statistik terlihat bahwa variabel-variabel tersebut memiliki derajat hubungan ( $OR$ ) yang lebih besar dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA dibandingkan variabel lain.

Meskipun demikian, gambaran hasil analisis ini mungkin saja tidak menunjukkan hasil penelitian yang sebenarnya, karena jumlah responden dalam penelitian ini masih sedikit (*minimal sampling size*). Diperlukan kuantitas dan kualitas responden yang representatif dengan metode *random sampling* untuk dapat memberikan simpulan hasil analisis yang *valid*.

## D. Analisis Multivariat

### 1. Seleksi Kandidat

Pada analisis multivariat ini dilakukan uji regresi logistik ganda untuk semua variabel independen yang merupakan kandidat. Variabel kandidat adalah variabel independen yang memiliki nilai  $p$  hasil uji korelasi dengan variabel dependen (tindakan pencegahan penularan HIV)  $\leq 0,250$ . Hasil seleksi terhadap kandidat variabel independen yang akan diikutsertakan dalam analisis regresi logistik ganda adalah sebagai berikut:

**Tabel 5.4**  
**Nilai Probabilitas ( $p$  value) Hasil Seleksi Kandidat Variabel**  
**untuk Uji Regresi Logistik Ganda**

Variabel independen	Nilai $p$
- Pengetahuan	0,102*
- Sikap	0,560
- Umur	0,040*
- Jenis Kelamin	0,840
- Tingkat Pendidikan	0,165*
- Status Perkawinan	0,138*
- Pekerjaan	1,000
- Lama Menderita HIV	0,601
- Status Mendapat ART	0,310

Ket : \*) variabel kandidat ( $p \leq 0,250$ )

Sebagian besar variabel independen yang diuji korelasi tidak termasuk dalam variabel kandidat. Hanya variabel pengetahuan, umur, tingkat pendidikan dan status perkawinan yang termasuk variabel kandidat ( $p < 0,250$ ) (tabel 5.4).

### 2. Pemodelan Multivariat

Setelah diperoleh variabel independen yang memenuhi syarat ( $p \leq 0,250$ ), maka dilanjutkan dengan melakukan analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik ganda dengan mengeluarkan variabel yang memiliki nilai  $p$  tidak signifikan ( $p > 0,05$ ) dimulai dari yang nilai  $p$  tertinggi (dimulai dari model pertama dst), sampai akhirnya didapatkan model yang *persimony* memenuhi signifikan model dan signifikan parsial. Dibawah ini adalah pemodelan multivariat sebagai berikut:

**Tabel 5.5**  
**Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Penularan HIV oleh ODHA di Sorong Tahun 2011**

Variabel	<i>p value</i>	Exp B (OR)	95% CI for Exp(B)	
			Lower	Upper
<b>Model Pertama</b>				
- Pengetahuan	<b>0,116</b>	<b>2.557</b>	.792	8.253
- Umur	<b>0,056</b>	<b>4.772</b>	.960	23.727
- tingkat pendidikan	<b>0,240*</b>	<b>3.734</b>	.416	33.534
- status perkawinan	<b>0,102</b>	<b>2.626</b>	.826	8.346
Constant	<b>0,001</b>			
<b>Model Kedua</b>				
- pengetahuan	<b>0,058</b>	<b>3.031</b>	.964	9.536
- umur	<b>0,054</b>	<b>4.789</b>	.973	23.580
- status perkawinan	<b>0,084*</b>	<b>2.744</b>	.873	8.628
Constant	<b>0,000</b>			
<b>Model Ketiga</b>				
- pengetahuan	<b>0,086*</b>	<b>2.598</b>	.873	7.728
- umur	<b>0,038**</b>	<b>5.330</b>	1.101	25.805
Constant	<b>0,001</b>			
<b>Model Keempat</b>				
- Umur	<b>0,031**</b>	<b>5.559</b>	1.169	26.423
Constant	<b>0,001</b>			

Keterangan: \* Variabel yang akan dikeluarkan pada pemodelan secara bertahap karena nilai  $p > 0,05$ , dimulai dari nilai  $p$  yang tertinggi.

\*\*Bermakna pada  $p \leq 0,05$ .

Dari tabel 5.5 nampak model pertama dari 4 variabel kandidat, tidak ada variabel kandidat yang signifikan. Walaupun demikian, tetap dilakukan pemodelan selanjutnya. Variabel dengan nilai  $p$  tertinggi dikeluarkan dari model satu persatu sampai didapatkan model *parsimony* yang memenuhi signifikansi model dan signifikansi parsial. Variabel tingkat pendidikan memiliki nilai  $p$  tertinggi yaitu sebesar 0,240, sehingga harus dikeluarkan dari model. Dalam penelitian ini tidak terdapat variabel *confounding* sehingga peneliti tidak menghitung perubahan OR (Exp B) variabel kandidat lainnya setelah salah satu variabel kandidat dikeluarkan dari model. Variabel yang tidak memenuhi signifikansi parsial langsung dikeluarkan dari pemodelan.

Pada model kedua masih memperlihatkan bahwa semua variabel kandidat tidak signifikan ( $p > 0,05$ ). Variabel status perkawinan memiliki nilai  $p$  tertinggi yaitu sebesar 0,084, sehingga harus dikeluarkan dari pemodelan. Model ketiga terdapat satu variabel yang signifikan ( $p < 0,05$ ), yaitu variabel status perkawinan dengan nilai  $p$  sebesar 0,036. Meskipun demikian, masih terdapat variabel kandidat dengan nilai  $p$  lebih dari 0,05, yaitu pengetahuan ( $p = 0,083$ ), sehingga harus dikeluarkan dari

pemodelan. Setelah melalui empat kali tahapan seleksi variabel kandidat, sekarang terlihat bahwa variabel yang signifikan ( $p < 0,05$ ) yaitu umur memiliki nilai  $p = 0,031$ .

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong dapat diprediksi oleh variabel umur. Berikut interpretasi berdasarkan *Odd Ratio* (OR) berdasarkan nilai  $\text{Exp}(B)$ :

**ODHA dengan umur muda berisiko 5,5 kali untuk kurang dalam melakukan tindakan pencegahan penularan HIV dibandingkan dengan yang umur tua tanpa dikontrol oleh variabel lain.**

Koefisien model regresi ditunjukkan oleh hasil *test omnibus* dengan nilai  $p$  sebesar 0,012. Nilai  $p$  kurang dari 0,05 menunjukkan bahwa model ini dapat digunakan untuk memprediksi tindakan pencegahan penularan HIV. Persen prediksi model secara keseluruhan (*overall percentage*) adalah sebesar 73,3%. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan model untuk memprediksi tindakan pencegahan penularan HIV adalah sebesar 73,3%.

## **BAB VI PEMBAHASAN**

Bab ini akan membahas tentang hasil penelitian berdasarkan tujuan penelitian, tinjauan teori dan hasil penelitian sebelumnya. Pembahasan terdiri dari interpretasi, diskusi hasil keterbatasan penelitian, dan implikasi dalam keperawatan.

### **A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor sosiodemografi ODHA seperti: umur, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, lama menderita HIV/AIDS, status mendapat ART, pengetahuan dan sikap yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV pada ODHA.

1. Hubungan antara umur dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA.

Pada penelitian ini, didapatkan adanya perbedaan proporsi yang bermakna antara ODHA umur muda dan tua. Hasil analisis univariat menunjukkan proporsi terbesar pada umur muda (12-35 tahun) sebesar 69,3%, sedangkan pada umur tua (36-65 tahun) sebesar 30,7%. Data ini dapat menjelaskan bahwa infeksi HIV ternyata lebih banyak terjadi pada umur muda dari pada umur tua. Hal ini dapat disebabkan karena pada umur muda lebih dimungkinkan banyak melakukan perilaku seks tidak aman yang berisiko terhadap penularan HIV. Perilaku seks tidak aman dan berisiko yang dimaksud misalnya berhubungan seks berganti-ganti pasangan tanpa menggunakan kondom dan melakukan tindakan mencoba-coba (ikut-ikutan) mengkonsumsi minuman beralkohol dan narkoba (suntik) yang memicu terjadinya penyimpangan perilaku sosial, termasuk didalamnya perilaku seksual berisiko yang turut berkontribusi pada penularan HIV pada umur muda. Sebagai tambahan, diketahui bahwa mayoritas jalur penularan HIV pada ODHA di wilayah Sorong Papua Barat adalah melalui kontak seksual.

Hasil penelitian ini memperlihatkan secara proporsi sejalan dengan laporan kumulatif AIDS Nasional oleh Ditjen PP dan PL KemenKes RI per Juni 2011, bahwa proporsi kasus AIDS tertinggi pada kelompok umur muda 20-

29 tahun sebesar 46%, disusul kelompok umur 30-39 tahun sebesar 31,5% dan kelompok umur 40-49 tahun sebesar 9,8%, yang menunjukkan kecenderungan kasus AIDS pada proporsi umur muda lebih tinggi dibandingkan dengan umur tua.

Pada hasil analisis statistik menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara umur dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA ( $p=0,040$ ). Proporsi terbesar berada pada kelompok responden dengan tindakan pencegahan penularan HIV cukup, masing-masing pada kategori umur tua sebesar 91,3% dan umur muda sebesar 65,4%.

Selanjutnya, ternyata hasil analisis multivariat memperlihatkan bahwa umur merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA ( $p=0,031$ ; OR=5,559 95% CI=1.169-26.423).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sititrai, et al. (1992, dalam Dachlia, 2000) pada orang laki-laki dewasa di Thailand mengungkapkan adanya hubungan yang erat antara umur dengan aktivitas seksual seseorang, namun menunjukkan perbedaan proporsi yang signifikan antara umur muda dan umur tua. Studi tersebut memperlihatkan bahwa proporsi responden yang berhubungan dengan penaja seks komersial meningkat 20% pada usia 15-19 tahun menjadi 47% pada usia 20-24 tahun, dan 42% pada usia 25-29 tahun. Kemudian angka tersebut menurun menjadi 24% pada usia 30-39 tahun dan 26% pada usia 40-49 tahun.

Penelitian lainnya yang juga sejalan dipublikasikan oleh majalah *People* di Amerika Serikat memperlihatkan bahwa lebih dari 25% dari 19 juta kalangan dewasa muda mengalami kasus STDs per tahunnya. Satu dari 4 dewasa muda yang aktif secara seksual telah terinfeksi STDs. Lebih dari 50% kalangan dewasa muda yang aktif secara seksual (12,5 juta) dilaporkan memiliki 2 atau lebih pasangan seksual. Kurang dari setengahnya mengatakan bahwa mereka menggunakan kondom pada saat pertama kali melakukan hubungan seks (Stine, 2011).

Hasil penelitian ini sejalan juga dengan Penelitian oleh USAIDS-FHI Aksi Stop AIDS bekerjasama dengan Lembaga Penelitian Universitas

Cenderawasih menggunakan metode Etnografi dengan pendekatan *Rapid Anthropological Assessment Procedures* tentang Program seksualitas Orang Papua (*The Papuan Sexuality Program*) (2002, dalam Dumatubun, 2003) yang dilakukan di tiga kabupaten (Merauke, Jayapura dan Jayawijaya) menjelaskan adanya hubungan antara aktivitas seksual dalam kebudayaan suku bangsa Marind-Anim dengan kasus epidemi AIDS di Merauke. Terdapat berbagai ritual seks bebas dikalangan suku bangsa Marind-Anim, khususnya pada umur muda yang dikenal dengan upacara "*Bambu Pemali*" adalah suatu proses belajar seks menurut budaya Mayo dengan tujuan: a) inisiasi bagi para remaja supaya menjadi anggota masyarakat secara penuh; b) membawa kesuburan dan keseimbangan hidup manusia; c) mengadakan hubungan dengan para leluhur.

Dasar utamanya adalah bahwa berbagai aktivitas seksual baik secara homoseksual maupun heteroseksual di kalangan suku Marind-Anim itu berlandaskan pada "konsep kebudayaan *semen* (sperma)". Sperma bagi suku bangsa Marind-Anim merupakan suatu kekuatan yang diperoleh dari seorang pria yang perkasa, kuat dan secara konseptual mempunyai makna yang kuat sebagai konsep kesuburan, kecantikan, kekuatan menyembuhkan dan kekuatan mematikan (Dumatubun, 2003). Konsekuensi dari pengetahuan dan perilaku suku bangsa Marind-Anim berdasarkan konteks kebudayaan mereka, maka akan berdampak pada tumbuhnya berbagai penyakit menular seksual dan HIV/AIDS di kalangan mereka.

Karena konsep kebudayaan tidak statis, tetapi bersifat dinamis (Dumatubun, 2003) dan seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan yang pesat, maka dapat berdampak pula pada pola kehidupan dan kebudayaan masyarakat setempat. Hal ini pada akhirnya akan merubah perilaku hidup yang sehat masyarakat setempat, terutama dapat merubah perilaku seks yang aman sehingga terhindar dari penyakit infeksi menular seksual dan HIV/AIDS.

Meskipun demikian, penelitian ini bukanlah representasi dari kehidupan *sexual* dalam kebudayaan masyarakat Papua pada umumnya, oleh karena itu perlu dikaji lebih dalam lagi aspek *cultural* yang berhubungan dengan

perilaku seksual (Dumatubun, 2003) dari masing-masing suku yang berdiam di Tanah Papua.

Dari gambaran statistik beberapa hasil penelitian dan laporan kasus AIDS di atas, dapat diringkaskan bahwa ODHA umur muda lebih berisiko berperilaku seksual tidak aman sehingga kurang dalam melakukan tindakan pencegahan penularan HIV dibandingkan dengan umur tua. Namun, pada beberapa kasus umur tua dapat juga berperilaku seks berisiko. Dengan demikian infeksi HIV lebih berisiko terjadi pada ODHA umur muda.

Alasan utama mengapa angka infeksi HIV tinggi diantara umur dewasa muda adalah karena pada golongan dewasa muda merupakan masa penemuan, muncul perasaan bebas dan eksplorasi hubungan dan perilaku baru (Stine, 2011). Dewasa muda juga adalah masa latihan, pemberontakan, dan perubahan diri (Stine, 2011). Dalam artian kalangan muda mengambil risiko dan pengalaman, terutama pada perilaku seksual yang merupakan bagian terpenting dari risiko infeksi HIV. Hal lain juga adalah beberapa diantara mereka melakukan tindakan mencoba-coba dengan memakai narkoba (Stine, 2011).

Seiring dengan penyebaran pandemi HIV/AIDS, bahkan pada kelompok umur muda belia pun telah terpajan risiko terinfeksi HIV. Penyebaran infeksi pada kelompok muda belia terjadi karena banyak orang laki-laki yang memilih pasangan seksual muda belia. Banyak orang laki-laki percaya bahwa gadis muda belia kemungkinan rendah sekali untuk terinfeksi HIV, sementara mereka ada yang mempertahankan keyakinan yang salah bahwa berhubungan seks dengan perawan dapat mengobati HIV (Stine, 2011).

2. Hubungan antara jenis kelamin dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA.

Data hasil penelitian ini secara proporsi menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin laki-laki (50,7%) dan perempuan (49,3%) pada ODHA. Deskripsi statistik ini dapat menjelaskan bahwa distribusi penularan HIV tidak terletak pada perbedaan jenis kelamin atau antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan mempunyai peluang yang

hampir sama untuk tertular HIV. Namun, penelitian Irmanigrum, et al. (2007) yang menemukan bahwa frekuensi kontak seksual berganti-ganti pasangan di Papua menunjukkan perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan, yaitu proporsi terbesar dimana pada laki-laki umur 15-24 tahun sebesar 28%, mengalami penurunan pada umur 25-39 tahun 22% dan umur 40-49 tahun sebesar 16%. Sementara proporsi terkecil yaitu pada perempuan umur 15-24 tahun sebesar 12%, mengalami penurunan pada umur 25-39 tahun 7%, dan umur 40-49 tahun sebesar 6%. Hal ini menunjukkan bahwa proporsi penduduk Papua yang berumur lebih muda ternyata lebih banyak memiliki pasangan seks dibandingkan penduduk yang lebih tua, terutama penduduk laki-laki, sehingga dapat diperkirakan proporsi ODHA laki-laki lebih tinggi dari ODHA perempuan.

Hasil penelitian ini berbeda dengan laporan kasus AIDS Nasional oleh Ditjen PP & PL KemenKes RI per Juni 2011 bahwa dari 26.483 kasus AIDS sebanyak 19.139 kasus (72,3%) adalah laki-laki, 7.255 kasus (27,4%) adalah perempuan dan 89 kasus (0,9%) tidak diketahui jenis kelaminnya (rasio perbandingan kasus AIDS antara laki-laki dan perempuan adalah 3:1), yang menunjukkan bahwa jumlah ODHA laki-laki tiga kali lebih banyak dibandingkan dengan ODHA perempuan. Tingginya prevalensi kasus HIV/AIDS pada laki-laki lebih dikarenakan oleh perilaku seksual berisiko yang lebih rentan dilakukan laki-laki dibandingkan perempuan, sementara data hasil penelitian ini mungkin belum merepresentasikan jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS sebenarnya karena jumlah sampel penelitian yang masih minimal.

Selanjutnya pada analisis statistik menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan tindakan pencegahan penularan HIV pada ODHA ( $p=0,848$ ). Proporsi responden terbesar adalah pada kelompok tindakan pencegahan penularan HIV cukup, baik pada laki-laki maupun perempuan (masing-masing sebesar 71,1% & 75,5%).

Walaupun tidak berhubungan dan distribusi tindakan pencegahan penularan HIV antara laki-laki dan perempuan dalam kategori cukup, namun penularan HIV di Papua khususnya di Sorong tetap saja terjadi dan terus

menunjukkan peningkatan bermakna dari tahun ke tahun. Hal ini terjadi karena infeksi HIV sebagian besar terjadi melalui kontak seksual dan semua manusia baik laki dan perempuan tidak terlepas dari kehidupan seksual (Dachlia, 2000). Dari hasil penelitian ini sebenarnya terlihat juga bahwa kecenderungan penularan HIV lebih banyak terjadi pada laki-laki, karena pada dasarnya laki-laki lebih berisiko berperilaku melakukan seks tidak aman berganti-ganti pasangan tanpa menggunakan kondom dan terlibat dalam konsumsi minuman beralkohol dan narkoba (suntik) yang memicu penularan HIV lebih cepat terjadi dikalangan mereka sendiri maupun pasangannya.

Beberapa literatur menjelaskan adanya pengaruh jenis kelamin terhadap penularan HIV. Penularan HIV dari laki-laki ke perempuan tiga kali lebih efektif dari pada perempuan ke laki-laki (Ignatavicius & Workman, 2010; WHO, 1994, dalam Stine, 2011), atau bahkan diperkirakan hingga 20 kali lebih besar penularannya dari laki-laki ke perempuan dari pada sebaliknya (Nasronudin, 2007). Penyebabnya adalah secara biologis perempuan lebih rentan terhadap infeksi HIV karena HIV dalam sekret *semen* konsentrasinya lebih tinggi dari pada dalam sekret serviks vaginal karena banyak daerah mukosal yang mengalami pajanan HIV ketimbang penis (Ignatavicius & Workman, 2010; Stine, 2011).

Terdapat juga literatur mengangkat isu dukungan persamaan *gender* sebagai usaha dalam rangka mencegah penularan HIV. Respon HIV nasional dapat secara signifikan mengurangi kerentanan berdasarkan *gender* terhadap infeksi HIV dalam komunitas mereka (seperti kekerasan pasangan intim) dan *gender* berdasarkan akses terhadap ketidakadilan layanan kesehatan. Program kebijakan sektor kesehatan harus mendukung wanita dan anak perempuan untuk mengurangi kerentanan terhadap infeksi HIV, menantang norma-norma *gender* yang berbahaya, dan berkontribusi terhadap persamaan *gender*. *Gender* berdasarkan akses yang berbeda pada intervensi kesehatan, seperti terapi ART, haruslah ditetapkan dalam program pencegahan penularan HIV dan termasuk yang berhubungan dengan perilaku pria dan anak laki-laki dan intervensi struktur yang ditujukan pada mengurangi ketidaksetaraan *gender* (WHO, 2011).

3. Hubungan antara tingkat pendidikan dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA

Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan proporsi yang bermakna antara tingkat pendidikan tinggi dan rendah. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa distribusi ODHA terbanyak adalah yang mempunyai tingkat pendidikan rendah yaitu sebesar 82,7% dan yang terkecil adalah tingkat pendidikan tinggi sebesar 17,3%.

Gambaran ini jelas memperlihatkan bahwa sebagian besar ODHA yang mempunyai tingkat pendidikan rendah lebih mungkin mempunyai keterbatasan wawasan berpikir dan penerimaan informasi kesehatan, khususnya tentang HIV/AIDS dan pencegahan penularannya, sehingga menyebabkan angka penularan HIV tinggi pada kelompok ini. Tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi cara dan jalan hidup seseorang. Dalam bidang kesehatan misalnya seseorang yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi diharapkan mempunyai kemampuan menerima informasi kesehatan. Dengan demikian diharapkan memiliki pengetahuan yang baik dan berperilaku aman sehingga terhindar dari infeksi HIV (Dachlia, 2000).

Hasil analisis statistik menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA ( $p=0,165$ ). Walaupun tidak berhubungan, tingkat pendidikan memiliki nilai derajat hubungan yang tinggi ( $OR=5,302$ ), yang mengindikasikan tingkat pendidikan rendah memiliki risiko 5,3 kali untuk kurang dalam melakukan tindakan pencegahan penularan HIV dibandingkan dengan ODHA yang berpendidikan tinggi. Proporsi responden terbesar berada pada kelompok tindakan pencegahan penularan HIV cukup, baik pada kategori tingkat pendidikan tinggi (82,4%) maupun tingkat pendidikan rendah (62,5%). Data ini mengindikasikan bahwa ODHA yang melakukan tindakan pencegahan penularan HIV cukup tidak hanya terdapat pada kategori tingkat pendidikan tinggi, namun juga berada pada kategori tingkat pendidikan rendah. Walaupun demikian, terdapat pula proporsi yang menggambarkan ODHA dengan tingkat pendidikan tinggi yang melakukan tindakan pencegahan penularan HIV kurang (17,6%), yang menunjukkan

tidak semua ODHA berpendidikan tinggi dapat melakukan tindakan pencegahan penularan HIV dengan baik.

Penelitian ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan ODHA, maka ia dapat melakukan tindakan pencegahan penularan HIV dengan baik pula. Hal ini disebabkan seseorang yang berpendidikan memiliki penyerapan dan pemahaman terhadap informasi lebih baik, khususnya informasi kesehatan tentang HIV/AIDS dan pencegahan penularannya. Pendidikan adalah salah satu senjata yang paling ampuh untuk melawan penularan HIV (Al-Serouri, et al. 2010). Fakta memperlihatkan juga bahwa pendidikan berperan pada adopsi terbaik terhadap perilaku seksual aman dalam menyikapi epidemi HIV. Kenyataan dari beberapa negara mengindikasikan bahwa orang yang berpendidikan cenderung dapat mengubah perilaku mereka dalam menyikapi HIV dan informasi kesehatan lain (Jukes, et al. 2008; Al-Serouri, et al. 2010).

Meskipun demikian, terdapat hasil penelitian lain yang tidak sejalan, diantaranya sebuah survei terkini oleh majalah *People* di Amerika yang menemukan 96% siswa pada tingkat pendidikan menengah atas dan 99% mahasiswa perguruan tinggi tahu bahwa HIV menular melalui populasi heteroseksual, tetapi mayoritas pelajar ini menyatakan bahwa mereka tetap melakukan hubungan seks tidak aman dan 26% dewasa muda Amerika melakukan praktik anal seks (Stine, 2011). Walaupun tidak menggambarkan populasi ODHA, namun penelitian ini menunjukkan juga bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi tidak menjamin seseorang dapat melakukan tindakan pencegahan penularan HIV dengan baik, namun tindakan pencegahan penularan HIV seharusnya lebih ditujukan pada perubahan perilaku seksual berisiko (Stine, 2011).

Masalah yang terjadi dalam pendidikan AIDS adalah bahwa menyampaikan informasi tentang HIV/AIDS relatif lebih mudah dibandingkan mengubah perilaku, terutama perilaku ketergantungan, dan/atau yang menyenangkan adalah sulit berhenti (Stine, 2011). Oleh sebab itu, Pendidikan HIV/AIDS hendaknya harus dimulai sedini mungkin, dan terus berlanjut sepanjang masa kanak-kanak dan remaja (DFID, et al. 2003). Ini harus dilakukan pada

tahapan perkembangan yang tepat, mengembangkan pembelajaran, sehingga memungkinkan remaja untuk dapat mencegah infeksi HIV dan terkait diskriminasi (DFID, et al. 2003). Sekolah bersama dengan organisasi yang dapat menjangkau orang-orang muda di unit non-sekolah, berperan penting dalam penanggulangan HIV/AIDS, terutama dalam menjangkau anak-anak sebelum mereka mencapai masa puncak yang rentan (umur 15-29 tahun) (DFID, et al. 2003).

#### 4. Hubungan antara status perkawinan dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat perbedaan proporsi yang signifikan antara ODHA yang kawin dan tidak. Hasil univariat menunjukkan distribusi terbesar yaitu pada ODHA yang kawin sebesar 61,3%. tingginya angka kasus ODHA yang kawin dapat disebabkan karena penularan HIV melalui kontak seksual dari pasangannya (suami/istri). Lebih berisiko penularan terjadi dari pasangan laki-laki ke pasangan perempuan dari pada sebaliknya.

Selanjutnya pada analisis statistik menunjukkan tidak adanya hubungan antara status perkawinan dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA ( $p=0,138$ ). Proporsi terbesar terdapat pada kelompok tindakan pencegahan penularan HIV cukup, baik ODHA yang kawin (80,4%) maupun ODHA yang tidak kawin (61,2%), yang menunjukkan bahwa sebenarnya baik ODHA yang kawin maupun yang tidak, keduanya sama-sama memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan pencegahan penularan HIV yang baik. Ini tergantung dari kemampuan pemahaman ODHA tentang pentingnya pencegahan penularan HIV, sehingga tidak menularkan HIV kepada orang lain.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Dachlia (2000) yang menemukan adanya hubungan yang bermakna ( $p=0,000$ ) antara status kawin dengan perilaku seksual berisiko, tanpa dikontrol variabel usia dan tingkat pendidikan. Penelitian ini menemukan juga bahwa kelompok responden yang belum kawin cenderung mempunyai perilaku seksual berisiko 4,7 kali dibandingkan dengan responden yang sudah kawin (Dahlia, 2000).

Penelitian lain juga yang berbeda dengan hasil penelitian ini adalah menurut Siahaan (2003), menemukan adanya hubungan yang bermakna ( $p=0,035$ ) antara status perkawinan responden dengan perilaku seksual berisiko tertular HIV dan diperoleh nilai  $OR=3,75$  yang berarti responden yang telah kawin berisiko 3,75 kali kemungkinan akan berperilaku seksual berisiko dibandingkan dengan mereka yang berstatus duda. Untuk yang berstatus belum kawin diperoleh  $OR=2,422$  dan nilai  $p=0,146$  berarti status kawin tidak berhubungan signifikan dengan perilaku seksual berisiko tertular HIV/AIDS.

Walaupun kedua penelitian di atas tidak meneliti status kawin pada ODHA, namun ini merupakan representasi dari status kawin pada umumnya. Orang yang berstatus kawin lebih mungkin melakukan perilaku seksual berisiko mengindikasikan bahwa ia melakukan seks tidak aman (suka berganti-ganti pasangan dan saat berhubungan seks tidak memakai kondom), yang berarti ia tidak melakukan tindakan pencegahan penularan HIV dengan baik, sehingga berisiko tertular atau menularkan HIV kepada orang lain.

Beberapa studi lain yang juga berbeda dengan hasil penelitian ini memperlihatkan kesimpulan bahwa status belum kawin berhubungan erat dengan perilaku seksual berisiko (Dachlia, 2000). Studi Havanon (1993, dalam Dachlia, 2000) antara lain menyebutkan bahwa responden dengan status belum kawin lebih banyak yang terlibat dalam hubungan seksual dengan penaja seks komersial dibandingkan kelompok yang sudah kawin (56% vs 44%).

5. Hubungan antara pekerjaan dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA

Data penelitian ini menunjukkan perbedaan proporsi yang signifikan. Analisis univariat memperlihatkan proporsi terbesar adalah pada kategori ODHA yang bekerja sebesar 61,3%, sedangkan terkecil adalah ODHA yang tidak bekerja sebesar 38,7%. Perbandingan antara ODHA bekerja dan ODHA tidak bekerja adalah 2 : 1.

Hasil penelitian ini didukung juga oleh data IBBS 2007 tentang tingginya prevalensi pekerjaan yang berisiko terinfeksi HIV yaitu antara WPS langsung dan WPS tidak langsung, yang menunjukkan secara keseluruhan prevalensi WPS langsung adalah 10,4% dan 4,6% adalah WPS tidak langsung (*Anonymous, 2007b*). IBBS 2007 menemukan bahwa prevalensi tertinggi adalah di tanah Papua dan Bali diantara WPS langsung (masing-masing 15,9% dan 14,1%). Magnani et al. secara terpisah menganalisa dari data IBBS dari 2007 dan dilaporkan bahkan prevalensi tertinggi diantara WPS langsung di Sorong (16,9%) dan Jayapura (14,8%) dan diantara WPS tidak langsung di Sorong (8,7%) (*Anonymous, 2007b*).

Tingginya angka kasus HIV/AIDS bila dikaitkan dengan pekerjaan nampaknya berbanding lurus, dengan asumsi bahwa: 1) orang yang bekerja dan mempunyai penghasilan sendiri (uang) cenderung dapat menjadi faktor pendorong untuk melakukan apa saja sesuai keinginannya dengan penghasilannya, termasuk membeli seks yang sebenarnya merupakan perilaku seks berisiko terhadap rentannya infeksi HIV; 2) orang yang mempunyai jenis pekerjaan tertentu yang berisiko tertular HIV, misalnya: WPS, pekerjaan dengan mobilitas tinggi (dalam waktu lama dan terpisah dari suami/istri), dan petugas kesehatan (perawat, bidan, dokter, analis laboratorium dll). Dengan demikian dapat kita pahami mengapa angka kasus HIV/AIDS tinggi dikalangan mereka yang bekerja. Namun, ada juga orang yang tidak bekerja dapat terinfeksi HIV seperti ibu rumah tangga dan remaja putri. Penularan HIV pada ODHA tidak bekerja dapat disebabkan karena kontak seksual dengan pasangannya (suami/istri/pacar) yang mempunyai pekerjaan.

Penelitian ini sejalan dengan temuan KPA Provinsi DKI Jakarta bahwa kalangan tenaga nonprofesional atau karyawan yang paling banyak terinfeksi HIV sepanjang tahun 2011 disusul oleh ibu rumah tangga dan wiraswasta (Antara, 2011). Data surveilans hingga bulan Juni 2011, jumlah karyawan yang terinfeksi HIV sebanyak 283 kasus (199 HIV & 84 AIDS), ibu rumah tangga 147 orang (102 HIV & 44 AIDS), wiraswasta 139 orang (82 HIV & 57 AIDS), narapidana 48 orang (4 HIV & 44 AIDS), buruh

kasar (14 HIV & 18 AIDS) serta tenaga profesional non medis 29 orang (5 HIV & 24 AIDS) (Antara, 2011).

ILO (1998) juga memberikan petunjuk mengenai pekerjaan yang memiliki risiko pajanan HIV-nya tinggi diantaranya adalah tenaga dokter dan paramedis, karena dalam keseharian pekerjaannya kalangan profesional ini selalu bersentuhan dengan pasien dan cairan tubuh dan darahnya yang beberapa diantaranya mungkin terinfeksi HIV. Beberapa studi telah memperkirakan risiko infeksi HIV di lingkungan bekerja. Diantaranya adalah yang mengalami pajanan kecelakaan, risiko infeksi HIV diperkirakan 0-0,76%. Dari data total jumlah 20 pekerja seluruh dunia, menunjukkan bahwa HIV telah menginfeksi pekerja. Serokonversi, yaitu perjalanan dari seronegativitas menjadi seropositif, telah didokumentasikan dalam studi ini. Sebagian besar kasus infeksi HIV adalah sekunder melalui cedera kulit dengan jarum yang terkontaminasi atau orang yang telah terinfeksi melalui kontak dengan produk darah ke kulit yang rusak (mengalami perlukaan) atau selaput mukosa.

Namun, dalam analisis statistik selanjutnya pada penelitian ini menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan tindakan pencegahan penularan HIV pada ODHA ( $p=1,000$ ). Proporsi terbesar terdapat pada kelompok tindakan pencegahan penularan HIV cukup, baik pada kategori bekerja (73,9%) maupun tidak bekerja (72,4%).

Walaupun tidak berhubungan, terlihat bahwa baik ODHA yang bekerja maupun yang tidak bekerja sebenarnya sama-sama dapat melakukan tindakan pencegahan penularan HIV dengan baik. Hal ini dapat dilakukan karena perilaku seseorang dilatar belakangi oleh ketersediaan fasilitas (Green, 1993; dalam Siahaan, 2003). Seseorang yang bekerja dan berpenghasilan cukup akan mampu untuk menjangkau kebutuhan yang diinginkan (Siahaan, 2003), termasuk melakukan upaya pencegahan penularan HIV dan penyakit infeksi lainnya, misalnya pekerja dengan penghasilan yang cukup ia dapat menjangkau akses pelayanan kesehatan yang lebih memadai dan lebih peduli dengan status kesehatan dirinya dan pasangannya (sebagian dari mereka tidak bekerja).

Hasil penelitian ini juga berbeda dengan penelitian Saenun, et al. (1995, dalam Siahaan, 2003), pada pelanggan WPS di lokasi Bangunsari Surabaya menemukan hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan frekuensi seksual dengan WPS per bulan, terlihat bahwa orang yang bekerja sudah barang tentu memperoleh pendapatan dan dengan itu mereka dapat terfasilitasi membeli seks dengan WPS lebih sering, sehingga risiko tertular HIV lebih mungkin terjadi di kalangan mereka. Meskipun sebenarnya tidak semua mereka yang bekerja melakukan perilaku seksual berisiko ini. Banyak diantara mereka mempunyai konsep berpikir yang berbeda yang positif karena dipengaruhi oleh faktor-faktor lain misalnya latar belakang status pendidikan dan pengetahuan yang baik, jenis pekerjaan tertentu misalnya sebagai *public figure*, sosial budaya, kehidupan keluarga dan kehidupan spiritualnya menyebabkan orang yang bekerja lebih selektif dalam melakukan sesuatu, termasuk dalam hal melakukan tindakan pencegahan penularan HIV.

Laporan kasus lain juga yang berbeda dengan hasil penelitian ini adalah tes HIV terhadap 13.858 prajurit baru ABRI pada tahun 1997/1998 tidak menunjukkan adanya perajurit yang terinfeksi HIV (Ditjen PP dan Kesling 2001, 4, dalam Hugo, 2001). Diperkirakan Indonesia memiliki 220.000 prajurit dan marinir serta 190.000 polisi (*Far Eastern Economic Review*, 23, dalam Hugo, 2001). Mereka secara teratur dipindahtugaskan ke berbagai pulau tanpa membawa keluarga (Hugo, 2001). Terlebih lagi, posisi mereka yang berkuasa seringkali memungkinkan mereka mendapat pelayanan PSK tanpa perlu membayar sehingga dianggap sebagai kelompok yang berisiko (Hugo, 2001). Terdapat isu bahwa prajurit Indonesia yang pulang bertugas dari Pasukan Penjaga Perdamaian PBB di Kamboja pada pertengahan 1990-an telah terinfeksi HIV/AIDS di negeri ini (Hugo, 2001).

Dari data yang dilansir oleh vivanews 10 Agustus 2010, terdapat sedikitnya 144 personil TNI dari jajaran Kodam XVII Cenderawasih Papua dinyatakan terinfeksi HIV positif dan 4 diantaranya telah meninggal (Amarullah, 2010). Menurut Panglima Kodam XVII Cenderawasih Mayjen Hotma Marbun, Angka kasus ini merupakan yang terbesar di seluruh Kodam yang ada di Indonesia (Amarullah, 2010). Faktor stres terhadap pekerjaan, jauh dari

keluarga (istri dan keluarga), kurangnya pengetahuan tentang HIV/AIDS dan rendahnya kesadaran tentang tindakan pencegahan penularan HIV ditengarai sebagai penyebab penularan HIV. Data ini juga dapat merepresentasikan peningkatan yang tinggi kasus HIV/AIDS secara umum dikalangan mereka yang bekerja.

Literatur menjelaskan peran WHO bekerjasama dengan ILO dalam menyikapi paparan HIV di tempat kerja. Modul yang disusun ILO (1998) merekomendasikan tentang hubungan penatalaksanaan AIDS dan tempat kerja yang melibatkan para ahli pemerintahan, serikat pekerja dan pengusaha serta dari kesehatan masyarakat, kedokteran, sektor pendidikan hukum dan kesehatan sepakat dengan suara bulat menyatakan bahwa ada dua prinsip pokok kebijakan yang harus dilaksanakan terhadap pekerja yang terinfeksi HIV (AIDS), yaitu: 1) pekerja terinfeksi HIV yang nampak sehat harus di perlakukan sama dengan pekerja lainnya; 2) pekerja terinfeksi HIV yang telah mengalami infeksi oportunistik (AIDS) harus diperlakukan sama perawatan dan pengobatannya dengan pekerja yang sakit lainnya. Namun, sayangnya hingga saat ini di Indonesia belum ada publikasi yang valid tentang sejauh mana peran pemerintah dan pihak swasta dalam menyikapi rekomendasi ILO tersebut.

6. Hubungan antara lama menderita HIV/AIDS dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA

Pada variabel lama menderita HIV/AIDS dari analisis univariat terlihat bahwa proporsi terbesar berada pada kelompok ODHA yang sudah lama menderita (> 6 bulan) sebesar 72%, sedangkan ODHA baru menderita ( $\leq$  6 bulan) sebesar 28%. Tingginya proporsi ODHA yang lama menderita terjadi karena merupakan jumlah kumulatif ODHA. Yang harus di waspandai sebenarnya adalah proporsi ODHA baru. Munculnya angka kasus baru ini mungkin tidak representatif, karena bisa saja ODHA tersebut baru teridentifikasi atau berada dalam periode jendela, namun sebenarnya ia sudah lama terinfeksi HIV positif. Selama selang waktu belum teridentifikasi, ODHA tersebut dapat saja menularkan HIV kepada orang lain lagi dan menyebabkan fenomena gunung es terus terjadi, ini sangat

berbahaya. Bila dibandingkan dengan kumulatif kasus ODHA baru secara nasional dalam 10 tahun terakhir (data kumulatif Ditjen PP & PL per Juni 2002 – Juni 2011) yang rata-rata proporsinya sebesar 27,67% per tahun, maka peningkatan proporsi penelitian ini hampir mendekati angka ini, yang berarti peningkatan angka kasus orang yang baru teridentifikasi positif HIV/AIDS di Sorong cukup tinggi.

Pada analisis statistik ternyata tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara lama menderita HIV/AIDS dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA ( $p=0,601$ ). Pada penelitian ini terlihat juga bahwa baik ODHA yang telah lama maupun menderita baru menderita HIV mempunyai tindakan pencegahan penularan HIV yang cukup (masing masing 75,9% & 66,7%). Walaupun cukup dalam melakukan tindakan pencegahan penularan HIV, namun ODHA tetap memerlukan perhatian serius berbagai pihak terkait, bukan saja terhadap mereka yang telah lama menderita, namun tentu saja diharapkan lebih khusus bagi yang baru teridentifikasi HIV positif, utamanya dalam meningkatkan intensitas penatalaksanaan konseling, monitoring dan pendampingan.

ODHA yang baru menderita HIV lebih berisiko menularkan HIV kepada orang lain, mungkin lebih dikarenakan minimnya pengetahuan ODHA tentang HIV/AIDS, khususnya mengenai pencegahan penularannya dan kondisi psikologis yang labil terhadap penerimaan fakta status barunya yang teridentifikasi terinfeksi HIV positif menyebabkan perilaku ODHA tersebut menjadi tidak terkontrol (dapat menularkan kepada orang lain sebagai ajang balas dendam dll).

Sejauh ini, dalam penelusuran literatur peneliti belum menemukan penelitian sejenis yang mengidentifikasi perbedaan lama menderita HIV/AIDS dan hubungannya terhadap tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA.

7. Hubungan antara status mendapat ART dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA

Hasil penelitian analisis univariat memperlihatkan bahwa sebagian besar ODHA sudah mendapat ART (66,7%) dan selebihnya belum (33,3%). Temuan ini ternyata sejalan dengan laporan monitoring CST Ditjen PP dan PL Kemenkes RI bahwa terjadi peningkatan ODHA yang mendapat ART dari tahun 2005 sebanyak 2.381 ODHA (61% dari yang pernah mendapat ART) dan pada Juni 2011 meningkat menjadi 21.775 kasus yang masih menerima ART (55,7% dari yang pernah menerima ART). Bila dibandingkan dengan total jumlah kasus nasional (26.483 kasus), maka sekitar 82,2% ODHA telah mendapat ART. Ini berarti telah terjadi suatu lonjakan angka kasus ODHA yang menjalani ART secara signifikan.

Penentuan ODHA yang memenuhi syarat mendapat ART dan belum, didasarkan pada kondisi klinis klien dan beberapa hal penting lain, diantaranya adalah:

- a. Layanan konseling dan pemeriksaan sukarela (*voluntary counseling and testing / VCT*) untuk menemukan kasus yang memerlukan pengobatan dukungan dan layanan konseling tindak lanjut untuk memberikan dukungan psikososial berkelanjutan.
- b. Layanan konseling kepatuhan untuk memastikan kesiapan klien menerima dan meneruskan pengobatan (dapat diberikan melalui pendampingan atau dukungan sebaya).
- c. Layanan medis yang mampu mendiagnosis dan mengobati penyakit yang sering berkaitan dengan HIV serta infeksi oportunistik.
- d. Layanan laboratorium yang mampu melakukan pemeriksaan laboratorium rutin seperti pemeriksaan darah lengkap dan kimia darah. Akses ke laboratorium rujukan yang mampu melakukan pemeriksaan CD4 bermanfaat untuk memantau pengobatan.
- e. Ketersediaan ART dan obat infeksi oportunistik serta penyakit terkait lain, yang efektif, bermutu, terjangkau, dan berkelanjutan.

(DepKes RI, 2007b; Hadisetyono, 2007).

Dari beberapa hal penting ini, ternyata ketersediaan akses untuk pemeriksaan CD4 pada unit layanan kesehatan di Sorong belum tersedia, sehingga alternatif penentuan terapi ART hanya berdasarkan beberapa poin diatas

(kecuali pemeriksaan CD4) dan hasil pemeriksaan laboratorium hitung limfosit total (normal: 800-2200 sel/mm<sup>3</sup> atau 600-2400 sel/ $\mu$ l dan terindikasi AIDS bila kadar hitung limfosit total kurang dari normal) (Kee, 2007; Moses, 2011).

Untuk pemeriksaan laboratorium CD4, aksesnya masih terbatas hanya tersedia di beberapa rumah sakit rujukan besar Pemerintah di Indonesia dikarenakan biaya operasional pemeriksaan laboratorium ini tergolong mahal dan terbatas. Penatalaksanaan ART tanpa hasil observasi kadar CD4 darah dapat berisiko pada kegagalan terapi ART dan terjadinya resistensi yang akan membahayakan status kesehatan ODHA. Sesuai rekomendasi WHO terbaru untuk menentukan pemberian ART pada ODHA harus didasarkan pada pemeriksaan kadar CD4 (indikasi pemberian apabila kadar CD4  $\leq$  350 sel/mm<sup>3</sup> tanpa memandang gejala), yang juga digunakan untuk menilai respon atau kegagalan ART yang tidak dapat ditegakkan berdasarkan pemeriksaan hitung limfosit total (DepKes, 2007b; Hadisetyono, 2007).

Pada Analisis statistik menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan ( $p=0,310$ ) antara status mendapat ART dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA. Terlihat juga bahwa proporsi terbesar adalah pada kelompok tindakan pencegahan penularan HIV cukup, baik pada ODHA yang sudah mendapat ART (78%) maupun ODHA yang belum mendapat ART (64,1%).

Baik ODHA yang mendapat ART maupun yang belum sebenarnya dapat melakukan tindakan pencegahan penularan HIV, apabila mereka mempunyai pengetahuan dan kesadaran yang baik tentang pencegahan penularan HIV dan dampak positif terhadap peningkatan status kesehatan mereka.

Pencegahan penularan HIV pada ODHA dapat berjalan dengan baik juga dapat didukung oleh sikap positif masyarakat (tidak ada stigma negatif) terhadap ODHA. Pengalaman peneliti selama melakukan penelitian, nampaknya stigma negatif di masyarakat terhadap ODHA masih tinggi yang dibuktikan dengan sulitnya petugas kesehatan (perawat *manager* kasus)

bertemu dengan ODHA untuk melakukan monitoring perkembangan ODHA dirumahnya. Sebagian besar ODHA masih menutupi diri dengan statusnya walaupun dengan keluarga dekatnya sekalipun karena perasaan malu dan takut dikucilkan dari keluarga dan masyarakat.

Hasil Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Chibwesa, et al. (2011), yang menemukan hubungan pencegahan penularan HIV dari ibu hamil ke janin dengan pemberian ART. Data dari bulan Januari 2007 hingga Maret 2010, diperoleh 1813 ibu hamil terinfeksi HIV yang sesuai kriteria inklusi. Mean umur kehamilan pada kunjungan antenatal pertama adalah 21 minggu (SD  $\pm$  6), median hitung sel CD4+ adalah 231 sel per mikroliter (*range interkuartil*: 8-19). 59 (3,3%) bayi telah terinfeksi. Penelitian ini menemukan durasi ART antenatal adalah faktor prediktor penting penularan HIV perinatal. Dibandingkan dengan ibu hamil yang memulai ART sekurang-kurangnya 13 minggu sebelum kelahiran, ibu hamil dengan ART  $\leq$  4 minggu memiliki 5,5 kali tinggi dalam risiko penularan HIV (95% CI: 2,6 – 11,7). Analisis regresi terbobot tingkat lokal menyarankan manfaat terbatas profilaksis tambahan di luar 13 minggu memakai ART pada antenatal.

Hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan penelitian Vermund yang dipublikasikan oleh Lowes (2011), menyatakan bahwa ART terbukti sangat efektif dalam menghambat penularan HIV di fase 3 uji klinik studi 052 HPTN, yang direncanakan berjalan hingga tahun 2015 telah dihentikan, sehingga semua responden positif HIV dapat memulai terapi disesuaikan dengan status imun mereka. Penelitian ini melibatkan 1763 pasangan serodiskordan (diagnosis penyakit berdasarkan uji serologis), yang mayoritas adalah heteroseksual (telah menikah) dan dari 877 pasangan yang mengalami terlambat minum ART, peneliti menemukan 27 kasus ODHA positif HIV menularkan virus ke pasangan yang tidak terinfeksi sebelumnya. Perbandingannya, hanya ditemukan 1 kasus penularan HIV terjadi diantara 886 pasangan yang terapi ART-nya sudah sejak dini pada pasangan yang terinfeksi. Sehingga disimpulkan bahwa pemberian ART dapat mereduksi penularan HIV 96%.

ODHA yang mendapat ART, jika telah bersuami atau beristri, selalu memiliki sikap yang positif dan mendapat dukungan positif masyarakat terutama dukungan keluarga mungkin lebih memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan pencegahan penularan HIV dengan baik.

8. Hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA

Dari hasil penelitian ini terlihat bahwa proporsi terbesar adalah responden dengan tingkat pengetahuan baik sebesar 62,7%, selebihnya adalah mereka yang berpengetahuan kurang (37,3%).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Al-Serouri, et al. (2010), yang memperlihatkan bahwa remaja Yaman (601 responden) kurang dalam memiliki informasi tentang HIV/AIDS, hanya 46% yang dapat menyebutkan tiga cara penularan dan hanya 28% dapat menyebutkan tiga cara untuk menghindari infeksi.

Hasil penelitian ini juga berbeda dengan penelitian utama PBB juga menemukan “tanda kurang pengetahuan tentang HIV/AIDS”, diantara remaja Yaman dan mereka tidak memiliki pengetahuan untuk melindungi diri mereka sendiri. Di Ukraina, walaupun 99% remaja putrinya pernah mendengar tentang AIDS, namun hanya 9% yang dapat menyebut tiga cara untuk menghindari infeksi HIV (Al-Serouri, et al. 2010).

Walapun penelitian ini tidak secara langsung melakukan studi pada mereka yang terinfeksi HIV, namun menurut peneliti konsep pengetahuan merupakan pengertian dasar yang dapat berlaku pada semua kalangan sudah barang tentu selalu akan terpapar informasi.

Tingginya angka pengetahuan yang cukup dari ODHA pada penelitian ini nampaknya mungkin dipengaruhi berbagai hal seperti: latar belakang sosial, tingkat pendidikan ODHA, tingkat keterpaparan ODHA terhadap informasi (dari media masa & elektronik) dan frekuensi kunjungan ODHA ke layanan kesehatan terdekat. Antara tingkat pengetahuan dan pendidikan idealnya saling berhubungan dan berbanding lurus, yaitu semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi cara berpikir dan kemampuan

penerimaan terhadap informasi yang sudah barang tentu dapat meningkatkan pengetahuan seseorang, khususnya tentang tindakan pencegahan penularan HIV.

Pada analisa statistik menunjukkan tidak adanya hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencegahan penularan HIV ( $p=0,102$ ). Baik ODHA dengan tingkat pengetahuan baik maupun kurang sama-sama memiliki proporsi terbesar pada tindakan pencegahan penularan HIV yang cukup, masing-masing sebesar 80% dan 60,7%, yang mengindikasikan baik ODHA yang berpengetahuan baik maupun kurang sebenarnya sama-sama dapat melakukan pencegahan penularan HIV.

Khususnya, ODHA dengan tingkat pengetahuan yang kurang namun dapat melakukan tindakan pencegahan penularan HIV cukup, mungkin dikarenakan adanya sikap positif mereka terhadap bahaya penularan HIV, sehingga mereka dengan sadar dapat melakukan upaya pencegahan penularan HIV dengan baik, diantaranya: melakukan puasa seks, setia terhadap pasangan seks, menggunakan kondom dan tidak mendonorkan jaringan tubuh seperti darah dll. Walaupun pengetahuan yang dimiliki ODHA tersebut kurang, tapi tidak lantas menyebabkan kesadaran mereka terhadap pentingnya pencegahan penularan HIV terabaikan.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Delobelle, et al. (2009) pada perawat daerah pinggiran Afrika Selatan menemukan laporan perawat rumah sakit yang sering merawat ODHA ( $p<0,05$ ), namun kurang mendapatkan pelatihan HIV/AIDS ketika dibandingkan dengan perawat PHC ( $p<0,001$ ). Ditemukan tingkat pengetahuan perawat adalah menengah dan dihubungkan dengan peringkat profesional, frekuensi perawatan dan pelatihan ( $p<0,001$ ).

Dari hasil analisis multivariat ternyata pengetahuan bukanlah merupakan faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV, karena setelah dimasukkan ke tahap model ketiga menghasilkan nilai  $p>0,05$  ( $p=0,086$ ,  $OR=2,598$  95%  $CI=0,873-3,189$ ) dan terbesar dari nilai  $p$  kandidat variabel umur ( $p=0,036$ ), sehingga harus dikeluarkan dari pemodelan.

9. Hubungan antara sikap dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat perbedaan proporsi yang bermakna antara ODHA yang bersikap baik dan buruk. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa distribusi terbanyak adalah pada ODHA yang mempunyai sikap baik (72%) terhadap tindakan pencegahan penularan HIV sebesar.

Hasil penelitian ini sangat berbeda dengan penelitian Al-Serouri, et al. (2010) yang menemukan sikap remaja Yaman yang intoleran terhadap ODHA. Sekitar setengah dari remaja Yaman (50%) mengetahui bahwa prostitusi dan homoseksualitas ada di daerah mereka. Hal ini menunjukkan buruknya sikap remaja Yaman yang cenderung diskriminatif dan dapat mengancam status kesehatan ODHA. Sementara, sebagian besar mereka tinggal di daerah pinggiran yang rawan dengan kondisi sosial ekonomi yang rendah dan dapat terjerumus kedalam praktik seks berisiko demi mendapatkan uang untuk memenuhi kebutuhannya. Perilaku Seks berisiko inilah yang dapat memicu peningkatan penularan HIV.

Jika dibandingkan dengan hasil penelitian ini, maka ODHA yang memiliki sikap baik cenderung memiliki tingkat kesadaran yang baik untuk dapat melakukan tindakan pencegahan penularan HIV, sementara sikap remaja yang buruk terhadap ODHA sebenarnya justru dapat berimplikasi pada meningkatnya angka mortalitas ODHA dan juga berisiko terhadap peningkatan penularan HIV.

Pada analisis Uji *Chi Square* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan ( $p=0,560$ ) antara sikap ODHA tentang tindakan pencegahan penularan HIV dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA. Proporsi terbesar adalah responden pada kelompok tindakan pencegahan penularan HIV cukup, baik pada kategori sikap baik (72,2%) maupun sikap kurang (100%).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Campbell (1997, dalam Peltzer, 2000), yang mencatat bahwa orang sub Sahara Afrika memiliki

sikap negatif terhadap penggunaan kondom yang dipengaruhi oleh faktor budaya seperti keinginan untuk mendapatkan anak dan pemenuhan seksual perempuan adalah sebagai cara untuk mencapai status ekonomi.

Al-Serouri, et al. (2010) juga melihat potensi remaja Yaman yang bersedia melakukan tes sukarela dan konseling, 86% responden yang bersedia di lakukan tes HIV dan 12% menolak (2% tidak ditahui). Wanita, kemudian sangat enggan melakukan tes dibandingkan laki-laki (8% vs 15% yang menolak) ( $p=0,001$ ). Ekspresi penolakan lebih enggan dilakukan untuk tes HIV dibandingkan warga negara Yaman atau kelompok marginal (18%, 12% dan 10% berurut-turut menolak). Setengah dari responden yang bersedia melakukan tes HIV (49%) tahu bahwa tes harus dilakukan di rumah sakit, 24% mengatakan tes dapat dilakukan di laboratorium, 3% mengatakan tes hanya dapat dilakukan di pusat khusus AIDS, sementara 1% percaya bahwa tes hanya dapat dilakukan di luar negeri dan 13% tidak tahu bagaimana atau dimana akan dilakukan tes HIV.

Sikap positif dan kesadaran akan pentingnya mengetahui status diri terhadap infeksi HIV sangat penting ditumbuhkan di segenap masyarakat untuk dapat mencegah dan menekan angka penularan HIV lebih lanjut. Manakala seseorang (bukan hanya ODHA yang belum teridentifikasi HIV) telah sadar tentang dampak dari infeksi HIV, maka ia akan segera memeriksakan dirinya dengan melakukan tes darah di unit layanan kesehatan terdekat yang tersedia fasilitas layanan tes *antibody* HIV, ketika ia merasa pernah melakukan tindakan yang berisiko terinfeksi HIV tanpa perasaan terintimidasi.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Delobelle, et al. (2009), tentang sikap perawat yang positif terhadap ODHA dan secara statistik berhubungan signifikan dengan pengetahuan HIV/AIDS ( $p<0,01$ ) dan pelatihan ( $p<0,05$ ). Tiga dari 4 perawat melaporkan bahwa mereka mempraktikkan kewaspadaan *universal* (76,1%), tetapi ketakutan transmisi saat bekerja dan kurangnya keamanan injeksi telah ditemukan. Tujuh dari 10 perawat melaporkan pernah tertusuk jarum suntik sebelumnya, tetapi profilaksis paska paparan tidak tersedia di semua fasilitas perawatan

kesehatan rumah sakit. Responden melaporkan beban kerja berlebihan karena HIV/AIDS, kurangnya pelatihan berdampak buruknya layanan kesehatan yang dilakukan perawat, dan stigma yang sudah menjadi rahasia umum turut mempengaruhi emosional perawat.

Meskipun demikian, faktor-faktor pencegahan HIV yang telah teridentifikasi harus dipertimbangkan dalam mengembangkan pendidikan dan program intervensi (Pletzer, 2000). Khususnya, program yang diduga termasuk dalam komponen-komponen yang memungkinkan individu tersebut terinfeksi (Peltzer, 2000). Dalam penelitian ini telah ditemukan beberapa faktor-faktor yang secara analisis statistik mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV, yaitu: pengetahuan, umur, tingkat pendidikan dan status perkawinan ODHA. Variabel-variabel ini akan direkomendasikan sebagai materi pendidikan dan sekaligus dapat merancang program intervensi yang dapat dijadikan sebagai alternatif intervensi pencegahan penularan HIV yang efektif.

## **B. Keterbatasan Penelitian**

### **1. Instrumen penelitian**

Desain instrumen penelitian yang digunakan adalah terjemahan dan modifikasi dari beberapa instrumen penelitian yang peneliti peroleh dari berbagai sumber literatur terjemahan dan dikembangkan oleh peneliti sendiri sehingga memungkinkan terdapat kekurangan dalam penyusunannya. Sebelum instrumen digunakan dalam penelitian, terlebih dahulu telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan membandingkan  $r$  hasil dan  $r$  tabel. Namun, hasil uji validitas pada instrumen (pengetahuan, sikap dan tindakan) belum valid, karena ternyata sebagian besar *item* pertanyaan/pernyataan kuesioner memiliki hasil  $r$  hasil/hitung  $< r$  tabel dan  $\alpha$  *cronbach*  $< 0.7$ , sehingga kuesioner harus dilakukan perbaikan kembali. *Item* pertanyaan/pernyataan tidak *valid* dan *reliabel* dapat disebabkan berbagai hal, misalnya: karena ada pertanyaan yang bermakna ganda (ambigu) atau kualitas pertanyaannya terlalu tinggi sehingga menyulitkan responden untuk menjawabnya (Dharma, 2011). Walaupun demikian, peneliti

tetap menggunakan instrumen penelitian ini mengingat keterbatasan waktu penelitian untuk melakukan uji validitas dan reliabelitas kuesioner penelitian.

## 2. Sampel

Peneliti dan asisten peneliti mengalami kesulitan dalam mengumpulkan responden karena masih tingginya stigma negatif di masyarakat menyebabkan responden sulit ditemui. Peneliti menemukan fakta bahwa ternyata mayoritas alamat tempat tinggal yang diberikan oleh responden kepada pihak rumah sakit adalah fiktif.

## 3. Pengisian Kuesioner

- a. Dalam pengisian kuesioner mungkin saja responden tidak mengisi format dan menjawab pertanyaan dengan serius karena status kesehatan yang labil mengganggu konsentrasi responden, sehingga jawaban menjadi tidak akurat yang sudah tentu dapat mempengaruhi hasil penelitian menjadi bias.
- b. Oleh karena sebagian besar kuesioner disebar oleh asisten peneliti tanpa didampingi oleh peneliti dengan alasan menjaga hak privasi responden, mungkin dapat terjadi kurang pemahaman penjelasan oleh asisten peneliti yang tidak dapat dikonfirmasi oleh peneliti, sehingga dapat mempengaruhi keakuratan jawaban responden yang juga sudah tentu mempengaruhi hasil penelitian menjadi bias pula.

## C. Implikasi Keperawatan Medikal Bedah

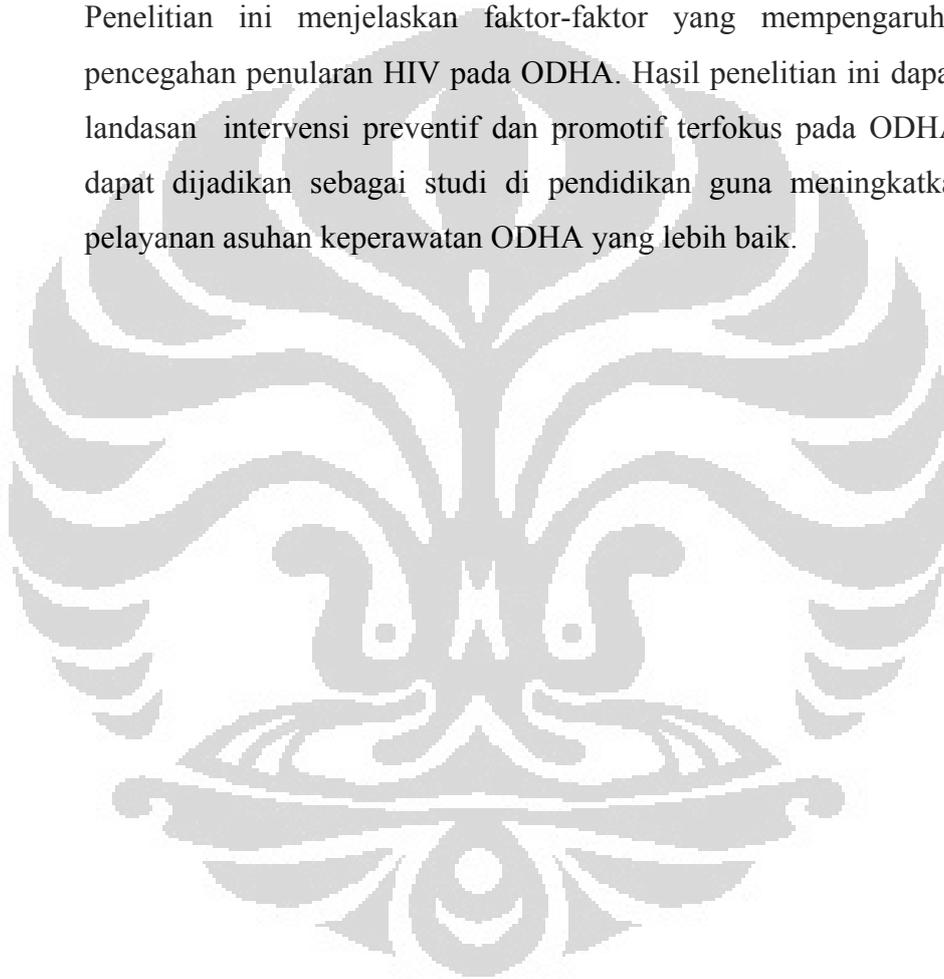
### 1. Pelayanan Keperawatan Medikal Bedah

Tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA merupakan suatu upaya dan tugas terpenting yang harus dilakukan untuk memutus mata rantai penularan lebih lanjut oleh setiap elemen kesehatan terkait penatalaksanaan ODHA. Oleh sebab itu, peran dan fungsi perawat sangat vital sebagai lini terdepan yang berhadapan langsung dengan ODHA dalam pemberian asuhan keperawatannya, utamanya dalam memberikan intervensi preventif dan promotif. Dengan demikian, penelitian ini dapat memberikan kontribusi dalam rangka lebih memfokuskan rencana keperawatan kepada kelompok ODHA berumur muda yang lebih berisiko dapat menularkan HIV, agar tidak

menularkan kepada orang lain lagi. Intervensi yang dilakukan adalah dengan memberikan penyuluhan menghindari perilaku berisiko (memakai NAPZA & IDU, melakukan seks, berganti-ganti pasangan *sexual* baik secara heteroseksual maupun homoseksual), jika terpaksa pakailah kondom dengan benar sebelum melakukan seks dan penggunaan alat steril sekali pakai bagi IDU.

## 2. Pengembangan Ilmu Keperawatan

Penelitian ini menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV pada ODHA. Hasil penelitian ini dapat dijadikan landasan intervensi preventif dan promotif terfokus pada ODHA dan juga dapat dijadikan sebagai studi di pendidikan guna meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan ODHA yang lebih baik.



## **BAB VII**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan disampaikan simpulan dan saran rekomendasi peneliti.

#### **A. Simpulan**

1. Penelitian ini berhasil mengidentifikasi 75 ODHA dengan proporsi antara laki-laki dan perempuannya (50,7% vs 49,3%) tidak berbeda signifikan, sebagian besar responden pada penelitian ini adalah dari kelompok umur muda (69,3%), tingkat pendidikan rendah (82,7%) dan berstatus kawin dan bekerja (masing-masing 61,3%).
2. Sebagian besar pengetahuan (80%) dan sikap (72,2%) ODHA tentang pencegahan penularan HIV termasuk kategori baik dan berada pada kategori ODHA yang telah lama menderita dan sudah mendapat ART (75,9% & 78%).
3. Tidak ada hubungan antara pengetahuan, sikap, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, lama menderita HIV/AIDS dan status mendapat ART dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong.
4. Ada hubungan antara umur ODHA dengan tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA di Sorong.
5. Faktor yang paling mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA adalah umur ( $p=0,031$ ; OR=5,559 95% CI=1,169-26,423).
6. ODHA yang berumur muda berisiko 5,5 kali untuk kurang dalam melakukan tindakan pencegahan penularan HIV dibandingkan dengan ODHA umur tua tanpa dikontrol oleh variabel lain.

#### **B. Saran**

1. Bagi Pelayanan Keperawatan

Layanan Asuhan Keperawatan pada ODHA sebaiknya lebih difokuskan pada intervensi yang mengupayakan optimalisasi tindakan preventif dan promotif dan penanganan masalah psikososial ODHA, yaitu dengan memberikan penyuluhan bagaimana menghindari perilaku berisiko, penggunaan kondom yang benar dan penggunaan jarum steril suntik steril pada IDU baik pada kalangan umur muda maupun umur tua. Diperlukan juga kolaborasi perawat

klinik dan perawat komunitas dalam melakukan pendampingan terhadap ODHA.

## 2. Bagi pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi data atau informasi dalam meningkatkan wawasan pengetahuan mengenai faktor-faktor yang turut mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV oleh ODHA dan sebagai tambahan referensi untuk membuat suatu model asuhan keperawatan yang lebih berkualitas pada ODHA.

## 3. Penelitian lanjutan

- a. Perlu dilakukan penelitian faktor-faktor lain yang mempengaruhi ODHA dalam melakukan tindakan pencegahan penularan HIV terkait psikososial dan budaya dan fenomena “stigma negatif” ODHA dalam ranah keperawatan transkultural.
- b. Kuesioner dalam penelitian ini memerlukan perbaikan dan modifikasi agar dapat digunakan sebagai instrumen penelitian yang baik.

## 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. *Ife 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: Mosby Elsevier, Inc.
- Al-Serouri, A. W., Anaam, M., Al-Iryani, B., Deram., & Ramarosan, S. (2010). AIDS awareness and attitude among Yemeni young people living in high-risk area. *Eastern Mediterran Health Journal*, 16(3), 242-250.
- Amarullah, A. (Agustus, 2010). *144 personil TNI di Papua Positif HIV: Sebagian Besar para perajurit terinfeksi HIV melalui hubungan badan*. Jayapura. Vivanews. Diakses 02 November 2011, dari <http://nasional.vivanews.com/news/read/170115-144-personel-tni-di-papua-positif-hiv-aids>.
- Anonymous. (July, 25, 2007). *Genital herpes symptoms, testing and treatment*. Island sexual health society. Diakses 01 April 2011, dari <http://islandsexualhealth.org/infections/herpes>.
- (n.d.). *MoonDragon's Contraception Information Female Condom Contraception*. Salem, Massachusetts: MoonDragon Birthing Services Midwifery. Diakses 24 Maret 2011, dari <http://www.moondragon.org/obgyn/contraception/femalecondom.html>.
- (November, 2011). *Profesi Karyawan Paling Banyak Terinfeksi HIV*. Jakarta: Antara. Diakses 02 November 2011, dari <http://id.berita.yahoo.com/profesi-karyawan-paling-banyak-terinfeksi-hiv-160026953.html>.
- (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 and Care Project (IHPCP). Diakses 24 April 2011, dari <http://www.aidsindonesia.or.id/repo/IBBSHighlightsFSW2007-ind.pdf>.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). *Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcome*. Edisi 8 Volume 2. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Carey, M. P., & Lewis, B. P. (1999). Motivational strategies can augment HIV-risk reduction programs. *AIDS and Behavior*, (3), 269-276.

- 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.
- Chibweshwa, C. J., Giganti, M. J., Putta, N., Chintu, N., Mulindwa, J., Dorton, B.J., *et al.* (2011). Optimal Time on HAART for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome Medscape Nurses News, 58*(2), 224-228.
- 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.
- Dahlan, M.S. (2006). *Besar Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: PT. Arkans.
- Data Statistik Indonesia. (2011). Diakses 25 Mei 2011, dari <http://www.datastatistik-indonesia.com/content/view/928/950/>.
- Dumatubun, A.E. (2003). Pengetahuan, Perilaku Seksual Suku Bangsa Marind-Anim. *Jurnal Antropologi Papua, 1*(3), 32.
- DepKes RI. (2007a). *Situasi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987 – 2006*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi DepKes RI Jakarta 2006.
- (2007b). *Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral 2007: Panduan Tatalaksana Klinis Infeksi HIV pada Orang Dewasa dan Remaja*. Edisi Kedua. Jakarta: Dirjen PP & PL DepKes RI.
- (2008). *Modul 02 Pencegahan Penularan HIV pada Perempuan, Bayi dan Anak*. Diakses 24 April 2011, dari [www.kesehatanibu.DepKes.go.id/unduh.slide\\_presentasi/modul02.ppt](http://www.kesehatanibu.DepKes.go.id/unduh.slide_presentasi/modul02.ppt).
- (2011). *Laporan Terakhir DepKes Statistik Kasus AIDS di Indonesia s/d Desember 2010*: Ditjen PPM & PL DepKes RI, diakses 21 April 2011, 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.

- Delobelle, P., Rawlinson, J. L., Ntuli, S., Malatsi, I., Decock, R., & Depoorter, M. (2009). HIV/AIDS knowledge, attitude, practices and perceptions of rural nurses in South Africa. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(5), 1061-1073.
- Ditjen PP dan PL KemenKes RI. (Juli, 2011). *Laporan Situasi Perkembangan HIV&AIDA di Indonesia sampai dengan Juni 2011*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (Eds.). (2004). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Fourth Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.
- 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 2011, dari <http://portal.unesco.org/aids/iatt-education>.
- Duggan, J. M., Locher, A., Fink, B., Okonta, C., & Chakraborty, J. (2009). Adherence to antiretroviral therapy: a survey of factor associated with medication usage. *AIDS Care*, 21(9), 1141-7. Diakses 26 Maret 2011, dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20024773>.
- Elsham Papua. (2010). *Penderita HIV/AIDS di Papua Barat 1.589*. Cahaya Papua. Diakses 2 Maret 2010, dari <http://elshamnewsservice.blogspot.com/2010/04/penderita-hivaidis-di-papua-barat-1589.html>.
- 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.
- Epstein, R. (1991). Attitudes and Knowledge Patient About HIV Infection and AIDS. *PubMed.gov*, 32(4), 373-7.
- Moses, S. (November, 2011). *Hematology and Oncology Book Pathology and Laboratory Medicine: Lymphocyte Count*. Family practice notebook. Diakses 02 Desember 2011, dari <http://www.fpnotebook.com/hemeonc/lab/lymphcytnt.htm>.
- Fisher, T. D., Devis, C. M., Yarber, W. L., & Devis, S. L. (eds.). (2011). *Handbook Of Sexuality-Related Measures*. 3<sup>th</sup> edition. New York: Routledge.
- Goh, D. S. (1993). The Development and Reliability of the Attitudes toward AIDS Scale. *College Student Journal*, 27(2), 208-214.

- Hadisetyono, B. (2007). *Hak Kesehatan Penderita HIV/AIDS: Kendala-kendala yang dihadapi Penderita HIV/AIDS Dalam Memperoleh Obat-obatan Anti Retroviral Sebagai Pelaksanaan Paten Oleh Pemerintah*. Tesis (Tidak dipublikasikan). Jakarta: Program Studi Ketahanan Nasional Universitas Indonesia.
- 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.
- Hitt, E. (November, 2011). WHO: Prograss Includes 15% Drop in New Infections. *Medscape Nurses news*.
- 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.
- Hugo, G. (November, 2001). *Mobilitas Penduduk dan HIV/AIDS di Indonesia*. Adelaide: ILO, UNDP, UNAIDS, AusAID.
- Hutapea, R. (2003). *AIDS, PMS dan Perkosaan*. Edisi Pertama. Jakarta: Rineka Cipta.
- IBBS. (2007). *Integrated Biological-Behavioral Surveillance among Most-at-Risk Groups (MARG) in Indonesia, 2007*. Jakarta: DepKes RI, KPA, FHI-Aksi Stop AIDS Program, USAID
- Ignatavicius, D.D., & Workman, M.L. (2010). *Medical Surgical-Nursing Patient-Centered Collaborative Care*. 6<sup>th</sup> edition. St. Louis, Missouri: Sounders Elsevier.
- Ikob, R. (2002). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencegahan HIV/AIDS Siswa SMUN 13 Palembang 2002*. Tesis (Tidak dipublikasikan). Jakarta: Universitas Indonesia.
- ILO. (1998). *Your Health and safety at work: A Collection Of Modules AIDS at the workplace*. Geneva, Switzerland: Bureu For Worker's Activities International Labour Office. Diakses 30 November 2011, dari [www.itcilo.org/english/actrav/telearn/osh/aids/amain.htm](http://www.itcilo.org/english/actrav/telearn/osh/aids/amain.htm).

- 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 April 2011, dari <http://www.aids-ina.org/files/publikasi/sthppapua2006.pdf>.
- Jukes, M., Simmons, Stephanie., Fawzi, M. C. S., & Bundy, D. (2008). *Educational access and HIV prevention: Making the case for education as a health priority in sub-saharan African*. Joint Learning Initiative On Children And HIV/AIDS Larning Group 3: Expending Access To Service And Protecting Human Right.
- Kalichmen, S. C., et al. (2010). Adherence to Antiretroviral Therapy and HIV Transmission Risks: Implications for Test-and-Treat Approaches to HIV Prevention. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(5).
- 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.
- Kodim, N., & Hiryani, D. (2011). Program HIV/AIDS untuk Rakyat. Artikel Kebijakan. *Kesmas Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional FKM UI*, 5(4), 147-152.
- Komisi Penanggulangan AIDS. (5 Februari 2008). *Laporan KPA Nasional Tahun 2007*. Diakses 05 April 2011, dari [www.aidsindonesia.or.id/laporan-kpa-nasional-tahun-2007.html](http://www.aidsindonesia.or.id/laporan-kpa-nasional-tahun-2007.html).
- (2010a). *Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS*. Diakses 19 Mei 2010, dari <http://www.undp.or.id>.
- (2010b). *Situasi HIV & AIDS di Indonesia*. DepKes RI. Diakses 24 April 2011, dari [http://www.icaap9.org/uploads/200907281232220.Outline-Analisis Situasi HIV dan AIDS di Indonesia.pdf](http://www.icaap9.org/uploads/200907281232220.Outline-Analisis_Situasi_HIV_dan_AIDS_di_Indonesia.pdf).
- 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.

- Lowes, R. (2011). Antiretrovirals Protect Partners of HIV-Infected Patients. *Medscape Medical News*. St. Louis, Missouri. Diakses 24 Mei 2011, dari <http://www.medscape.com/viewarticle/742603?src=mp&spon=24>.
- 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.
- Margono, Y. (2010). *Di Kota 175 Penderita HIV/AIDS Meninggal*. Radar Sorong. Diakses 26 Maret 2011, dari [http://www.facebook.com/note.php?note\\_id=277693111871](http://www.facebook.com/note.php?note_id=277693111871).
- Moorhead, S., Johnson, M., & Mas, M. (eds.). (2004). *Nursing Outcomes Classification (noc)*. Third Edition. St. Louis, Missouri: Mosby
- Moses, S. (2011). *Hematology and Oncology Book Patology and Laboratory Medicine Chapter Lymphocyte Count*. Family Practice Notebook. Diakses 01 Desember 2011, dari <http://www.fpnotebook.com/hemeonc/lab/lymphcytcnt.htm>.
- 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.
- Peltzer, K. (2000). Factors Affecting Condom Use Among South African University Students. *East African Medical Journal*, 77(1), 46-52.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2005). *Nursing Research Principles and Principles and Methods*. 7<sup>th</sup> edition. Lippincott: Williams & Wilkins.
- RSUD Kabupaten Sorong. (2011). *Laporan Bulanan Perawatan HIV & Terapi ART RSUD Kabupaten Sorong*. Sorong: Kelompok Kerja Unit Pelayanan Kesehatan HIV RSUD Kabupaten Sorong Papua Barat.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto.
- (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.

- Siahaan, M. (2003). *Hubungan Karakteristik Individu Dengan Perilaku Seksual Berisiko Tertular HIV/AIDS pada Pria Pekerja Perusahaan di Kota Batam Tahun 2003*. Tesis (Tidak dipublikasikan). Jakarta: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Kekhususan Manajemen Kesehatan Daerah Program Pascasarjana Universitas Indonesia.
- Smeltzer., & Bare. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 10<sup>th</sup> 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.
- Subdin BPP & PL DinKes Provinsi Papua. (2007). *Informasi HIV/AIDS Tanah Papua (Triwulan II 2007) Jumlah Kasus HIV/AIDS per 30 Juni 2007*. Jayapura: DinKes Provinsi Papua.
- 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 Maret 2011, dari [http://data.unaids.org/topics/partnership-menus/challenges-opportunities\\_id.pdf](http://data.unaids.org/topics/partnership-menus/challenges-opportunities_id.pdf).
- Stine, G. J. (2011). *AIDS Update 2011*. New York: McGraw-Hill.
- The Kaiser Daily HIV/AIDS Report. (20 Juni 2007). *Hampir separuh orang di wilayah terpencil Indonesia tidak sadar mengenai HIV/AIDS*. Diakses 24 April 2011, dari [www.spiritia.or.id/pdf/newspdf.php?nwno=0216a](http://www.spiritia.or.id/pdf/newspdf.php?nwno=0216a).
- US. National Native American AIDS Prevention Center. *IDU Risk Reduction Fact Sheet*. Diakses 25 Mei 2011, dari <http://www.thebody.com/content/art45430.html>.
- UNAIDS. (2009). *Annual Report 2009*. Diakses 28 April 2011, dari [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2010/2009\\_annual\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2010/2009_annual_report_en.pdf).
- 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.
- , (2010). *Key Messages New WHO Recommendations: Antiretroviral therapy for adults and adolescents*. HIV/AIDS Departement. Diakses 24 April 2011, dari [http://www.who.int/hiv/pub/arv/art\\_key\\_mess.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/arv/art_key_mess.pdf).
- , (2011). *Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011 – 2015*. Switzerland: WHO Press. Diakses 27 November 2011, dari [www.who.int](http://www.who.int).



### **PENJELASAN PENELITIAN**

Judul Penelitian : Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan  
Penularan HIV oleh ODHA di Sorong.

Peneliti : Yowel Kambu

NPM : 0906505073

---

Peneliti adalah mahasiswa Program Pasca Sarjana Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Penularan HIV oleh ODHA di Sorong”. Bapak/ibu/saudara-saudara yang berpartisipasi dalam penelitian ini akan diberikan penjelasan tentang prosedur pengisian kuesioner ini. Jika bapak/ibu/saudara-saudara mengalami kesulitan terkait pengisian kuesioner ini, maka akan dibantu oleh peneliti.

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi pelayanan keperawatan khususnya pada ODHA. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif, dan bila mengalami ketidaknyamanan, maka bapak/ibu/saudara berhak menghentikan aktivitas ini. Kami akan menjunjung tinggi hak responden dengan menjaga kerahasiaan yang diperoleh selama proses pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data.

Dalam penjelasan ini, peneliti mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara. Atas kesediaannya berpartisipasi dalam penelitian ini, diucapkan terimakasih. Kiranya Tuhan membalas kebaikan Bapak/Ibu/Saudara sekalian.

Sorong, .....2011

Peneliti



**PERSETUJUAN PENELITIAN**

Judul Penelitian : Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan  
Penularan HIV oleh ODHA di Sorong.

Peneliti : Yowel Kambu

NPM : 0906505073

Berdasarkan penjelasan yang telah disampaikan oleh peneliti tentang penelitian yang akan dilaksanakan sesuai judul diatas, saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Penularan HIV oleh ODHA di Sorong”. Saya memahami dan menyadari bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan, terutama dalam pelayanan keperawatan kepada ODHA. Saya memahami bahwa risiko yang terjadi sangat kecil dan saya berhak untuk menghentikan keikutsertaan saya dalam penelitian ini tanpa mengurangi hak-hak saya dalam mendapatkan pelayanan perawatan di rumah sakit.

Saya juga mengetahui bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya, dan berkas yang mencantumkan identitas hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan lagi akan dimusnahkan, dan kerahasiaan data tersebut hanya diketahui oleh peneliti.

Selanjutnya saya secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Sorong, .....2011

Responden,

Peneliti

(.....)

(Yowel Kambu)

## PETUNJUK SINGKAT PENGISIAN KUESIONER

RAHASIA

KETERANGAN KODE					
Tanggal Pengisian Data					
Tempat Pengambilan Data			.....		
Nomor Urut Responden					
Nomor Kode Responden					
KETERANGAN PETUGAS					
1.	Nomor Kode Petugas		.....		
2.	Kelengkapan Konsistensi Jawaban Telah Diperiksa				
	Kode Petugas	Status	Tanggal Pemeriksaan	Tanda Tangan	
				.....	

### RINGKASAN PROSES PENGISIAN KUESIONER

1. Ucapkan salam (misalnya : selamat pagi/selamat sore/selamat malam) dan perkenalkan diri anda Contohnya: nama saya (sebutkan). Saya adalah salah satu petugas yang mengumpulkan data kesehatan.
2. Bacakan formulir *informed consent* untuk proses pengisian data kepada responden.
3. Tanyakan apakah calon responden sudah mengerti tentang tujuan survei dan peran mereka, serta serahkanlah kuesioner untuk di isi oleh responden. Pastikan bahwa calon responden benar-benar mengerti dengan menjelaskan ulang dan menanyakan apa yang diharapkan mereka.
4. Setelah itu tanyakan apakah mereka bersedia untuk berpartisipasi. Jika setuju, responden dapat menandatangani *inform consent*. Jika menolak, ucapkan terimakasih atas waktunya dan lanjutkan pencacahan pada calon responden lainnya.  
(Irmanigrum, 2007)
5. Setelah pengisian kuesioner selesai, ucapkan terimakasih.

**KARAKTERISTIK RESPONDEN**

		Kode Responden	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan mengisi titik-titik dan melingkari pilihan jawaban sesuai identitas anda:						
1.	Berapa usia anda ?	.....Tahun				
2.	Apa Jenis Kelamin anda ?	1. Laki-laki 2. Perempuan				
3.	Pendidikan Formal tertinggi yang pernah anda selesaikan	1. Tidak sekolah 2. SD/ sederajat 3. SMP/ sederajat 4. SMU/ sederajat 5. Perguruan Tinggi (Diploma, S1, S2, S3)				
4.	Apa status perkawinan anda saat ini ?	1. Belum kawin 2. Kawin negara 3. Kawin adat 4. Cerai hidup 5. Cerai mati 6. Hidup bersama tanpa ikatan perkawinan				
5.	Berapa jumlah istri/pasangan hidup tetap anda saat ini ?	.....orang				
6.	Jenis Pekerjaan yang anda lakukan:	1. PNS 2. Militer (TNI & POLRI) 3. Swasta 4. Petani 5. Nelayan 6. Buruh/Karyawan 7. Pedagang 8. Lainnya : .....				
7.	Sejak kapan anda telah di diagnosa positif HIV ?	.....hari/bulan/tahun yang lalu*				
8.	Sudah berapa lama anda menjalani terapi ART ?	.....hari/bulan/tahun yang lalu* 2. Belum pernah mendapat ART*				

\*) Coret yang tidak perlu

Kode Responden 

**Kami mohon maaf, bila terdapat pertanyaan dibawah ini yang lebih sensitif khususnya terkait aktivitas seksual anda, mohon dijawab dengan jujur, semua jawaban akan kami rahasiakan!**

**PENGETAHUAN TENTANG PENCEGAHAN HIV/AIDS**

No.	Berikan tanda cek/centang (√) pada pilihan jawaban “benar” atau “Salah” disamping, sesuai tiap pernyataan dibawah ini.	Benar	Salah
1	Batuk dan bersin BUKAN merupakan media penularan HIV		
2	Seseorang dapat tertular HIV jika dia menggunakan gelas yang sama, bersama Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA).		
3	Mengeluarkan penis dari vagina sebelum terjadi ejakulasi, membuat wanita dapat terhindar dari infeksi HIV saat berhubungan badan dengan pria ODHA.		
4	Seorang wanita dapat tertular HIV jika melakukan hubungan badan/seks melalui dubur (anus) dengan seorang pria ODHA.		
5	Mandi dan mencuci area daerah kelamin sesudah berhubungan badan, dapat mencegah seseorang terinfeksi HIV.		
6	Semua ibu hamil yang telah terinfeksi HIV, akan memiliki bayi dengan AIDS.		
7	Orang yang telah terinfeksi HIV, dengan cepat akan memiliki gejala serius dari AIDS (contoh: diare, demam tinggi, penurunan berat badan, dll).		
8	Telah ditemukan vaksin untuk mencegah orang dewasa tertular HIV.		
9	Seseorang akan tertular HIV jika mencium (bibir) dan saat berciuman memasukkan lidahnya ke dalam mulut orang yang telah terinfeksi HIV.		
10	Seorang wanita tidak akan tertular HIV jika ia berhubungan badan dengan pria ODHA, pada waktu sedang menstruasi (datang bulan).		
11	Kondom khusus wanita dibuat untuk menurunkan kemungkinan wanita tertular HIV.		
12	Kondom yang terbuat dari kulit/kondom non-latex, dapat mencegah penularan HIV lebih baik daripada kondom yang terbuat dari latex (karet).		
13	Seseorang dapat terhindar dari penularan HIV jika ia minum obat antibiotik.		
14	Berhubungan badan dengan lebih dari satu pasangan dapat meningkatkan kemungkinan seseorang tertular HIV.		
15	Test HIV yang dilakukan seminggu sesudah melakukan hubungan badan, hasilnya langsung bisa menunjukkan apakah seseorang terinfeksi HIV atau tidak.		
16	Seseorang dapat tertular HIV jika menggunakan WC duduk, bak mandi, atau kolam renang yang telah digunakan oleh ODHA.		
17	Seseorang dapat tertular HIV dari hubungan seks melalui seks oral (menghisap alat kelamin pasangan dengan mulut).		
18	Menggunakan minyak pelicin pada kondom seperti Vaseline atau baby oil dapat meminimalkan kemungkinan tertular HIV.		

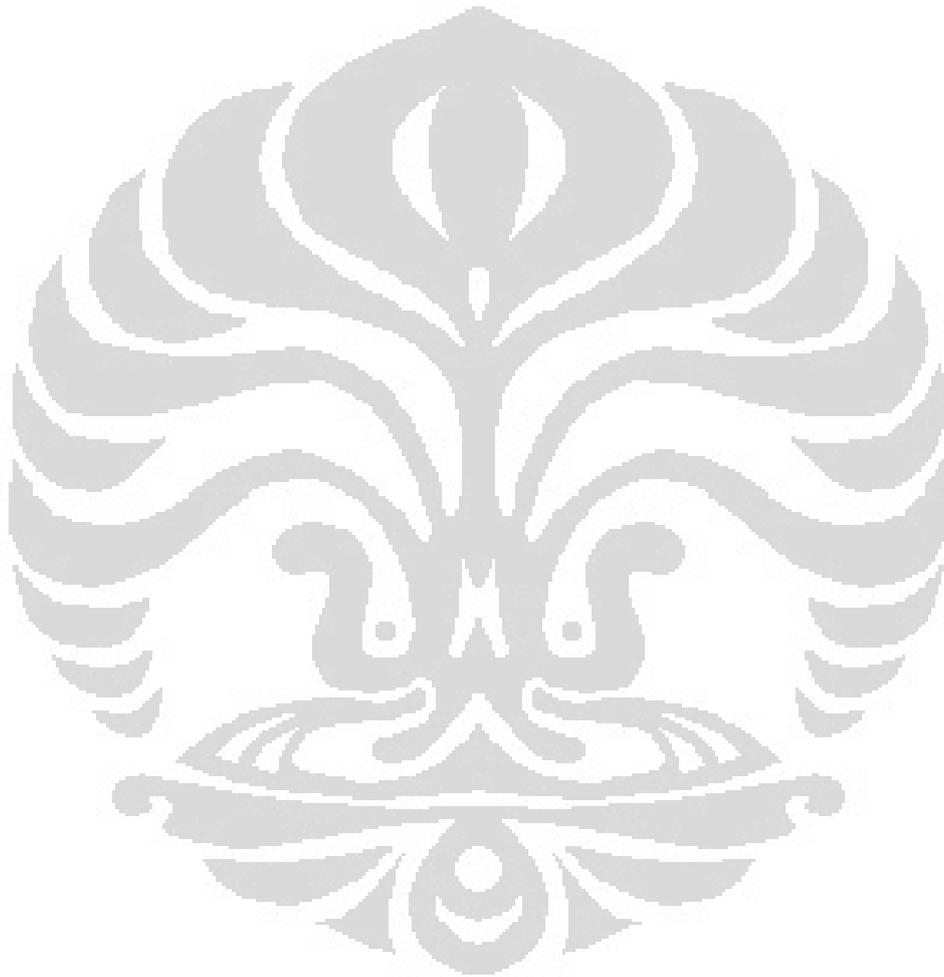
**KUESIONER – SIKAP ODHA TENTANG HIV/AIDS**Kode Responden    

**Kami mohon maaf, bila terdapat pertanyaan dibawah ini yang lebih sensitif khususnya terkait aktivitas seksual anda, mohon dijawab dengan jujur, semua jawaban akan kami rahasiakan!**

Tanggapilah *item* pernyataan yang terdiri dari 4 katagori. Pilihlah salah satu pernyataan yang anda anggap tepat dengan memberi tanda centang/cek (√) sesuai petunjuk di bawah ini: Setuju Sekali (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS)

Pernyataan Sikap	SS	S	TS	STS
1. Menurut saya rata-rata orang tidak memberi perhatian tentang HIV/AIDS karena ketidakuahannya tentang bahaya HIV/AIDS.				
2. Saya percaya tidak ada lagi cara yang dapat saya lakukan untuk mencegah penularan penyakit HIV/AIDS karena HIV tidak ada obatnya.				
3. Saya percaya bahwa tindakan pembatasan aktivitas sosial pada ODHA adalah penting untuk pencegahan penularan HIV.				
4. Dana pemerintah yang lebih harus disediakan untuk memberikan pelayanan dukungan untuk ODHA.				
5. Saya harus menghindari kontak (tidak bersentuhan) dengan ODHA karena HIV dapat menular melalui sentuhan.				
6. Hubungan seks dengan menggunakan kondom adalah cara yang aman untuk mencegah penularan HIV.				
7. Dokter dan perawat harus mengambil keputusan yang benar dalam pengobatan dan perawatan ODHA.				
8. Pencegahan penularan HIV/AIDS lebih merupakan tanggung jawab ODHA sendiri dari pada masyarakat.				
9. Setiap orang harus secara sadar melakukan tes HIV.				
10. HIV menular hanya melalui homoseksual (hubungan seks antara sesama laki-laki).				
11. Pengguna narkoba suntik yang sembrono harus mengubah kebiasaan menggunakan obat suntikan mereka untuk mencegah penularan HIV.				
12. Setiap orang harus tahu cara mencegah penularan HIV/AIDS dengan benar.				
13. Pegawai/karyawan yang telah dinyatakan sebagai ODHA tidak diterima bekerja lagi karena dapat menularkan HIV kepada orang lain (sesama karyawan yang kontak dengannya)				
14. Anak-anak harus di ajarkan tentang HIV/AIDS guna melindungi mereka selama hidupnya.				
15. Seorang dokter/perawat dapat menginformasikan kepada pasangan klien ODHA tanpa persetujuannya terlebih dahulu, bahwa status klien ODHA berisiko menularkan HIV.				
16. HIV/AIDS dapat dicegah dengan melakukan prosedur proteksi diri yang tepat.				
17. Saya percaya seseorang tidak mungkin tertular HIV dari orang muda lain yang nampak sehat.				

18. Kondom harus selalu digunakan, jika orang hendak melakukan hubungan seks, walaupun seorang wanita menggunakan pil pengontrol kehamilan.				
19. Kondom harus selalu digunakan jika orang akan melakukan hubungan seks, walaupun 2 orang tersebut saling mengetahui dengan baik (pasangan suami istri).				
20. Tidak berbahaya jika lupa minum obat ARV 1 – 2 hari, kemudian saya melanjutkannya lagi di hari berikutnya.				
21. Saya tidak yakin jika obat ARV diminum dengan teratur sesuai dosis, dapat meningkatkan daya tahan tubuh saya.				
22. Wanita hamil positif HIV dapat menularkan HIV ke janin yang dikandungnya dan kepada orang lain melalui kontak seksual.				



**KUESIONER TINDAKAN PENCEGAHAN PENULARAN HIV**Kode Responden    

**Kami mohon maaf, bila terdapat pertanyaan dibawah ini yang lebih sensitif khususnya terkait aktivitas seksual anda, mohon dijawab dengan jujur, semua jawaban akan kami rahasiakan !**

<b>Berilah Tanda centang/cek (√) pada pilihan jawaban (“Ya” atau “Tidak”) sesuai dengan pertanyaan dibawah ini sesuai kondisi yang anda alami saat ini :</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
1. Apakah anda melakukan puasa (pantang) terhadap seks saat ini ?		
2. Apakah anda mempunyai lebih dari 1 pasangan seks ?		
3. Apakah anda selalu menggunakan kondom saat berhubungan seks.		
4. Apakah anda tidak menggunakan lagi kondom bekas yang telah anda pakai sebelumnya ?		
5. Apakah anda melakukan hubungan seks melalui anus ?		
6. Apakah anda menghindari menggunakan/memasukkan tangan ke vagina dan anus saat melakukan hubungan seksual ?		
7. Apakah anda tidak menelan cairan urin atau semen saat berhubungan seks dengan pasangan ?		
8. Apakah anda melakukan seks nonpenetrasi seperti masase tubuh, berciuman sosial, saling masturbasi, fantasi, film sex ?		
9. Apakah anda melaporkan keberadaan anda kepada pasangan seksual anda bahwa anda positif HIV sebelum berhubungan seks ?		
10. Apakah anda melakukan hubungan seksual dengan sesama pasangan yang positif HIV juga menggunakan alat pelindung seperti kondom ?		
11. Apakah anda tidak menggunakan jarum suntik secara bersama, pisau cukur, sikat gigi bersama, alat mainan seks bersama, dan alat lain yang terkontaminasi darah.		
12. Apakah anda pernah mendonorkan darah, plasma, organ tubuh, atau sperma setelah teridentifikasi positif HIV ?		
13. Apakah anda minum obat antiretroviral (ARV) secara teratur sesuai jadwal minum obat ?		
14. Apakah anda tahu bahaya putus obat jika tidak minum obat ARV secara teratur sesuai jadwal minum obat ?		
15. Apakah anda Segera ke rumah sakit atau unit pelayanan kesehatan terdekat jika terdapat perasaan tidak enak setelah minum obat ARV seperti : sesak napas, kemerahan dan rasa gatal dikulit dan lain-lain ?		
16. Apakah anda menjaga kebersihan diri dengan baik yang mencakup: menjaga kebersihan badan, alat tenun dan pakaian, alat makan.		
17. Apakah anda Segera ke rumah sakit unit pelayanan kesehatan terdekat jika terdapat perubahan status kesehatan seperti: demam, perasaan malas, kesulitan bernapas, mual muntah, diare, pembesaran kelenjar getah bening ?		
18. Apakah anda pernah menasehati keluarga dan masyarakat untuk ikut serta mencegah penularan HIV ?		

Mohon dijawab semua, jangan ada pertanyaan yang terlewatkan !

Terimakasih atas partisipasi anda.

## LEMBAR KONSULTASI

**Judul** : Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Penularan HIV Pada ODHA di RSUD Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong dan Klinik YSA Sorong

**Pembimbing** : 1. AGUNG WALUYO, S.Kp., M.Sc, PhD  
2. KUNTARTI, S.Kp., M.Biomed

**Mahasiswa** : Yowel Kambu, NMP. 0906505073

Hari/ Tgl	Materi Konsultasi	Saran Perbaikan Pembimbing	Tandatangan Pembimbing
24/03/ 2011	Latar Belakang	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Rubah Judul Proposal baru.</li><li>2. Buat proposal Bab I s/d IV</li></ol>	 AGUNG WALUYO
04/04/ 2011	Bab 1,2,3,4	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bab I : tolong disesuaikan antara judul, Tujuan Penelitian, kerangka konsep, dan analisis statistik.</li><li>2. Jumlah sampel belum dijelaskan.</li><li>3. Hitung jumlah sampel berdasarkan variabel yang akan diteliti.</li><li>4. Buat kuesioner sikap</li></ol>	 AGUNG WALUYO
22/04/ 2011	Bab 1,2,3,4	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Isi bab 1 harus ringkas Paragraf 1 : angka HIV dunia Paragraf 2 : angka HIV di Indonesia Paragraf 3 : Statistik HIV di Papua&amp;Papua Barat Paragra 4 : Pengetahuan ODHA tentang HIV Paragraf 5 : sikap &amp; tindakan ODHA terhadap proteksi HIV di dunia dan alasan dasar peneliti untuk melakukan penelitian.</li><li>2. Bab 2 : Konsep Pengetahuan ODHA, sikap dan tindakan proteksi diri pada penularan HIV Tindakan proteksi diri</li></ol>	 AGUNG WALUYO

		<p>ODHA, Asuhan Keperawatan HIV &amp; AIDS</p> <p>Konsep : umur, jenis kelamin, status kawin, pekerjaan, lama menderita HIV, lama mendapat terapi HIV.</p> <p>3. Bab 3 Perbaiki kerangka konsep.</p> <p>4. Bab 4 : perbaiki <i>formula sampling size</i> untuk multivariat regresi logistik.</p> <p>Uraikan editing, coding, entry data, cleaning dan analisis data</p>	 AGUNG WALUYO
27/04/2011	Bab 1,2,3,4	ACC, lanjut konsultasikan ke pembimbing 2.	 AGUNG WALUYO
16/05/2011	BAB 1,2,3,4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tambahkan Penjelasan alasan memilih teknik sampling acak.</li> <li>2. Jelaskan cara penomoran dan pemilihan sampel sebagai subjek penelitian</li> </ol>	 AGUNG WALUYO
18/05/2011	BAB 1,2,3,4	ACC	 AGUNG WALUYO
16/12/2011	Bab 1,2,3,4,5,6,7		 AGUNG WALUYO

## LEMBAR KONSULTASI

**Judul** : Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan penularan HIV pada ODHA di RSUD Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong dan Klinik YSA Sorong.

**Pembimbing** : 1. Bapak AGUNG WALUYO, S.Kp., PhD  
2. Ibu KUNTARTI, S.Kp., M.Biomed

**Mahasiswa** : Yowel Kambu, NMP. 0906505073

Hari/Tgl	Materi Konsultasi	Saran Perbaikan Pembimbing	TTD Pembimbing
27/04/2011	BAB 1, 2, 3, 4	<p><b>BAB 1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki redaksi kalimat judul</li> <li>2. Latar belakang : perbaiki redaksi dan sistematika penulisan, penambahan data statistik HIV di Papua, penelitian terdahulu tentang pengetahuan ODHA di Papua.</li> <li>3. Masalah Penelitian : Perbaiki redaksi kalimat</li> <li>4. Tujuan Penulisan : Perbaiki redaksi kalimat.</li> </ol> <p><b>BAB 2</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerangka Konsep : Perbaiki redaksi kalimat.</li> <li>2. Hipotesis : pilih salah satu alternatif hipotesis.</li> <li>3. Definisi operasional : perbaiki skala ukur dan alat ukur. Tambahkan cara ukur dan hasil ukur.</li> </ol> <p><b>BAB 3</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Populasi dan Sampel : coba cari alternatif perhitungan <i>sampling size</i> sesuai uji hipotesis.</li> </ol> <p><b>BAB 4</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etika Penulisan : perbaiki redaksi penulisan.</li> <li>2. Alat pengumpul data : perbaiki redaksi penulisan.</li> <li>3. Pengolahan data : perbaiki redaksi penulisan.</li> <li>4. Analisa data : tambahkan tabel analisa univariat dan bivariat</li> </ol>	 KUNTARTI, S.Kp., M.Biomed
05/05/2011	BAB 1, 2, 3, 4	<p><b>BAB 1</b></p> <p>Latar Belakang : Perbaiki redaksi Kalimat.</p> <p><b>BAB 2</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsep Pengetahuan dan sikap :</li> </ol>	

		<p>perbaiki redaksi kalimat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Tindakan proteksi diri pada penularan HIV : perbaiki redaksi kalimat.</li> <li>3. Skema hubungan pengetahuan, sikap dan tindakan : Pindahkan di awal tinjauan teori.</li> <li>4. Karakteristik responden : perbaiki redaksi kalimat.</li> <li>5. Letakkan kerangka teori di akhir tinjauan teori BAB 2.</li> </ol> <p>BAB 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerangka konsep : rubah kerangka konsep dengan memasukkan karakteristik responden bersama-sama ke dalam 1 kotak variabel independen (tidak ada variabel <i>confounding</i>).</li> <li>2. Perbaiki Definisi operasional.</li> </ol> <p>BAB 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Alat pengumpul data : perbaiki dan tambahkan penjelasan yang lebih spesifik.</li> <li>4. Analisa univariat : tambahkan penjelasan yang lebih spesifik.</li> </ol>	 KUNTARTI, S.Kp., M.Biomed
10/05/2011	BAB 1, 2, 3, 4 & instrumen penelitian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki sesuai masukan.</li> <li>2. Penulisan ilmiah sesuai panduan FIK UI (panduan APA)</li> <li>3. Perhitungan sampel yang digunakan sesuai dengan desain hipotesis yang akan diuji.</li> <li>4. Perbaiki instrument sesuai dengan topik penelitian.</li> <li>5. Kembali ke pembimbing 1 untuk selanjutnya persiapan seminar proposal.</li> </ol>	 KUNTARTI, S.Kp., M.Biomed
13/05/2011	BAB 1, 2, 3, 4	Acc maju presentasi propopsal	 KUNTARTI, S.Kp., M.Biomed
10/11/2011	BAB 5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki redaksi kalimat dan sistematika penulisan</li> <li>2. Masukkan proses pelaksanaan penelitian.</li> <li>3. Menyatukan tabel distribusi responden jenis kelamin</li> <li>4. Tabel 5.2 dan 5.3 disatukan (pengetahuan dan sikap digabung dengan lama menderita dan status mendapat ART)</li> </ol>	

08/12/2011	BAB 1,2,3,4, 5, 6 & 7	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mengganti format penyajian data tindakan pencegahan HIV dari tabel dengan diagram <i>pie</i>.</li> <li>6. Pada analisis multivariat hilangkan poin B dan SE.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki redaksi kata dan kalimat.</li> <li>2. Perbaiki teknik penulisan kutipan.</li> <li>3. Pada poin 2.1.10 tambahkan dengan karakteristik setiap stadium HIV/AIDS dan kategori nilai CD4.</li> <li>4. Tabel analisis univariat disatukan untuk variabel jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, status kawin dan pekerjaan menjadi 1 tabel (tabel 5.1) &amp; variabel pengetahuan, sikap, lama menderita menjadi satu tabel (tabel 5.2).</li> <li>5. Tabel analisis bivariat disatukan.</li> <li>6. Perbaiki kesimpulan menjadi ringkas, padat dan jelas.</li> </ol>	<p>KUNTARTI, S.Kp, M.Biomed</p>    <p>KUNTARTI, S.Kp, M.Biomed</p>
16/12/2011	BAB 1,2,3,4,5,6 & 7	<p><i>acc ke pembimbing I</i></p>	 <p>KUNTARTI, S.Kp, M.Biomed</p>



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

## KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi Tindakan Pencegahan Penularan HIV pada ODHA di RSUD. Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong.**

Nama peneliti utama : **Yowel Kambu**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 16 Juni 2011

Ketua,



Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : [humasfik.ui.edu](mailto:humasfik.ui.edu) Web Site : [www.fikui.ac.id](http://www.fikui.ac.id)

Nomor : 1878 /H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2011  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

20 Mei 2011

Yth. Direktur  
RSUD. Kabupaten Sorong  
Kota Sorong

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

**Yowel Kambu**  
**0906505073**

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Analisa Faktor-faktor Yang mempengaruhi Tindakan pencegahan Penularan HIV/AIDS Pada ODHA Di Rumah Sakit Pemerintah Kabupaten Dan Kota Sorong"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUD. Kabupaten Sorong.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.  
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Wakil Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Kepala Bidang Perawatan RSUD. Kabupaten Sorong
3. Kelompok Kerja Unit Pelayanan Kesehatan HIV/AIDS RSUD. Kabupaten Sorong
4. Kepala Ruangan Camar & Garuda RSUD. Kabupaten Sorong
5. Sekretaris FIK-UI
6. Manajer Pendidikan FIK-UI
7. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
8. Koordinator M.A. "Tesis" Analisis faktor-faktor..., Yowel Kambu, FIK UI, 2012
9. Pertinggal



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : [humasfik.ui.edu](mailto:humasfik.ui.edu) Web Site : [www.fikui.ac.id](http://www.fikui.ac.id)

Nomor : 1877 /H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2011  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

20 Mei 2011

Yth. Direktur  
RSU. Sele Be Solu  
Kota Sorong

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan, Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

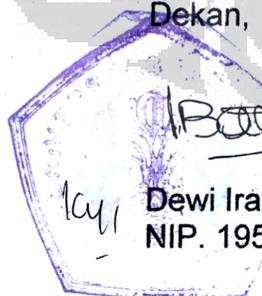
**Yowel Kambu**  
**0906505073**

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Analisa Faktor-faktor Yang mempengaruhi Tindakan pencegahan Penularan HIV/AIDS Pada ODHA Di Rumah Sakit Pemerintah Kabupaten Dan Kota Sorong”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSU. Sele Be Solu Kota Sorong.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.  
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Wakil Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Kepala Bidang Perawatan RSU. Sele Be Solu - Sorong
3. Unit VCT RSU. Sele Be Solu - Sorong
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. “Tesis”
8. Peringgal



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 10854/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

19 Juli 2011

Yth. Ketua  
Yayasan Sosial Agustinus  
Klinik Bintang Timur  
Sorong – Papua Barat

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

**Sdr. Yowel Kambu**  
**0906505073**

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Penularan HIV/AIDS pada ODHA di RSUD. Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Yayasan Santo Agustinus Klinik Bintang Timur Sorong – Papua Barat.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peringgal



# PEMERINTAH KABUPATEN SORONG

## RUMAH SAKIT UMUM SORONG

Alamat : Jl. Kesehatan No. 36 Telp. 321850, 321763 Fax. (0951) 321763 Sorong Papua Barat

Sorong, 27 Juni 2011

Nomor : 445/520/VI/2011  
Lampiran :  
Perihal : Persetujuan Ijin Penelitian

Kepada Yth.

DEKAN FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS INDONESIA

Di –

JAKARTA

Dengan hormat,

Menunjuk surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia,

Nomor : 1877/H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2011, tanggal 20 Mei 2011

Perihal : Permohonan Ijin Penelitian kepada Mahasiswa Program

Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medical Bedah

Universitas Indonesia ( FIK-UI ) atas nama :

Nama : YOWEL KAMBU

NIM : 0906505073

Judul Tesis : Analisa faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV/AIDS pada ODHA di Rumah Sakit Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong.

Pada dasarnya kami tidak keberatan dan menyetujui permohonan saudara.

Demikian untuk dimaklumi.

DIREKTUR RSUD  
KABUPATEN SORONG

Dr. JERRY N. JULUW, Sp.B  
NIP. 19630803 199603 1 001

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Kepala Bidang Keperawatan dan Pendidikan RSUD. KAB. SORONG di Sorong
2. Yang bersangkutan untuk diketahui
3. Arsip.



# PEMERINTAH KOTA SORONG

## RSUD. "SELE BE SOLU "

Alamat Kantor : Jl. Basuki Rakhmat Km. 12 Klasaman Telp. 321450 & Fax (0951) 322076

Sorong, 10 Juni 2011

Nomo : 800 / 1464  
Lampiran :  
Perihal : Persetujuan Ijin Penelitian

Kepada Yth,

✓ DEKAN FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA

Di -

JAKARTA,-

Dengan hormat,

Menunjuk surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Nomor : 1877/H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2011, tanggal 20 Mei 2011, Perihal : Permohonan Ijin Penelitian kepada Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia ( FIK-UI ) atas nama :

Nama : YOWEL KAMBU

NIM : 0906505073

Judul Tesis: Analisa faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV/AIDS pada ODHA di Rumah Sakit Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong.

Maka pada prinsipnya kami tidak keberatan dan menyetujui permohonan saudara.

Demikian untuk maklum.

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
"SELE BE SOLU" KOTA SORONG,



Dr. ANDRIANI LAZARUS

NIP. 19750528 200312 2 010

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Kepala Bidang Pelayanan Medis RSUD. SELEBESOLU Kota Sorong di Sorong;
2. Yang bersangkutan Analisis faktor faktor..., Yowel Kambu, FIK UI, 2012
3. Arsip.



Nomor : 004 / YSA – Sorong / IX / 2011  
Lampiran : -  
Perihal : **Pemberian Ijin**

Yang terhormat,  
**Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia**  
Di –

Jakarta

Dengan hormat,

Berdasarkan surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia ( FIK UI ) Nomor : 108514 / H2.F12.D1 / PDP.04.02 / 2011, tanggal 19 Juli 2011 perihal : Permohonan Ijin Penelitian kepada Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medical Bedah Universitas Indonesia ( FIK – UI ), maka **pada prinsipnya kami tidak berkeberatan untuk membantu**, nama mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama Lengkap : **YOWEL KAMBU**  
NIM : **0906505073**  
Judul Tesis : Analisis faktor – faktor yang mempengaruhi tindakan pencegahan penularan HIV & AIDS pada ODHA di Rumah Sakit Pemerintah Kabupaten dan Kota Sorong

dalam wacana melakukan penelitian di Yayasan Sosial Agustinus Kota Sorong, untuk mendapatkan kelengkapan data dalam pembuatan tesis tersebut.

Demikian surat pemberian ijin ini di buat, untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Sorong, 19 September 2011  
Hormat saya,





## **BIODATA PENULIS**

Nama : Yowel Kambu  
NPM : 0906505073  
Tempat dan Tanggal Lahir : Sorong, 29 Januari 1976  
Alamat Rumah : Jl. Taruna No. 293 Kelurahan Klamalu Kabupaten Sorong Papua Barat  
Alamat e-mail : Yowel76@yahoo.com

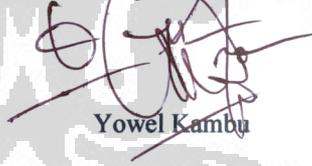
Riwayat Pendidikan :  
1. Tamat SD Inpres No. 45 Klamalu Kab. Sorong Tahun 1989  
2. Tamat SMPN 3 Aimas Kabupaten Sorong Tahun 1992  
3. Tamat SMAN 2 Sorong Tahun 1995  
4. Tamat Akademi Perawat DepKes RI Sorong Tahun 1998  
5. Tamat S1 Keperawatan PSIK FK Unhas Makassar Tahun 2004  
6. Tamat Program Ners PSIK FK Unhas Makassar Tahun 2005

Riwayat Pekerjaan :  
1. Diangkat sebagai Calon Pegawai Negeri Sipil pada RSUD Sorong Tahun 1999  
2. Diangkat sebagai Pegawai Negeri Sipil pada RSUD Sorong Tahun 2000  
3. Pindah menjadi staf Pengajar Politeknik Kesehatan Jayapura pada Akedemi Perawat Sorong Tahun 2002 Sampai dengan sekarang.



Depok, 09 Januari 2012

Yang membuat,



Yowel Kambu