



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KONSISTENSI PENGGUNAAN KONDOM SATU BULAN
TERAKHIR DENGAN KEJADIAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL
(IMS) PADA WANITA PENJAJA SEKS LANGSUNG (WPSL) DI
KABUPATEN BEKASI DAN KOTA BANDUNG
PROVINSI JAWA BARAT TAHUN 2011
(Analisis Data Sekunder Survei Terpadu Biologis Dan Perilaku 2011)**

TESIS

**EVI FACHLAELI
NPM : 1006798341**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
KEKHUSUSAN EPIDEMIOLOGI LAPANGAN
DEPOK
JUNI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KONSISTENSI PENGGUNAAN KONDOM SATU
BULAN TERAKHIR DENGAN KEJADIAN INFEKSI MENULAR
SEKSUAL (IMS) PADA WANITA PENJAJA SEKS LANGSUNG
(WPSL) DI KABUPATEN BEKASI DAN KOTA BANDUNG
PROVINSI JAWA BARAT TAHUN 2011
(Analisis Data Sekunder Survei Terpadu Biologis Dan Perilaku 2011)**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Epidemiologi**

**EVI FACHLAELI
NPM : 1006798341**

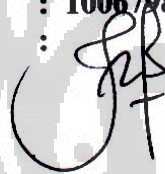
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
KEKHUSUSAN EPIDEMIOLOGI LAPANGAN
DEPOK
JUNI 2012**

i

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Evi Fachlaeli
NPM : 1006798341
Tanda Tangan :



Tanggal : 26 Juni 2012

HALAMAN PENGESAHAN


Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Evi Fachlaeli
NPM : 1006798341
Program Studi : Epidemiologi
Judul Tesis : Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom Satu Bulan Terakhir Dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS) Pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) Di Kabupaten Bekasi Dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011 (Analisis Data Sekunder Survei Terpadu Biologis Dan Perilaku 2011)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Epidemiologi pada Program Studi Pasca Sarjana Epidemiologi Terapan (FETP), Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr.Asri C.Adisasmita, MPH., Ph.D. ()

Pembimbing : Prof.Dr.Sudarto Ronoatmodjo,dr.,SKM., MSc. ()

Penguji : Tri Yunis Miko Wahyono, dr., MSc. ()

Penguji : Suherman,SKM.,MSc. ()

Penguji : Eli Winardi,SKM., MKM. ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 26 Juni 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Evi Fachlaeli
NPM : 1006798341
Mahasiswa Program : Pasca Sarjana
Program Studi : Epidemiologi
Peminatan : FETP
Tahun Akademik : 2010 / 2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

HUBUNGAN KONSISTENSI PENGGUNAAN KONDOM SATU BULAN TERAKHIR DENGAN KEJADIAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) PADA WANITA PENJAJA SEKS LANGSUNG (WPSL) DI KABUPATEN BEKASI DAN KOTA BANDUNG PROVINSI JAWA BARAT TAHUN 2011

(Analisis Data Sekunder Survei Terpadu Biologis Dan Perilaku 2011)

Apabila suatu saat nanti terbukti bahwa saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 26 Juni 2012



Evi Fachlaeli

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI MANUSKRIP

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Evi Fachlaeli
NPM : 1006798341
Jenjang : S2
Program Studi : Epidemiologi
Kelas : Reguler
Kekhususan : Epidemiologi Lapangan (FETP)
Tahun Akademik : 2011/2012
Judul Manuskrip : Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom Satu Bulan Terakhir Dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual (Ims) Pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Bekasi Dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011 (Analisis Data Sekunder Survei Terpadu Biologis Dan Perilaku 2011)

Menyatakan bahwa saya telah mendiskusikan dengan pembimbing, dan:

1. Mengizinkan manuskrip saya untuk di publikasikan dengan syarat:
 - o Tanpa mengikutsertakan nama pembimbing
 - o Dengan mengikutsertakan nama pembimbingAlamat korespondensi (corresponding author) untuk perbaikan manuskrip adalah:
(Nama, Alamat, No.Telp/Fax, Email Address)
Jalan Siti Armilah no 64 Majalengka Kabupaten Majalengka Provinsi Jawa Barat
Telp.0233-281093
2. Tidak Mengizinkan manuskrip saya untuk di publikasikan

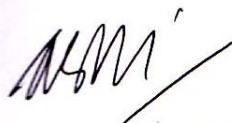
Catatan Lain:

.....

.....

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Mengetahui
Pembimbing Utama/Promotor Mahasiswa,



(dr. Asri C. Adisasmita, MPH., Ph.D.)

Depok, 5 Juli 2012



(Evi Fachlaeli)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Evi Fachlaeli
Tempat Tanggal Lahir : Majalengka, 28 Oktober 1977
Agama : Islam
Status : Menikah dikaruniai 2 anak
Alamat : Jl.Pasukan Sindang Kasih Desa Banjaran Kecamatan
Maja Kabupaten Majalengka

Riwayat Pendidikan :

1. 1983 – 1989 : SDN Jatitengah II
2. 1989 – 1992 : SMPN 1 Jatitujuh, Majalengka
3. 1992 – 1995 : SMAN Jatiwangi
4. 1995 – 2000 : Fakultas Kesehatan Masyarakat, UI, Depok
5. 2010 – sekarang : Magister Epidemiologi, FKM UI, Depok

Riwayat Pekerjaan :

1. 2000 – 2002 : Akper YPIB Majalengka
2. 2002 – 2005 : District Facilitator UNFPA 6th CP Kabupaten Majalengka
3. 2005 – 2005 : Puskesmas Argapura Kabupaten Majalengka
4. 2005 – 2008 : Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka
5. 2008 – Sekarang : Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten Majalengka

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat Jurusan Epidemiologi Lapangan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu dr.Asri C Adisasmata, MPH, PhD., sebagai pembimbing akademi yang telah menyediakan waktu, tenaga, kesabaran, pikiran serta dengan segala kasih sayangnya bersedia memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis selama masa pendidikan sampai penulisan tesis ini maupun tugas-tugas lapangan lainnya.
2. Bapak. Suherman,SKM., M.Sc, sebagai Pembimbing Lapangan yang telah bersedia memberikan bimbingan dan arahan dalam pelaksanaan kegiatan lapangan serta bersedia menjadi penguji dalam ujian tesis ini;
3. Bapak Prof.Dr.Sudarto Ronoatmodjo,dr.,SKM., MSc selaku penguji mulai dari seminar proposal, seminar hasil sampai dengan ujian tesis;
4. Tri Yunis Miko Wahyono, dr., MSc selaku penguji dan Penanggung jawab dalam program pendidikan ini;
5. Ibu Dr. Ratna Djuwita, dr., MPH selaku Ketua Departemen yang telah memberikan arahannya selama penulis mengikuti pendidikan, dr.Syahrizal Syarif, MPH.PhD, dan Bapak/Ibu Dosen yang telah memberikan ilmunya selama penulis mengikuti pendidikan;
6. Bapak Eli Winardi, SKM.,MKM, yang telah menyempatkan waktu disela kesibukannya untuk menjadi penguji pada tesis saya ini dengan memberikan banyak masukan dan saran yang sangat berarti bagi perbaikan tesis saya ini;
7. Bidang Surveilans Epidemiologi BBTKL PP Jakarta; Mba Endah, Pak Morang, Intanku, Dwindi dan Subhan serta mas Totok yang telah banyak membantu dalam penyelesaian tugas lapangan dan pengalaman bekerja di Bidang SE BBTKL PP Jakarta.
8. Yth Dr.H.Rahmat Rukmana, Ir.MM. Kepala Bappeda Kabupaten Majalengka yang telah memberikan izin mengikuti Tugas Belajar ini, serta Drs.Dedi Sukmana F selaku

atasanku yang memberikan support mengikuti pendidikan ini, temanku Tarja, Pak Nana, Imas Sulyani, Bu Kanti dan yang lainnya;

9. Suamiku tercinta “Hendi” mendukung dalam segala hal, baik materil, moril, terutama dengan cinta kasihnya menggantikan peranku untuk sementara waktu menempuh pendidikan ini dan anak-anaku ku tercinta “Fadli Wildan Naufal dan Auryan Nisrina Rahima”, sebagai bagian hidupku, semangatku ada pada kalian, pengorbanan kalian tak terhingga.
10. Keluarga yang telah mendukung tugas belajar ini Mama, Papa, Mimi, H.Dodo Suhada (Alm) mertuaku yang berpulang saat teteh masih sekolah ini serta adik-adiku serta keponakanku semua.
11. Umi Siti dan Mulyana yang memberi informasi awal pendidikan ini serta support kepada penulis untuk mengikuti pendidikan ini padahal kalian sendiri gak berani;
12. FETP Angkatan 3, Teman-teman seperjuangan FETP 2010 Adang, Ade, Arif, Amri, Ali, Opyn, Agus, Wayan, Reynold, Pak Nur, Harisnal, Apris, Amar;
13. Sekretariat Departemen Epidemiologi, Putri, Mas Indra, Bu May dan lain-lain dalam memberikan bantuan;
14. Pihak lainnya yang tak dapat disebutkan satu persatu disini.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu. Amin.

Depok, 26 Juni 2012



Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Evi Fachlaeli
NPM : 1006798341
Program Studi : Epidemiologi
Departemen : Epidemiologi
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
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 :

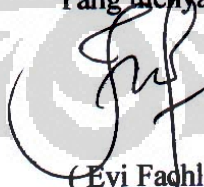
Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom Satu Bulan Terakhir Dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS) Pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) Di Kabupaten Bekasi Dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011 (Analisis Data Sekunder Survei Terpadu Biologis Dan Perilaku 2011)

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 memublikasikan tugas akhir 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 : 26 Juni 2012

Yang menyatakan



(Evi Fachlaeli)

ABSTRAK

Nama : Evi Fachlaeli
Program Studi : Epidemiologi
Judul : Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom Satu Bulan Terakhir Dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS) Pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) Di Kabupaten Bekasi Dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011 (Analisis Data Sekunder Survei Terpadu Biologis Perilaku 2011)

Prevalensi IMS tinggi pada WPSL. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara konsistensi penggunaan kondom pada satu bulan terakhir dengan kejadian Infeksi Menular seksual pada wanita penjaja seks langsung (WPSL). Penelitian ini menggunakan desain studi *cross sectional*. Sumber data hasil Survey Terpadu Biologis dan Perilaku Tahun 2011. Populasi adalah wanita penjaja seks langsung (WPSL) di Provinsi Jawa Barat. Jumlah sampel adalah 500 responden. Hasil penelitian prevalensi IMS pada WPSL 21%, sebagian besar WPSL tidak konsisten menggunakan kondom 76 %. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan tidak bermakna antara konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian IMS OR 1.14 (95%CI 0.66;2.3). Peningkatan konsistensi penggunaan kondom dan peningkatan peluang menggunakan kondom.

Kata kunci: Infeksi Menular Seksual (IMS), Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL), Kondom, Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) 2011

ABSTRACT

Name : Evi Fachlaeli
Study Program : Epidemiology
Title : Relationship Consistency Condom Use One Last Month With Events Sexually Transmitted Infections (STIs) in Commercial Seks Workes (CSWs) in Bekasi District and Bandung City of West Java Province Year 2011 (Secondary Data Analysis of Integrated Biological and Behavior Survey 2011)

STDs prevalence is high in the WPSL. This study aims to determine the relationship the consistency of condom use in the last month with the incidence of sexually transmitted infections in female sex workers directly (WPSL). This study uses cross-sectional study design. Data is collected secondary data results of Integrated Biological and Behavioral Survey in 2011. Population is female direct sex workers (WPSL) in West Java province. Number of sample is 500 respondents. The study found that the prevalence of sexually transmitted infections in female sex workers directly (WPSL) by 21% most of the WPSL is inconsistent use of condoms 76%. The results of bivariate analysis showed that there was no significant relationship between the consistency of condom use with the incidence of STI OR 1:14 (95% CI 0.66; 2.3). Increase particularly the consistent use of condoms and increased opportunities to use condoms.

Keywords : Sexually Transmitted Infections (STIs), Women Direct sex workers (WPSL), Condoms, Integrated Biological and Behavioral Survey (IBBS) 2011

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii viii
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR SINGKATAN	i
1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Masalah Penelitian	7
1.3 Pertanyaan Penelitian	7
1.4 Tujuan Penelitian	8
1.4.1 Tujuan Umum	8
1.4.2 Tujuan Khusus	8
1.5 Manfaat Penelitian	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	9
2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Infeksi Menular Seksual.....	10
2.2 HIV/AIDS	10
2.2.1 Sejarah Penyakit HIV di Indonesia	10
2.2.2 Definisi Penyakit	11
2.2.3 Virologi,Diagnosis,test dan Pengobatan.....	12
2.2.4 Model Penularan.....	13
2.2.5 Program Pencegahan.....	15
2.3 Sifilis	18
2.4 Wanita Penjaja Seks (WPS).....	21
2.4.1 Sejarah Prostitusi.....	21
2.4.2 Jenis Prostitusi.....	23
2.4.3 Wanita Pekerja Seksual (WPS)	24
2.5 Teori Perilaku dan Pengetahuan	24
2.6 Kondom.....	27
2.7 Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Infeksi Menular Seksual (IMS)	33
2.8 Kerangka Teori	38

3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	39
3.1 Kerangka Konsep	39
3.2 Hipotesis.....	40
3.3 Definisi Operasional	40
4 METODOLOGI PENELITIAN	44
4.1. Desain Penelitian	44
4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian.....	44
4.3 Populasi dan Sampel	45
4.3.1. Populasi.....	45
4.3.2. Sampel Penelitian.....	47
4.3.3. Besar Sampel	47
4.4 Pengumpulan Data.....	47
4.5 Pengolahan Data	48
4.6 Analisis Data	48
4.7.1 Analisis Univariat	48
4.7.2 Analisis Bivariat	48
4.7.3 Analisis Multivariat	49
5. HASIL PENELITIAN	50
5.1 Gambaran Provinsi Jawa Barat	50
5.2 Hasil Analisis Univariat	51
5.2.1 Status HIV dan Sifilis	52
5.2.2 Karakteristik Responden	53
5.2.3 Faktor Pengetahuan Sikap dan Perilaku	55
5.2.4 Faktor Pelanggan	57
5.2.5 Faktor Pelayanan Kesehatan dan Peluang Menggunakan Kondom	58
5.3 Hasil Analisis Bivariat.....	59
5.3.1. Hubungan Antara Karakteristik Responden dengan kejadian IMS	59
5.3.2 Hubungan Antara Faktor Pengetahuan,Sikap dan Perilaku dengan kejadian IMS	61
5.3.3 Hubungan Antara Faktor Pelanggan dengan kejadian IMS...	63
5.3.4 Hubungan Antara Faktor Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian IMS	63
5.4 Hasil Analisis Stratifikasi	65
5.5 Hasil Analisis Multivariat	67
6. PEMBAHASAN	71
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	71
6.2 Perhitungan Power Penelitian.....	72
6.3 Distribusi Responden berdasarkan variabel penelitian	72

6.4	Hubungan Antara Karakteristik Responden dengan kejadian IMS	78
6.5	Hubungan Antara Faktor Pengetahuan,Sikap dan Perilaku dengan kejadian IMS	81
6.6	Hubungan Antara Faktor Pelanggan dengan kejadian IMS.....	85
6.7	Hubungan Antara Faktor Pelayanan Kesehatan dan Peluang menggunakan Kondom dengan Kejadian IMS	86
6.8	Analisis stratifikasi.....	89
6.9	Analisis Multivariat	89
7.	KESIMPULAN DAN SARAN.....	91
7.1	Kesimpulan	91
7.2	Saran	92

DAFTAR REFERENSI
LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Penelitian	40
Tabel 5.1	Distribusi Responden Menurut Status HIV dan Sifilis	52
Tabel 5.2	Distribusi Responden Menurut Karakteristik Responden	53
Tabel 5.3	Distribusi Responden Menurut Lama Bekerja, Penghasilan dan Usia Seks Pertama.....	
Tabel 5.4	Distribusi Responden Menurut Faktor Pengetahuan Sikap dan Perilaku	56
Tabel 5.5	Distribusi Responden Menurut Pekerjaan Pelanggan dan jumlah pelanggan seminggu terakhir.....	57
Tabel 5.6	Distribusi Responden Menurut Faktor Pelayanan Kesehatan dan Peluang Menggunakan Kondom.....	58
Tabel 5.7	Hubungan Antara Karakteristik Responden dengan kejadian IMS	60
Tabel 5.8	Hubungan Antara Faktor Pengetahuan,Sikap dan Perilaku dengan kejadian IMS	61
Tabel 5.9	Hubungan Antara Pekerjaan Pelanggan dan jumlah pelanggan seminggu terakhir dengan kejadian IMS.....	63
Tabel 5.10	Hubungan Antara Faktor Pelayanan Kesehatan dan Peluang menggunakan kondom dengan Kejadian IMS.....	64
Tabel 5.11	Hasil Analisis Stratifikasi	65
Tabel 5.12	Daftar Variabel Kandidat Model Awal Analisis Multivariat	68
Tabel 5.13	Model Awal Analisis Multivariat.....	69
Tabel 5.14	Model Akhir Analisis Multivariat konsistensi penggunaan kondom dengan Kejadian IMS	70

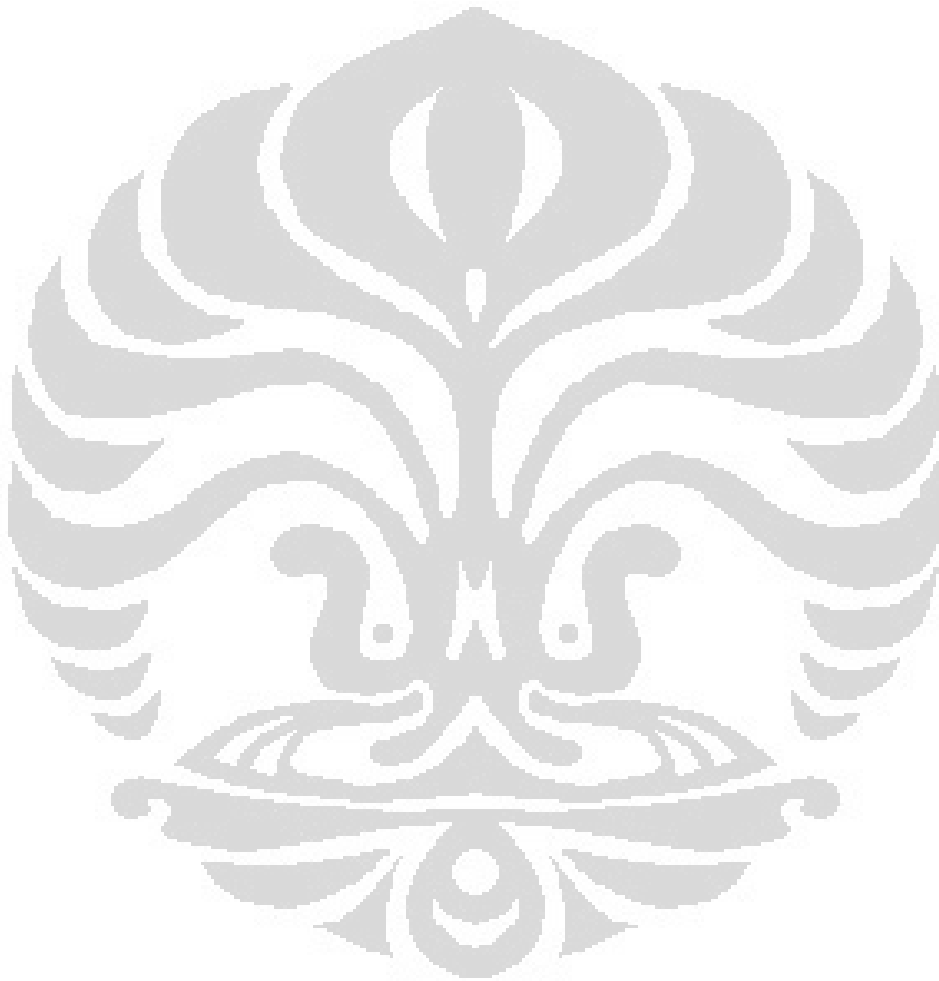
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Bagan Kerangka Teori.....	38
Gambar 3.1	Bagan Kerangka Konsep	39



DAFTAR LAMPIRAN

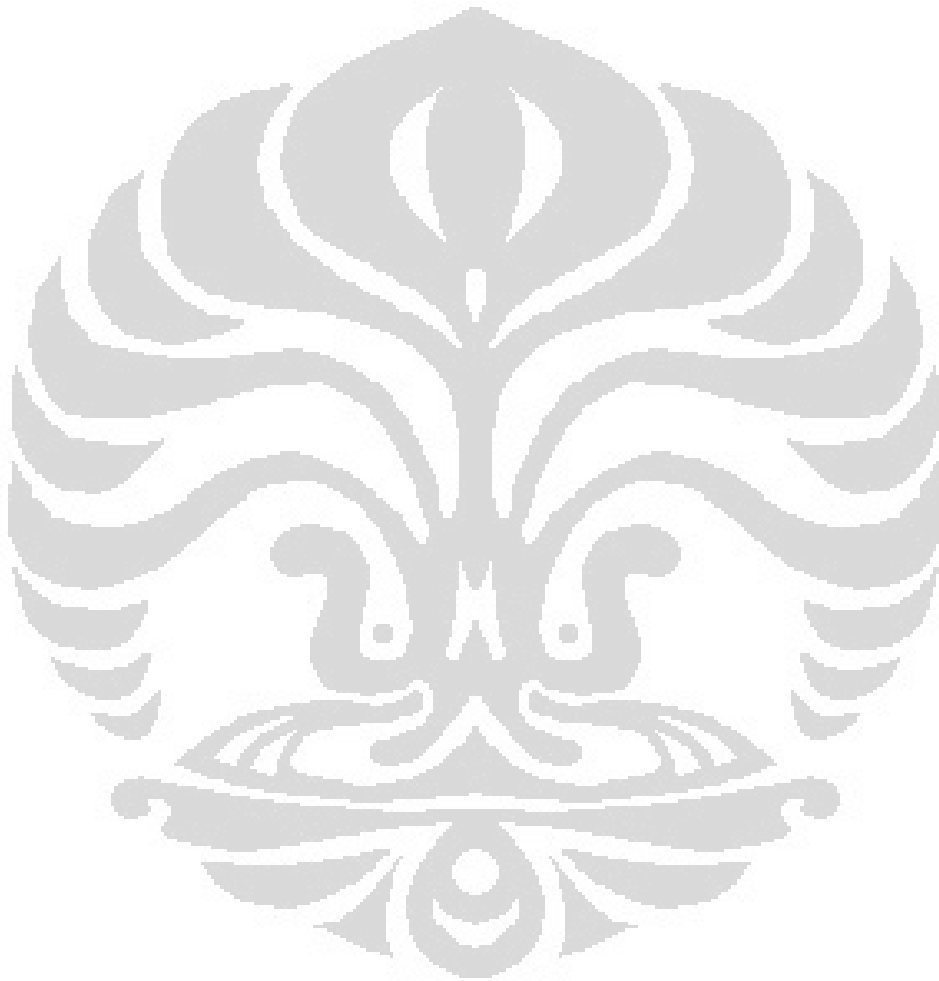
- Lampiran 1. Kuesioner STBP 2011 WPSL
- Lampiran 2. Surat Permohonan Data STBP 2011
- Lampiran 3 Analisis Data Multivariat



DAFTAR SINGKATAN

AIDS	=	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrom</i> , kumpulan gejala dan penyakit, sebagai bentuk lanjut dari infeksi HIV
ART	=	Antiretroviral Therapy, pengobatan menggunakan antiretroviral (ART) pada ODHA
ASI	=	Air Susu Ibu
BKKBN	=	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BPS	=	Badan Pusat Statistik
CFR	=	<i>case fatality rate</i>
CSWs	=	Commercial Sex Workers
HIV	=	Human Immunodeficiency Virus, Virus penyebab AIDS
IDU	=	Injecting Drug User, Penasun
KB	=	Keluarga Berencana
KPA	=	Komisi Penanggulangan AIDS, suatu organisasi yang dibentuk dengan tugas utama mengkoordinir berbagai sector dalam pengendalian AIDS ada di setiap jenjang pemerintahan
Napza	=	Narkotik, alcohol, psikotropik dan zat adiktiv lain
ODHA	=	Orang dengan HIV/AIDS, terjemahan dari <i>people living with HIV-AIDS (PWLHA)</i>
PCR	=	Polymerase chain reaction (reaksi rantai polimerasi)
PDP	=	Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan HIV/AIDS, terjemahan dari <i>care support and treatment</i> yang disingkat CST
PMTCT	=	Prevention of mother to child transmission, pencegahan penularan dari ibu ke anak (PPIA)
PPP	=	Profilaksis pasca pajanan= <i>post exposure prophylaxis</i>
PTRM	=	Program Terapi Rumatan Metadon

STBP	=	Survey Terpadu Biologis dan Perilaku
UNAIDS	=	United Nations Programme on HIV/AIDS
VCT	=	Voluntary counseling and testing atau konseling dan tes HIV secara sukarela (KTS)
WHO	=	World Health Organization, organisasi kesehatan dunia
WPSL	=	Wanita Penjaja Seks Langsung
WPSTL	=	Wanita Penjaja Seks Tidak Langsung



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

HIV saat ini sudah pandemik, dengan jumlah penderita yang sangat besar dilaporkan di Amerika, Eropa, Afrika dan Asia Tenggara. Epidemik *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) secara global masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius. Di dunia ini, diperkirakan ada 33.3 juta (31.3-34.5) orang yang telah terinfeksi HIV. Upaya penanggulangan HIV masih memerlukan kerja keras terutama untuk menekan penularan baru. Di kawasan Asia sebagian besar angka prevalensi HIV pada masyarakat umum masih rendah yaitu < 1%. Hanya Thailand, India Utara dan Provinsi Papua Indonesia yang prevalensinya sudah di atas 1%. Bahkan di wilayah Tanah Papua telah mencapai prevalensi 2,4% di tahun 2006. (Kemenkes, 2010).

Situasi dalam lima tahun terakhir ini, laju epidemik HIV di Indonesia tercepat di ASEAN. Pertumbuhan epidemik yang cepat ini penularannya melalui cara: penggunaan jarum tidak steril pada pengguna narkoba suntik (penasun) dan praktek hubungan seks tidak aman. Hampir semua daerah di Indonesia masuk dalam kategori epidemik terkonsentrasi, dengan pengertian prevalensi HIV pada kelompok kunci di atas 5% dan populasi umum masih di bawah 1%. (Nugroho, 2012)

Pada pemodelan matematika epidemik HIV di Indonesia Tahun 2008-2014 penduduk laki-laki maupun perempuan usia 15-49 tahun diproyeksikan meningkat dari 0,22% tahun 2008 menjadi 0,37% tahun 2014, dengan asumsi bahwa asumsi perilaku risiko berisiko tertular dan menularkan HIV pada populasi utama (Penasun, WPS, Pelanggan PS, MSM dan Waria) tahun 2008-2014 sama dengan hasil STBP 2007. Jumlah ODHA usia 15-49 diproyeksikan terus bertambah dari 277.700 pada tahun 2008 menjadi 501.400 pada tahun 2014 dengan asumsi tidak ada perubahan perilaku pada populasi utama (Kemenkes, 2008).

HIV tidak mudah menular dan disebarkan melalui cara-cara yang jumlahnya terbatas. Penularan baru terjadi jika ada pertukaran cairan tubuh antara

orang yang terinfeksi HIV dengan yang belum terinfeksi. Cara penularan yang utama di Indonesia adalah melalui hubungan seks tidak aman dan berbagi jarum suntik yang tidak steril. Sekalipun penularan melalui pengguna narkoba suntik adalah paling efektif, namun dari segi potensi jumlah kelompok berisiko, ditahun 2007 KPAN sudah melihat penularan melalui jalur seksual tetap akan menjadi cara penularan utama di Indonesia dalam dekade kedepan (KPAN, 2007).

AIDS merupakan penyakit yang sangat berbahaya karena mempunyai *case fatality rate* (CFR) 100% dalam lima tahun, artinya dalam waktu lima tahun setelah didiagnosis AIDS ditegakkan, semua penderita akan meninggal. Pada populasi normal *Adult Mortality rate* adalah 50/10.000, bila sero prevalensi infeksi HIV adalah 10% maka dalam lima tahun mendatang *Adult Mortality rate* ini akan meningkat dua kalinya menjadi 100/100.000 (Adisasmito, 2007)

CDC (*Center for Disease Control*) melaporkan bagaimana HIV ditularkan, yaitu melalui hubungan seksual 69%, jarum suntik untuk obat lewat intravena 24%, transfusi darah yang terkontaminasi atau darah pengobatan dalam pengobatan kasus tertentu 3%, penularan sebelum kelahiran (dari ibu yang terinfeksi ke janin selama kehamilan) 1%, dan model penularan yang belum diketahui 3%. Melihat cukup besar peluang HIV ditularkan melalui hubungan seksual, maka hubungan berganti-ganti pasangan merupakan faktor khusus yang perlu diwaspadai. Seks komersial telah menjadi sebuah faktor yang penting di dalam penyebaran infeksi HIV, khususnya di kawasan Asia.(Lokollo, 2009).

Kasus kematian akibat AIDS di Indonesia diperkirakan mencapai 5.500 jiwa. Epidemii tersebut terutama terkonsentrasi di kalangan pengguna obat terlarang melalui jarum suntik dan pasangan intimnya, orang yang berkecimpung dalam kegiatan prostitusi dan pelanggan mereka, dan pria yang melakukan hubungan seksual dengan sesama pria. Sejak 30 Juni 2007, 42% dari kasus AIDS yang dilaporkan ditularkan melalui hubungan heteroseksual dan 53% melalui penggunaan obat terlarang.

Berdasarkan Laporan Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan lingkungan Kementerian Kesehatan sampai dengan Desember 2011 Jumlah kasus baru HIV tercatat sebanyak 21.031 kasus. Tertinggi pada kelompok umur 25-49 tahun 15.490 atau 73,7%, diikuti kelompok umur 20-24 tahun (3.113

kasus) atau 14,8% dan sisanya pada kelompok umur <4 tahun sebanyak 547 kasus atau sekitar 2,6% dan kelompok 5-14 sebanak 1.2% , kelompok 15-19 tahun 3.2% dan pada umur lebih dari 50 tahun sebesar 4.5%. Proporsi masih tertinggi pada laki-laki (55.9%) dibandingkan perempuan (44.1%). Dengan sebaran HIV kumulatif tertinggi terdapat di Provinsi DKI Jakarta (19.899) diikuti Jawa Timur (9.950), Jawa Barat (5.741), Sumatra Utara (5.027), Bali (4.643), Jawa Tengah (3.531) dan Kalimantan Barat (3.145) (Kemenkes, 2011)

Secara umum prevalensi HIV di wilayah Indonesia masih berkisar 0.2%, namun pada beberapa kelompok populasi berisiko tinggi telah terlihat peningkatan prevalensi yang signifikan dan stabil sejak tahun 1990an, terutama pada kelompok Pengguna Napza Suntik (Penasun), Wanita Penjaja Seks, dan Waria. Kecepatan penularan HIV pada kelompok penasun mendorong peningkatan pada kelompok lainnya terutama melalui seks komersial. Hasil Surveilans perilaku sejak tahun 2002 sudah mengindikasikan fenomena tersebut. Diperkirakan 1/3 Penasun pernah membeli seks dalam 1 bulan terakhir dan ada sejumlah kecil Penasun pernah menjual seks. (Kemenkes, 2010)

Kecepatan penularan HIV pada kelompok penasun mendorong peningkatan pada kelompok lainnya terutama melalui seks komersial. Hasil Surveilans perilaku sejak tahun 2002 sudah mengindikasikan fenomena tersebut. Diperkirakan 1/3 penasun pernah membeli seks dalam 1 bulan terakhir dan ada sejumlah kecil penasun pernah menjual seks(kemenkes, 2010). Hasil surveilans di beberapa provinsi di Indonesia pada kelompok WPS cenderung meningkat dari tahun ke tahun prevalensi berkisar antara 0-26,5% tertinggi pada kelompok WPS di Provinsi Papua. USAID tahun 2010 prevalensi HIV (+) pada WPS langsung sebesar 10,4% dan pada WPSTL sebesar 4,6%.

Pekerja seks bekerja dalam berbagai macam bentuk. Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung (*indirect sex workers*) mendapatkan klien ketika bekerja di tempat-tempat hiburan seperti klub malam, panti pijat, diskotik, café, tempat karaoke atau bar. Beberapa dari mereka adalah WPS yang sudah pernah bekerja di lokasi tetapi keluar dari lokasi kemudian bekerja menjadi WPS Tidak Langsung di tempat-tempat hiburan yang mereka anggap memiliki kelas yang lebih tinggi. Ada juga yang merasa lebih fleksibel dengan bekerja sebagai WPS

Tidak Langsung karena tidak diatur ketat oleh mucikari. Bahkan ada juga karena melihat peluang untuk mendapatkan tambahan uang lebih ketika mereka bekerja sebagai pemandu karaoke, pelayan bir, atau pramuria di tempat hiburan malam. Mereka diketahui memiliki tingkat penggunaan kondom yang rendah dan memiliki angka IMS yang lebih dibandingkan pekerja seks di lokalisasi. (Lokollo, 2009)

Motif perilaku seksual dicari dalam nilai-nilai, sikap, pengetahuan dan persepsi individu dan kemudian dihubungkan dengan tingkat risikonya terhadap HIV. Penekanan yang berlebihan pada aspek individu yang demikian melupakan kenyataan bahwa perilaku seksual sebagai sebuah interaksi sosiokultural, juga dipengaruhi dan mempengaruhi kekuatan-kekuatan sosial disekitarnya. Sebagai gambaran, jika sebanyak 200,000 pekerja seks melakukan transaksi sebanyak 20 kali dalam sebulan, dengan tarif rata-rata Rp 150,000, maka sedikitnya Rp 7,2 triliun per tahun dibelanjakan untuk jasa seks (Nugroho, 2011)

Seperti diketahui, pelaksanaan Surveilans HIV generasi kedua di Indonesia telah dimulai dengan pelaksanaan Sero Surveilans HIV tahun 1988 dan Surveilans Perilaku mulai dilaksanakan tahun 1996. Sistem surveilans generasi kedua mengalami evolusi, yaitu dengan mengintegrasikan surveilans biologis pada surveilans perilaku, kemudian dikenalkan konsep populasi sentinel, sehingga diharapkan adanya hasil yang lebih representatif atau mewakili subpopulasi berisiko yang ada. Dalam waktu dekat, akan diperluas dengan surveilans insiden HIV, pengembangan surveilans pediatrik dan dewasa dengan HIV terutama memonitor *trend* akses terhadap ARV, menilai kepatuhan pengobatan, dan penurunan angka kematian akibat AIDS.

Upaya untuk lebih memahami dinamika epidemi dan faktor-faktor utama yang mengubahnya terutama tingkat penularan HIV, tahun 2006 mulai dilaksanakan Surveilans Terpadu HIV dan Perilaku (STHP). Dengan tersedianya data tersebut kita mendapatkan gambaran yang lengkap tentang besaran masalah yang ada, faktor-faktor penyebab, pengetahuan dan seberapa jauh respon yang telah ada dan diketahui oleh masyarakat. Oleh karena itu untuk dapat memberikan gambaran epidemi yang terjadi pada Kelompok Populasi Paling Berisiko dalam terjadinya epidemi HIV di Indonesia, maka

perlu dilakukan Surveilans Terpadu Biologi dan Perilaku yang berkesinambungan.

Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) ini merupakan bagian dari kegiatan surveilans HIV-AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS) yang telah dilaksanakan sejak tahun 1996, dan dilakukan secara rutin setiap 2-3 tahun sekali apabila dana tersedia. Pelaksanaan pengumpulan data STBP 2011 mulai dilakukan pada bulan Januari sampai dengan Maret 2011, kecuali di Kabupaten Jayawijaya (Wamena) pada bulan Mei 2011. Survei dilaksanakan di 23 Kabupaten/Kota di 11 Provinsi di Indonesia, yaitu: Kota Medan, Kabupaten Deli Serdang, Kota Batam, Kota Bandar Lampung, Kabupaten Lampung Selatan, Jakarta Barat, Jakarta Timur, Jakarta Utara, Jakarta Selatan, Jakarta Pusat, Kota Bandung, Kota Bekasi, Kota Semarang, Kabupaten Batang, Kota Surabaya, Kota Malang, Kabupaten Banyuwangi, Kota Denpasar, Kota Kupang, Kota Ambon, Kota Jayapura, Kabupaten Jayapura, dan Kabupaten Jayawijaya. (Kemenkes, 2012)

STBP 2011 bertujuan untuk mengetahui prevalensi HIV dan IMS (sifilis, gonore, dan klamidia) pada populasi paling berisiko (berisiko tinggi) dan mengetahui tingkat pengetahuan tentang HIV-AIDS, perilaku berisiko tertular atau menularkan HIV, dan cakupan intervensi program pada populasi paling berisiko dan populasi rawan Prevalensi HIV tertinggi terdapat pada Penasun (41%), diikuti waria (22%), WPSL (10%), LSL (8%), WBP (3%), WPSTL (3%), dan Pria Potensial Risti (0,7%). Sedangkan Prevalensi Sifilis tertinggi di temukan pada Waria (25%), kemudian diikuti WPSL (10%), LSL (9%), WBP (5%), Pria Potensial Risti (4%), WPSTL (3%), dan Penasun (2%). Bila dikaitkan dengan indikator keberhasilan program pengendalian HIV-AIDS di Indonesia, maka hasil STPB 2011 menunjukkan bahwa persentase penggunaan kondom dalam seminggu terakhir pada perempuan (dalam hal ini WPSL) adalah sebesar 35% dan pada laki-laki (dalam hal ini Pria Potensial Risti) dalam setahun terakhir adalah sebesar 14%. Dengan demikian, capaian indikator keberhasilan penggunaan kondom pada kelompok berisiko tinggi tahun 2011 adalah sebesar 100% pada perempuan (target tahun 2011: 35%) dan 70% pada laki-laki (target tahun 2011: 20%). (Kemenkes, 2012)

Di Indonesia terdapat 79 daerah prioritas di mana epidemi AIDS sedang meluas. Daerah tersebut menjangkau delapan provinsi: Papua, Papua Barat, Sumatra Utara, Jawa Timur, DKI Jakarta, Kepulauan Riau, Jawa Barat, dan Jawa Tengah. Kota Bekasi merupakan Kota di Jawa Barat dengan Kasus HIV/AIDS kedua tertinggi setelah Kota Bandung (Kemenkes, 2009)

Dalam upaya pencegahan semakin diarahkan pada upaya perubahan perilaku. Oleh karena itu diperlukan informasi tentang perubahan perilaku yang dapat dijadikan dasar dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan keberhasilan program intervensi. Kelompok populasi paling berisiko yang dicakup dalam STBP tahun 2011 ini adalah Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL), Wanita Penjaja Seks Tidak Langsung (WPSTL), Laki-laki berisiko (ojek motor, supir angkutan umum kota, Anak Buah Kapal (ABK), Tenaga Kerja Bongkar Muat (TKBM), buruh, Penasun, Waria, Lelaki Suka Seks Lelaki (LSL), Narapidana, dan Remaja (Kemenkes, 2010).

Provinsi Jawa Barat sebagai Provinsi Penyangga Ibu Kota Negara dengan berbagai kemudahan dan akses maka mengalami pertumbuhan dalam berbagai sektor termasuk sektor jasa dan perdagangan. Berdasarkan Profil Kependudukan Provinsi Jawa Barat, sektor *service* /jasa menyerap tenaga kerja paling banyak untuk semua tingkat pendidikan, terlebih pada bidang perdagangan, restoran dan hotel, kurang lebih menyerap 25% tenaga kerja.

Salah satu strategi global WHO dalam mencegah dan mengendalikan IMS, HIV/AIDS disebutkan bahwa pemakaian kondom yang konsisten merupakan cara yang efektif untuk mencegah penularan IMS termasuk HIV (WHO, 2009 dalam Hutahaen, 2010). Dalam kebijakan Operasional Pengendalian HIV AIDS sektor kesehatan disebutkan bahwa upaya pencegahan yang efektif termasuk penggunaan kondom 100% pada setiap hubungan seks berisiko, semata-mata hanya untuk memutus rantai penularan HIV (Kemenkes, 2009).

Desentralisasi dan otonomi pemerintahan dimaksudkan untuk mempercepat tercapainya kesejahteraan rakyat termasuk dalam bidang kesehatan. Dengan demikian memberikan kesempatan bagi Pemerintah Daerah untuk merencanakan program yang dibutuhkan termasuk pencegahan HIV dan AIDS yang didasarkan pada kebutuhan lokal dan mengalokasikan anggaran yang

sesuai. Dengan semangat Komitmen Sentani beberapa provinsi dan kabupaten/kota telah memperlihatkan perhatian yang cukup besar terhadap masalah HIV dan AIDS di daerah masing-masing. Namun sebagian besar pemerintah daerah belum menganggap masalah HIV dan AIDS sebagai prioritas pembangunan untuk ditanggulangi, walaupun data telah menunjukkan masalah HIV dan AIDS sudah mengkhawatirkan. (KPAN, 2007)

Penelitian ini dimaksudkan untuk melihat gambaran prevalensi Infeksi Menular Seksual di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat berdasarkan hasil STBP yang telah dilakukan pada tahun 2011, sehingga diperoleh gambaran untuk dapat dilakukan upaya-upaya penanggulangan dan pencegahan yang efektif.

1.2 Masalah Penelitian

Dari latar belakang yang disebutkan maka masalah penelitian adalah bagaimana hubungan konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian Infeksi Menular Seksual serta faktor-faktor yang berhubungan pada kelompok risiko tinggi Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut : Bagaimana hubungan konsistensi penggunaan kondom dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual pada wanita penjaja seks langsung (WPSL) di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Tahun 2011.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS) pada wanita penjaja seks langsung (WPSL) di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011.

1.4.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian sebagai berikut

1. Mengetahui prevalensi kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS) pada wanita penjaja seks langsung (WPSL) di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011;
2. Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS) pada wanita penjaja seks langsung (WPSL) di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011;
3. Mengetahui hubungan konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS) pada wanita penjaja seks langsung (WPSL) di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011 setelah dikontrol oleh faktor lain;

1.5 Manfaat Penelitian

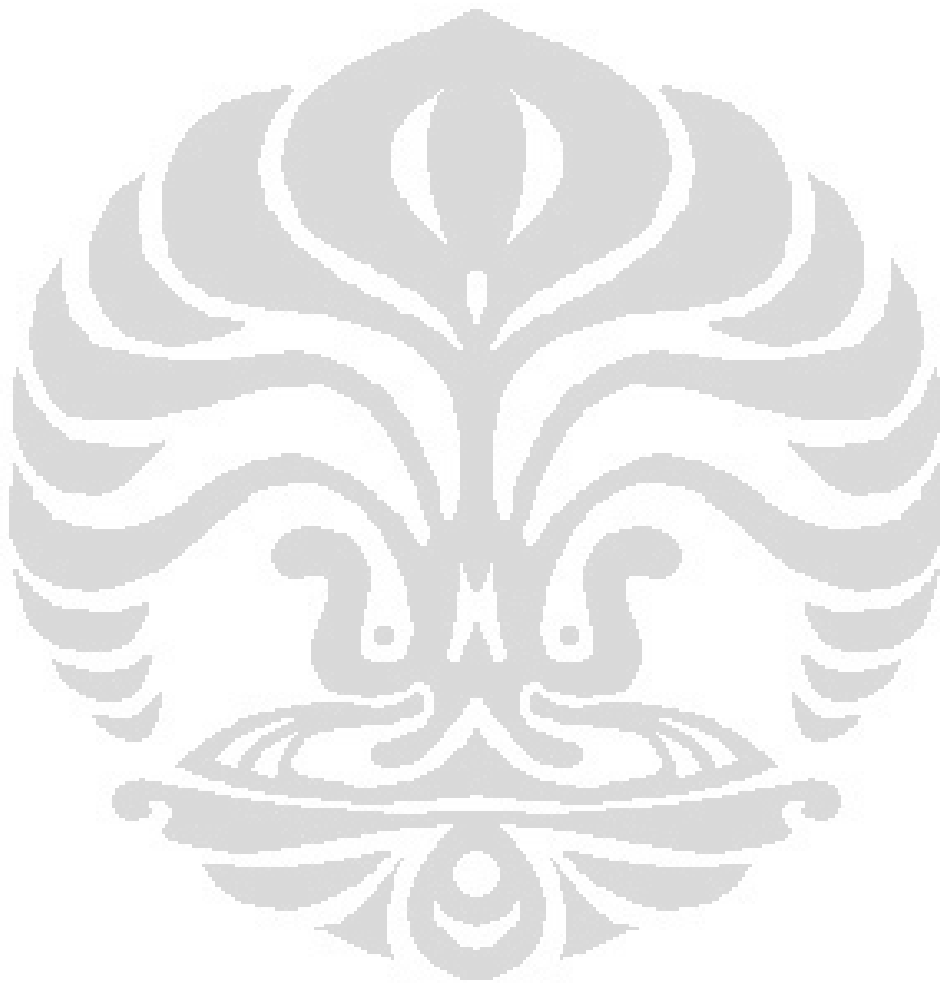
1. Sebagai bahan pertimbangan bagi pemerintah daerah setempat, dalam hal ini adalah Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Barat, dalam membuat kebijakan untuk merumuskan intervensi yang paling tepat dalam rangka pengendalian dan pencegahan kejadian Infeksi Menular Seksual termasuk HIV/AIDS terutama pada kelompok rentan dan berisiko;
2. Menambah informasi untuk pengembangan ilmu pengetahuan khususnya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku dalam pencegahan kejadian Infeksi Menular Seksual terutama pada kelompok berisiko;
3. Bahan bacaan, perbandingan, bahkan rujukan bagi peneliti lain untuk melakukan riset lanjutan yang berkaitan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Pada penelitian ini variabel dependennya adalah kejadian Infeksi Menular Seksual terdiri dari HIV dan Sifilis yang ditegakkan dengan konfirmasi laboratorium hasil survey Biologis dan Perilaku pada WPSL di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung, sedangkan variabel independen adalah konsistensi penggunaan kondom pada satu bulan terakhir dan beberapa variabel lain berdasarkan karakteristik demografi, faktor Pengetahuan Sikap dan Perilaku,

Faktor Pelanggan dan Faktor Pelayanan Kesehatan serta Peluang Penggunaan Kondom (penggunaan kondom gratis dan keterpaparan informasi).

Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* dengan menggunakan data sekunder hasil Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) 2011.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Infeksi Menular Seksual (IMS)

Infeksi Menular seksual (IMS) adalah infeksi yang dapat menular sari satu orang ke orang lain melalui kontak seksual. Tempat terjangkitnya penyakit tersebut tidak semata-mata pada alat kelamin saja, tetapi dapat terjadi di berbagai tempat di luar alat kelamin. (Manuaba, 1999). IMS dapat disebabkan oleh bakteri, virus dan parasit yang berbeda dan sebagian besar menular melalui hubungan seksual dan jenisnya banyak beberapa diantaranya yang paling penting adalah gonore atau kencing nanah, klamidia, herpes kelamin, sifilis atau raja singa, jengger ayam, hepatitis dan HIV/AIDS.

2.2.HIV/AIDS

2.2.1. Sejarah Penyakit HIV di Indonesia

AIDS pertama dikenal sebagai gejala entitas klinis yang aneh pada tahun 1981; namun secara retrospektif dapat dilacak kembali bahwa kasus AIDS secara terbatas telah muncul selama tahun 1970-an di AS dan di beberapa bagian di dunia (Haiti, Afrika, Eropa). Akhir 1999, lebih dari 700.000 kasus AIDS dilaporkan di AS. Walaupun AS tercatat mempunyai kasus AIDS terbesar, estimasi kumulatif dan angka tahunan AIDS di negara-negara sub-Sahara Afrika ternyata jauh lebih tinggi. Di seluruh dunia, WHO memperkirakan lebih dari 13 juta kasus (dan sekitar 2/3 nya di negara-negara sub-Sahara Afrika) terjadi pada tahun 1999. Di AS, distribusi kasus AIDS disebabkan oleh faktor "risk behavior" yang berubah pada dekade yang lalu. Walaupun wabah AIDS di AS terutama terjadi pada pria yang berhubungan sex dengan pria, angka penambahan terbesar di laporkan pada pertengahan tahun 1990-an terjadi diantara wanita dan populasi minoritas. Pada tahun 1993 AIDS muncul sebagai penyebab kematian terbesar pada penduduk berusia 25 - 44 tahun, tetapi turun ke urutan kedua sesudah kematian yang disebabkan oleh kecelakaan pada tahun 1996. Namun, infeksi HIV tetap merupakan kasus tertinggi penyebab kematian pada pria dan wanita kulit hitam berusia 25 - 44 tahun. Penurunan insidens dan kematian karena AIDS di Amerika Utara sejak pertengahan tahun 1990 antara lain karena efektifnya

pengobatan antiretroviral, disamping upaya pencegahan dan evolusi alamiah dari wabah juga berperan.

HIV/AIDS yang dihubungkan dengan penggunaan jarum suntik terus berperan dalam wabah HIV terutama dikalangan kaum minoritas kulit berwarna di AS. Penularan heteroseksual dari HIV di AS meningkat secara bermakna dan menjadi pola predominan dalam penyebaran HIV di negara-negara berkembang. Kesenjangan besar dalam mendapatkan terapi antiretroviral antara negara berkembang dan negara maju di ilustrasikan dengan menurunnya kematian karena AIDS pertahun di semua negara maju sejak pertengahan tahun 1990-an dibandingkan dengan meningkatnya kematian karena AIDS pertahun di sebagian besar negara berkembang yang mempunyai prevalensi HIV yang tinggi.

Di AS dan negara-negara barat, insidens HIV pertahunnya menurun secara bermakna sebelum pertengahan tahun 1980-an dan tetap relatif rendah sejak itu. Namun, di beberapa negara sub-Sahara Afrika yang sangat berat terkena penyakit ini, insidens HIV tahunan yang tetap tinggi hampir tidak teratasi sepanjang tahun 1980 dan 1990-an. Negara-negara di luar Sub-Sahara Afrika, tingginya prevalensi HIV (lebih dari 1%) pada populasi usia 15 - 49 tahun, ditemukan di negara-negara Karibia, Asia Selatan dan Asia Tenggara. Dari sekitar 33.4 juta orang yang hidup dengan HIV/AIDS pada tahun 1999 diseluruh dunia, 22.5 juta diantaranya ada di negara-negara sub-Sahara Afrika dan 6,7 juta ada di Asia Selatan dan Asia Tenggara, 1,4 juta ada di Amerika Latin dan 665.000 di AS. Diseluruh dunia AIDS menyebabkan 14 juta kematian, termasuk 2,5 juta di tahun 1998. HIV-1 adalah yang paling tinggi; HIV-2 hanya ditemukan paling banyak di Afrika Barat dan di negara lain yang secara epidemiologis berhubungan dengan Afrika Barat.

2.2.2. Definisi Penyakit

AIDS adalah sindroma penyakit yang pertama kali dikenal pada tahun 1981. Sindroma ini menggambarkan tahap klinis akhir dari infeksi HIV. Beberapa minggu hingga beberapa bulan sesudah terinfeksi, sebagian orang akan mengalami penyakit “self-limited mononucleosis-like” akut yang akan berlangsung selama 1 atau 2 minggu. Orang yang terinfeksi mungkin tidak menunjukkan tanda atau simptom selama beberapa bulan atau tahun sebelum manifestasi klinis lain muncul. Berat ringannya infeksi “opportunistic” atau

munculnya kanker setelah terinfeksi HIV, secara umum terkait langsung dengan derajat kerusakan sistem kekebalan yang diakibatkannya. Definisi AIDS yang dikembangkan oleh CDC Atlanta tahun 1982 memasukkan lebih dari selusin infeksi “opportunistics” dan beberapa jenis kanker sebagai indikator spesifik akibat dari menurunnya kekebalan tubuh.

Di tahun 1987, definisi ini diperbaharui dan diperluas dengan memasukkan penyakit –penyakit indikator tambahan dan menerima beberapa penyakit indikator tersebut sebagai satu diagnosa presumtif dari bila tes laboratorium menunjukkan bukti adanya infeksi HIV. Di tahun 1993, CDC merubah kembali definisi surveilans dari AIDS dengan memasukkan penyakit indikator tambahan. Sebagai tambahan, semua orang yang terinfeksi HIV dengan $CD4 +$ (hitung sel) $< 200/cu\ mm$ atau pasien dengan $CD4 +$ dan prosentase T-lymphocyte dari total lymphocyte $< 14\%$, tanpa memperhatikan status klinis dianggap sebagai kasus AIDS. Disamping kriteria rendahnya jumlah $CD4$, definisi CDC tahun 1993 secara umum sudah diterima untuk tujuan klinis di banyak negara maju, tetapi tetap terlalu kompleks bagi negara-negara berkembang. Negara-negara berkembang terkadang kekurangan fasilitas laboratorium yang memadai untuk pemeriksaan histologis atau diagnosis kultur bagi penyakit-penyakit indikator spesifik. WHO merubah definisi kasus AIDS yang dirumuskan di Afrika untuk digunakan dinegara berkembang pada tahun 1994 : yaitu dengan menggabungkan tes serologi HIV, jika tersedia, dan termasuk beberapa penyakit indikator sebagai pelengkap diagnostik bagi mereka yang seropositif. Manifestasi klinis dari HIV pada bayi dan balita tumpang tindih dengan imunodefisiensi turunan dan masalah kesehatan anak lainnya. CDC dan WHO telah mempublikasikan definisi kasus AIDS pada anak. (chin)

2.2.3. Virologi, Diagnosis, test dan pengobatan

Virus Human Immunodefisiensi (HIV) adalah sejenis retrovirus. Ada 2 tipe : tipe 1 (HIV-1) dan tipe 2 (HIV-2). Virus-virus ini secara serologis dan geografis relatif berbeda tetapi mempunyai ciri epidemiologis yang sama. Patogenisitas dari HIV-2 lebih rendah dibanding HIV-1. Tes serologis antibodi untuk HIV tersedia secara komersial sejak tahun 1985. Tes yang biasa digunakan, (ELISA/EIA) sangat sensitif dan spesifik. Namun walaupun tes ini hasilnya

efektif, diperlukan tes tambahan lagi seperti Western Blot atau tes “indirect fluorescent antibody” (IFA). Tes tambahan dengan hasil negatif meniadakan tes EIA positif pertama; sedangkan jika hasilnya positif mendukung tes EIA positif pertama, dan hasil tes Western Blot yang meragukan membutuhkan evaluasi lanjutan. WHO merekomendasikan sebagai alternatif penggunaan rutin Western Blot dan IFA, yaitu penggunaan tes lain yang secara metodologis dan atau secara antigen tidak tergantung pada tes awal EIA. Oleh karena hasil dari sebuah tes antibodi HIV yang positif sangat berarti bagi seseorang, maka direkomendasikan bahwa tes awal yang positif harus di konfirmasi lagi dengan spesimen kedua dari pasien untuk mencegah kemungkinan terjadinya kesalahan pada pemberian label atau kesalahan penulisan hasil tes.

Pada umumnya, orang yang terinfeksi HIV akan membentuk antibodi yang terdeteksi dalam 1-3 bulan sesudah terinfeksi, kadang kala masa ini menjadi lebih panjang hingga 6 bulan, dan sangat jarang yang membentuk antibodi setelah 6 bulan. Tes lain untuk mendeteksi infeksi HIV selama periode sesudah terinfeksi namun belum terjadi serokonversi sudah tersedia, antara lain termasuk tes untuk sirkulasi antigen HIV (p24) dan tes PCR untuk mendeteksi sequensi asam nukleik dari virus. Karena “window period” antara kemungkinan terdeteksinya virus yang paling cepat dan terjadinya serokonversi sangat pendek (< 2 minggu) maka diagnosa infeksi HIV dengan tes ini jarang dilakukan. Namun tes ini bermanfaat untuk mendiagnosa infeksi HIV pada bayi yang dilahirkan oleh wanita penderita AIDS, karena antibodi maternal anti-HIV yang diberikan secara pasif, kadang menyebabkan tes anti-HIV EIA pada bayi ini menunjukkan hasil “false-positive” bahkan hingga umur 15 bulan. Angka T-helper cell (CD4+) absolut atau persentasenya sering digunakan untuk mengevaluasi beratnya infeksi HIV dan membantu para klinisi untuk memutuskan, terapi apa yang akan dilakukan.

2.2.4. Model penularan

HIV dapat ditularkan dari orang ke orang melalui kontak seksual, penggunaan jarum dan syringes yang terkontaminasi, transfusi darah atau komponen-komponennya yang terinfeksi; transplantasi dari organ dan jaringan yang terinfeksi HIV. Sementara virus kadang-kadang ditemukan di air liur, air mata, urin dan sekret bronkial, penularan sesudah kontak dengan sekret ini belum

pernah dilaporkan. Risiko dari penularan HIV melalui hubungan seks lebih rendah dibandingkan dengan Penyakit Menular Seksual lainnya. Namun adanya penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual terutama penyakit seksual dengan luka seperti chancroid, besar kemungkinan dapat menjadi pencetus penularan HIV. Determinan utama dari penularan melalui hubungan seksual adalah pola dan prevalensi dari orang-orang dengan “sexual risk behavior” seperti melakukan hubungan seks yang tidak terlindung dengan banyak pasangan seks. Tidak ada bukti epidemiologis atau laboratorium yang menyatakan bahwa gigitan serangga bisa menularkan infeksi HIV, risiko penularan melalui seks oral tidak mudah diteliti, tapi diasumsikan sangat rendah.

Dari 15 – 30 % bayi yang dilahirkan dari ibu dengan HIV (+) terinfeksi sebelum, selama atau segera sesudah dilahirkan : pengobatan wanita hamil dengan antivirus seperti zidovudine mengurangi kejadian penularan kepada bayi secara bermakna. Hampir 50 % dari bayi yang disusui oleh ibu dengan HIV (+) dapat tertular infeksi HIV. Petugas kesehatan yang terluka oleh jarum suntik atau benda tajam lainnya yang mengandung darah yang terinfeksi virus HIV, angka serokonversi mereka < 0,5 %, lebih rendah dari risiko terkena virus hepatitis B (25%) sesudah terpajan dengan cara yang sama.

1. Masa inkubasi

Masa Inkubasi HIV bervariasi. Walaupun waktu dari penularan hingga berkembang atau terdeteksinya antibodi, biasanya 1 – 3 bulan, namun waktu dari tertular HIV hingga terdiagnosa sebagai AIDS sekitar < 1 tahun hingga 15 tahun atau lebih. Tanpa pengobatan anti-HIV yang efektif, sekitar 50 % dari orang dewasa yang terinfeksi akan terkena AIDS dalam 10 tahun sesudah terinfeksi. Median masa inkubasi pada anak-anak yang terinfeksi lebih pendek dari orang dewasa. Bertambahnya ketersediaan terapi anti-HIV sejak pertengahan tahun 90 an mengurangi perkembangan AIDS di AS dan di banyak negara berkembang secara bermakna.

Masa penularan tidak diketahui, diperkirakan mulai berlangsung segera sesudah infeksi HIV dan berlangsung seumur hidup. Bukti-bukti epidemiologis menyatakan bahwa infektivitas meningkat dengan bertambahnya defisiensi imunologis, tanda-tanda klinis dan adanya Penyakit Menular Seksual (PMS)

lainnya. Studi epidemiologis menyatakan bahwa infektivitas menjadi tinggi selama periode awal sesudah infeksi.

2. Kerentanan dan kekebalan

Tidak diketahui, tetapi suseptibilitas diasumsikan bersifat umum : ras, jenis kelamin dan kehamilan tidak mempengaruhi suseptibilitas terhadap infeksi HIV atau AIDS. Adanya STD lain, terutama luka, menambah suseptibilitas, begitu juga pada pria yang tidak dikhitan. Faktor terakhir ini terkait dengan masalah kebersihan penis. Mengapa penduduk Afrika yang terkena infeksi HIV lebih cepat berkembangnya menjadi AIDS dibandingkan dengan populasi lain, masih terus dalam penelitian. Satu - satunya faktor yang dapat diterima, yang mempengaruhi perkembangan infeksi HIV menjadi AIDS adalah usia pada saat infeksi. Dewasa muda dan pria serta wanita dewasa yang terinfeksi HIV pada usia muda, biasanya lambat menderita AIDS, dibandingkan jika terinfeksi pada usia lebih tua.

Adanya potensi interaksi antara infeksi HIV dengan infeksi penyakit lainnya menjadi masalah kesehatan masyarakat yang memprihatinkan. Interaksi utama yang sampai saat ini diketahui adalah interaksi HIV dengan *Mycobacterium Tuberculosis (Mtb)*. Mereka yang didalam tubuhnya mengidap infeksi *Mtb* laten, jika terinfeksi HIV akan berkembang menjadi penderita TB klinis dengan cepat. Dikatakan risiko seorang dewasa terkena TB adalah 10%, namun jika mereka terinfeksi HIV maka risikonya menjadi 60 – 80% terkena TB. Interaksi antara HIV dengan *Mtb* mengakibatkan terjadinya penderita TB paralel dengan HIV/AIDS. Di negara-negara Sub Sahara didaerah perkotaan 10–15 % orang dewasa mengalami infeksi HIV dan *Mtb* secara bersamaan (“*Dual Infection*”), didaerah ini angka prevalensi TB meningkat 5–10 kali lipat pada pertengahan tahun 1990 an. Tidak ada bukti konklusif yang menunjukkan bahwa infeksi lain termasuk TB mempercepat perkembangan infeksi HIV menjadi AIDS.

2.2.5. Program Pencegahan

Proporsi orang yang terinfeksi HIV, tetapi tidak mendapat pengobatan anti-HIV dan akhirnya akan berkembang menjadi AIDS diperkirakan mencapai lebih dari 90 %. Karena tidak adanya pengobatan anti-HIV yang efektif, “case fatality rate” dari AIDS menjadi sangat tinggi, kebanyakan penderita di negara

berkembang (80 - 90%) mati dalam 3 – 5 tahun sesudah didiagnosa terkena AIDS. Bagaimanapun, penggunaan obat-obatan profilaktik secara rutin untuk mencegah Pneumonia *Pneumocystis carinii* dan kemungkinan infeksi-infeksi lain di AS dan sebagian besar negara maju terbukti dapat menunda perkembangan AIDS dan mencegah kematian secara bermakna, mendahului tersedianya secara rutin obat anti-HIV yang efektif secara luas.

Program pencegahan HIV/AIDS hanya dapat efektif bila dilakukan dengan komitmen masyarakat dan komitmen politik yang tinggi untuk mencegah dan atau mengurangi perilaku risiko tinggi terhadap penularan HIV. Upaya pencegahan meliputi :

- 1) Pemberian penyuluhan kesehatan di sekolah dan di masyarakat harus menekankan bahwa mempunyai pasangan seks yang berganti-ganti serta penggunaan obat suntik bergantian dapat meningkatkan risiko terkena infeksi HIV. Pelajar juga harus dibekali pengetahuan bagaimana untuk menghindari atau mengurangi kebiasaan yang mendatangkan risiko terkena infeksi HIV. Program untuk anak sekolah harus dikembangkan sedemikian rupa sesuai dengan perkembangan mental serta kebutuhan mereka, begitu juga bagi mereka yang tidak sekolah. Kebutuhan kelompok minoritas, orang-orang dengan bahasa yang berbeda dan bagi penderita tuna netra serta tuna rungu juga harus dipikirkan.
- 2) Satu-satunya jalan agar tidak terinfeksi adalah dengan tidak melakukan hubungan seks atau hanya berhubungan seks dengan satu orang yang diketahui tidak mengidap infeksi. Pada situasi lain, kondom lateks harus digunakan dengan benar setiap kali seseorang melakukan hubungan seks secara vaginal, anal atau oral. Kondom lateks dengan pelumas berbahan dasar air dapat menurunkan risiko penularan melalui hubungan seks.
- 3) Memperbanyak fasilitas pengobatan bagi pecandu obat terlarang akan mengurangi penularan HIV. Begitu pula Program "*Harm reduction*" yang menganjurkan para pengguna jarum suntik untuk menggunakan metode dekontaminasi dan menghentikan penggunaan jarum bersama telah terbukti efektif.

- 4) Menyediakan fasilitas Konseling HIV dimana identitas penderita dirahasiakan atau dilakukan secara anonim serta menyediakan tempat-tempat untuk melakukan pemeriksaan darah. Fasilitas tersebut saat ini telah tersedia di seluruh negara bagian di AS. Konseling, tes HIV secara sukarela dan rujukan medis dianjurkan dilakukan secara rutin pada klinik keluarga berencana dan klinik bersalin, klinik bagi kaum homo dan terhadap komunitas dimana seroprevalens HIV tinggi. Orang yang aktivitas seksualnya tinggi disarankan untuk mencari pengobatan yang tepat bila menderita Penyakit Menular Seksual (PMS).
- 5) Setiap wanita hamil sebaiknya sejak awal kehamilan disarankan untuk dilakukan tes HIV sebagai kegiatan rutin dari standar perawatan kehamilan. Ibu dengan HIV positif harus dievaluasi untuk memperkirakan kebutuhan mereka terhadap terapi *zidovudine* (ZDV) untuk mencegah penularan HIV melalui uterus dan perinatal.
- 6) Berbagai peraturan dan kebijakan telah dibuat oleh USFDA, untuk mencegah kontaminasi HIV pada plasma dan darah. Semua darah donor harus diuji antibodi HIV nya. Hanya darah dengan hasil tes negatif yang digunakan. Orang yang mempunyai kebiasaan risiko tinggi terkena HIV sebaiknya tidak mendonorkan plasma, darah, organ-organ untuk transplantasi, sel atau jaringan (termasuk cairan semen untuk inseminasi buatan). Institusi (termasuk bank sperma, bank susu atau bank tulang) yang mengumpulkan plasma, darah atau organ harus menginformasikan tentang peraturan dan kebijakan ini kepada donor potensial dan tes HIV harus dilakukan terhadap semua donor. Apabila mungkin, donasi sperma, susu atau tulang harus dibekukan dan disimpan selama 3 – 6 bulan. Donor yang tetap negatif setelah masa itu dapat di asumsikan tidak terinfeksi pada waktu menjadi donor.
- 7) Jika hendak melakukan transfusi Dokter harus melihat kondisi pasien dengan teliti apakah ada indikasi medis untuk transfusi. Transfusi otologus sangat dianjurkan.
- 8) Hanya produk *faktor pembekuan darah* yang sudah di seleksi dan yang telah diperlakukan dengan semestinya untuk menonaktifkan HIV yang bisa digunakan.

- 9) Sikap hati-hati harus dilakukan pada waktu penanganan, pemakaian dan pembuangan jarum suntik atau semua jenis alat-alat yang berujung tajam lainnya agar tidak tertusuk. Petugas kesehatan harus menggunakan sarung tangan lateks, pelindung mata dan alat pelindung lainnya untuk menghindari kontak dengan darah atau cairan yang mengandung darah. Setiap tetes darah pasien yang mengenai tubuh petugas kesehatan harus dicuci dengan air dan sabun sesegera mungkin. Kehati-hatian ini harus dilakukan pada semua pasien dan semua prosedur laboratorium (*tindakan kewaspadaan universal*).
- 10) WHO merekomendasikan pemberian imunisasi bagi anak-anak dengan infeksi HIV tanpa gejala dengan vaksin-vaksin EPI (EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION); anak-anak yang menunjukkan gejala sebaiknya tidak mendapat vaksin BCG. Di AS, BCG dan vaksin oral polio tidak direkomendasikan untuk diberikan kepada anak-anak yang terinfeksi HIV tidak peduli terhadap ada tidaknya gejala, sedangkan vaksin MMR (*measles-mumps-rubella*) dapat diberikan kepada anak dengan infeksi HIV.

2.3. Sifilis

Sifilis adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi treponema yang bersifat akut dan kronis ditanda dengan lesi primer diikuti dengan erupsi sekunder pada kulit dan selaput lendir kemudian masuk kedalam periode laten diikuti dengan lesi pada kulit, lesi pada tulang, saluran pencernaan, sistem syaraf pusat dan sistem kardiovaskuler. Lesi primer (*Chancre* = *ulcus durum*) biasanya muncul 3 minggu setelah terpajan. Lesi biasanya keras (indurasi), tidak sakit, berbentuk *ulcus* dengan mengeluarkan eksudat serosa ditempat masuknya mikroorganisme. Masuknya mikroorganisme kedalam darah terjadi sebelum lesi primer muncul, biasanya ditandai dengan terjadinya pembesaran kelenjar limfe (bubo) regional, tidak sakit, keras nonfluktuan. Infeksi juga dapat terjadi tanpa ditemukannya *chancre* (*ulcus durum*) yang jelas, misalnya kalau infeksi terjadi *directum* atau *cervix*. Walaupun tidak diberi pengobatan, *ulcus* akan menghilang sendiri setelah 4 – 6 minggu. Sepertiga dari kasus yang tidak diobati mengalami stadium generalisata, stadium dua, dimana muncul erupsi dikulit yang kadangkala disertai dengan gejala konstitusional tubuh. Timbul ruam makulo papuler bisanya pada

telapak tangan dan telapak kaki diikuti dengan limfadenopati. Erupsi sekunder ini merupakan gejala klasik dari sifilis yang akan menghilang secara spontan dalam beberapa minggu atau sampai dua belas bulan kemudian. Penderita stadium erupsi sekunder ini, sepertiga dari mereka yang tidak diobati akan masuk kedalam fase laten selama berminggu minggu bahkan selama bertahun tahun. Pada awal fase laten sering muncul lesi infeksius yang berulang pada kulit dan selaput lendir. Terserangnya Susunan Syaraf Pusat (SSP) ditandai dengan gejala meningitis sifilitik akut dan berlanjut menjadi sifilis meningovaskuler dan akhirnya timbul paresis dan tabes dorsalis.

Periode laten ini kadang kala berlangsung seumur hidup. Pada kejadian lain yang tidak dapat diramalkan, 5 – 20 tahun setelah infeksi terjadi lesi pada aorta yang sangat berbahaya (sifilis kardiovaskuler) atau gumma dapat muncul dikulit, saluran pencernaan tulang atau pada permukaan selaput lendir. Stadium awal sifilis jarang sekali menimbulkan kematian atau disabilitas yang serius, sedangkan stadium lanjut sifilis memperpendek umur, menurunkan kesehatan dan menurunkan produktivitas dan efisiensi kerja. Mereka yang terinfeksi sifilis dan pada saat yang sama juga terkena infeksi HIV cenderung akan menderita sifilis SSP; oleh karena itu setiap saat ada penderita HIV dengan gejala SSP harus dipikirkan kemungkinan yang bersangkutan menderita neurosifilis (neurosyphilis).

Infeksi pada janin terjadi pada ibu yang menderita sifilis stadium awal pada saat mengandung bayinya dan ini sering sekali terjadi sedangkan frekuensinya makin jarang pada ibu yang menderita stadium lanjut sifilis pada saat mengandung bayinya. Infeksi pada janin dapat berakibat terjadi aborsi, *stillbirth*, atau kematian bayi karena lahir prematur atau lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) atau mati karena menderita penyakit sistemik. Infeksi kongenital dapat berakibat munculnya manifestasi klinis yang muncul kemudian berupa gejala neurologis terserangnya SSP. Dan kadangkala infeksi kongenital dapat mengakibatkan berbagai kelainan fisik yang dapat menimbulkan stigmatisasi di masyarakat seperti gigi *Hutchinson*, *saddlenose* (hidung berbentuk pelana kuda), *sabershins* (tulang kering berbentuk pedang), keratitis interstitialis dan tuli. Sifilis congenital kadang kala asimtomatik, terutama pada minggu-minggu pertama

setelah lahir.

Diagnosa sifilis dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium yaitu pemeriksaan serologis terhadap darah dan liquor cerebrospinalis. Reaksi yang positif terhadap antigen nontreponemal (misalnya terhadap RPR (rapid plasma reagine) atau terhadap tes VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) perlu dikonfirmasi lagi dengan pemeriksaan menggunakan antigen treponema (seperti FTA – Abs (Fluorescent treponemal antibody absorbed). Jika FTA Abs ini tersedia, bermanfaat untuk menyingkirkan hasil pemeriksaan yang “*false-positive*”. Untuk melakukan skrining pada bayi baru lahir penggunaan serum lebih baik daripada darah tali pusat, karena darah tali pusat lebih sering memberi hasil “*false-positive*”. Diagnosa sifilis primer dan sekunder dapat ditegakkan dengan pemeriksaan mikroskopis dengan teknik lapangan gelap (dark field/dunkelfeld) atau dengan pemeriksaan fase kontras atau dengan teknik pengecatan antibodi FA dari eksudat yang diambil dari sampel atau aspirat kelenjar getah bening dengan catatan penderita belum diberi pengobatan antibiotika. Pemeriksaan serologis biasanya memberi hasil negatif pada awal stadium pertama walaupun pada saat itu *Chancre* (ulcus durum) masih ada. Pada saat masih ditemukan ada *ulcus* maka pemeriksaan mikroskopis menggunakan teknik lapangan gelap adalah yang paling baik lebih-lebih pada stadium awal sifilis primer yang biasanya memberikan hasil negatif pada pemeriksaan serologis.

Penyebab penyakit adalah *Treponema pallidum*, subspecies *pallidum*, termasuk spirochete, Cara penularan sifilis adalah dengan cara kontak langsung yaitu kontak dengan eksudat infeksius dari lesi awal kulit atau selaput lendir pada saat melakukan hubungan seksual dengan penderita sifilis. Lesi bisa terlihat jelas ataupun tidak terlihat dengan jelas. Pemajanan hampir seluruhnya terjadi karena hubungan seksual. Penularan karena mencium atau pada saat menimang bayi dengan sifilis kongenital jarang sekali terjadi. Infeksi transplasental terjadi pada saat janin berada didalam kandungan ibu yang menderita sifilis. Transmisi melalui darah donor bisa terjadi jika donor menderita sifilis pada stadium awal. Penularan melalui barang-barang yang tercemar secara teoritis bisa terjadi namun kenyataannya boleh dikatakan tidak pernah terjadi. Petugas kesehatan pernah dilaporkan mengalami lesi primer pada tangan mereka setelah melakukan

pemeriksaan penderita sifilis dengan lesi infeksius. Periode inkubasi: Dari 10 hari sampai 3 minggu, biasanya 3 minggu.

Penularan dapat terjadi jika ada lesi mukokutaneus yang basah pada penderita sifilis primer dan sekunder. Namun jika dilihat dari kemampuannya menularkan kepada orang lain, maka perbedaan antara stadium pertama dan stadium kedua yang infeksius dengan stadium laten yang non infeksius adalah bersifat arbitrari, oleh karena lesi pada penderita sifilis stadium pertama dan kedua bisa saja tidak kelihatan. Lesi pada sifilis stadium dua bisa muncul berulang dengan frekuensi menurun 4 tahun setelah infeksi. Namun penularan jarang sekali terjadi satu tahun setelah infeksi. Dengan demikian di AS penderita sifilis dianggap tidak menular lagi setahun setelah infeksi. Transmisi sifilis dari ibu ke janin kemungkinan terjadi pada ibu yang menderita sifilis stadium awal namun infeksi dapat saja berlangsung selama stadium laten. Bayi yang menderita sifilis mempunyai lesi mukokutaneus basah yang muncul lebih menyebar dibagian tubuh lain dibandingkan dengan penderita sifilis dewasa. Lesi basah ini merupakan sumber infeksi yang sangat potensial.

Upaya deteksi dini dan pengobatan dini pada penderita sifilis menular dan kontak mereka sebaiknya tidak mengabaikan pencarian penderita sifilis laten tanpa gejala untuk mencegah kambuhnya penyakit dan mencegah kecacatan yang disebabkan manifestasi klinis yang muncul terlambat.

2.4. Wanita Penjaja Seks (WPS)

2.4.1. Sejarah Prostitusi

Prostitusi merupakan realitas sosial yang melibatkan perempuan sebagai ”komoditi” di berbagai kultur di dunia termasuk di Indonesia. Hull et al (2007) dalam Elli Nur Hayati menyebutkan bahwa di Jawa ada tradisi “menghadiah” perempuan kepada raja atau penguasa untuk dijadikan sebagai selir. Perempuan dijadikan “hadiah” untuk penguasa karena alasan menaikkan derajat keluarga si perempuan, dan atau menjalin hubungan baik dengan penguasa. Ini tentu dalam kaitannya dengan perluasan wilayah kerajaan dan simbol ketundukan pada sang penguasa. Sementara dari sisi sang penguasa, memiliki selir menunjukkan

kemakmuran dan kekuatan pengaruh (kekuasaan politis di berbagai wilayah asal selirnya), dan kejayaan spiritual (keturunan yang banyak).

Pada periode kolonial, industri seks terorganisir rapi (untuk mengontrol sebaran praktek dan kesehatan), dan umumnya berkembang di daerah pelabuhan, dengan perempuan-perempuan pribumi yang menjadi budak-budak pemuasnya. Pada tahun 1800-an itu muncul peraturan baru untuk membentuk suatu sistem pengawasan bagi para “wanita publik” dengan “melokalisasikan” praktek perdagangan seks ini, yang dikenal sebagai area perdagangan seks, dengan para penjaja seks yang terkontrol kesehatannya. Selanjutnya perdagangan seks ini semakin marak karena pertumbuhan ekonomi seperti adanya pembukaan bagi para pemilik modal untuk membuka usahanya di berbagai sektor, antara lain perkebunan, pabrik, pembangunan jalan, dan sebagainya, yang memacu terjadinya migrasi lelaki muda kesana, dimana mereka ikut menuntut pemenuhan hasrat nafsu biologisnya. Situasi ini memacu pertumbuhan paraktek bisnis seks di sentra-sentra ekonomi. Nasib buruk mulai tampak sekali pada masa pendudukan Jepang, karena para wanita penghibur itu sebagian ditempatkan di rumah-rumah bordil tentara Jepang, untuk dijadikan sebagai budak seks tentara Jepang. Yang berbeda pada masa kini adalah kecenderungan penguasa tentara Jepang untuk mencari gadis-gadis muda yang dibujuk akan disekolahkan di Jepang, tetapi ternyata kemudian di sekap di kota-kota pelabuhan untuk kemudian dilacurkan secara paksa, dan diberi tugas melayani tamu-tamu dan tentara Jepang. Di sinilah sesungguhnya cara-cara penipuan mulai dilakukan untuk menjerat perempuan dalam perdagangan seks.

Pasca kemerdekaan, banyak penduduk desa yang mulai pergi ke kota guna mencari pekerjaan karena kebutuhan meningkatkan taraf hidup dan persaingan yang terlalu ketat dalam lahan pekerjaan di desa. Kebanyakan perempuan yang datang masih berusia muda, dan karena faktor pendidikannya yang rendah maka biasanya mereka juga menjadi lebih sulit mendapatkan pekerjaan, sehingga kemudian terjebak dalam jaringan prostitusi. Kebanyakan dari mereka ternyata sudah pernah kawin (kawin belia) tetapi lalu bercerai karena perkawinan itu juga akibat perjudohan. Tahun 70-an transformasi struktural yang luar biasa berkaitan dengan perkembangan dunia industri di Indonesia, sehingga lapangan kerja di

sektor itu terbuka lebar dan banyak menyedot arus urbanisasi. Tetapi kemudian, di tahun 90-an lapangan kerja primer merosot dari serapan sebesar 74 persen penduduk usia kerja menjadi hanya 9 persen saja. Tenaga kerja perempuan juga banyak terserap, tetapi lebih kepekerjaan klerikal, layanan jasa dan pekerja rumah tangga. Dengan demikian memang tampak ada faktor keinginan mencari penghasilan yang lebih besar pada perempuan karena ada diskriminasi upah bagi perempuan tidak menjanjikan imbalan finansial yang layak. Kondisi tersebut tampaknya kemudian mendorong kebanyakan perempuan itu untuk mencari alternatif lain guna memenuhi kebutuhan finansialnya, yaitu dengan terjun ke sektor industri seks.

Perempuan yang terjun ke sektor industri seks selanjutnya disebut Wanita Penjaja Seks (WPS). Di Indonesia WPS dikategorikan menjadi dua yaitu WPS langsung dan WPS tidak langsung. WPS langsung adalah wanita yang menjajakan seks dan tidak mempunyai profesi/pekerjaan lain, biasanya ditandai dengan lokasi kerja di lokalisasi/resosialisasi maupun di jalanan sedangkan WPS tidak langsung adalah wanita yang berprofesi ganda yakni bekerja di tempat-tempat hiburan seperti bar, diskotek, karaoke, pub, warung minum, warung remang-remang, panti pijat, dll dan juga melakukan transaksi seksual.

2.4.2. Jenis Prostitusi

Jenis prostitusi dapat dibagi menurut aktivitasnya yaitu terdaftar dan terorganisir serta yang tidak terdaftar.

1. Prostitusi terdaftar dan terorganisir

Pelakunya diawasi oleh bagian vice kontrol dari kepolisian, yang dibantu dan bekerjasama dengan Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan. Pada umumnya di lokalisasi dalam satu daerah tertentu. Penghuninya secara periodik harus memeriksakan diri pada dokter atau petugas kesehatan dan mendapatkan suntikan dan pengobatan sebagai tindakan kesehatan dan keamanan umum.

2. Prostitusi yang tidak terdaftar

Termasuk dalam kelompok ini adalah mereka yang melakukan prostitusi secara gelap dan liar, baik secara perorangan maupun kelompok. Perbuatannya tidak terorganisir, tempatnya tidak tentu, bisa disembarang tempat, baik mencari klien sendiri maupun melalui calo-calo dan panggilan. Mereka tidak mencatatkan

diri kepada yang berwajib, sehingga kesehatannya sangat diragukan, karena belum tentu mereka mau memeriksakan kesehatannya kepada dokter. (dikutip dari Lokollo, 2009)

2.2.3. Wanita Pekerja Seksual

Berdasarkan cara bekerjanya wanita pekerja seksual dapat dibedakan menjadi 2 (dua) macam, yaitu:

1. WPS Langsung (*direct sex worker*)

Yaitu wanita yang secara terbuka menjajakan seks baik di jalanan maupun di lokalisasi atau eks lokalisasi.

2. WPS Tidak Langsung (*indirect sex worker*)

Yaitu wanita yang beroperasi secara terselubung sebagai penjaja seks komersial, yang biasanya bekerja pada bidang-bidang pekerjaan tertentu atau mempunyai pekerjaan utama lain dan secara tidak langsung menjajakan seks di tempat-tempat hiburan seperti pramupijat, pramuria bar/karaoke.

Dapat juga diartikan sebagai wanita yang melayani seks pelanggannya untuk memperoleh tambahan pendapatan di tempat ia bekerja, seperti wanita yang bekerja dip anti pijat/salon/spa, bar/karaoke/diskotek/café/restoran dan hotel/motel/cottage (wanita penjaja seks tidal langsung). (Lokollo, 2009)

2.5. Teori Perilaku dan Pengetahuan

2.5.1. Perilaku

Perilaku manusia pada hakekatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003).

Notoatmodjo (2003, h : 163) menyatakan :

“Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Pada garis besarnya perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek, yakni aspek fisik, psikis, dan sosial. Akan tetapi dari ketiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku

manusia. Secara lebih terperinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, motivasi, persepsi, sikap, dan sebagainya. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, antara lain adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio budaya masyarakat dan sebagainya”.

Beberapa teori yang mengungkap determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain :

1. Teori Lawrence Green

Menurut Lawrence Green (Notoatmodjo, 2003), kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu :

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor-faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.
- b. Faktor pendukung (*enabling factor*), faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi, dan sebagainya. Termasuk juga fasilitas kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter dan bidan praktek swata, dan sebagainya.
- c. Faktor pendorong (*reinforcing factor*), faktor-faktor ini meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Termasuk juga undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut :

$$\mathbf{B} = \mathbf{f}(\mathbf{PF}, \mathbf{EF}, \mathbf{RF})$$

Keterangan :

B = *Behavior*

EF = *Enabling factors*

f= fungsi

PF= *Predisposing factors*

RF = *Reinforcing factors*

2. Teori Snehandu B. Kar

Kar dalam Notoatmodjo (2003) menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari :

- a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatan (*behavior intention*).
- b. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*).
- c. Ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
- d. Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- e. Situasi yang mungkin untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

Uraian di atas dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f(BI, SS, AI, PA, AS)$$

Keterangan :

B = *Behavior*

BI = *Behavior Intention*

SS = *Social Support*

AI = *Accessibility of Information*

PA = *Personal Autonomy*

AS = *Action Situation*

f = fungsi

3. Teori World Health Organization (WHO)

Menurut WHO 1984 bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku kesehatan ada 4 alasan pokok yaitu :

- a. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaaan, dan penilaian sesorang terhadap objek.
- b. Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personal reference*).
- c. Adanya sumber daya (*resources*) yang tersedia merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang.
- d. kebudayaan (*culture*).

Secara sederhana dapat diilustrasikan sebagai berikut :

$$\mathbf{B} = f(\mathbf{TF}, \mathbf{PR}, \mathbf{R}, \mathbf{C})$$

Keterangan :

B	= Behavior	TF	= Thought and Feeling
PR	= Personal Reference	R	= Resources
C	= Culture	f	= fungsi

4. Teori Model Keyakinan Kesehatan (Health Belief Model)

Teori ini pertama kali dikembangkan tahun 1950-an oleh kelompok psikososial Yayasan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat, dan terus berkembang selama 30 tahun serta dipakai sebagai model yang banyak digunakan untuk menggambarkan bagaimana proses seseorang memutuskan untuk berperilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Teori HBM berasal dari teori-teori umum seperti teori *Stimulus-Response* (S-R) dan teori *Kognitif*, kemudian dari teori tersebut dikembangkan ke dalam konteks perilaku kesehatan yang intinya adalah: pertama, keinginan untuk terhindar dan sakit atau selalu sehat, kedua: paham pada diri seseorang bahwa perilaku sehat yang spesifik diharapkan dapat mencegah ia menjadi sakit.

Harapan inilah yang mendasari seseorang untuk mempertimbangkan apakah ia akan menderita penyakit (*susceptibility*) dan seberapa parah penyakit tersebut berdampak pada kehidupan individu, keluarga, dan masyarakat atau sosialnya (*seriousness*). Kedua hal diatas mempengaruhi individu untuk memutuskan berperilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Komponen utama HBM adalah *perceived susceptibility* dan *perceived seriousness* sebagai persepsi individu, *perceived benefits* dan *perceived barriers*, dan *modifying factors* (Rosenstock, et.al 1990, p 39-44).

Komponen-komponen tersebut yang menjadi dasar proses bagi individu yang dihadapkan pada suatu dilema, memakai atau tidak memakai kondom contohnya, sampai akhirnya keputusan untuk bertindak.

2. 6. Kondom

Kondom adalah selaput karet yang dipasang pada penis selama hubungan seksual. Awal penggunaan kondom bertujuan perlindungan terhadap penyakit menular seksual kemudian kondom juga digunakan sebagai kontrasepsi. Prinsip

kerja kondom ialah sebagai prisai dari penis sewaktu melakukan hubungan seksual, dan mencegah pengumpulan sperma dalam vagina. Kondom terbuat dari karet sintesis tipis, ketebalan 0,05 mm, berbentuk silindris, dengan berpinggir tebal pada ujung yang terbuka, sedangkan ujung yang buntu berfungsi sebagai penampung sperma. Diameter rata-rata 31-36,5 mm dan panjang \pm 19 mm. kondom dilapisi dengan pelicin yang mempunyai sifat spermatisid.

Dari catatan sejarah kondom telah digunakan sejak beberapa ratus tahun lalu. Sekitar tahun 1000 sebelum Masehi orang Mesir kuno menggunakan linen sebagai sarung pengaman untuk mencegah penyakit. Pada tahun 100 sampai tahun 200 Masehi bukti awal dari pemakaian kondom di Eropa datang dari lukisan berupa pemandangan gua di Combrelles, Prancis. Tahun 1500-an untuk pertama kali dipublikasikan deskripsi dan percobaan alat mencegah penyakit berupa kondom di Italia. Ketika itu Gabrielle Fallopius mengklaim menemukan sarung terbuat dari bahan linen dan itu diuji coba pada 1.100 lelaki sebagai kondom. Dari percobaan itu tak satu pun dari mereka yang terinfeksi penyakit sifilis. Penemuan membuktikan bahwa kain linen itu bermanfaat mencegah infeksi.

Tetapi, di kemudian hari kondom dikenal sebagai alat mencegah kehamilan. Itu diawali dari percobaan terhadap kain linen yang dibasahi dengan cairan kimia tahun 1500-an. Ketika linen direndam dalam cairan kimia kemudian dikeringkan dan dikenakan pria maka kain itu bisa mematikan sperma. Tahun 1700-an, kondom dibuat dari usus binatang. Perubahan bahan itu membuat harga kondom menjadi lebih mahal dibanding dengan kondom dari bahan linen. Ketika itu kondom dikenal sebagai 'baju baja melawan kesenangan dan jaring laba-laba mencegah infeksi.' Kondom tipe itu dipakai secara berulang. Tahun 1894, Goodyear dan Hancock mulai memproduksi kondom secara massal terbuat dari karet yang divulkanisasi untuk membalikkan karet kasar ke elastisitas yang kuat. Tahun 1861 untuk pertama kali kondom dipublikasikan di Amerika Serikat di surat kabar The New York Times. Tahun 1880 kondom dibuat dari lateks, tetapi pemakaiannya secara luas baru tahun 1930-an. Tahun 1935 sebanyak 1.5 juta kondom diproduksi setiap hari di Amerika Serikat. Kemudian tahun 1980-an dan 1990-an pasaran kondom di Amerika Serikat didominasi pabrik kondom setempat. Baru tahun 1987 kondom produksi Jepang dengan merek Kimono memasuki

pasar Amerika. Kondom tersebut lembut tipis dan iklannya pun menekankan bahwa kesenangan sama pentingnya dengan pencegahan.

Tahun 1990-an muncul beragam jenis kondom dan juga untuk pertama kali tersedia kondom polyurethane. Tahun 1993 produksi tahunan kondom lateks mencapai 8,5juta miliar. Kondom atau istilah bahasa Indonesianya “sarkon” merupakan alat kontrasepsi tertua walaupun dulu terutama digunakan sebagai pencegah penyakit kelamin.

Keuntungan kondom yang terpenting ialah ;

1. Dapat diandalkan karena cukup efektif.
Kegagalan dengan kondom biasanya bukan karena kekurangan kondomnya tetapi karena kelalaian pihak si pemakai.
2. Murah
3. Merupakan suatu cara yang sederhana dan non-medis artinya pemakaiannya tidak usah diawasi oleh tenaga dokter dan dengan demikian pula distribusi dan pemasarannya dapat bebas
4. Tidak mempunyai efek samping
5. Selain sebagai alat kontrasepsi, juga memberi perlindungan terhadap penyakit kelamin dan juga terhadap infeksi alat kandungan lainnya.
6. Merupakan suatu cara di mana pihak pria aktif ikut bertanggung jawab dalam usaha Keluarga Berencana. (*Bagian Obstetri dan Ginekologi Unpad, 1980*)

Merujuk pada penggunaan kondom yang dikenal salah satunya sebagai alat untuk mencegah kehamilan. Dibandingkan metode kontrasepsi lain, kondom yang sebagian besar terbuat dari bahan latex, barangkali merupakan alat kontrasepsi yang murah, mudah digunakan, dan tidak memerlukan tindakan invasif. Cukup efektifkah kondom untuk mencegah kehamilan. data WHO tahun 2008, bahwa kondom menurunkan angka kehamilan dari 10 – 14 persen pada pengguna yang tipikal (tidak konsisten) menjadi 2-3 persen pada pengguna yang secara konsisten menggunakan kondom dalam setiap hubungan seks.

Tak hanya sebagai alat kontrasepsi, kondom memiliki tambahan fungsi lain yang amat penting, yaitu sebagai alat untuk mencegah transmisi dan berjangkitnya penyakit-penyakit yang ditularkan lewat hubungan seksual, seperti gonorrhoea, sifilis, HIV, dan hepatitis. Jumlah penderita Infeksi Menular Seksual

(IMS) semakin tahun semakin meningkat dan bahkan semakin muda usianya. WHO memperkirakan terdapat 340 juta kasus baru pada tahun 1999 pada laki-laki dan perempuan usia 15-49 tahun. Infeksi baru paling besar terjadi di daerah Asia Selatan dan Asia Tenggara, diikuti Afrika sub sahara, Amerika latin, dan Karibia. Data WHO untuk kasus IMS yang lebih terperinci. Tahun 1999 terjadi 92 juta infeksi klamidia dengan 50 juta di antaranya terjadi pada perempuan. Kasus Gonorhea (GO) adalah sebanyak 62,35 kasus dan sebagian besar pada perempuan.

Kasus sifilis baru yang tercatat tahun 1999 adalah sekitar 12,22 juta. Sifilis, dapat ditularkan melalui hubungan seksual maupun dari ibu ke janinnya. Herpes Simplek Virus ada dua macam yaitu HSV-1 yang banyak terjadi pada mulut dan bibir dan HSV-2 bermanifest di daerah anal. "Kondom diharapkan dapat menghambat kontak antara penis dan sekret vagina maka kondom kemungkinan mempunyai efek 'melindungi' yang lebih besar untuk IMS tipe *discharge* dibanding tipe ulkus.

Penyakit lain yang merupakan ancaman yang juga dapat ditularkan lewat hubungan seksual adalah HIV. Penggunaan kondom yang konsisten dilakukan untuk mencegah penularan penyakit ini. "Untuk pencegahan di kalangan pekerja seks komersial dilakukan dengan distribusi dan peraturan penggunaan kondom secara konsisten, Thailand, merupakan negara yang berhasil menurunkan epidemi HIV dengan program distribusi kondom yang konsisten di daerah pekerja seks. Selain itu, program tersebut juga berhasil menurunkan epidemi IMS. Kondom telah terbukti dapat mencegah penularan penyakit menular. Bukti tertua adalah tulisan Fallopio yang menunjukkan bahwa kondom dapat mencegah penularan sifilis yang kala itu sedang mewabah. Berbagai penelitian tentang efektivitas kondom telah menunjukkan bahwa kondom lateks yang digunakan secara benar pada setiap hubungan seks mempunyai efektivitas tinggi untuk mencegah HIV, IMS, dan Hepatitis. "Salah satu bukti yang cukup jelas adalah dari penelitian de Vincenzi (1994) yaitu dilakukan penelitian pada pasangan diskordan (salah satu pasangan positif dan satunya negatif) yang mana didapatkan bahwa kelompok yang secara konsisten menggunakan kondomnya maka 12 dari 122 pasangan tersebut akan terinfeksi.

Penelitian-penelitian lain yang lebih baru masih menunjukkan efektifitas penggunaan kondom untuk menurunkan prevalensi HIV, hepatitis, dan IMS. Penelitian di tahun 2008 oleh Badiaga, et al menunjukkan suatu program dan informasi edukasi psikologia dan penggunaan kondom dapat menurunkan angka hubungan seks tidak aman sehingga prevalensi HIV dan hepatitis turun di kalangan gelandangan.

Sedemikian beragam bukti efektivitas penggunaan kondom, dalam 10 tahun terakhir, kondom tidak hanya dibuat untuk digunakan oleh pria, tetapi juga untuk wanita. Dan ini, barangkali merupakan kabar baik untuk kaum Adam, karena terdapat pemberitaan bahwa cukup banyak pria menolak menggunakan kondom. Sejak tahun 1992 di Eropa mulai diperkenalkan kondom wanita, yang terbuat dari polyurethane dan disetujui pemakaiannya oleh FDA pada tahun 1993. Tahun 2005, produsen kondom wanita FC mengumumkan produk baru yang disebut FC2. Produk ini memiliki desain yang sama dengan versi orisinalnya, namun terbuat dari bahan nitrile, yang membuat produk ini lebih murah. FC2 bahkan diproduksi pada skala besar pada tahun 2007. FDA menyetujui FC2 pada Desember 2008 dan WHO menyatakan produk ini layak untuk disediakan oleh PBB. Kondom perempuan juga menambah jumlah metode dan angka pencegahan penularan penyakit infeksi.

Penelitian reinfeksi Trichomoniasis menunjukkan bahwa 14 persen perempuan yang secara tidak konsisten menggunakan kondom perempuan mendapatkan reinfeksi dibanding nol atau tidak ada reinfeksi pada mereka yang secara konsisten menggunakan kondom perempuan. Di atas segalanya, tidak sekedar alat kontrasepsi untuk mencegah kehamilan atau infeksi menular seksual. "Untuk mencapai keberhasilan program pencegahan kehamilan dan penyakit infeksi perlu menggabungkan berbagai pendekatan dan intervensi, yaitu intervensi biomedis, intervensi perilaku, dan intervensi struktural yang dilakukan secara kontinyu dan komprehensif.

Pada penelitian Hutahaen (2010), prevalensi WPS yang tidak menawarkan kondom sebesar 45,9% dan lebih dari separuhnya (67,2%) adalah WPSTL. WPS yang tidak konsisten menggunakan kondom adalah sebesar 50,2% dan 66,6% nya adalah WPSTL. Pada uji multivariat diperoleh hubungan sangat

erat antara intensitas menawarkan kondom dengan perilaku menggunakan kondom setelah dikontrol dengan ketersediaan kondom sebagai confounder ($p=0,000$; $OR=113,825$).

Dari hasil penelitian Subhan, 2008 didapatkan hasil sebanyak 63.1% responden memiliki perilaku penggunaan kondom secara konsisten. Sebagian besar responden termasuk dalam kategori dewasa atau berusia lebih dari 24 tahun (71.8%), Sebagian besar responden (61.2%) memiliki tingkat pendidikan yang tinggi atau minimal lulus SLTP. Responden yang memiliki pengetahuan IMS yang baik sebesar (58.3%), sedangkan sisanya memiliki pengetahuan yang kurang tentang IMS. Sebanyak 52.4% responden masih berpendapat bahwa minum antibiotik sebelum atau sesudah berhubungan seks dapat mencegah IMS. Responden yang memiliki dorongan teman yang tinggi hanya sebanyak 6.8%. Sebagian besar responden (93.2%) merasa memiliki dorongan teman yang rendah. Sebagian besar responden (80.6%) memiliki persepsi resiko yang tinggi tertular IMS. Perilaku yang paling diketahui oleh responden dapat menyebabkan tertular IMS adalah penggunaan jarum suntik bergantian (96.1%) Persepsi keseriusan IMS yang tinggi dimiliki sebagian besar responden (82.5%). Dampak yang paling dirasakan oleh sebagian besar responden jika terkena IMS adalah mengeluarkan biaya besar untuk pengobatan (92.2%). Persepsi positif penggunaan kondom sebagian besar responden (92.2%) tergolong tinggi. Manfaat kondom yang paling banyak diketahui oleh responden adalah dapat mencegah tertular IMS. Persepsi negatif yang rendah atas penggunaan kondom, dimiliki oleh sebagian besar responden (91.3%). Sisanya (8.7%) memiliki persepsi negatif yang tinggi atas penggunaan kondom. Hambatan yang paling dirasakan jika menggunakan kondom adalah dapat mengurangi kenikmatan (52.4%). Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penggunaan kondom adalah umur dan persepsi negatif penggunaan kondom. Faktor-faktor yang tidak berhubungan dengan perilaku penggunaan kondom adalah pendidikan, pengetahuan, dorongan teman sebaya, persepsi resiko tertular IMS, persepsi keseriusan IMS dan persepsi positif penggunaan kondom. (Subhan, 2008)

Herlina (2011) melakukan analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan konsistensi pemakaian kondom pada pekerja seks komersil di Jakarta Utara Tahun

2000, dari data SSP 2000 dengan desain cross sectional dengan jumlah sampel 571 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara konsistensi pemakaian kondom dengan tingkat pendidikan, status perkawinan, dan tingkat pengetahuan. Sedangkan variabel lain, umur, tempat bekerja, tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dan riwayat menderita IMS berhubungan secara bermakna dengan konsistensi pemakaian kondom.(Mirzal, 2008)

Sedangkan Widyastuti (2007) melakukan penelitian tentang perilaku menggunakan kondom pada wanita penjaja seks jalanan di Jakarta Timur tahun 2006. Desain penelitian cross sectional menggunakan data primer 112 WPS jalanan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengalaman menderita IMS, serta keterpaparan informasi tidak berhubungan secara bermakna dengan perilaku menggunakan kondom.

2.7. Faktor-faktor yang berhubungan kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS) pada Wanita Pekerja Seks Langsung (WPSL)

1) Umur

Umur dapat menunjukkan kematangan seseorang dalam berpikir, hal tersebut menyebabkan umur merupakan salah satu karakter individu yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku kesehatan, karena keputusan untuk berubah perilaku membutuhkan kematangan seseorang dalam berpikir (Purwarini, 2010). Umur juga termasuk variabel yang penting dalam mempelajari masalah kesehatan karena ada kaitannya dengan kebiasaan hidup seseorang misalnya kebiasaan orang dewasa dalam hal ini perilaku hubungan seksual akan berbeda dengan remaja (Subhan, 2006)

Deskripsi epidemiologi HIV/AIDS, delapan puluh delapan persen dari semua penderita AIDS yang tercatat oleh CDC berusia antara 20 sampai dengan 49 tahun. (Adisasmito, 2007).

2) Pendidikan

Pendidikan dapat menjadi tolak ukur yang bermanfaat untuk menentukan status sosioekonomi dan data tentang pendidikan ini relatif lebih mudah diperoleh, latar belakang pendidikan akan mempengaruhi apa yang dilakukan dan bagaimana tindakan mereka (Bennett, 1987).

Pendidikan merupakan salah satu faktor dalam teori *Health Belief Model* yang berhubungan dengan perilaku peningkatan kesehatan. Orang yang berpendidikan formal lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi pula, jika dibandingkan orang yang pendidikan formalnya rendah. Oleh karena itu orang yang pendidikannya lebih tinggi akan lebih mampu memahami arti pentingnya kesehatan.

Pada penelitian Sri Mulyati (2001) didapatkan hasil pendidikan berhubungan dengan perilaku penggunaan kondom. Sedangkan pada penelitian Ompusunggu, 2005 diperoleh hasil bahwa penggunaan kondom oleh pelanggan WPS di Kota Singkawang pada analisis bivariat diperoleh hasil yang signifikan adalah dengan variabel pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, sikap pelanggan terhadap IMS, HIV/AIDS dan Kondom.

3) **Pengetahuan**

Pengetahuan pada prinsipnya akan mempengaruhi tingkah laku seseorang demikian juga dengan perilaku kesehatan. Seseorang yang mempunyai pengetahuan yang lebih baik dalam bidang kesehatan akan lebih tertarik untuk melakukan perilaku sehat contohnya penggunaan kondom. Teori WHO dalam Notoatmojo bahwa pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain sebagai penyebab seseorang itu berperilaku tertentu. (Notoatmojo, 2003)

4) **Pekerjaan, Lama Bekerja dan Pekerjaan Pelanggan**

Pekerjaan merupakan sistem ranking yang secara umum paling mewakili status sosial (Blalock, 1968 dalam Bennett, 1987). Jenis pekerjaan merupakan salah satu aspek sosial yang juga menentukan pola penyakit yang akan diderita oleh pekerjanya. Oleh karena itu jenis pekerjaan dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang. (dikutip dari Nurhayati, 2011).

Pada klasifikasi Castle (1978) dalam Bennett, terdapat enam kategori sosial berikut ini:

1. Pekerja dengan dasar keserjanaan
2. Pekerja kantor (white collar workers); kebanyakan pekerjaan yang memerlukan pendidikan lanjutan tapi bukan gelar keserjanaan.

Dibawah kedua tingkatan ini tidak diperlukan tingkat pendidikan:

3. Pekerja yang dilatih secara formal ; tidak diperlukan pakaian pelindung misalnya polisi, pembantu dokter.
4. Pekerja yang dilatih secara formal ; diperlukan pakaian pelindung misalnya montir
5. Pekerja tanpa dilatih; tidak diperlukan pakaian pelindung misalnya pelayan took
6. Pekerja tanpa dilatih ; diperlukan pakaian pelindung misalnya *cleaning service*

Semakin lama seseorang menekuni pekerjaannya maka seseorang akan merasakan lebih rentan terhadap suatu penyakit. Kerentanan seseorang pada suatu penyakit menyebabkan orang akan bertindak untuk mencegah terjadinya penyakit (Rosenstock dalam Nurhayati, 2011)

Masa kerja WPS merupakan salah satu variabel penting yang berkaitan dengan resiko tertular IMS atau HIV. Risiko penularan dapat meningkat seiring dengan lamanya menjadi WPS. Menjadi WPS mungkin bukan pekerjaan seumur hidup ada masanya dimana WPS berhenti dan jumlah pelanggan mereka menurun (Nurhayati, 2011)

5) **Status Perkawinan**

Perkawinan diartikan sebagai “persatuan antara seorang pria dan seorang wanita yang sedemikian sehingga anak-anak yang dilahirkan oleh wanita itu dianggap sah dari kedua suami istri tersebut” menurut definisi tersebut perkawinan hanya untuk memenuhi pengesahan anak-anak yang dilahirkan, namun Leach (1961) memandang bahwa perkawinan sebagai suatu ikatan hak, tugas, kewajiban dan harapan bersama. Jadi perkawinan merupakan suatu lembaga yang membangun keluarga dan pengaturan tersebut berlandaskan pada faktor-faktor sosiokultural yang menentukan cara hidup suatu masyarakat serta mempengaruhi kesehatannya, berbagai fungsi dan sumbangsih keluarga kepada masyarakat dan sosietas sebagai suatu kesatuan harus menjadi pertimbangan (Bennett, 1987)

6) **Penggunaan napza suntik dan alkohol**

Konsumsi alcohol sebelum melakukan hubungan seks dapat mempengaruhi perilaku seksual seseorang, bila seseorang dibawah pengaruh

alcohol kesadarannya berkurang dan akhirnya banyak yang melakukan seks tidak aman yang dapat berakibat meningkatkan resiko terjadinya infeksi menular seksual (Nurhayati, 2011)

7) Pendidikan Kesehatan dan Keterpaparan Informasi

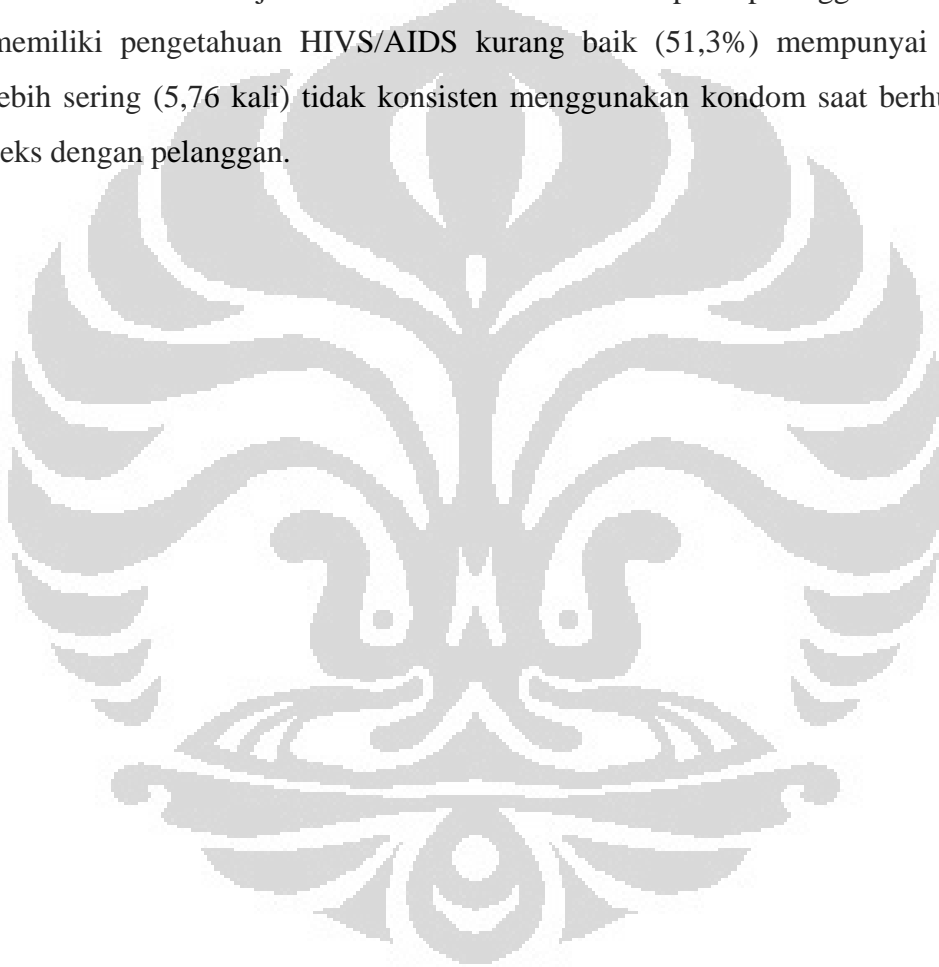
Tugas pendidikan kesehatan dalam memotivasi penduduk untuk mengambil dan mempertahankan kebiasaan sehari-hari yang akan menurunkan resiko penyakit dan memperbaiki status kesehatan mereka harus dipertimbangkan penduduk sebagai sasaran dan badan-badan kesejahteraan lainnya harus dilibatkan (Bennett, 1987)

Hasil penelitian Kalsum (2000) yang melakukan analisis data dan survey penggunaan kondom pada pelanggan WPS (responden) tahun 1998 yang dilakukan oleh PPK UI dengan desain studi cross sectional dengan jumlah sampel 400 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik pelanggan WPS (umur, pendidikan, status perkawinan) dan pengetahuan tentang AIDS tidak ada hubungan yang bermakna terhadap perilaku pelanggan dalam pemakaian kondom sewaktu berhubungan seks dengan WPS. Sedangkan keterpaparan informasi mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku pemakaian kondom (Mirzal, 2008)

Berdasarkan penelitian Iskandar (2001) melakukan analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan keinginan menggunakan kondom untuk mencegah terinfeksi HIV/AIDS pada WPS dari data penelitian Behavioral Surveilans Survey (BBS) tahun 2000 di Jakarta dan Surabaya yang dilakukan PPK UI. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keterpaparan informasi HIV/AIDS dan tingkat pendidikan mempunyai hubungan yang bermakna dengan keinginan menggunakan kondom, sedangkan yang tidak berhubungan secara bermakna adalah faktor umur, status kawin, lamanya berprofesi, mempunyai anak dan pernah menderita IMS. Responden dengan pendidikan rendah berpeluang lebih besar (2,5) kali tidak mempunyai keinginan menggunakan kondom dibandingkan dengan responden berpendidikan tinggi. (Mirzal, 2008)

Mulyati (2001) melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pemakaian kondom secara konsisten dalam upaya mencegah penularan (HIV/AIDS) pada WPS di kecamatan Cileungsi Kabupaten

Bogor tahun 2001. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku pemakaian kondom secara konsisten pada WPS di Kecamatan Cileungsi baru sebesar 19,7%. Adanya hubungan bermakna antara pengetahuan WPS tentang HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom, sedangkan tingkat pendidikan WPS, tingkat keterpaparan informasi dan lama bekerja sebagai WPS menunjukkan hubungan yang tidak bermakna. Dijelaskan pula bahwa pelanggan mempunyai peran penting dalam keputusan penggunaan kondom dan tergantung pula pada kemampuan WPS dalam membujuk dan menawarkan kondom pada pelanggan. WPS yang memiliki pengetahuan HIV/AIDS kurang baik (51,3%) mempunyai peluang lebih sering (5,76 kali) tidak konsisten menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan pelanggan.

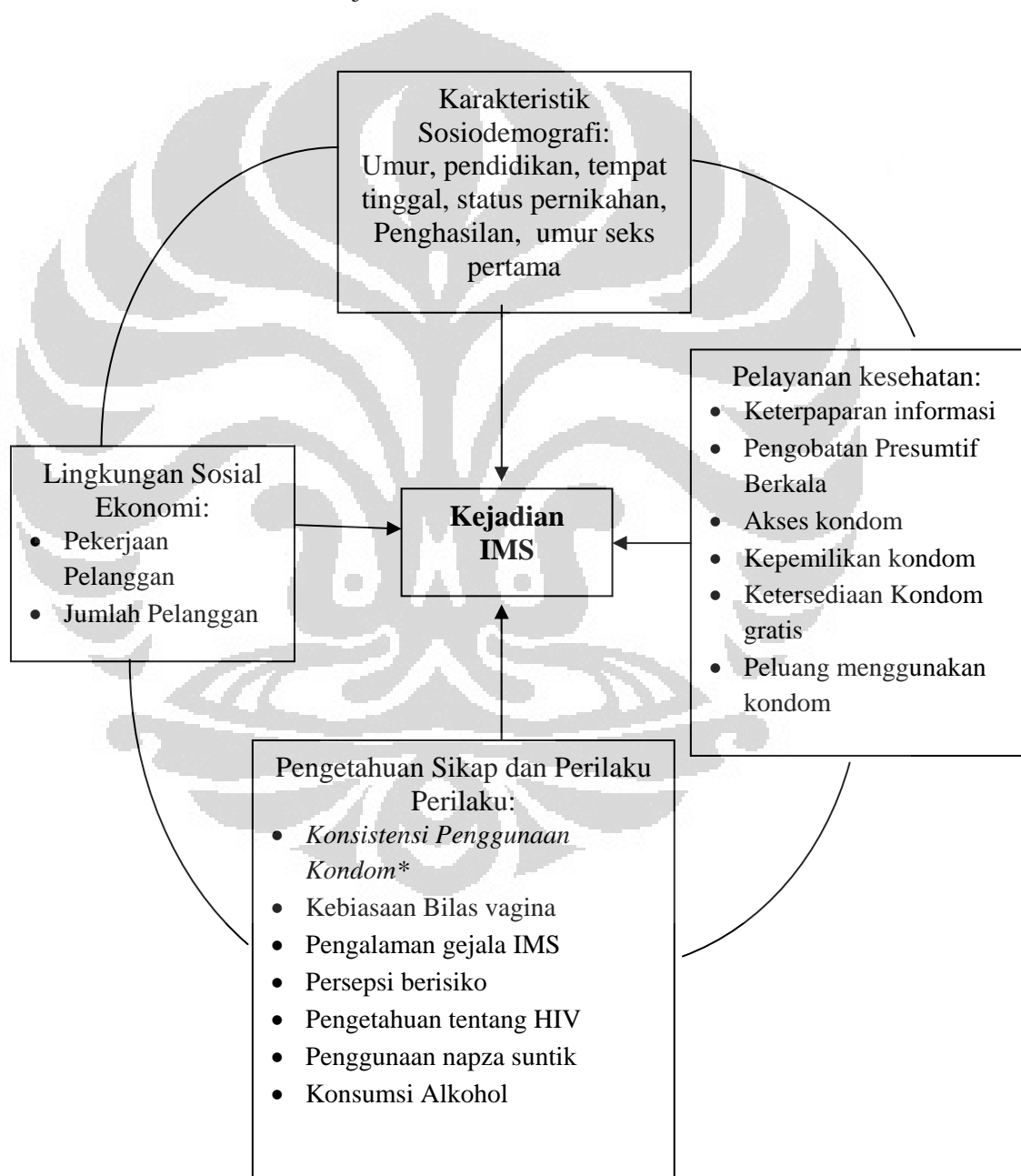


2.8. Kerangka Teori

Kerangka Teori yang dibuat pada penelitian ini merupakan modifikasi dari beberapa teori antara lain “Planning for Health” HL Bloom dan Faktor yang berpengaruh dalam AIDS (Adisasmito, 2007) serta beberapa teori yang menadasari kerangka teori ini.

Gambar 2.1.

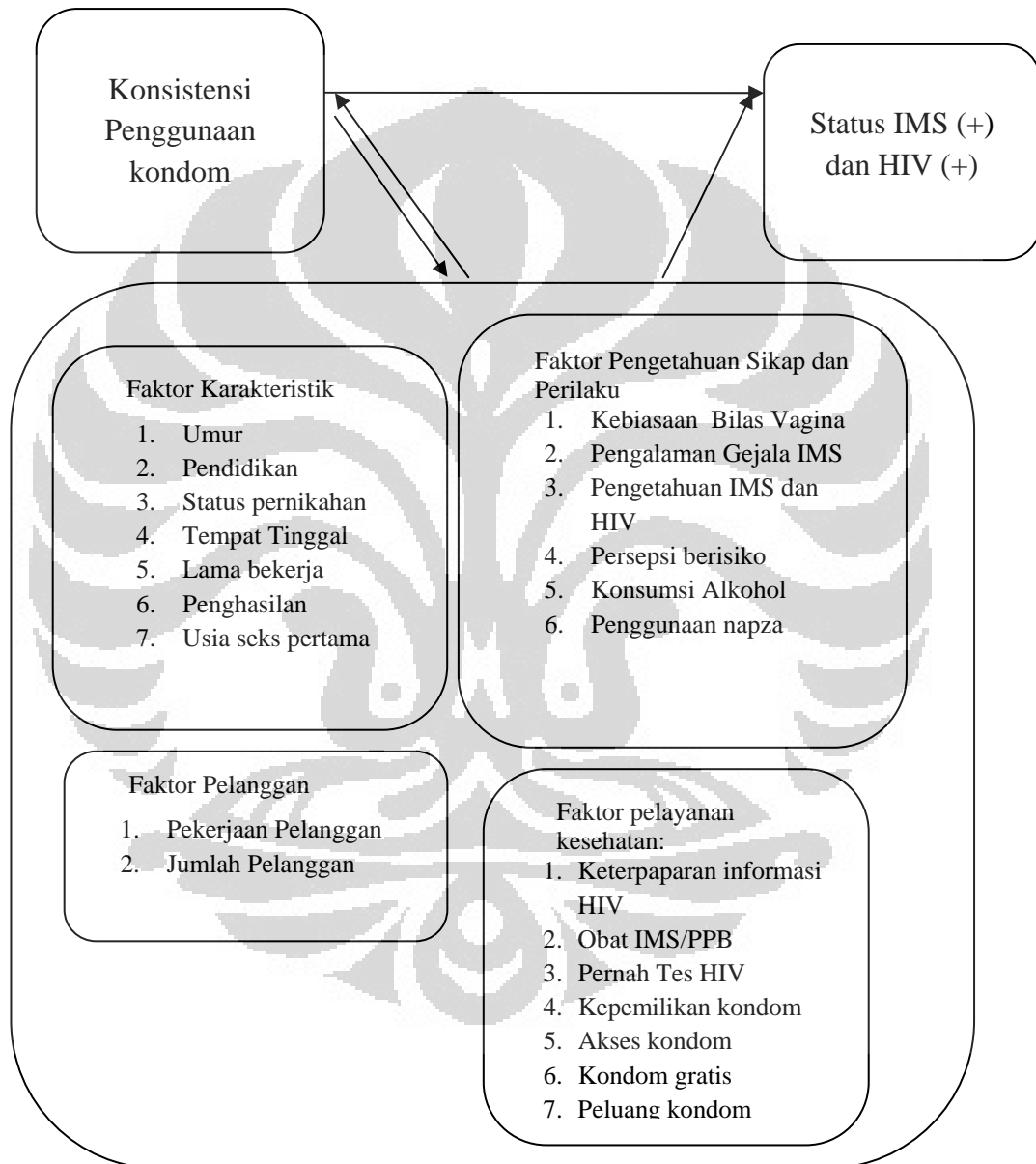
Kerangka Teori Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom Dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual



BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian IMS pada WPSL, maka variabel yang akan dipergunakan dalam penelitian ini adalah :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

“Adanya hubungan antara konsistensi penggunaan kondom dengan dengan kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS) pada Wanita Pekerja Seksual Langsung (WPSL) di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011”

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen				
Kejadian IMS	Kejadian IMS berdasarkan hasil tes akhir hiv dan sifilis, jika keduanya dan atau salah satunya adalah positif maka positif IMS	Hasil Tes lab	1= salah satu atau kedua tes positif 0= dua-duanya negatif	Nominal
Status HIV	Status HIV berdasarkan test yang dilakukan pada darah vena yang diambil pada waktu wawancara dilaksanakan, pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan rapid test	Hasil Tes lab	1=reaktif 0=nonreaktif	Nominal
Status Sifilis	Status IMS berdasarkan test yang dilakukan pada darah vena yang diambil pada waktu wawancara dilaksanakan, pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan tes sifilis	Hasil Tes lab	1=positif 0=negatif	Nominal
Konsistensi penggunaan kondom pada bulan terakhir	Penggunaan kondom yang dilakukan bulan terakhir setiap kali melakukan hubungan seks baik dengan pacar, suami/pasangan tetap	Berdasarkan Jawaban pada kuesioner blok 5 no 519, 528, 532, 537, 541 dan 544a-544d	1=tidak konsisten 0=konsisten	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	maupun dengan pelanggan.			
Umur	jumlah tahun yang dihabiskan responden dihitung sejak kelahirannya sampai ulang tahun terakhir saat penelitian dilakukan. Dihitung dengan mengurangkan tahun survey (2010) dengan tahun kelahirannya	Kuesioner Blok 3 No.301	dikategorikan 0=15-19 tahun 1=20-24 tahun 3=25-29 tahun 4=lebih atau sama dengan 30 tahun	Ordinal
Tingkat Pendidikan	Informasi yg diberikan responden tentang jenjang formal tertinggi yang pernah dicapai/sedang diduduki saat penelitian dilakukan.	Kuesioner Blok3 no.302	0=Tidak 1=Sekolah SD 2=SMP 3=SMA 4=PT/Akademi	Ordinal
Status pernikahan	Status pernikahan saat penelitian dilakukan	Kuesioner blok 3 no 303	0=Belum menikah 1=Menikah 2=Pernah menikah	Ordinal
Tempat Tinggal sekarang	Tempat tinggal responden pada saat penelitian dilakukan	Kuesioner blok 3 no 306	0=Sendiri 1=Bersama Wanita Lain di Lokalisasi 2=Bersama teman 3=Bersama keluarga 4= Bersama suami/pasangan tetap 6= Lainnya	Nominal
Lama bekerja	Jumlah tahun lama bekerja sebagai WPS di kabupaten/kota tersebut dihitung dari mulai bekerja sampai dengan	Kuesioner blok 5 no.505	0=< 1 tahun 1= 1-2 tahun 2= > 2tahun	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	tahun dilaksanakan survey			
Penghasilan	jumlah rupiah yang diterima pada saat seks terakhir dari pelanggan dilakukan kategori	Kuesioner blok 5 no.516	0=<Rp.150.000 1=Rp.150.00- Rp.500.000,- 2= >Rp.500.000,-	Ordinal
Usia Seks pertama	Usia pada saat melakukan Seks pertama kali	Kuesioner blok 5 no.501	0=< 15 tahun 1=15-19 tahun 2=20-24 tahun > 25 tahun	Ordinal
Kebiasaan bilas vagina	Penggunaan pelayanan bilas vagina dalam seminggu terakhir	Kuesioner blok 7 no.702	0=tidak 1=ya	Nominal
Gejala IMS	Mengalami salah satu dari tiga gejala IMS (luka, benjolan atau keputihan disertai bau)	Kuesioner blok 7 no.706	0=tidak 1=ya	Nominal
Pengetahuan IMS dan HIV	Pemahaman Benar responden terhadap pencegahan dan penularan HIV/AIDS berdasarkan kuesioner pada pertanyaan tentang pengetahuan HIV/AID yang diketahui berdasarkan jawaban pada kuesioner dilakukan penjumlahan dan dilakukan kategori	Kuesioner blok 8 no.804,805,807,809, 811,812,813,814	0= pengetahuan baik 1=pengetahuan kurang	Nominal
Persepsi Berisiko	persepsi responden pada dirinya merasa berisiko untuk tertular IMS dan HIV	Kuesioner blok 8 no.822	0=merasa berisiko 1=tidak merasa berisiko	Nominal
Konsumsi Alkohol	Kebiasaan responden mengkonsumsi alkohol	Kuesioner blok 9 no.901	0=tidak 1=ya	Nominal
Penggunaan napza suntik	Penggunaan napza suntik oleh responden	Berdasarkan jawaban Kuesioner Blok 9 No.904	0=tidak 1=ya	Nominal
Pekerjaan Pelanggan	Pekerjaan pelanggan sebagian besar tamu/pelanggan dalam seminggu terakhir	Kuesioner blok 5 no.529	1=pelajar/mhs 2=polisi/TNI 03= PNS 4=pegawai	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
			swasta 5=Supir Kernet,ABK, tukang ojek ,pedagang 11=lainnya 12=tidak tahu/tidak menjawab	
Jumlah pelanggan	Jumlah tamu/pelanggan dalam seminggu terakhir yang dikategorikan berdasarkan jumlah mean	Berdasarkan jawaban kuesioner blok5 no523	0=<11 orang 1=12-36 orang 2=>36 orang	Ordinal
Keterpaparan Informasi	Informasi tentang HIV/AIDS yang pernah diterima oleh responden dalam satu tahun terakhir.	Berdasarkan jawaban kuesioner blok 8 no 801, 601 dan 602	0=tidak terpapar 1=terpapar pasif 2=terpapar aktif	Ordinal
Obat IMS (PPB)	Obat Presumtif berkala yang pernah diterima oleh responden	Berdasarkan jawaban kuesioner blok 6 no 611	0=pernah 1=tidak	Nominal
Tes HIV	Pernah melakukan Tes HIV	Berdasarkan jawaban kuesioner blok 7 no 713	0=pernah 1=tidak	Nominal
Kepemilikan kondom	Kondom yang dimiliki selama satu minggu terakhir	Berdasarkan jawaban kuesioner blok 4 no 402	0= memiliki 1= tidak memiliki	Nominal
Akses kondom	kemudahan memperoleh kondom berdasarkan pengamatan pewawancara	Berdasarkan jawaban kuesioner blok 1 no.108	0=mudah 1=sulit	Nominal
Kondom Gratis	Pernah menerima kondom gratis dalam 3 bulan terakhir	Berdasarkan jawaban kuesioner blok 6 no 610	0=pernah 1=tidak	Nominal
Peluang menggunakan kondom	Kemungkinan/peluang untuk dapat menggunakan kondom berdasarkan variabel kondom gratis, akses kondom dan kepemilikan kondom	Penjumlahan variable kepemilikan kondom, akses kondom dan kondom gratis kemudian dilakukan kategori	0=peluang mudah 1=agak sulit 2=sulit	Ordinal

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diambil dari Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku HIV/IMS (STBP) pada tahun 2011. Data tersebut dikumpulkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Pelaksanaan survey selama bulan Januari 2011. Metode penelitian STBP adalah desain potong lintang (*Cross Sectional*), demikian juga penelitian ini, desainnya adalah potong lintang (*Cross Sectional*), yang mempelajari hubungan antara faktor risiko sebagai variabel independen dengan faktor efek sebagai variabel dependen secara bersamaan dalam waktu sesaat.

4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian

Data WPSL hasil STBP 2011 di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung digunakan untuk dianalisis pada bulan Mei 2012. Adapun pertimbangan pemilihan lokasi dengan alasan:

1. Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung adalah Lokasi STBP 2011 di Provinsi Jawa Barat dengan Koordinator Lapangannya adalah Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (BBTKL PP) Jakarta, tempat peneliti melakukan pemagangan dan terlibat dalam proses pengambilan data STBP 2011.
2. Jawa Barat sebagai provinsi dengan angka HIV serta IMS yang cukup tinggi di Indonesia dengan urutan setelah Provinsi Jawa Timur, bahkan melampaui Provinsi Bali.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1. Populasi

Populasi sasaran STBP 2011 adalah populasi pria dewasa dan wanita yang berisiko tinggi tertular HIV. Hal ini dikarenakan kelompok tersebut memungkinkan memiliki kontribusi lebih besar terhadap penyebaran HIV dibanding kelompok masyarakat lainnya. Kelompok pria dewasa yang berisiko tinggi tertular HIV pada umumnya adalah pria yang berpotensi sebagai pelanggan penjaja seks (termasuk tukang ojek, TKBM di pelabuhan laut, dan buruh, serta mereka yang bergerak dari satu tempat ke tempat yang lain dalam jangka waktu yang relatif lama karena bidang pekerjaan, seperti pelaut dan sopir truk), sedangkan kelompok wanita dewasa adalah mereka yang bekerja sebagai wanita penjaja seks (WPS). Di samping kelompok sasaran tersebut, dalam STBP 2011 juga akan dicakup juga kelompok lainnya seperti remaja sekolah, yang sampelnya diwakili oleh murid kelas 2 (dua) SMA, pengguna napza suntik (penasun), waria, lelaki yang suka seks dengan lelaki (LSL), dan narapidana.

Kerangka sampel WPS Langsung adalah daftar lokasi WPSL yang dilengkapi dengan perkiraan banyaknya populasi dalam setiap lokasi, nama orang kunci yang bisa dihubungi beserta nomor telepon atau handphone dan informasi waktu yang tepat untuk kunjungan wawancara. Semua informasi ini diperoleh dari hasil inventarisasi dan penelusuran lapangan yang merupakan kegiatan pendaftaran (listing) lokasi. Dalam STBP 2011, sebelum pemilihan sampel lokasi dilakukan, populasi yang akan disurvei harus diketahui terlebih dahulu. Populasi merupakan agregat individu yang diteliti dan dapat dibentuk sebagai kerangka sampel untuk menentukan kelompok sasaran survei.

Kelompok sasaran STBP pada umumnya merupakan kelompok populasi yang tidak mudah dijangkau. Kesulitan menjangkau kelompok populasi antara lain disebabkan oleh aspek aksesibilitas dan mobilitas kelompok tersebut. Kesulitan aksesibilitas umumnya terjadi pada kelompok populasi tertentu, sehingga tidak semua orang dapat dengan mudah menjangkau populasi tersebut apalagi dalam kaitannya dengan kegiatan survei. Tingginya tingkat mobilitas, yaitu perpindahan kelompok sasaran dari satu tempat ke tempat lain, menyebabkan tidak mudah untuk menemukan atau menetapkan populasi

kelompok sasaran.

Kerangka sampel yang akan digunakan untuk pemilihan *primary sampling unit* (PSU) dalam STBP 2011 dibedakan menurut kelompok sasaran. Untuk Kerangka sampel untuk WPS tidak langsung adalah daftar lokasi WPS Tidak Langsung yang dilengkapi dengan perkiraan banyaknya populasi dalam setiap lokasi, nama orang kunci yang bisa dihubungi beserta nomor telepon atau handphone, dan informasi waktu yang tepat untuk kunjungan wawancara. Informasi ini diperoleh dari hasil inventarisasi dan penelusuran lapangan pada saat kegiatan pendaftaran (*listing*) lokasi. Kegiatan ini dimaksudkan untuk membuat daftar panti pijat, bar karaoke, bar, restoran dan hotel dimana para pekerja wanita menyediakan pelayanan seks sebagai bagian dari pekerjaan mereka yang selanjutnya akan menghasilkan kerangka penarikan sampel lokasi. Responden WPSL pada STBP 2011 adalah subyek yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut:

- Wanita
- Berumur 15 tahun keatas
- Merupakan pekerja rumah bordil terpilih atau lokasi penularan seksual yang lain dan yang telah berhubungan seks komersial dengan paling tidak satu pelanggan dalam satu bulan terakhir serta hadir/ada di rumah bordil/lokasi pada saat kunjungan tim survei.

Dengan kriteria eksklusi:

- Subyek yang tidak kooperatif
- Subyek yang sedang menstruasi sehingga tidak bisa diambil spesimen darah vena dan swab vagina.

4.3.2. Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah wanita yang bertempat tinggal dan bekerja sebagai penjaja seks di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung serta menjadi responden pada STBP 2011.

4.3.3. Besar Sampel

Besar sampel dihitung dengan uji proporsi dua sampel. dua sisi (Kelsey, 1996) :

$$n = \frac{\left\{ (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P(1 - \bar{P})(r + 1) \right\}}{(d)^2 r}$$

Keterangan :

- n** = jumlah sampel minimal yang diperlukan
- α** = tingkat kepercayaan (0.05)
- $1-\beta$** = kekuatan penelitian (95 %)
- $Z_{\alpha/2}$** = angka galat baku normal untuk α (1.96)
- P_1** = proporsi WPSL terpapar terhadap faktor risiko yang HIV (+) = P0.RR
- P_2** = proporsi WPSL tidak terpapar terhadap faktor risiko yang HIV (+)
- \bar{P}** =
$$\frac{(P_1 + P_2)}{2}$$

Dari rumus tersebut maka besar sampel minimal adalah 285 dengan proporsi Prevalens HIV pada WPSL di Indonesia adalah 10.4% berdasarkan laporan USAID 2007.

4.4. Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan dengan mekanisme Pengumpulan data yang dibuat petunjuk teknisnya oleh kementerian Kesehatan.

Sedangkan pada penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan merumuskan variabel yang diperlukan dalam penelitian ini yang kemudian mengikuti alur permohonan data kepada Subdit AIDS dan IMS Direktorat Penyakit Menular Langsung Kementerian Kesehatan sesuai dengan prosedur yang berlaku.

4.5. Pengolahan Data

Setelah dilakukan pengumpulan data, maka langkah selanjutnya adalah pemeriksaan kelengkapan data. Data yang tidak lengkap dan tidak konsisten dengan definisi operasional tidak dilanjutkan pada tahap analisis data.. Tahap-tahap yang dilakukan adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan data (*editing*)

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan terhadap data yang ada, mengecek data yang *missing* dan data-data yang tidak relevan sehingga memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya.

b. Pembersihan data (*Cleaning*)

Data yang diterima berupa data dasar sehingga terdapat data yang tidak diperlukan dalam penelitian ini sehingga dilakukan *cleaning* data untuk memudahkan dalam tahap selanjutnya.

c. Mengkode ulang (*coding*)

Pada tahap ini dilakukan *recode* untuk mendapatkan variabel yang sesuai dengan definisi operasional.

d. Skoring

Pada variabel independen dilakukan skoring.

4.6. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan program Stata di laboratorium komputer Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.

4.6.1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik variabel dependen (kejadian IMS), variabel independen (konsistensi penggunaan kondom)

dan variabel kovariat. Penyajian hasil semua variabel penelitian dengan menggunakan narasi, tabel distribusi frekuensi yang berisi nilai dan persentase dari masing-masing kategori pada variabel.

4.6.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat ada tidaknya hubungan antara variabel independen (konsistensi menggunakan kondom) dan variabel kovariat dengan dependen (kejadian IMS) dalam bentuk tabel silang (tabel kontingensi). Uji yang digunakan adalah uji beda proporsi (Chi-Square), karena variabel yang dianalisis adalah variabel kategorik.

Dalam pengambilan keputusan uji statistik digunakan tingkat kemaknaan 0,05 dengan ketentuan signifikan atau bermakna bila nilai $p < 0,05$ dan tidak bermakna jika nilai $p > 0,05$.

Analisis bivariat juga bertujuan untuk seleksi kandidat model yang akan dimasukkan ke dalam model logistik dasar. Metode seleksi kandidat model, yaitu dengan cara melakukan analisis bivariat antara variabel dependen dengan masing-masing variabel independen. Skrining variabel independen sebagai kandidat model dasar, bila hasil uji *Chi Square* mempunyai nilai $p < 0,25$ maka variabel tersebut dimasukkan ke dalam model awal, kecuali bila secara substansi variabel independen tersebut dianggap penting atau berhubungan dengan variabel dependen (Lemeshow, 1997).

4.6.3. Analisis Multivariat

Pada analisis multivariat, uji statistik yang digunakan adalah analisis *regresi logistic*. Uji ini dipilih karena variabel dependen dan independen serta variabel kovariat adalah data kategorik. Melalui metode enter untuk menentukan variabel potensial yang akan dimasukan dalam model dari analisa bivariat dengan nilai $p < 0,25$. Penilaian model terpilih berdasarkan pada beberapa ketentuan yaitu nilai signifikan (nilai $p < 0,05$) nilai OR dan kestabilan nilai selang (95% CI).

Permodelan yang digunakan adalah model faktor risiko yang bertujuan mengestimasi secara valid hubungan variabel utama (konsistensi menggunakan kondom) dengan variabel dependen (kejadian IMS) dengan mengontrol beberapa variabel kovariat.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Provinsi Jawa Barat

Provinsi Jawa Barat secara geografis terletak diantara $104^{\circ}48'$ - $108^{\circ}48'30$ bujur Timur dan $5^{\circ}50'$ - $7^{\circ}50$ Lintang Selatan dengan luas wilayah 870,65 km² (87.065 Ha). Dengan luas wilayah 1.9% dari luas Indonesia atau sekitar 3.710.061,32 hektar dengan garis pantai sepanjang 724,85 KM. Daratan Jawa Barat dapat dibedakan ataw wilayah pegunungan curam (9.5%) dari total luas wilayah, terletak di wilayah bagian selatan dengan ketinggian 1.500 m diatas permukaan laut, wilayah lereng bukit yang landai (36.48%) terletak di bagian Utara denga ketinggian 0-10 m dpl dan wilayah dataran luas (54.03%) berupa kebun campuran, sawah dan perkebunan. Sementara hutan primer dan sekunder hanya 15.93% dari seluruh luas wilayah. Provinsi Jawa Barat memiliki sifat iklim tropis dengan suhu rata-rata antara $17.4^{\circ}\text{Celcius}$ sampai dengan $30.7^{\circ}\text{Celcius}$. Kelembaban udara antara 73-84%.

Batas-batas wilayah Provinsi Jawa Barat di sebelah utara berbatasan dengan laut Jawa dan DKI Jakarta, di sebelah Timur berbatasan dengan Provinsi Jawa Tengah, di sebelah Selatan berbatasan dengan Samudra Indonesia, di sebelah Barat berbatasan dengan Provinsi Banten. Secara administratif terdiri dari 17 Kabupaten dan 9 Kota, 625 kecamatan, 2659 perkotaan dan 3221 perdesaan. Sedangkan sarana pelayanan kesehatan antara lain 1017 puskesmas, dengan 168 puskesmas sudah mempunyai rawat inap, puskesmas pembantu 1534 dan rumah sakit baik milik Departemen Kesehatan, Pemerintah Daerah maupun swasta sebanyak 199 buah.

Jumlah penduduk Provinsi Jawa Barat menurut Hasil Angka Sementara Sensus tahun 2010 mencapai 43.021.826 jiwa.. Pertumbuhan penduduk sebesar 1.89% dengan sex rasio sebesar 104.72%, dengan kepadatan penduduk 1.159 orang/KM. Umur median pada tahun 2011 adalah 28.01, maka berdasarkan kelompok umur penduduk 71.58% merupakan penduduk yang produktif yakni mereka yang berumur antara 15 hingga 64 tahun sedangkan selebihnya sebesar 23.17% adalah kelompok umur muda (usia 0 hingga 14 tahun) dan kelompok umur tua 5.26% (usia 65 tahun keatas). Angka rasio ketergantungan (*dependency*

ratio) pada tahun 2008 sebesar 39.71% yang berarti bahwa setiap 100 orang usia produktif menanggung sekitar 40 orang yang belum atau tidak produktif lagi.

Sebagian besar penduduk Provinsi Jawa Barat masih berpendidikan dasar, hal ini dapat dilihat dari jumlah penduduk dengan pendidikan tertinggi yang ditamatkan. Masih berpendidikan rendah yaitu hanya tamat SMP kebawah sebesar 78.01%, sedangkan yang menamatkan SMA 16.92% dan menamatkan pendidikan tinggi hanya 5.08%.

Sebagian besar penduduk Provinsi Jawa Barat bekerja di sektor pertanian (72,30%), dan yang paling rendah bekerja di sektor bangunan (3,99%). Jumlah penduduk miskin di Jawa Barat sebesar 4.852.520 jiwa. Adapun penduduk miskin tertinggi berada di kabupaten Bogor sekitar 9.19% dan terendah di Kota Banjar sekitar 0.30%. Garis kemiskinan di Jawa Barat tertinggi sebesar Rp.220.068 per kapita per bulan yaitu di Kota Bekasi dan terendah di Kota Banjar yaitu 179.144 per kapita per bulan.

Meningkatnya jumlah obyek wisata yang berkaitan dengan potensi Jawa Barat seperti alam, budaya dan minat khusus secara signifikan menjadi daya tarik wisatawan untuk datang ke Jawa Barat, Kota Bandung masih menjadi tujuan wisatawan untuk menginap, hal tersebut juga didukung oleh terus bertambahnya fasilitas akomodasi berupa hotel bintang 3 di Kota Bandung. Sedangkan perkembangan sarana perdagangan terutama pasar modern juga mengalami peningkatan yang pesat, pada tahun 2009 terjadi peningkatan jumlah pasar swalayan sebesar 30.31% dari tahun 2008 dari jumlah 1.369 buah menjadi 1.784, peningkatan tersebut terutama terjadi di Kabupaten Bekasi dan Bandung.

5.2 Hasil Analisis Univariat

Hasil analisis univariat memberikan gambaran distribusi frekuensi dari tiap variabel penelitian yaitu faktor karakteristik responden terdiri dari; umur, pendidikan, status pernikahan, tempat tinggal, lama bekerja, penghasilan, Usia seks pertama, Faktor pengetahuan, sikap dan perilaku terdiri dari variabel; konsistensi menggunakan kondom, kebiasaan bilas vagina, pengalaman gejala IMS, pengetahuan HIV dan IMS, persepsi berisiko, konsumsi alkohol dan penggunaan napza suntik. Sedangkan pada faktor pelanggan terdiri dari variabel

pekerjaan pelanggan dan jumlah pelanggan. Adapun faktor pelayanan kesehatan terdiri dari keterpaparan informasi, menerima obat PPB, pernah tes HIV, kepemilikan kondom, akses kondom dan kondom gratis serta variabel peluang untung menggunakan kondom. Kemudian variabel dependen yaitu Status HIV dan sifilis.

5.2.1 Status HIV dan Sifilis

Status HIV dan Status sifilis merupakan hasil pemeriksaan darah pada pengambilan spesimen pada saat dilakukan wawancara pelaksanaan STBP 2011, sebagai status konfirmasi hasil laboratorium. Adapun hasil penelitian menunjukkan bahwa status HIV sebanyak 46 orang atau sebesar 9% positif, sedangkan status sifilis sebanyak 64 atau 13% positif. Dari hasil tersebut maka sebagaimana definisi operasional status IMS maka diperoleh 103 positif IMS atau sekitar 21% dari 500 responden WPSL di Provinsi Jawa Barat.

Secara rinci distribusi responden menurut status HIV dan Sifilis berdasarkan Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung dan jumlah total WPS Jawa Barat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5. 1 Distribusi Responden Menurut Status HIV dan Sifilis pada WPSTL Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011

Variabel	Bekasi		Bandung		Total	
	n =	250 (100%)	n =	250 (100%)	n =	500 (100%)
Status HIV						
Positif	17	(7)	29	(11.6)	46	(9)
Negatif	233	(93)	221	(88.4)	454	(91)
Status Sifilis						
Positif	38	(15)	26	(10)	64	(13)
Negatif	212	(85)	224	(90)	436	(87)
Status IMS						
Positif	52	(21)	51	(10)	103	(21)
Negatif	198	(79)	199	(40)	397	(79)

Proporsi responden berdasarkan status HIV positif lebih tinggi di Kota Bandung sebesar 11.6% dibanding di Kabupaten Bekasi (7%) sedangkan pada

proporsi responden berdasarkan status sifilis positif lebih tinggi di Kabupaten Bekasi yaitu sebesar 15% sedangkan di Kota Bandung 10%.

5.2.2 Karakteristik Responden

Distribusi responden menurut karakteristik responden yang terdiri dari umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, dan tempat tinggal sekarang, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.2. Distribusi Responden Menurut Umur, Tingkat Pendidikan, Status Pernikahan, dan Tempat Tinggal Sekarang pada WPS Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011

Variabel	Bekasi		Bandung		Total	
	n =	250 (%)	n =	250(%)	n =	500(%)
Umur						
15-19 tahun	38	15.2	58	23.2	96	19.2
20-24 tahun	71	28.4	94	37.6	165	33
25-29 tahun	81	32.4	50	20	131	26.2
> 30 tahun	60	24	48	19.2	108	21.6
Tingkat Pendidikan						
Tidak Sekolah	13	5.2	1	0.4	14	2.8
SD sederajat	115	46.1	79	31.6	194	38.9
SMP sederajat	88	35.3	116	46.4	204	40.9
SMA Sederajat	33	13.2	52	20.8	85	17.0
Akademi/PT	0	0.0	2	0.8	2	0.4
Status Pernikahan						
Belum Menikah	37	14.8	75	30.0	112	22.4
Menikah	25	10.0	10	4.0	35	7.0
Pernah Menikah	188	75.2	165	66.0	353	70.6
Tempat Tinggal Sekarang						
Sendiri	39	15.7	24	9.6	63	12.6
Bersama Wanita lain di lokalisasi	97	39.1	185	74.3	282	56.4
Bersama teman	47	18.9	21	8.4	68	13.6
Bersama keluarga	38	15.3	15	6.0	53	10.6
Bersama suami/pasangan tetap	27	10.8	2	0.8	29	5.8
Lainnya	0	0.0	2	0.8	2	0.4

Proporsi responden tertinggi pada kelompok umur 20-24 tahun yaitu sebesar 33%, namun terdapat perbedaan proporsi kelompok umur di Kabupaten Bekasi dan Bandung, di Bekasi proporsi kelompok umur tertinggi pada 25-29 tahun sebesar 32%, sedangkan proporsi tertinggi di Kota Bandung adalah kelompok Umur 20-24 tahun sebesar 37%. Proporsi tingkat pendidikan responden secara keseluruhan terbanyak adalah menamatkan SMP sederajat yaitu sebesar 40.9%, proporsinya lebih rendah dari Kota Bandung yaitu 46.4%, sedangkan di Kabupaten Bekasi responden lebih banyak hanya menamatkan pendidikan sampai SMP sederajat yaitu sebesar 46%, sedangkan responden yang tidak sekolah lebih banyak yaitu sebesar 5.2% dibandingkan di Kota Bandung hanya 1 responden atau 0.4%.

Pada variabel status pernikahan proporsi menikah hanya sebesar 7%, sedangkan proporsi terbanyak adalah yang pernah menikah yaitu lebih dari 70% responden, sedangkan proporsi belum menikah lebih banyak di Kota Bandung (30%) di bandingkan dengan Kabupaten Bekasi (14.8%). Bersama wanita lain di lokasi adalah tempat tinggal sekarang bagi sebagian besar responden (56%) dan proporsi di Kota Bandung lebih banyak (74%) daripada di Kabupaten Bekasi (38.8%).

Lama bekerja satu sampai dua tahun adalah proporsi lama bekerja terbanyak di seluruh responden (47.8%) dengan proporsi yang hampir sama di Kabupaten Bekasi yaitu 48.8% sedangkan di Kota Bandung sebesar 46.8%, hanya saja di Kota Bandung proporsi yang baru bekerja kurang dari 1 tahun lebih banyak atau sekitar 10% di bandingkan di Kota Bekasi yang hanya 3.2%. Penghasilan dari tamu terakhir sebagian besar (74.2%) hanya menerima kurang dari Rp.150.000,- (seratus lima puluh ribu rupiah), sedangkan yang menerima rata-rata antara Rp.150.000 sampai Rp.500.000 lebih banyak di Kota Bekasi yaitu sekitar 32%, sedangkan yang menerima lebih dari Rp.500.000,- (lima ratus ribu rupiah) proporsinya hampir sama pada responden di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung.

Adapun karakteristik responden berdasarkan usia pertama melakukan hubungan seks, proporsi terbanyak berada pada kelompok umur 15-19 tahun sebesar 62.6%. Pada kelompok umur anak-anak atau kurang dari 15 tahun

proporsinya lebih tinggi di Kabupaten Bekasi (28.2%) dibandingkan di Kota Bandung (8.4%).

Distribusi responden pada variabel lama Bekerja, penghasilan dan umur pertama melakukan seks pada WPS Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung secara rinci, dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.3. Distribusi Responden Menurut Lama Bekerja, Penghasilan dan Umur pertama melakukan seks pada WPS Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011

Variabel	Bekasi		Bandung		Total	
	n =	250 (%)	n =	250(%)	n =	500(%)
Lama bekerja						
Kurang dari 1 tahun	8	3.2	25	10.0	33	6.6
1-2 tahun	122	48.8	117	46.8	239	47.8
Lebih dari 2 tahun	104	41.6	101	40.4	205	41.0
Penghasilan						
*0-Rp150.000	166	66.4	205	82.0	371	74.2
*Rp.150.000-- Rp.500.000	80	32.0	40	16	120	24.0
*>Rp.500.000	4	1.6	5	2	9	1.8
Usia Seks Pertama						
<15 tahun	67	28.2	44	8.4	111	23.0
15-19 tahun	131	55.27	171	69.8	302	62.6
20-24 tahun	34	14.3	26	10.6	60	12.4
> 25 tahun	5	2.1	4	1.6	9	1.8

5.2.3 Faktor Pengetahuan Sikap dan Perilaku

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak konsisten menggunakan kondom, yaitu sebesar 76.8%, dengan proporsi lebih banyak di Kabupaten Bekasi (94.8%). Kebiasaan bilas vagina dengan mendatangi tempat pelayan khusus bilas vagina dilakukan oleh sekitar 12% responden. Sedangkan proporsi responden yang tidak melakukannya di Kabupaten Bekasi sebesar 91% sedangkan di Kota Bandung 85%. Pengalaman mendapatkan salah satu dari tiga gejala IMS proporsinya sebanyak 46%, proporsi tersebut hampir sama baik di Kabupaten Bekasi maupun Bandung. Variabel Pengetahuan yang baik tentang HIV maupun IMS merupakan komposit dari beberapa pertanyaan

tentang cara pencegahan dan penularan HIV, proporsi responden yang termasuk dalam kategori baik hanya 25.6%, dan jika dibandingkan dengan proporsi pengetahuan yang kurang baik lebih banyak terdapat pada responden di Kota Bandung (82%) daripada responden di Kabupaten Bekasi (66.8%).

Tabel 5.4 Distribusi Responden Menurut Faktor Pengetahuan Sikap dan Perilaku pada Responden Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011

Variabel	Bekasi		Bandung		Total	
	n =	250 (%)	n =	250(%)	n =	500(%)
Konsistensi menggunakan kondom						
Tidak Konsisten	221	88.4	163	65.2	384	76.8
Konsisten	29	11.6	87	34.8	116	23.2
Kebiasaan Bilas Vagina						
Ya	23	9.2	38	15.2	60	12
Tidak	227	91	212	85	439	88
Pengalaman Gejala IMS						
Ya	117	47	142	58	259	52
Tidak	132	53	104	42	236	47
Pengetahuan HIV						
Baik	83	33.2	65	18	128	25.6
Kurang	167	66.8	205	82	372	74.4
Persepsi berisiko						
Tidak merasa berisiko	35	14	56	22.4	91	18.2
Merasa berisiko	215	86	194	77.6	409	81.8
Konsumsi Alkohol						
Ya	192	77	128	51	320	64
Tidak	58	23	122	49	180	36
Penggunaan napza suntik						
Ya	0	0	3	1	3	1
Tidak	249	100	247	99	496	99

Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar (81.8%) mempunyai persepsi merasa berisiko tertular HIV dan IMS berkaitan dengan pekerjaannya, dengan proporsi hampir sama di kedua tempat. Sedangkan konsumsi alkohol sudah merupakan kebiasaan sebagian besar reponden (64%), dengan proporsi responden terbanyak di Kabupaten Bekasi (77%), dibandingkan dengan proporsi responden di Kota Bandung (51%). Adapun perilaku penggunaan

napza suntik hanya pernah dilakukan oleh 3 responden (proporsi <1%) seluruhnya ada pada kelompok responden di Kota Bandung.

5.2.4 Faktor Pelanggan

Faktor pelanggan terdiri dari variabel pekerjaan pelanggan dan jumlah pelanggan dalam seminggu terakhir, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.5 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan pelanggan dan Jumlah Pelanggan Seminggu terakhir pada WPS Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011

Variabel	Bekasi		Bandung		Total	
	n =	250 (100%)	n =	250 (100%)	n =	500 (100%)
Pekerjaan Pelanggan						
Pelajar/mhs	2	1	23	9	25	5
Polisi/TNI/PNS	11	4.4	11	4.4	22	4.4
Pegawai swasta	96	38	74	30	170	34
Supir/kernet/ojeg	35	14	11	4.4	46	9.2
Lainnya	8	3.2	2	1	10	2
Tidak tahu	98	39	129	51	227	45.4
Jumlah Pelanggan seminggu terakhir						
0-11 orang	244	97	107	45	351	73
12-36 orang	4	2	64	27	68	14
> 37 orang	1	1	66	28	67	13

Sebagian besar responden tidak mengetahui pekerjaan pelanggan (45.4 %), sedangkan yang mengetahui pekerjaan pelanggan, proporsi tertinggi adalah pegawai swasta (34%), proporsi berikutnya adalah kelompok supir/kernet/ojeg/pedagang (9.2%), terdapat pula pelajar dan mahasiswa (5%) dan PNS/TNI/POLRI dengan proporsi sekitar 4.4 %. Distribusi responden menurut Jumlah pelanggan yang dilayani pada seminggu terakhir yaitu proporsi tertinggi pada kelompok jumlah pelanggan kurang dari 11 orang sebanyak 73%, bahkan di Kabupaten Bekasi proporsinya hampir 97%. Sedangkan di Kota Bandung proporsi responden sebanyak 26% melayani pelanggan lebih dari 37 orang dalam seminggu terakhir.

5.2.5 Faktor Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah pernah terpapar informasi secara aktif, yaitu sebesar 58%. Namun di Kabupaten Bekasi masih ada 17.6% responden yang tidak terpapar informasi, sedangkan di Kota Bandung relatif lebih kecil (15.6%). Beberapa variabel faktor pelayanan kesehatan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.6 Distribusi Responden Menurut Faktor Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011

Variabel	Bekasi		Bandung		Total	
	n =	250 (100%)	n =	250 (100%)	n =	500 (100%)
Keterpaparan informasi						
Tidak Terpapar	44	17.6	39	15.6	83	16.6
Terpapar Pasif	49	19.6	78	31.2	127	25.4
Terpapar Aktif	157	62.8	133	53.2	290	58
Menerima Obat IMS/PPB						
Tidak Pernah	220	88	242	97	462	92
Pernah	23	9	8	3	31	6
Pernah Tes HIV						
Tidak Pernah	121	48	116	46	237	47
Pernah	129	52	134	54	263	53
Kepemilikan kondom						
Tidak memiliki	125	50	161	64	214	43
memiliki	125	50	89	36	286	57
Akses kondom						
Sulit	13	5	0	0	13	3
Mudah	228	91	250	100	478	96
Kondom Gratis						
Tidak Pernah Menerima	139	56	168	67	307	61
Pernah Menerima	107	43	81	32	188	38
Peluang Menggunakan Kondom						
Sulit	63	26.5	97	38.96	160	32.9
Agak Sulit	140	59	134	53.8	274	56.3
Mudah	34	14	18	7.2	52	10.7

Dari tabel di atas diketahui bahwa proporsi responden yang menerima pengobatan presumtif berkala hanya sebanyak 6%, sehingga masih banyak responden yang tidak pernah minum obat PPB tersebut. Adapun distribusi

responden yang pernah memeriksakan status HIV nya sebanyak 47% dan masih sebagiannya belum pernah tes HIV (53%), pola proporsinya hampir sama di Kabupaten Bekasi dan Bandung.

Adapun akses kondom yang sulit diamati oleh pewawancara hanya sebesar 3% di Kabupaten Bekasi, sedangkan pewawancara menyatakan mudah di Kota Bandung, sedangkan 53% responden menyatakan memiliki kondom pada saat wawancara dan sebagian (50%) di Kabupaten Bekasi memiliki kondom, sedangkan di Kota Bandung terdapat 64% responden yang menyatakan tidak memiliki kondom saat wawancara. Peneliti kemudian melakukan perhitungan peluang untuk menggunakan kondom dengan membuat variabel baru berdasarkan tiga variabel sebelumnya yaitu variabel kepemilikan kondom, variabel akses kondom dan variabel kondom gratis. Dari hasil tersebut maka diperoleh kategori variabel peluang menggunakan kondom yang sulit yaitu hanya terjadi di 32.9% responden sedangkan terbanyak yaitu kategori agak sulit karena mungkin tidak menerima kondom gratis atau tidak memiliki kondom atau sulit memperoleh kondom berdasarkan pengamatan pewawancara namun peluangnya cukup besar yaitu 56.3%, sedangkan peluang yang mudah yaitu sebesar 10.7%.

5.3 Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat menilai hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Nilai asosiasinya berupa *Prevalens Odds Ratio* yang dilengkapi dengan nilai 95% CI dan nilai p untuk menunjukkan signifikansi dari hubungan kedua variabel tersebut.

5.3.1 Hubungan Antara Karakteristik Responden Dengan Kejadian IMS

Hasil penelitian hubungan karakteristik responden dengan kejadian Infeksi menular seksual secara terinci dapat dilihat pada tabel 5.3.1 berikut ini. Pada variabel umur dikategorikan menjadi umur kurang dari 25 tahun dan kategori yang berisiko adalah umur lebih dari 25 tahun. Sedangkan variabel pendidikan dikategorikan dengan pendidikan rendah sebagai faktor risikonya yaitu yang berpendidikan tidak sekolah, SD dan SMP sederajat.

Tabel. 5.7. Hubungan Karakteristik Responden dengan Kejadian IMS
Di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011

Variabel	Status IMS				OR	95% CI	Nilai p
	Positif		Negatif				
	n	%	n	%			
Umur							
> 25 tahun	62	25.94	177	74.06	1.87	(1.17-2.98)	0.005
< 25 tahun	41	15.77	219	84.23			
Tingkat Pendidikan							
Pendidikan dasar	84	20.39	328	79.61	0.98	(0.62-1.55)	0.949
Pendidikan Lanjutan	18	20.69	69	79.31			
Status Pernikahan							
Menikah dan Pernah menikah	80	20.62	308	79.38	1.01	(0.66-1.51)	0.984
Belum Menikah	23	20.54	89	79.46			
Tempat Tinggal Sekarang							
Sendiri, Bersama keluarga, teman dan wanita lain di lokalisasi	94	20.09	374	79.91	0.68	(0.23-1.44)	0.158
Bersama Suami/Pasangan Tetap	9	31.03	20	68.97			
Lama bekerja							
Lebih dari 2 tahun	57	27.80	148	72.20	2.17	(1.34-3.5)	0.0007
Kurang dari 2 tahun	41	15.07	231	84.93			
Penghasilan							
Kurang dari Rp.500.000	81	21.83	290	78.17	1.36	(0.7-2.4)	0.2477
Lebih dari Rp.500.000	22	17.05	107	82.95			
Usia Seks Pertama							
Kurang dari 17 tahun	48	48.98	223	58.07	0.69	(0.4-1.1)	0.105
Lebih dari 17 tahun	50	51.02	161	41.93			

Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa hubungan umur responden dengan kejadian IMS pada responden dengan umur berisiko (lebih dari 25 tahun) maka dengan OR 1.87 95%CI (1.17-2.98) dengan nilai p 0.005 maka hipotesis nol ditolak, sehingga ada hubungan antara umur responden dengan kejadian IMS.

Pada variabel tingkat pendidikan nilai OR 0.98 dengan 95%CI (0.62-1.55) dan p value 0.949 maka dari hipotesis nol ditolak artinya tidak ada hubungan anatar tingkat pendidikan dengan kejadian IMS.

Variabel status pernikahan diperoleh nilai OR mendekati 1, maka tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara yang pernah menikah dan yang belum menikah dalam kejadian IMS. Untuk variabel tempat tinggal dengan kategori tinggal dengan orang lain bersama dianggap sebagai risiko maka diperoleh OR sebesar 0.68 dengan CI 95% (0.33-1.18) namun secara statistik bermakna karena nilai p 0.158. Variabel lama bekerja memperoleh hasil asosiasi OR sebesar 2.17 dengan CI 95% (1.34-3.5) dengan p 0.0007 secara asosiasi bermakna demikian pula secara statistik. Penghasilan sebagai variabel yang memperoleh asosiasi OR sebesar 1.36 95%CI (0.7-2.4) dengan nilai p.2.477, secara statistik bermakna. Sedangkan usia pertama melakukan sex diperoleh hubungan asosiasi sebesar 0.74 (0.52-1.108) dengan p value 0.105, secara statistik bermakna dengan kejadian IMS.

5.3.2 Hubungan Antara Pengetahuan Sikap Perilaku Responden dengan Status IMS

Hasil penelitian yang menunjukkan hubungan antara pengetahuan sikap dan perilaku responden dengan status IMS dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel.5.8. Hubungan pengetahuan sikap dan perilaku Responden dengan Kejadian IMS Di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011

Variabel	Status IMS				OR	95% CI	Nilai P
	Positif		Negatif				
	n	%	n	%			
Konsistensi menggunakan kondom							
Tidak Konsisten	81	21.09	303	78.91	1.14	(0.66-2.03)	0.61
Konsisten	22	18.97	94	81.03			
Kebiasaan Bilas Vagina							
Ya	13	21.31	48	78.69	1.05	(0.49-2.07)	0.883
Tidak	90	20.50	349	79.50			
Pengalaman Gejala IMS							
Ya	54	20.85	205	79.15	1.01	(0.6-1.59)	0.981
Tidak	49	20.76	187	79.24			
Pengetahuan HIV							

Kurang	74	19.89	298	80.11	0.85	(0.6-1.26)	0.5
Baik	29	22.66	99	77.34			
Persepsi berisiko							
Tidak merasa berisiko	17	18.68	74	81.32	0.86	(0.6-1.26)	0.5
Merasa berisiko	86	21.03	323	78.97			
Konsumsi Alkohol							
Ya	70	21.88	250	78.13	1.25	(0.7-2.0)	0.34
Tidak	33	18.33	147	81.67			
Penggunaan napza suntik							
Ya	1	33.33	2	66.67	1.93	(0.3-37.3)	0.58
Tidak	102	20.56	394	79.44			

Berdasarkan tabel tersebut diatas dapat diketahui bahwa hubungan antara variabel konsistensi penggunaan kondom sebagai variabel utama dalam penelitian ini menghasilkan hubungan asosiasi OR sebesar 1.14 dengan 95% CI (0.66-2.03) dengan nilai p sebesar 0.61.

Kebiasaan menggunakan pelayanan bilas vagina oleh responden menghasilkan nilai OR sebesar 1.05 dengan nilai p 0.8 dengan nilai 95%CI (0.49-2.07), walaupun secara statistik tidak bermakna namun ini merupakan salah satu risiko untuk terjadinya IMS. Pengalaman gejala IMS menunjukkan hubungan sebesar 1.01 dengan 95% CI (0.6-1.59) dengan nilai p 0.98 maka secara statistik hipotesa nol diterima artinya tidak ada perbedaan bermakna yang pernah mengalami gejala IMS dengan kejadian IMS. Demikian pula dengan Pengetahuan HIV/IMS menghasilkan hubungan asosiasi OR 0.85 dengan 95% CI (0.6-1.26) nilai p 0.5. secara statistik tidak bermakna.

Hasil yang sama juga diperoleh pada variabel Persepsi berisiko dari responden menghasilkan asosiasi sebesar 0.86 dengan nilai p 0.5. Konsumsi alkohol sebagai variabel yang diprediksi dapat berhubungan dengan kejadian IMS yaitu berasosiasi sebesar 1.25 dengan 95%CI (0.7-2.0) dengan nilai p 0.34. sedangkan Penggunaan napza suntik mempunyai nilai asosiasi yang cukup besar namun kurang memenuhi syarat uji chi square karena nilai expected kurang dari 5, namun nilai asosiasinya cukup besar yaitu 1.93 walaupun dilai p 0.58.

5.3.3 Hubungan Antara Faktor Pelanggan dengan Status IMS

Hubungan antara pekerjaan pelanggan dan jumlah pelanggan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel.5.9. Hubungan Pekerjaan Pelanggan dan Jumlah Pelanggan seminggu terakhir dengan Kejadian IMS Di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011

Variabel	Status IMS				OR	95% CI	Nilai p
	Positif		Negatif				
	n	%	n	%			
Pekerjaan Pelanggan							
Pekerjaan Tidak Tetap	66	21.43	242	78.57	1.14	(0.7-1.8)	0.561
Pekerjaan Tetap	37	19.27	155	80.73			
Jumlah Pelanggan seminggu terakhir							
Lebih dari 12	26	20.31	102	79.69	0.98	(0.5-1.6)	0.931
Kurang atau sama dengan 12	74	20.67	284	79.33			

Berdasarkan tabel 5.3.3. tersebut diatas dapat dijelaskan bahwa ada hubungan antara pekerjaan pelanggan dengan kejadian IMS walaupun tidak bermakna secara statistik karena nilai p 0.561. Sedangkan pada variabel jumlah pelanggan seminggu terakhir diperoleh hubungan dengan nilai OR sebesar 0.98 dengan 95% CI(0.5-1.6) dengan nilai p 0.931, maka secara statistic tidak bermakna.

5.3.4 Hubungan Antara Faktor Pelayanan Kesehatan dan Peluang penggunaan Kondom dengan Status IMS

Hasil analisis bivariat antara variabel pada faktor pelayanan kesehatan serta variabel peluang menggunakan kondom dapat diketahui pada tabel berikut ini.

Tabel.5.10. Hubungan Pelayanan Kesehatan dan Peluang penggunaan Kondom dengan Kejadian IMS Di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011

Variabel	Status IMS				OR	95% CI	Nilai p
	Positif		Negatif				
	n	%	n	%			
Keterpaparan informasi							
Tidak Terpapar	91	88.35	12	11.65	1.65	(0.84-3.4)	0.129
Terpapar	326	82.12	71	17.88			
Menerima Obat IMS/PPB							
Tidak Pernah	91	19.70	371	80.30	0.45	(0.1-1.07)	0.0357
Pernah	11	35.48	20	64.52			
Pernah Tes HIV							
Tidak	40	16.88	197	83.12	0.64	(0.4-1.02)	0.0507
Pernah	63	23.95	200	76.05			
Kepemilikan kondom							
Tidak memiliki	67	23.43	219	44.84	1.50	(0.9-2.4)	0.0708
Memiliki	36	16.98	176	83.02			
Akses kondom							
Sulit	2	15.38	11	84.62	0.69	(0.07-3.2)	0.639
Mudah	99	20.71	379	79.29			
Kondom Gratis							
Tidak Pernah Menerima	66	21.50	241	78.50	1.12	(0.6-1.8)	0.62
Pernah Menerima	37	35.92	151	80.32			
Peluang Menggunakan Kondom							
Sulit	40	25.00	120	75.00	1.45	(0.89-2.3)	0.108
Mudah	61	60.40	265	81.29			

Pada responden yang tidak terpapar informasi tentang HIV dan IMS diperoleh asosiasi OR sebesar 1.65 dengan nilai P 0.129, sedangkan pada responden yang tidak pernah menerima obat presumtif berkala (PPB) nilai OR 0.45 dengan nilai p 0.0357. adapun responden yang tidak pernah melakukan tes hiv nilai OR yang dihasilkan sebesar 0.64 dengan nilai p 0.0507.

Pada variabel kepemilikan kondom, responden yang tidak memiliki kondom terhadap yang memiliki kondom nilai OR sebesar 1.5 dengan nilai p

sebesar 0.0708 (95%CI 0.9-2.4). adapun akses kondom yang sulit berdasarkan pengamatan pewawancara terhadap akses kondom yang mudah menghasilkan OR 0.69 dengan nilai P 0.639. Sedangkan variabel pernah menerima kondom gratis pada responden yang tidak menerima kondom gratis menghasilkan OR 1.12 dengan nilai p 0.62. Dari ketiga variabel tersebut maka peneliti membuat variabel baru yaitu variabel peluang menggunakan kondom, maka diketahui pada responden dengan peluang kondom yang sulit diketahui OR sebesar 1.45 dengan 95% CI anatar 0.89-2.3 dengan nilai p 0.108 yang selanjutnya menjadi kandidat pada analisis multivariat.

5.4. Analisis Stratifikasi

Analisis stratifikasi dilakukan untuk mengontrol hubungan variabel konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian IMS yang di kontrol oleh variabel untuk mengetahui variabel yang akan menjadi potensial efek modifikasi, analisa dilakukan pada seluruh variabel penelitian. Adapun hasil analisis stratifikasi dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.11. Analisis stratifikasi Konsistensi Penggunaan Kondom dengan kejadian Infeksi Menular Seksual

Variabel	OR	(95%CI)	Homogeneity test (nilai P)	Ket
Umur				
< 25 tahun	1.56	0.682-3.939	0.129	
≥ 25 tahun	0.67	0.309-1.551		
Tingkat Pendidikan				
Pendidikan dasar	1.03	0.455-6.246	0.5201	
Pendidikan Lanjutan	1.57	0.455- 1.997		
Status Pernikahan				
Menikah dan Pernah menikah	1.16	0.604-2.334	0.93	
Belum Menikah	1.1	0.337-3.355		
Tempat Tinggal Sekarang				
Sendiri, Bersama keluarga, teman dan wanita lain di lokalisasi	1.11	0.6-2.17	0.323	
Bersama Suami/Pasangan Tetap	0.33	0.02-6.57		

Lama bekerja

Variabel	OR	(95%CI)	Homogeneity test (nilai P)	Ket
Lebih dari 2 tahun	1.40	0.61-3.44	0.593	
Kurang dari 2 tahun	1.03	0.46-2.52		
Penghasilan				
Kurang dari Rp.500.000	1.58	0.8-3.2	0.0364	Potensial EM
Lebih dari Rp.500.000	0.45	0.1-1.4		
Usia Seks Pertama				
Kurang dari 17 tahun	0.76	0.35-1.73	0.1359	
Lebih dari 17 tahun	1.699	0.75-4.11		
Pekerjaan Pelanggan				
Pekerjaan Tidak Tetap	1.04	0.52-3.92	0.661	
Pekerjaan Tetap	1.34	0.53-2.16		
Jumlah Pelanggan				
Lebih dari 12	1.00	0.44-3.28	0.788	
Kurang atau sama dengan 12	1.17	0.49-2.14		
Kebiasaan Bilas Vagina				
Ya	2.00	0.57-1.944	0.4008	
Tidak	1.04	0.42-12.6		
Pengalaman Gejala IMS				
Ya	1.01	0.48-2.24	0.664	
Tidak	1.287	0.55-3.26		
Pengetahuan HIV				
Kurang	1.23	0.64-2.48	0.662	
Baik	0.95	0.335-2.98		
Persepsi berisiko				
Tidak merasa berisiko	3.17	0.64-30.62	0.15	
Merasa berisiko	0.94	0.52-1.76		
Konsumsi Alkohol				
Ya	0.98	0.48-2.055	0.53	
Tidak	1.378	0.548-3.809		
Keterpaparan informasi				
Tidak Terpapar	1.47	0.81-2.77	0.015	Potensial EM
Terpapar	0.21	0.04-1.27		
Menerima Obat IMS/PPB				
Tidak Pernah	1.52	0.827-2.944	0.032	Potensial EM
Pernah	0.21	0.026-1.555		
Pernah Tes HIV				
Tidak	1.24	0.604-2.619	0.71	
Pernah	1.01	0.432-2.619		

Variabel	OR	(95%CI)	Homogeneity test (nilai P)	Ket
<i>Kepemilikan kondom</i>				
Tidak memiliki	1.53	0.8-3.03	0.244	Potensial EM
Memiliki	0.74	0.24-2.73		
Kondom Gratis				
Tidak Pernah Menerima	0.95	0.48-1.98	0.399	
Pernah Menerima	1.544	0.60-4.4		
Peluang menggunakan kondom				
Peluang Sulit	1.26	0.544-3.11	0.87	
Peluang mudah	1.16	0.55-2.65		

Dari analisis tersebut diketahui bahwa interaksi dari hubungan konsistensi kondom dengan kejadian IMS yang diinteraksi dengan variabel penghasilan (nilai $P=0.0364$), interaksi variabel konsistensi kondom dengan kejadian IMS yang diinteraksi dengan variabel keterpaparan informasi (nilai $P=0.0150$) dan interaksi variabel konsistensi kondom dengan kejadian IMS yang diinteraksi dengan variabel pernah menerima obat PPB (nilai $P=0.032$), ketiga interaksi tersebut dianggap paling kuat hubungannya sehingga akan dilanjutkan sebagai variabel baru dan yang akan diikuti sebagai kandidat dalam analisis multivariat. Adapun tes homogeneity yang dilakukan adalah dengan menggunakan Breslow day

5.4 Hasil Analisis Multivariat

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa beberapa variabel yang mempunyai nilai $p < 0,25$ dan tiga variabel baru sebagai hasil interaksi pada analisis stratifikasi. Jumlah variabel tersebut dan nilai P dapat dilihat pada tabel berikut ini, selanjutnya akan dimasukkan ke dalam model dasar untuk analisis multivariat.

Tabel 5.12. Daftar Variabel Kandidat Model Awal Analisis Multivariat

No	Variabel	Nilai P
1.	Umur	0.005
	< 25 Tahun	
	≥25 Tahun	
2.	Tempat tinggal	0.158
	Sendiri, Bersama keluarga, teman dan wanita lain di lokalisasi	
	Bersama Suami/Pasangan Tetap	
3.	Lama kerja	0.0007
	≥ 2 tahun	
	< 2 tahun	
4.	Penghasilan	0.248
	≤ Rp.500.000,-	
	>Rp.500.000,-	
5.	Usia Seks Pertama	0.105
	≤ 17 Tahun	
	> 17 Tahun	
6.	Keterpaparan Informasi	0.129
	Tidak Terpapar	
	Terpapar	
7.	Obat PPB	0.036
	Tidak Pernah	
	Pernah	
8.	Tes HIV	0.051
	Tidak Pernah	
	Pernah	
9.	Kepemilikan kondom	0.071
	Tidak Memiliki	
	Memiliki	
10.	Peluang Penggunaan kondom	0.108
	Peluang Sulit	
	Peluang Mudah	

Pada tahap awal dimasukkan kesepuluh variabel tersebut untuk mendapatkan model awal. Model ini akan menjadi acuan dalam menilai variabel mana yang harus dikeluarkan atau dipertahankan dalam model. Model awal dapat dilihat pada tabel seperti berikut :

Tabel 5.13. Model Awal Analisis Multivariat Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom Dalam Satu Bulan Terakhir dengan Kejadian IMS

Variabel	OR	95% Conf. Interval		P>z
		Min	Max	
Konsistensi Kondom				
	1.323641	0.720603	0.366	2.431332
Tidak Konsisten				
Konsisten				
Umur	1.340091	0.809546	0.255	2.218335
Tempat tinggal	0.661799	0.24918	0.408	1.757676
Lama kerja	2.260621	1.347714	0.002	3.791906
Penghasilan	1.273361	0.710374	0.417	2.282528
Usia Seks Pertama	0.654355	0.40054	0.09	1.069008
Keterpaparan Informasi	0.903253	0.433814	0.786	1.880684
Pernah Menerima Obat PPB	0.631705	0.270531	0.288	1.475064
Pernah Tes HIV	1.448879	0.858361	0.165	2.445649
Kepemilikan kondom	1.099483	0.595404	0.762	2.030322
Peluang Penggunaan kondom	1.431843	0.795251	0.232	2.578023

Dari Model awal tersebut maka dilakukan tahap backward untuk mengeluarkan variabel dari model yang masih memiliki nilai P terbesar secara bertahap, adapun variabel yang dikeluarkan secara bertahap adalah sebagaimana pada tabel berikut ini

Tabel 5.14. Tahapan Model Backward Analisis Multivariat Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom Dalam Satu Bulan Terakhir dengan Kejadian IMS

Tahapan Model	
Model 1	Full Model
Model 2	Tanpa Keterpaparan informasi
Model 3	Tanpa variabel Keterpaparan informasi dan Kepemilikan Kondom
Model 4	Tanpa Variabel Keterpaparan informasi, Kepemilikan Kondom dan Penghasilan
Model 5	Tanpa Variabel Keterpaparan informasi, Kepemilikan Kondom, Penghasilan dan Tempat Tinggal
Model 6	Tanpa Variabel Keterpaparan informasi, Kepemilikan Kondom,

Tahapan Model	
Penghasilan , Tempat Tinggal dan Umur	
Model 7	Model Akhir

Dari Metode enter tersebut maka diperoleh model akhir sebagaimana pada tabel berikut ini

Tabel 5.15. Tabel Model Akhir Analisis Multivariat antara Konsistensi penggunaan kondom dengan Kejadian IMS

Variabel	OR	95% Conf. Interval		P>z
		Min	Max	
Konsistensi Kondom	1.40	0.784	2.519	0.252
Lama kerja	2.39	1.463	3.921	0.001
Umur Seks Pertama	0.62	0.383	1.011	0.055
Pernah Menerima Obat PPB	0.58	0.254	1.358	0.214
Pernah Tes HIV	1.50	0.915	2.482	0.106
Peluang menggunakan kondom	1.51	0.917	2.500	0.105

Dari model akhitersebut diketahui bahwa WPS yang tidak konsisten menggunakan kondom mempunyai peluang untuk menderita infeksi menular seksual 1.4 kali dibandingkan yang konsisten setelah dikontrol oleh variabel lama kerja, Umur Seks Pertama, Pernah Menerima Obat PPB, Pernah Tes HIV, Peluang menggunakan kondom.

Adapun berdasarkan Zhang (1998), bahwa apabila insidens dari suatu outcome lebih dari 10 % maka pada logistik regresi odds rasio seringkali lebih dari perkiraan sebenarnya (overestimate) oleh karena itu odds rasio perlu disetarakan dengan resiko relatif dengan mempertimbangkan nilai OR dan P0 yaitu kelompok yang mendapat outcome atau sakit pada kelompok non expose. Dengan rumus

$$RR = \frac{OR}{(1-p_0) + (p_0 \times OR)}$$

Maka berdasarkan rumus tersebut maka Resiko relatif (RR) pada penelitian ini adalah sebesar 1.3 dengan 95% CI 0.784 - 2.519.

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan Laporan STBP 2011, diketahui bahwa ada beberapa keterbatasan penelitian yang terjadi dalam survey tersebut antara lain pada kuesioner pola loncatan pertanyaan yang salah mengakibatkan adanya data yang tidak terkumpul; pertanyaan yang berbeda dari tahun sebelumnya, sehingga pada saat analisis tidak dapat dibandingkan; dan jumlah pertanyaan terlalu banyak yang menyebabkan kelelahan/kejenuhan responden dalam menjawab. Untuk itu, dalam melakukan analisis perlu mempertimbangkan keterbatasan tersebut.

Keterbatasan lain juga tidak semua kabupaten/kota mempunyai pemetaan populasi paling berisiko terkini, dan alasan keamanan serta letak geografis lokasi yang menyebabkan kesulitan untuk didatangi, hal tersebut mempengaruhi proses *sampling*, kurang kooperatifnya mami, mucikari, dan pemilik tempat hiburan untuk membolehkan tim survei memasuki lokasi terpilih, dan ketakutan responden terhadap pengambilan sampel biologis.

Sedangkan keterbatasan pada penelitian ini antara lain dari desain penelitian yang digunakan adalah potong lintang, dengan variabel dependen dan variabel independen diukur secara bersamaan dalam satu waktu, sehingga interpretasi hasil tidak cukup untuk menentukan arah hubungan sebab akibat antara variabel dependen dan independen.

Keterbatasan lain pada penelitian ini adalah penggunaan data sekunder sehingga data yang digunakan memiliki tujuan yang berbeda dengan tujuan penelitian ini. Bias yang dapat terjadi antara lain adalah recall bias karena terdapat pertanyaan yang menanyakan kondisi responden pada masa lampau, selain itu juga terkait dengan penggalian informasi yang sensitif dan sangat pribadi berkaitan dengan pekerjaan dan aktivitas seksualnya sehingga memungkinkan adanya bias informasi.

Selain itu kemungkinan banyak variabel lain yang belum diamati namun mempengaruhi hubungan penggunaan kondom dengan kejadian IMS yang belum diamati juga bagian dari keterbatasan penelitian ini.

6.2. Perhitungan Power Penelitian

Perhitungan power penelitian dilakukan dengan menggunakan rumus Kelsey (1996) yang besumber pada rumus perhitungan besar sampel. Rumus perhitungan power sebagai berikut:

$$Z_{\beta} = \left(\frac{n(d)^2 r}{(r + 1)P(1 - \bar{P})} \right)^{1/2} - Z_{\frac{\alpha}{2}}$$

Dari hasil penelitian diketahui jumlah sampel kelompok terpapar (n) sebanyak 384 dengan proporsi sakit pada kelompok terpapar (p1) sebesar 0.21 dan proporsi sakit pada kelompok tidak terpapar (p0) adalah sebesar 0.18 maka proporsi rata-rata dari kedua kelompok (P) adalah 0.029 dengan d* adalah selisih p1 dengan p0 maka d* adalah 0.03 dengan r adalah perbandingan jumlah n pada terpapar dan n tidak terpapar maka r adalah 3.31.dengan $Z_{\frac{\alpha}{2}}$ adalah 1.96.

Berdasarkan rumus tersebut maka diperoleh perhitungan nilai Z_{β} pada penelitian ini adalah sebesar 2.75 maka berdasarkan tabel konversi maka penelitian ini lebih dari nilai maksimum yaitu 2.4, sehingga nilainya cukup baik (99.4%) untuk mendeteksi hubungan asosiasi variabel independen terhadap variabel dependen.

6.3. Distribusi Responden berdasarkan Variabel Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian HIV (+) sebanyak 46 orang atau sebesar 9% positif, sedangkan status sifilis sebanyak 64 atau 13% positif. Dari hasil tersebut maka sebagaimana definisi operasional status IMS maka diperoleh 103 positif IMS maka prevalensi IMS pada penelitian ini sebesar 21%.

Proporsi responden berdasarkan status HIV positif lebih tinggi di Kota Bandung sebesar 11.6% dibanding di Kabupaten Bekasi (7%) sedangkan pada proporsi responden berdasarkan status sifilis positif lebih tinggi di Kabupaten Bekasi yaitu sebesar 15% sedangkan di Kota Bandung 10%.

Berdasarkan penelitian di Vietnam, tingkat seroprevalensi HIV mencapai 5.2% di kalangan WPS sedangkan seroprevalens sifilis lebih tinggi yaitu sebesar 72.7% dengan jumlah sampel 968.

Proporsi responden tertinggi pada kelompok umur 20-24 tahun yaitu sebesar 33%, namun terdapat perbedaan proporsi kelompok umur di Kabupaten

Bekasi dan Bandung, di Bekasi proporsi kelompok umur tertinggi pada 25-29 tahun sebesar 32%, sedangkan proporsi tertinggi di Kota Bandung adalah kelompok Umur 20-24 tahun sebesar 37%. Demikian halnya penelitian di Vietnam, umur terbanyak responden adalah pada kelompok umur 21-30 tahun sebesar 44.2%.

Proporsi tingkat pendidikan responden secara keseluruhan terbanyak adalah menamatkan SMP sederajat yaitu sebesar 40.9%, proporsinya lebih rendah dari Kota Bandung yaitu 46.4%, sedangkan di Kabupaten Bekasi responden lebih banyak hanya menamatkan pendidikan sampai SMP sederajat yaitu sebesar 46%, sedangkan responden yang tidak sekolah lebih banyak yaitu sebesar 5.2% dibandingkan di Kota Bandung hanya 1 responden atau 0.4%.

Status pendidikan di Vietnam juga menunjukkan keadaan yang relatif lebih rendah pada karakteristik tingkat pendidikan yaitu pada pendidikan dasar (primary school) sebesar 43.6%, sedangkan pada tingkat pendidikan lanjutan pertama 16.2% dan masih terdapat responden WPS yang tidak bersekolah dan proposinya masih tinggi yaitu sebesar 31.2%.

Pada variabel status pernikahan proporsi menikah hanya sebesar 7%, sedangkan proporsi terbanyak adalah yang pernah menikah yaitu lebih dari 70% responden, sedangkan proporsi belum menikah lebih banyak di Kota Bandung (30%) di bandingkan dengan Kabupaten Bekasi (14.8%). Status pernikahan tersebut hampir sama dengan hasil penelitian di vietnam yaitu 69.8% responden tidak menikah (Thuy, 2006) sedangkan pada penelitian Ompusunggu proporsi WPS yang sudah menikah sebanyak 38.1% sedangkan yang belum menikah adalah sebanyak 12,3%. Hasil STBP 2011 pada variabel status perkawinan perlu dipertimbangkan terkait dengan kemungkinan interaksi antara populasi paling berisiko (populasi berisiko tinggi) dengan populasi umum. Status perkawinan yang dimaksud adalah ikatan perkawinan yang sah antara lawan jenis. Status belum kawin mayoritas terdapat pad waria, LSL, dan Penasun. Status pernah kawin mayoritas terdapat pada WPSL dan WPSTL

Bersama wanita lain di lokalisasi adalah tempat tinggal sekarang bagi sebagian besar responden (56%) dan proporsi di Kota Bandung lebih banyak (74%) daripada di Kabupaten Bekasi (38.8%). Lama bekerja satu sampai dua

tahun adalah proporsi lama bekerja terbanyak di seluruh responden (47.8%) dengan proporsi yang hampir sama di Kabupaten Bekasi yaitu 48.8% sedangkan di Kota Bandung sebesar 46.8%, hanya saja di Kota Bandung proporsi yang baru bekerja kurang dari 1 tahun lebih banyak atau sekitar 10% di bandingkan di Kota Bekasi yang hanya 3.2%.

Penghasilan dari tamu terakhir sebagian besar (74.2%) hanya menerima kurang dari Rp.150.000,- (seratus lima puluh ribu rupiah), sedangkan yang menerima rata-rata antara Rp.150.000 sampai Rp.500.000 lebih banyak di Kota Bekasi yaitu sekitar 32%, sedangkan yang menerima lebih dari Rp.500.000,- (lima ratus ribu rupiah) proporsinya hampir sama pada responden di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung.

Adapun karakteristik responden berdasarkan usia pertama melakukan hubungan seks, proporsi terbanyak berada pada kelompok umur 15-19 tahun sebesar 62.6%. Pada kelompok umur anak-anak atau kurang dari 15 tahun proporsinya lebih tinggi di Kabupaten Bekasi (28.2%) dibandingkan di Kota Bandung (8.4%).

Variabel konsistensi penggunaan kondom ini merupakan variabel utama dalam penelitian ini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak konsisten menggunakan kondom, yaitu sebesar 76.8%, sedangkan yang konsisten hanya 23.2% , tidak terlalu berbeda dengan hasil penelitian mulyati (2001) yang dilakukan di Cileungsi pada tahun 2001 yaitu sebesar 19.7% dari dua tempat penelitian dengan proporsi lebih banyak di Kabupaten Bekasi (94.8%).

Pada penelitian Ompusunggu tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pemakaian kondom pada pelanggan wanita penjaja seks dalam rangka pencegahan HIV/AIDS di Kota Singkawang Tahun 2005, prevalensi penggunaan kondom oleh pelanggan WPS di Kota Singkawang adalah 24,8%. Sedangkan pada penelitian Sulistijani di Bali diketahui bahwa 12.8% selalu menggunakan kondom sedangkan sisanya 87.2% tidak selalu menggunakan kondom (Ompusunggu)

Sedangkan proporsi lebih tinggi diketahui dari penelitian Subhan di Jakarta dari hasil penelitian didapatkan hasil sebanyak 63.1% responden memiliki perilaku penggunaan kondom secara konsisten. Hutahaen, M A pada

penelitiannya tentang Hubungan intensitas menawarkan kondom dengan perilaku penggunaan kondom pada seks komersial di Jaya Pura dan Merauke (analisis data sekunder STBP 2007) diketahui WPS yang tidak konsisten menggunakan kondom adalah sebesar 50,2%. (Hutahaen, 2008). Sedangkan penelitian di Vietnam hanya 35% responden yang konsisten menggunakan kondom pada setiap aktivitas seksual mereka, sedangkan lainnya 43% kadang-kadang menggunakan dan 22% tidak pernah menggunakan kondom. (Thuy, 2006) Hal tersebut perlu mendapat perhatian dari seluruh pihak terkait dengan strategi penggunaan kondom untuk dapat mengurangi resiko penularan IMS.

Kebiasaan bilas vagina dengan mendatangi tempat pelayanan khusus bilas vagina dilakukan oleh sekitar 12% responden. Sedangkan proporsi responden yang tidak melakukannya di Kabupaten Bekasi sebesar 91% sedangkan di Kota Bandung 85%. Sedangkan dari penelitian di Vietnam vaginal douching sebanyak 66.8%

Pengalaman mendapatkan salah satu dari tiga gejala IMS proporsinya sebanyak 46%, proporsi tersebut hampir sama baik di Kabupaten Bekasi maupun Bandung. Sebanyak 50% responden pada penelitian di Vietnam pernah mengalami gejala IMS.

Variabel Pengetahuan yang baik tentang HIV maupun IMS merupakan komposit dari beberapa pertanyaan tentang cara pencegahan dan penularan HIV, proporsi responden yang termasuk dalam kategori baik hanya 25.6%, dan jika dibandingkan dengan proporsi pengetahuan yang kurang baik lebih banyak terdapat pada responden di Kota Bandung (82%) daripada responden di Kabupaten Bekasi (66.8%). Sedangkan berdasarkan penelitian Ompusunggu dapat diketahui bahwa pengetahuan WPS tentang IMS, HIV/AIDS dan Kondom sebanyak 54% persen dengan pengetahuan baik dan sisanya 45,8% berpengetahuan kurang.

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa sebagian besar (81.8%) mempunyai persepsi merasa berisiko tertular HIV dan IMS berkaitan dengan pekerjaannya, dengan proporsi hampir sama di kedua tempat. Sedangkan konsumsi alkohol sudah merupakan kebiasaan sebagian besar reponden (64%),

dengan proporsi responden terbanyak di Kabupaten Bekasi (77%), dibandingkan dengan proporsi responden di Kota Bandung (51%).

Adapun perilaku penggunaan napza suntik hanya pernah dilakukan oleh 3 responden (proporsi <1%) seluruhnya ada pada kelompok responden di Kota Bandung, demikian halnya di Vietnam hanya 0.5% persen responden menggunakan napza suntik.

Sebagian besar responden tidak mengetahui pekerjaan pelanggan (45.4 %), sedangkan yang mengetahui pekerjaan pelanggan, proporsi tertinggi adalah pegawai swasta (34%), proporsi berikutnya adalah kelompok supir/kernet/ojeg/pedagang (9.2%), terdapat pula pelajar dan mahasiswa (5%) dan PNS/TNI/POLRI dengan proporsi sekitar 4.4 %. Pola yang hampir sama diketahui dari penelitian Ompusunggu bahwa pekerjaan pelanggan WPS adalah karyawan swasta sebesar 38.3%, proporsi kedua adalah pedagang dan supir masing-masing 19.2% dan 17.5% sedangkan sisanya PNS, TNI/POLRI sebesar 5.8% dan 4.2%.

Di Vietnam 58.3 % mengetahui jenis pekerjaan pelanggan dengan distribusi pegawai swasta sebesar 43%, 3% berstatus pelajar/mahasiswa, 9% pegawai kantor, 0.5% adalah polisi sedangkan lainnya 25%. Dari hasil analisis dapat dilihat bahwa jenis pekerjaan berhubungan dengan mobilitas pelanggan, dengan pekerjaan mereka yang mobile akan memudahkan pelanggan untuk kontak seksual dengan WPS.

Distribusi responden menurut Jumlah pelanggan yang dilayani pada seminggu terakhir yaitu proporsi tertinggi pada kelompok jumlah pelanggan kurang dari 11 orang sebanyak 73%, bahkan di Kabupaten Bekasi proporsinya hampir 97%. Sedangkan di Kota Bandung proporsi responden sebanyak 26% melayani pelanggan lebih dari 37 orang dalam seminggu terakhir. Pada penelitian di Vietnam untuk jumlah pelanggan lebih dari 20 orang pada bulan lalu sebanyak 41.4%. Jumlah pelanggan dapat mengindikasikan tingginya resiko untuk frekuensi seksual.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah pernah terpapar informasi secara aktif, yaitu sebesar 58%. Namun di Kabupaten Bekasi masih ada 17.6% responden yang tidak terpapar informasi, sedangkan di Kota Bandung relatif lebih kecil (15.6%).

Proporsi responden yang menerima pengobatan presumtif berkala hanya sebanyak 6%, sehingga masih banyak responden yang tidak pernah minum obat PPB tersebut.

Pada penelitian Nurhayati, proporsi WPS yang pernah menerima PPB sebanyak 33,24% dari wilayah penelitian di Surabaya, Denpasar, Semarang dan Banyuwangi, sedangkan yang tidak mendapatkan sebesar 66.76%. Efek protektif pada pemberian PPB pada WPS dalam menurunkan gonore dan klamidia terlihat pada pemberian PPB 3 kali, setelah di kontrol oleh faktor lain. Terlihat adanya efek dose respon pada pemberian PPB namun kemungkinan adanya change masih belum dapat disingkirkan, terutama pada pemberian PPB yang hanya satu kali.

Adapun distribusi responden yang pernah memeriksakan status HIV nya sebanyak 47% dan masih sebagiannya belum pernah tes HIV (53%), pola proporsinya hampir sama di Kabupaten Bekasi dan Bandung.

Pada hasil penelitian diketahui bahwa 53% responden menyatakan memiliki kondom pada saat wawancara dan sebagian (50%) di Kabupaten Bekasi memiliki kondom, sedangkan di Kota Bandung terdapat 64% responden yang menyatakan tidak memiliki kondom saat wawancara.

Ketersediaan kondom dinyatakan tersedia oleh 76.7% pelanggan pada penelitian yang dilakukan di singkawang namun penggunaan kondom pada penelitian tersebut masih rendah yaitu hanya 24.8% (Ompusunggu, 2006). Adapun pada penelitian ini akses kondom yang sulit yang diamati oleh pewawancara hanya sebesar 3% berada di Kabupaten Bekasi, sedangkan seluruh pewawancara menyatakan mudah di Kota Bandung. Ketersediaan kondom dinyatakan tersedia oleh 76.7% pelanggan pada penelitian yang dilakukan di singkawang, dan hampir seluruh pelanggan 98.3% mengatakan harga kondon terjangkau. Penelitian yang dilakukan di Afrika yang menyatakan bahwa rendahnya penggunaan kondom tergantung dari penyediaan dan keterjangkauan, semakin mudah kondom didapat akan semakin mungkin seseorang memakai kondom (Ompusunggu, 2006)

Peneliti kemudian melakukan perhitungan peluang untuk menggunakan kondom dengan membuat variabel baru berdasarkan tiga variabel sebelumnya yaitu variabel kepemilikan kondom, variabel akses kondom dan variabel kondom

gratis. Dari hasil tersebut maka diperoleh kategori variabel peluang menggunakan kondom yang sulit yaitu hanya terjadi di 32.9% responden sedangkan terbanyak yaitu kategori agak sulit karena mungkin tidak menerima kondom gratis atau tidak memiliki kondom atau sulit memperoleh kondom berdasarkan pengamatan pewawancara namun peluangnya cukup besar yaitu 56.3%, sedangkan peluang yang mudah yaitu sebesar 10.7%.

Pada penelitian di Singkawang, tidak ada hubungan antara kesediaan kondom dan keterjangkauan kondom dengan penggunaan kondom pada pelanggan WPS dapat disebabkan karena sebagian pelanggan enggan untuk memakai kondom dengan berbagai alasan, termasuk ketidak tegasan WPS yang tetap melayani pelanggan walaupun pelanggan menolak memakai kondom (Ompusunggu, 2006)

6.4. Hubungan Antara Karakteristik Responden Dengan Kejadian IMS

a. Hubungan Umur dengan kejadian Infeksi Menular Seksual

Pada hasil penelitian dapat diketahui bahwa hubungan umur responden dengan kejadian IMS pada responden dengan umur berisiko (lebih dari 25 tahun) maka dengan OR 1.87 95%CI (1.17-2.98) dengan nilai p 0.005 maka hipotesis nol ditolak, sehingga ada hubungan antara umur responden dengan kejadian IMS.

Sedangkan pada penelitian Nurhayati, WPS yang berumur lebih dari 27 tahun memiliki resiko 0.7 kali lebih rendah untuk terjadi infeksi gonore dan klamidia dibandingkan yang berumur kurang dari 27 tahun (PR 0.7 95% CI 0.89-1.14)

Namun pada penelitian di vietnam hubungan umur dengan kejadian IMS dengan OR sebesar 1.8. dengan fakta bahwa usia yang lebih muda adalah terkait dengan mekanisme biologis (leher rahim belum matang dengan area yang luas dari ektopi.

b. Hubungan Pendidikan dengan kejadian Infeksi Menular Seksual

Pada variabel tingkat pendidikan nilai OR 0.98 dengan 95%CI (0.62-1.55) dan p value 0.949 maka dari hipotesis nol diterima artinya tidak ada hubungan antar tingkat pendidikan dengan kejadian IMS.

Hal tersebut juga pada penelitian Nurhayati bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antar WPS yang berpendidikan tinggi dengan WPS yang berpendidikan

rendah PR 1.00 (95% CI 0.89-1.14). Hal yang sama juga diketahui dari penelitian di Yunan yang menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan untuk risiko terjadinya infeksi gonore dan klamidia antara WPS yang berpendidikan tinggi maupu yang berpendidikan rendah. Namun pada penelitian di Madagaskar diketahui bahwa WPS yang berpendidikan rendah memiliki risiko 2,44 kali terinfeksi IMS dibandingkan yang berpendidikan tinggi (OR 2.44 95% CI 1.27-4.71) (Nurhayati, 2011)

Demikian halnya pada penelitian di Vietnam hubungan pendidikan dengan kejadian IMS dengan OR sebesar 1.7 (95% CI 0.9-3.1).

c. Hubungan Status Pernikahan dengan kejadian Infeksi Menular Seksual

Variabel status pernikahan diperoleh nilai OR mendekati 1, maka tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara yang pernah menikah dan yang belum menikah dalam kejadian IMS. Demikian halnya pada penelitian di vietnam hubungan status pernikahan dengan kejadian HIV dengan OR sebesar 1.01 (0.52-2).

Sekalipun secara norma masyarakat WPS dianggap sebagai sesuatu yang tidak pantas karena menyediakan jasa seksual di luar lembaga perkawinan, mereka tidak bermaksud untuk membongkar struktur keluarga dengan misalnya mendorong hubungan seks tanpa komitmen jangka panjang. Sebagian besar WPS yang belum menikah juga merencanakan membentuk keluarga suatu saat. Hal ini menunjukkan bahwa apa yang mereka lakukan adalah sebatas pekerjaan saja, dan mencoba untuk menempatkan diri untuk tetap mempunyai fungsi dalam struktur masyarakat.(FHI, 2011)

d. Hubungan Tempat Tinggal sekarang dengan kejadian Infeksi Menular Seksual

Untuk variabel tempat tinggal dengan kategori tinggal dengan orang lain bersama dianggap sebagai risiko maka diperoleh OR sebesar 0.68 dengan CI 95% (0.33-1.18) namun secara statistik bermakna karena nilai p 0.158.

Tempat kerja pada penelitian di Vietnam memegang peranan penting terutama di daerah perbatasan provinsi yang dengan endemik tinggi berkaitan erat pula dengan masalah migrasi, tempat pelacuran juga memainkan peranan penting dalam penelitian ini (Thuy, 2006)

f. Hubungan Lama Bekerja dengan kejadian Infeksi Menular Seksual

Variabel lama bekerja memperoleh hasil asosiasi OR sebesar 2.17 dengan CI 95% (1.34-3.5) dengan p 0.0007 secara asosiasi bermakna demikian pula secara statistik.

Masa kerja WPS merupakan salah satu variabel penting yang berkaitan dengan risiko tertular IMS atau HIV. Risiko penularan mungkin akan meningkat seiring dengan lamanya menjadi WPS. Menjadi pekerja seks mungkin bukan pekerjaan seumur hidup ada masanya dimana WPS berhenti dan jumlah pelanggan mereka menurun. Sedangkan pada penelitian Nurhayati, WPS yang sudah bekerja lebih dari 12 bulan memiliki risiko 1.29 kali untuk terjadinya infeksi gonore atau klamidia (PR=1.29 CI 95% 1.17-1.44). (Nurhayati, 2011)

Hasil tersebut sesuai dengan Penelitian yang dilakukan di Vietnam menunjukkan bahwa hubungan lama kerja lebih dari 36 bulan berasosiasi meningkatkan HIV sebesar 1.7 CI 95% (0.8-3.5)(Thuy,2006)

g. Hubungan Penghasilan dengan kejadian Infeksi Menular Seksual

Penghasilan sebagai variabel yang memperoleh asosiasi OR sebesar 1.36 95%CI (0.7-2.4) dengan nilai p.2.477, secara statistik bermakna.

Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Vietnam menunjukkan bahwa hubungan penghasilan US\$5 berasosiasi meningkatkan HIV sebesar 1.22 CI 95% (0.63-2.32) (Thuy,2006)

Hasil survei menunjukkan bahwa permintaan jasa seks dari WPS masih tinggi sekalipun terdapat kenaikan tarif. Untuk WPS tidak langsung, tarifnya naik dari Rp 322.000 (2004) menjadi Rp 564,500. Pada WPS langsung tarifnya meningkat dari rata-rata Rp 93.000 pada tahun 2004 menjadi Rp 170,000 pada tahun 2009 atau naik hampir 100 persen (FHI, 2011)

g. Hubungan Usia Seks Pertama dengan kejadian Infeksi Menular Seksual

Pada hasil analisis diketahui bahwa usia pertama melakukan sex diperoleh hubungan asosiasi sebesar 0.74 (0.52-1.108) dengan p value 0.105, secara statistik bermakna dengan kejadian IMS.

Pada penelitian Nurhayati (2011) diketahui bahwa tidak ada hubungan signifikan untuk terjadinya infeksi gonore dan klamidia diantara WPS yang

melakukan hubungan seks kurang atau sama dengan pada umur 17 tahun (PR=0.94 95% CI 0.85-1.05)

6.5. Hubungan Antara Pengetahuan Sikap Perilaku Responden dengan Kejadian IMS

a. Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual

Hasil penelitian yang menunjukkan hubungan antara variabel konsistensi penggunaan kondom sebagai variabel utama dalam penelitian ini menghasilkan hubungan asosiasi OR sebesar 1.14 dengan 95% CI (0.66-2.03) dengan nilai p sebesar 0.61.

Pada penelitian di Vietnam pada WPS yang tidak konsisten menggunakan kondom maka OR pada yang tidak menggunakan kondom secara konsisten adalah sebesar 1.38 dengan 95% CI (0.7-2.75), sedangkan di Thailand dan negara lainnya memberikan hasil yang hampir sama (OR= 3.12-16). Meskipun 35% WPS sudah menggunakan kondom namun 10 diantaranya tidak menggunakan sejak awal berhubungan seks.

WPS yang konsisten menggunakan kondom dengan pelanggan seminggu terakhir memiliki risiko 0.88 kali lebih kecil untuk terjadinya infeksi gonore atau klamidia dibandingkan dengan WPS yang tidak konsisten (PR=0.88 95% CI 0.78-0.99) sedangkan pada penelitian di Kenya diketahui bahwa penggunaan kondom berpengaruh pada terjadinya infeksi HIV pada responden yang tidak menggunakan kondom meningkatkan risiko terjadinya infeksi OR=1.7 95% CI 0.90-3.1 dengan nilai p 0.05. (Nurhayati, 2011).

Pemakaian kondom merupakan salah satu indikator utama yang mencerminkan perilaku berisiko rendah disamping tidak melakukan hubungan seks (*abstinence*) dan setia kepada pasangan seksnya (*faithful*). Secara nasional, pemakain kondom dalam seks komersial masih rendah, yaitu dibawah 20 persen, demikian juga dengan penggunaan kondom untuk keperluan keluarga berencana (kontrasepsi) masih tergolong rendah. (KPAN, 2011)

b. Hubungan Kebiasaan Bilas Vagina dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual

Kebiasaan bilas vagina oleh responden dalam penelitian ini adalah yang menggunakan jasa pelayanan khusus bilas vagina pada seminggu terakhir menghasilkan nilai OR sebesar 1.05 dengan nilai p 0.8 dengan nilai 95%CI (0.49-2.07), walaupun secara statistik tidak bermakna namun variabel ini merupakan salah satu risiko untuk terjadinya IMS.

Hasil analisis dari penelitian Nurhayati diketahui bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan untuk risiko terjadinya infeksi gonore dan klamidia pada WPS dengan yang tidak melakukan bilas vagina (PR=1.55 95% CI 0.90-2.68). Namun penelitian Farida di Semarang mendapatkan hasil yang berbeda bahwa 80% dan dapat meningkatkan risiko terjadinya IMS (OR=153.2 95% CI 5.4-569.86) dan penelitian di Kenya bahwa bilas vagina meningkatkan risiko terjadinya IMS (OR=1.5 95% CI 0.7-2.9). (Nurhayati, 2011)

c. Hubungan Mengalami Gejala IMS dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual

Pengalaman gejala IMS menunjukkan hubungan sebesar 1.01 dengan 95% CI (0.6-1.59) dengan nilai p 0.98 maka secara statistik hipotesa nol diterima artinya tidak ada perbedaan bermakna yang pernah mengalami gejala IMS dengan kejadian IMS.

d. Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual

Pengetahuan HIV/IMS menghasilkan hubungan asosiasi OR 0.85 dengan 95% CI (0.6-1.26) nilai p 0.5. secara statistik tidak bermakna.

Sesuai dengan indikator MDGs (*Millenium Development Goals*), pengetahuan komprehensif tentang HIV-AIDS berdasarkan pada kemampuan menjawab 5 pertanyaan dengan benar, yaitu tahu bahwa (1) Menggunakan kondom dapat mencegah penularan HIV; (2) Setia dengan satu pasangan seks dapat mencegah penularan HIV; (3) Menggunakan alat makan bersama tidak menularkan HIV; (4) Gigitan nyamuk tidak menularkan HIV, dan. (5) Tidak bisa mengenali ODHA hanya dengan melihat saja. Pada STBP 2011 Responden dikategorikan memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV-AIDS apabila dapat menjawab dengan benar kelima pertanyaan tersebut. Apabila responden

hanya mengetahui satu sampai empat pertanyaan saja, maka tidak dikategorikan sebagai responden yang memiliki pengetahuan komprehensif. (Kemenkes, 2012)

e. Hubungan Persepsi Berisiko dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual

Hasil analisis pada variabel Persepsi berisiko dari responden diperoleh asosiasi sebesar 0.86 dengan nilai $p < 0.05$.

Tujuan dari kampanye penyadaran bahaya HIV/AIDS adalah untuk meningkatkan persepsi risiko kelompok sasaran dengan asumsi bahwa manusia adalah makhluk yang rasional dan akan bertindak rasional untuk memenuhi kepentingannya. Kenyataannya justru pada mereka yang merasa berisiko tertular HIV, lebih besar persentase perilaku seks yang tidak aman yaitu tidak pakai kondom ketika berhubungan seks komersial. Persepsi tentang risiko tidaklah statis, namun bergerak sejalan dengan tahapan adaptasi tersebut dan apa yang dianggap oleh orang luar sebagai risiko, bagi WPS hal itu dipandang sebagai bagian dari keseharian mereka. Program penanggulangan HIV/AIDS mampu membuat mereka sadar akan risikonya namun karena hal itu masih dibarengi dengan banyaknya ketidakpastian tentang aspek kehidupan yang lain (ekonomi, identitas, dis-orientasi nilai-nilai), kesadaran ini sulit untuk diterjemahkan kedalam tindakan praktis. Ilmu kesehatan masyarakat menggolongkan mereka sebagai kelompok berisiko karena kemiripan ciri-ciri epidemiologisnya, yaitu perilaku berisiko tinggi. Apakah mereka sepakat dengan apa yang disebut risiko dalam hidup mereka? Risiko dalam pemahaman masyarakat Barat (*Western notions of "risk"*) adalah risiko individu, yaitu orang harus bertanggung jawab atas perilakunya sendiri. Sedangkan dalam perspektif Timur yang secara umum bersifat komunal, ada yang disebut risiko pribadi dan risiko kolektif (dengan demikian ada yang disebut sehat secara individual dan sosial). (insist, 2011)

Persepsi terhadap risiko seksual – khususnya terhadap penularan PMS dan HIV – penting diketahui karena akan mempengaruhi praktik-praktik seksual perempuan muda. Konsep ‘resiko’ dalam konteks penanggulangan HIV/AIDS adalah konsep yang abstrak dan tidak mudah dipahami sehingga perlu diejawantahkan secara spesifik dalam penelitian ini. Penggunaan istilah ‘resiko’ dalam program-program HIV/AIDS seringkali menjadi problematik. Istilah yang diterjemahkan dari bahasa Inggris tersebut acap kali tidak mudah dipahami oleh

kelompok-kelompok yang menjadi sasaran intervensi program, terutama yang berpendidikan rendah. Tambahan pula, istilah 'resiko' secara implisit mempunyai konotasi yang cenderung negatif. (Hidayana, 2010)

f. Hubungan Konsumsi Alkohol dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual

Dari hasil analisis diketahui bahwa konsumsi alkohol sebagai variabel yang diprediksi dapat berhubungan dengan kejadian IMS yaitu berasosiasi sebesar 1.25 dengan 95% CI (0.7-2.0) dengan nilai p 0.34,

Hal serupa juga terjadi pada penelitian Nurhayati, WPS yang meminum alkohol sebelum berhubungan seks memiliki risiko 1.23 kali lebih besar untuk terjadinya gonore atau klamidia dibandingkan yang tidak meminum alkohol sebelum berhubungan seks pada tiga bulan terakhir (PR=1.23 95% CI 1.11-1.37), sedangkan pada penelitian yang dilakukan di China bahwa meminum minuman beralkohol pada saat berhubungan seks komersial dengan WPS meningkatkan risiko terjadinya IMS, juga penelitian yang dilakukan di Afrika bahwa risiko terjadinya infeksi HIV pada peminum alkohol 1.57 dengan 95% CI 1.33-1.86 dibandingkan dengan yang bukan peminum, adapun penelitian di USA melaporkan bahwa peminum alkohol lebih sering terdiagnosa HIV (OR=2.5 95% CI 1.6-4.0) dan sifilis (OR=1.74 95% CI 1.1-2.8) dengan analisis multivariat juga diperoleh hasil bahwa peminum alkohol (OR=1.63 95% CI 0.95-2.8 p 0.07). (Nurhayati, 2011).

Pendapat yang menghubungkan perilaku seksual kelompok umur 15-24 tahun dengan kebiasaan minum minuman beralkohol didasarkan pada data bahwa 76% kelompok umur itu yang belum menikah dan berhubungan seks tanpa kondom dalam tahun terakhir pernah mengkonsumsi alkohol (SSP Merauke 2003), namun data Survei terpadu HIV dan perilaku tahun 2006 membantahnya. Data SSP 2003 ingin mengatakan bahwa yang mengendalikan perilaku seksual berisiko itu adalah kebiasaan minum alkohol, jadi yang perlu diubah terlebih dulu adalah perilaku minum alkohol karena ada korelasi kuat antara minum alkohol dengan perilaku seksual berisiko. Sementara data tahun 2006 mengatakan yang sebaliknya, hanya 0,5% penduduk laki-laki yang selalu mengkonsumsi alkohol sebelum melakukan hubungan seks. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa minuman beralkohol sendiri tidak cukup kuat untuk "disalahkan" sebagai

penyebab tingginya perilaku seksual tidak aman.(Nugroho, 2012)

g. Hubungan Konsumsi Napza Suntik dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual

Penggunaan napza suntik mempunyai nilai asosiasi yang cukup besar namun kurang memenuhi syarat uji chi square karena nilai expected kurang dari 5, namun nilai asosiasinya cukup besar yaitu 1.93 walaupun dilai p 0.58.

Sedangkan pada penelitian Nurhayati tidak diperoleh hubungan yang signifikan antara WPS yang menggunakan napza sebelum berhubungan seks untuk terjadinya gonore atau klamidia dibandingkan yang mengkonsumsi napza sebelum berhubungan seks pada tiga bulan terakhir (PR=1.20 95% CI 0.99-1.46)

Seperti halnya di Vietnam, penggunaan napza suntik di kalangan WPS sangat rendah dan situasi tersebut juga mirip juga dengan thailand, dan analisis statistik tidak memungkinkan karena nilai yang diperoleh sangat rendah (Thuy,2006).

6.6. Hubungan Antara Faktor Pelanggan dengan Status IMS

a. Hubungan Pekerjaan Pelanggan dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual

Berdasarkan hasil analisis hubungan pekerjaan pelanggan dengan kejadian IMS terdapat hubungan antara pekerjaan pelanggan dengan kejadian IMS walaupun tidak bermakna secara statistik karena nilai p 0.561. Namun hal ini menjadi perhatian untuk dapat dilakukan intervensi pada pelanggan dengan melihat pada kelompok mana dapat dilakukan intervensi sehingga lebih tepat sasaran dan akan berdampak pada penurunan prevalensi IMS.

Karakteristik klien diketahui sebagai variable yang dapat meningkatkan risiko terjadinya HIV di Vietnam, pada klien dengan kelas ekonomi yang lebih tinggi risikonya lebih rendah (OR=1.21) dibandingkan dengan yang kelas regular (OR=1.74) sedangkan pada pelanggan yang tidak diketahui pekerjaannya OR =1.71 CI 95% (0.8-3.5) (Thuy,2006).

b. Hubungan Jumlah Pelanggan dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual

Sedangkan pada variable jumlah pelanggan seminggu terakhir diperoleh hubungan dengan nilai OR sebesar 0.98 dengan 95% CI(0.5-1.6) dengan nilai p 0.931, maka secara statistik juga tidak bermakna.

Sedangkan pada penelitian Nurhayati (2011) diketahui bahwa WPS yang memiliki pelanggan lebih dari 5 orang dalam seminggu memiliki risiko 1.29 kali untuk terjadinya infeksi gonore dan klamidia dibandingkan yang memiliki pelanggan kurang dari 5 (95%CI 1.17-1.44) sedangkan pada penelitian yang dilakukan di Semarang diketahui bahwa WPS dengan jumlah pelanggan lebih atau sama dengan 6 orang perhari memiliki risiko 38.3 kali dibandingkan dengan yang jumlah pelanggan kurang dari 6 orang per hari (Nurhayati, 2011)

6.7. Hubungan Antara Faktor Pelayanan Kesehatan dan Peluang penggunaan Kondom dengan Kejadian IMS

a. Hubungan Keterpaparan Informasi dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual

Pada responden yang tidak terpapar informasi tentang HIV dan IMS diperoleh asosiasi OR sebesar 1.65 dengan nilai P 0.129,

Pada penelitian Iskandar (2001) melakukan analisis factor-faktor yang berhubungan dengan keinginan menggunakan kondom untuk mencegah terinfeksi HIV/AIDS pada WPS dari data penelitian Behavioral Surveilans Survey (BBS) tahun 2000 di Jakarta dan Surabaya yang dilakukan PPK UI. Desain penelitian tersebut cross sectional dan jumlah sampel 591 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keterpaparan informasi HIV/AIDS dan tingkat pendidikan mempunyai hubungan yang bermakna dengan keinginan menggunakan kondom, sedangkan yang tidak berhubungan secara bermakna adalah factor umur, status kawin, lamanya berprofesi, mempunyai anak dan pernah menderita IMS. Responden dengan pendidikan rendah berpeluang lebih besar (2,5) kali tidak mempunyai keinginan menggunakan kondom dibandingkan dengan responden berpendidikan tinggi.

Demikian halnya penelitian Herlina (2011) melakukan analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan konsistensi pemakaian kondom pada pekerja seks komersil di Jakarta Utara Tahun 2000, dari data SSP 2000 dengan desain cross sectional dengan jumlah sampel 571 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara konsistensi pemakaian kondom dengan tingkat pendidikan, status perkawinan, dan tingkat

pengetahuan. Sedangkan variabel lain, umur, tempat bekerja, tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dan riwayat menderita IMS berhubungan secara bermakna dengan konsistensi pemakaian kondom.

Sedangkan Dachlia (2000) melakukan analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku seksual berisiko terinfeksi HIV pada pelaut pekerja pelabuhan di Jakarta, Manado, dan Surabaya, dari data SSP 1999 dengan desain cross sectional dengan jumlah sampel 856 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS, tingkat pengetahuan, riwayat menderita IMS tidak berhubungan secara bermakna dengan perilaku seksual berisiko. Sedangkan karakteristik sosial (umur, status kawin dan pendidikan) berhubungan dengan perilaku berisiko. (Mirzal, 2008)

b. Hubungan Pernah Menerima Obat PPB dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual

Hubungan antara responden yang tidak pernah menerima obat presumtif berkala (PPB) dengan yang pernah menerima PPB adalah sebesar OR 0.45 95% CI 0.1-1.07 dengan nilai p 0.0357.

Demikian halnya pada penelitian yang dilakukan oleh Nurhayati diketahui bahwa asosiasi yang lemah antara pemberian pengobatan presumtif berkala sebanyak 3 kali dapat menurunkan risiko terjadinya infeksi gonore dan atau klamidia sebesar 0.47 kali. (PR 4.7 95% CI 0.22-1.01), pemberian PPB 2 kali menaikkan risiko 0.68 kali. (PR 0.68 95% CI 0.32-1.45) sedangkan pada pemberian PPB 1 kali menunjukkan tidak adanya efek protektif dimana PR 1.05 95% CI 0.6-1.82.(Nurhayati, 2011).

Pemberian pengobatan presumtif berkala hanya sebagai upaya singkat menurunkan infeksi, selanjutnya perlu terus diawasi hal-hal lain yang dapat menimbulkan reinfeksi yaitu dengan penggunaan kondom dan pengobatan pasangan seks (Nurhayati, 2011)

c. Hubungan Pernah Tes HIV dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual

Hasil Penelitian diketahui bahwa responden yang tidak pernah melakukan tes hiv nilai OR yang dihasilkan sebesar 0.64 dengan nilai p 0.0507.

Semua rumah sakit rujukan ARV (hampir 200 di seluruh Indonesia) dan

satelitnya menyediakan layanan tes HIV, sering kali di klinik disebut VCT (*voluntary counseling and testing*). Selain itu ada beberapa klinik lain yang menyediakan tes HIV, dan tes juga dapat dilakukan di beberapa laboratorium swasta, walau sering kali lab tersebut tidak menyediakan konseling. Tes yang paling lazim untuk HIV adalah tes darah. Tes yang sering dipakai sekarang disebut tes cepat atau *rapid test*, yang mampu menyediakan hasil dalam 20-30 menit setelah spesimen darah vena atau cairan lain diambil. Untuk tes darah, spesimen darah vena atau darah perifer diambil setelah jari kita ditusuk blood bouncet. Jika hasil tes pertama ‘reaktif’, hal ini menunjukkan kemungkinan kita terinfeksi HIV. Tetapi tes harus diulang sekali (jika kita mempunyai gejala penyakit HIV) atau dua kali dengan cara berbeda untuk memastikan hasilnya benar, dan dapat dinyatakan ‘reaktif’. Ini biasanya dilakukan oleh tempat tes tanpa kita diketahui. Hasil juga dapat dilaporkan sebagai ‘non-reaktif’ (negatif). Kadang laboratorium juga melaporkan angka non-reaktif (mis. non-reaktif, 0,34). Angka ini tidak ada relevansi sama sekali dan sebaiknya diabaikan (.www. Spiritia. com, diunduh 13 Juni 2012)

d. Hubungan Kepemilikan Kondom, Akses Kondom, Kondom Gratis dan Peluang penggunaan kondom dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual

Pada variabel kepemilikan kondom, responden yang tidak memiliki kondom terhadap yang memiliki kondom nilai OR sebesar 1.5 dengan nilai p sebesar 0.0708 (95%CI 0.9-2.4). Adapun akses kondom yang sulit berdasarkan pengamatan pewawancara terhadap akses kondom yang mudah menghasilkan OR 0.69 dengan nilai P 0.639. Sedangkan variabel pernah menerima kondom gratis pada responden yang tidak menerima kondom gratis menghasilkan OR 1.12 dengan nilai p 0.62.

Dari ketiga variabel tersebut maka peneliti membuat variabel baru yaitu variabel peluang menggunakan kondom, maka diketahui pada responden dengan peluang kondom yang sulit diketahui OR sebesar 1.45 dengan 95% CI anatar 0.89-2.3 dengan nilai p 0.108 yang selanjutnya menjadi kandidat pada analisis multivariat. Ketersediaan dan akses kepada kondom menjadi prasyarat, disamping penyadaran dan informasi tentang kondom (dan kegunaannya) kepada kelompok sasaran, mencapai keberhasilan program, yaitu pemakaian kondom dalam setiap

hubungan seks berisiko. Tidak ada yang salah dengan logika ini yang begitu rapi, runtut dan masuk akal ini, namun asumsi yang dipakai melupakan *social framework* atau setting sosial dimana transaksi seksual ini terjadi, yang juga menjadi factor penentu. Studi yang dilakukan selama ini tidak banyak yang menyoroti kemungkinan integrasi agensi dan struktur melalui kajian empirik. Kajian empirik ini akan menjadi dasar untuk berkontribusi dalam perdebatan tentang integrasi agensi dan struktur melalui penyusunan sebuah model perilkuseksual berisiko HIV di Indonesia.(Nugroho , 2012)

6.7. Analisis Stratifikasi

Analisis stratifikasi dilakukan pada seluruh variabel penelitian. Dari analisis tersebut diketahui bahwa interaksi dari konsistensi kondom dengan variabel penghasilan (nilai $P=0.0364$), interaksi variabel konsistensi kondom dengan variabel keterpaparan informasi (nilai $P=0.0150$) dan interaksi variabel konsistensi kondom dengan variabel pernah menerima obat PPB (nilai $P=0.032$), dan interaksi variabel konsistensi kondom dengan kepemilikan kondom (nilai $P=0.244$). keempat variabel interaksi tersebut dianggap paling kuat hubungannya sehingga perlu mendapat perhatian terutama dalam upaya intervensi sebagai tindak lanjut dari penelitian ini, antara lain intervensi dapat dilakukan terfokus pada WPS dengan penghasilan yang rendah, yang masih tidak terpapar informasi dan tidak pernah menerima PPB serta pada mereka yang tidak memiliki kondom.

6.8. Analisis Multivariat

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa beberapa variabel yang mempunyai nilai $p < 0,25$ adalah dapat dilihat pada tabel berikut ini sepuluh variabel tersebut kemudian dimasukkan kedalam model dasar untuk analisis multivariat. Pada tahap awal dimasukkan kesepuluh variabel tersebut untuk mendapatkan model awal. Model ini akan menjadi acuan dalam menilai variabel mana yang harus dikeluarkan atau dipertahankan dalam model.

Dari model akhir tersebut diketahui bahwa WPS yang tidak konsisten menggunakan kondom mempunyai peluang untuk menderita infeksi menular seksual 1.4 kali dibandingkan yang konsisten setelah dikontrol oleh variabel lama kerja, Umur Seks Pertama, Pernah Menerima Obat PPB, Pernah Tes HIV, Peluang menggunakan kondom.

Analisis regresi logistik ganda pada penelitian di Vietnam faktor risiko yang terkait pada penelitian tersebut adalah usia kurang dari 30 tahun, frekuensi seks lebih dari 20 kali per minggu, kutil kelamin, ulkus kelamin, penggunaan kondom yang tidak konsisten, bekerja di rumah bordil dan bekerja di daerah perbatasan. Yang berbatasan dengan daerah endemik tinggi.

Model yang akhir menunjukkan terdapat hubungan antara konsistensi penggunaan kondom dalam satu bulan terakhir dengan kejadian IMS yang dikontrol dengan variabel lama bekerja, dengan OR 1.4 dengan 95% CI 0.784-2.519. kemudian dilakukan adjusted sehingga diperoleh resiko relatif sebesar 1.3 dengan 95% CI 0.784-2.519. Dari hasil tersebut memang tidak menunjukkan kemaknaan secara statistik, hal tersebut dikarenakan penggunaan kondom sebagai variabel disini merupakan variabel komposit dari pertanyaan dalam kuesioner dan dari desain studi juga tidak cukup kuat untuk menyatakan hubungan sebab akibat karena dari sisi temporalitas antara pajanan dan akibat dilakukan pada waktu yang bersamaan.

Sehubungan dengan hal tersebut, kondisi di Indonesia dengan wilayahnya begitu luas dan beragam pula sistem kulturalnya, demikian halnya epidemi HIV rumit maka program penanggulangannya harus memilih fokus intervensinya. Strategi dengan fokus yang tepat membutuhkan pengenalan hanya mengenai siapa yang berisiko tinggi, namun juga pemahaman tentang apa itu risiko. Pengenalan yang menyeluruh akan dua sisi risiko ini diperlukan karena keberadaan populasi berisiko tidak terlepas dari sistem budaya yang membentuknya. Pengelompokan individu-individu ke dalam populasi berisiko tinggi terhadap HIV/AIDS selama ini menggunakan acuan jenis perilaku berisiko tunggal. Sekalipun kelompok-kelompok individu dengan perilaku yang sama ini juga mempunyai struktur sosial budaya sendiri, namun mengingat mobilitas yang tinggi dan heterogenitas kepentingan yang ada, pengelompokan ini cenderung melupakan kemungkinan untuk pengelompokan berdasar kesatuan sosial budaya. Disamping itu, data surveilans perilaku terkini menunjukkan bahwa sebagian dari mereka sekarang sudah berisiko ganda, sehingga menunjukkan rumitnya keterkaitan antara satu kelompok dengan kelompok lainnya, sehingga pendefinisian kelompok berisiko yang berdasar perilaku tunggal perlu ditinjau ulang (Nugroho, 2011)

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat dirumuskan kesimpulan sesuai dengan pertanyaan dan tujuan penelitian sebagai berikut:

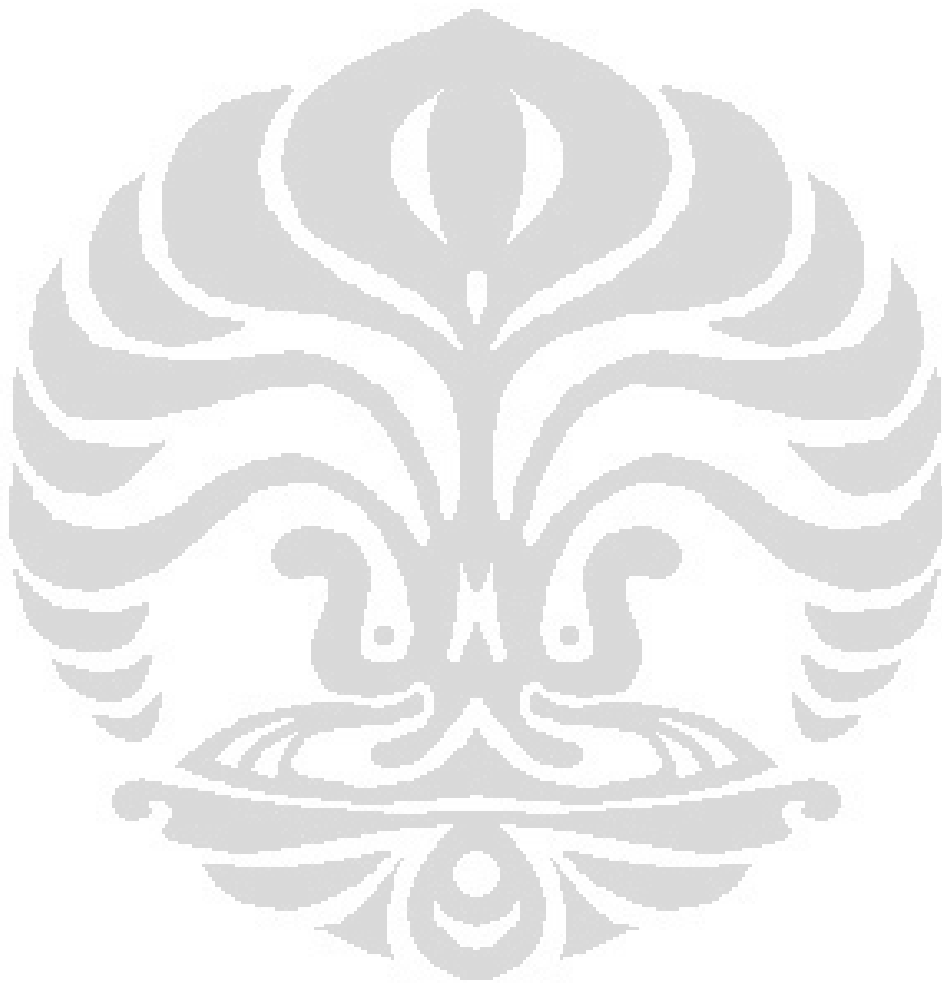
1. Prevalensi HIV pada WPSL di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung sebesar 9% dan Prevalensi sifilis 13%. Maka berdasarkan definisi operasional pada penelitian ini, maka prevalensi Infeksi Menular seksual sebesar 103 kasus dari 500 responden atau 21%. Konsistensi penggunaan kondom dalam satu bulan terakhir oleh WPSL di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung masih rendah (34.8%).
2. Pada penelitian ini berdasarkan analisis bivariat maka diperoleh hubungan konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian Infeksi menular seksual adalah sebesar 1.14 setelah dilakukan analisis multivariat maka diperoleh hubungan asosiasi OR sebesar 1.4 setelah diperoleh model akhir yaitu dikontrol dengan variabel lama kerja, Umur Seks Pertama, Pernah Menerima Obat PPB, Pernah Tes HIV, Peluang menggunakan kondom.
3. Pada analisis stratifikasi pada seluruh variabel maka diperoleh hubungan yang signifikan adalah hubungan konsistensi penggunaan kondom pada satu bulan terakhir dengan kejadian IMS setelah kontrol dengan variabel keterpaparan informasi, Obat PPB, penghasilan serta kepemilikan kondom. Sehingga pada kelompok WPSL yang berpenghasilan rendah, yang tidak terpapar informasi, yang tidak pernah menerima PPB serta yang tidak memiliki kondom perlu mendapat perhatian atau intervensi dalam upaya pencegahan terjadinya IMS.
4. Banyak variabel yang berkontribusi dalam analisis multivariat, hal tersebut mengisyaratkan banyak faktor yang terlibat dalam hubungan konsistensi penggunaan kondom satu bulan terakhir dengan kejadian IMS, dan pada model akhir paling dominan dari hasil multivariat tersebut adalah variabel lama bekerja lama kerja, Umur Seks Pertama, Pernah Menerima Obat PPB, Pernah Tes HIV, Peluang menggunakan kondom.

7.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, pembahasan dan kesimpulan, sehingga dapat dirumuskan saran sebagai berikut:

1. Masih rendahnya konsistensi penggunaan kondom pada WPSL maka perlu terus dilakukan upaya untuk dapat meningkatkan konsistensi penggunaan kondom sehingga dapat meminimalisir tingkat penularan Infeksi Menular Seksual antara lain dengan memudahkan akses kepemilikan kondom pada perilaku seksual berisiko, selain upaya lain yang lebih efektif dan efisien yaitu abstinensia dan setia pada pasangan.
2. Berdasarkan diketahui bahwa lama bekerja sebagai variabel yang paling signifikan, sedangkan faktor lainnya yang juga berhubungan adalah pemberian obat PPB dan keterpaparan informasi demikian juga pada analisis multivariat maka dapat disimpulkan banyaknya faktor yang terlibat dalam kejadian IMS dan perlu mendapat perhatian dari seluruh stakeholder. Upaya yang lebih disarankan adalah dengan upaya peningkatan pengetahuan melalui peningkatan keterpaparan informasi sebagai upaya promosi dan preventif.
3. Bagi Pemerintah Pusat dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan, disarankan untuk terus melakukan upaya upaya pengendalian penyakit ini termasuk surveilans HIV dan AIDS yang berkesinambungan dengan terus meningkatkan kualitas pelaksanaan survey sehingga dapat meminimalisir bias yang mungkin terjadi.
4. Bagi Pemerintah Daerah dapat diupayakan peningkatan aksesibilitas informasi dan kondom terutama di lokalisasi yang teridentifikasi, sehingga dengan peningkatan akses diharapkan akan terjadi peningkatan perilaku dapat melindungi diri maupun pasangannya dari Infeksi Menular Seksual, selain upaya lain yang lebih efektif.
5. Sehubungan dengan keterbatasan penelitian sehingga masih banyak aspek yang tidak terakomodir dalam penelitian ini sehingga bagi peneliti lain dapat dijadikan sebagai bahan penelitian lanjutan diharapkan juga dapat menambah informasi untuk pengembangan ilmu pengetahuan khususnya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku dalam

pencegahan kejadian Infeksi Menular Seksual terutama pada kelompok berisiko.



DAFTAR REFERENSI

- Achmadi, Umar Fahmi. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. UI Press, 2008.
- Adisasmito, Wiku. *Sistem Kesehatan*. Rajawali Press, 2007
- Anderson, Jean. *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV*. HRSA, 2000.
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, *Jawa Barat Dalam Angka 2010, 2011*
- Beaglehole, R.dkk. *Dasar-Dasar Epidemiologi*. Gajah Mada University Press, 1997
- Bennett, F.J., *Diagnosa Komunitas dan Program Kesehatan*. Yayasan Essentia Medica, 1987
- Blum, Hendrik L. *Planning For Health*. Human Sciences Press. 1981.
- Bowling, Ann et all. *Handbook of Health Research Methods Investigation, Measurement and Analysis*, Open University Press, 2007.
- Dahlan, M Sopiudin. *Mendiagnosis dan Menata Laksana 13 Penyakit Statistik*, Sagung Seto, 2010.
- Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pelaksanaan Kewaspaan Universal di Pelayanan Kesehatan, Pelayanan* , Cetakan III, 2010
- Departemen Kesehatan RI, *Surveilans AIDS*, 1999.
- Departemen Kesehatan, *Analisis Kecenderrungan Perilaku Berisiko terhadap HIV di Indonesia Laporan Survey Terpadu Biologis dan Perilaku 2007*, 2010
- Depkes RI, Keputusan Menteri tentang *Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular*, 2004.
- Dinas Kesehatan Kota Bekasi, *Profil Kesehatan Kota Bekasi tahun 2007*. Maret 2007
- Douglas, German, Robert R. dkk., *Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Sistem*. CDC Atlanta, 2001
- Fachlaeli, Evi, *Analisa Situasi masalah kesehatan di Kota Bekasi*, 2010
- Fachlaeli, Evi, *Evaluasi Sistem Surveilans HIV/AIDS Kota Bekasi*, 2010
- Ford, K. et all *AIDS and STD Knowledge, condom use and HIV/STD infection among female sex worker in Bali, Indonesia*, dalam HIV/AIDS Research Inventory 1995-2009.
- Friis, Robert H. *Epidemiologi 101*. Jones And Bartlett Publisher, 2010.
- Gerstman, B.Burt, *Epidemiology Kept Simple An Introduction to Traditional And Modern Epidemiology*, Second Edition. Willey-Liss, 2003

- Green, Lawrence W. et all. *Health Education Planning A diagnostic Approach*, Mayfield Publishing Company, 1980 Beginning
- Gregg, *Epidemiologi Lapangan*, Edisi Ketiga
- Hamilton, Lawrence C. *Statistics with Stata*. Brooks/Cole Cengage Learning, 2009
- Hartanto, Hanafi. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*, Pustaka Sinar Harapan 2010
- Hastono, Sutanto Priyo, *Analisis Data Kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2007.
- Herti Maryani, *Cara Tepat Memilih Alat Kontrasepsi Keluarga Berencana bagi Wanita, Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan*, Depkes RI. Posted by jayapustaka at 10:43 PM diunduh 18 Januari 2012
- Hutahaen, Megawati A. *Hubungan intensitas menawarkan kondom dengan perilaku penggunaan kondom pada seks komersial di Jaya Pura dan Merauke (analisis data sekunder STBP 2007)*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- JAKARTA--MICOM: *Pengembangan kepesertaan pria dalam program keluarga berencana (KB)* diunduh tanggal 18 Januari 2012
- Kelsey, Jennifer L. et all. *Methods in Observasional Epidemiologi. Second Edition*, Oxford University Press, 1996
- Kementerian Kesehatan RI, *Pedoman Nasional Manajemen Program HIV dan AIDS*
- Kementerian Kesehatan RI, *Pedoman Nasional Monitoring dan Evaluasi Program Pengendalian HIV dan AIDS*
- Kementerian Kesehatan, *Laporan Hasil STBP 2011*, 2012
- Kementerian kesehatan, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009*, 2010.
- Kementerian kesehatan, *Pemodelan Matematika Epidemio HIV di Indonesia Tahun 2008-2014*, 2008.
- Kementerian kesehatan, *Laporan Triwulanan HIV/AIDS*, 2011.
- Klaucke, MD Douglas N. dkk., *Guidelines for Evaluation Surveillance Sitemes*. Armenia and Gorgia. 2007
- KPA, *Situasi HIV dan AIDS di Indonesia*.pdf
- KPA, *Strategi Nasional Penanggulangan HIV DAN AIDS 2007-2010*

- Li J, dkk. *Systematic Differences in Risk Behaviors and Syphilis Prevalence Across Types of Female Sex Workers: A Preliminary Study in Liuzhou, China*.
- Li L, dkk. *Study on factors associated with heterosexual-transmission of human immunodeficiency virus in central China*. Institute of Microbiology and Epidemiology, Academy of Military Medical Science, Beijing 100071, China
- Lokollo, Fitriana. *Studi Kasus Perilaku Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung dalam pencegahan IMS, HIV dan AIDS di Pub& Karaoke, Café dan diskotek di Kota Semarang*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.
- Maliani, *Hubungan Penggunaan Kondom dengan Infeksi Menular Seksual (IMS) pada Wanita Penjaja Seks (WPS) di Kota Banjarmasin Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2011*, Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2011.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Penerbit Arcan, 1999.
- Manya, Magnus. *Buku Ajar Epidemiologi Penyakit Menular*, EGC, 2011
- Mcmurray, Anne. *Community Health and Wellness a socio ecological approach*. Mosby, 2007
- Menko Kesra, *Target MDGs Tanggulasi HIV AIDS perlu Kerja Keras*, 2 Januari 2012. diunduh tanggal 18 Januari 2012
- Mirzal, *Analisis Propensity Score Matching (Psm) Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi Tentang Hiv/Aids Dengan Perilaku Penggunaan Kondom Pada Pelanggan Wps Di Papua (Analisis Data Surveilans Perilaku)*, Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Nasronudin, *HIV& AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial*. 2006
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Penerbit Rineka Cipta, 2003
- Nugroho, KP et al *Perilaku Seksual dan Struktur Sosial: Studi tentang Epidemologi HIV dan AIDS di Indonesia*, Indonesian Society for Social Transformation (Insist) Yogyakarta, 2012
- Nurhayati. *Pengaruh pemberian pengobatan presumtif berkala terhadap resiko kejadian gonore dan klamidia pada wanita penjaja seks (analisis data sekunder STBP Tahun 2007)*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Ompusunggu, Barita P. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemakaian Kondom Pada Pelanggan Wanita Penjaja Seks Dalam Rangka Pencegahan Hiv/Aids Di Kota Singkawang Tahun 2005*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

- Pauline M, dkk. *Clients of Commercial Sex Workers in Zambia: Prevalence, Frequency, and Risk Factor*. The Open Demography Journal, 2008.
- Pemerintah Provinsi Jawa Barat, *Profil Kependudukan Jawa Barat 2011*
- Persepsi KB Jadi Urusan Wanita Hambat Kepesertaan Pria*, 13 Januari 2012. diunduh tanggal 18 Januari 2012
- Pickett, George et all. *Kesehatan Masyarakat Administrasi dan Praktik Edisi 9*, EGC Penerbit Buku Kedokteran, 2009
- Pratiknya, Ahmad Watik. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, Rajawali Press, 1993.
- Puspita, Vita Chandra. *Kajian Program Kondom Seratus Persen Pada Panti Pijat di Kelurahan Maphar Jakarta Barat Tahun 2008*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2008
- Reason for not using Condom among Female sex Workers in Indonesia*, dalam HIV/AIDS Research Inventory 1995-2009
- Rothman, Kenneth J. et all. *Modern Epidemiology Third Edition*, Lippincott Williams & Wilkins 2008.
- Santosa, R.Gunawan. *Statistik*, Penerbit Andi, 2004.
- Siahaan, Melina . *Hubungan Karakteristik Individu Dengan Perilaku Seksual Berisiko Tertular HIV/AIDS pada Pria Pekerja Perusahaan di Kota Batam Tahun 2003*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia 2003
- Skurnick JH, dkk, *Behavioral and demographic risk factors for transmission of human immunodeficiency virus type 1 in heterosexual couples: report from the Heterosexual HIV Transmission Study*. Department of Preventive Medicine, University of Medicine and Dentistry of New Jersey-New Jersey Medical School, Newark 07103, USA
- Subronto, Yanri Wijayanti. *Penggunaan Kondom untuk Pencegahan HIV dan Hepatitis*. www.majalah-farmaciana.com Edisi Juni 2010 (Vol.9 No.11) diunduh tanggal 4 Mei 2012
- Teutsch, Steven M. at all, *Principles and practice of Public Health Surveillance*, second edition, Oxford University Press, 2000
- Thuy, Nguyen Thi Thanh dkk. *HIV infection and risk factor among female sex workers in southern Vietnam*, Rapid science Ltd, 1998. Diunduh 16 Februari 2012
- Tjokronegoro dkk. *Seluk beluk AIDS yang Perlu Anda Ketahui*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1992.

- Trihendradi, C. *Step By Step SPSS 16 Analisis Data Statistik*, Penerbit Andi, 2009
- Vaughan, J.P. *Panduan Epidemiologi bagi pengelolaan Kesehatan Kabupaten*, Penerbit ITB, 1993
- Walgito, Bimo. *Psikologi Sosial (Suatu Pengantar)*. Penerbit Andi, 2003
- Weramen, Pius. *Dasar Surveilans Kesehatan Masyarakat*, Gramata Publishing, 2010
- Yarnell, John. *Epidemiologi and Prevention A System based approach*. Oxford Core Texts, 2007
- Zani, Andriyan Prima. . *Potensi Penyebaran HIV dari Pengguna Napza suntik ke Masyarakat Umum di Jakarta Tahun 2000*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia 2004
- Zeidenstein, Sondra et all. *Learning About Sexuality A Practical Beginning*. The Population Council International Women, Health Colition New York, 1996.
- Zhang, Jun. *What's the Relative Risk, A method of correcting the Odds Ratio in Cohort Studies of Common Outcomes*. JAMA, vol 280.No.19, 1998 didownload 03 Juni 2012.

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

: 11310 /H2.F10/PPM.00.00/2011

23 Desember 2011

ip. : ---

: *Ijin penelitian dan menggunakan data*

ada Yth.

pala Subdit AIDS

rektur P2ML, Dirjen P2MPL

mentrian Kesehatan RI

Percepatan Negara

karta

hubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

Nama : Evi Fachlaeli
NPM : 1006798341
Thn. Angkatan : 2010/2011
Program Studi : Epidemiologi
Peminatan : Epidemiologi FETP

untuk melakukan penelitian dan menggunakan data hasil STBP 2011 WPSTL Kota Bekasi, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan tesis.

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi instansi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Epidemiologi dinomor telp. (021) 78849031.

atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n. Dekan FKM UI

Wakil Dekan,


Dian Ayubi
Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH
NIP. 19720825 199702 1 002

Tembusan:

- Pembimbing tesis
- Arsip



Kuesioner STBP 2011

WPSL

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
Kementerian Kesehatan RI

Tempel stiker
di sini

Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) 2011 Kementerian Kesehatan RI

Blok 1. Pengenalan Tempat				Lanjut ke	Kode Jawaban	
101	Provinsi			<input type="text"/>	101	
102	Kabupaten/Kota			<input type="text"/>	102	
103	Nama lokasi			<input type="text"/>	103	
104	Jenis lokasi	<i>Lokalisasi/rumah bordil</i>	1	<input type="checkbox"/>	104	
		<i>Jalan/gang/taman/warung/kuburan</i>	2			
		<i>Hotel/motel/cottage</i>	3			
		<i>Panti pijat/salon/spa</i>	4			
		<i>Karaoke/diskotik/restoran/cafè/bar</i>	5			
		<i>Lainnya: _____</i>	6			
105	Nomor lokasi			<input type="text"/>	105	
106	Nomor sublokasi	<i>(jika lokasi terpilih tak dibagi menjadi sublokasi, tuliskan 00 pd kotak utk kode sublokasi)</i>		<input type="text"/>	106	
107	Nomor urut responden	<i>(tuliskan nomor urut responden per lokasi/sublokasi)</i>		<input type="text"/>	107	
108	Berdasarkan pengamatan pewawancara, apakah kondom mudah diperoleh di tempat ini?	<i>Ya, di dalam</i>	1	<input type="checkbox"/>	108	
		<i>Ya, di luar</i>	2			
		<i>Ya, di dalam dan di luar</i>	3			
		<i>Tidak</i>	4			→110
109	Jika ya, merek apa yang tersedia	<i>a. Sutra</i>	<i>Ya</i> 1	<i>Tidak</i> 2	<input type="checkbox"/>	109
		<i>b. Durex</i>	<i>Ya</i> 3	<i>Tidak</i> 4	<input type="checkbox"/>	b
		<i>c. Fiesta</i>	<i>Ya</i> 5	<i>Tidak</i> 6	<input type="checkbox"/>	c
		<i>d. BKKBN</i>	<i>Ya</i> 1	<i>Tidak</i> 2	<input type="checkbox"/>	d
		<i>e. Artika</i>	<i>Ya</i> 3	<i>Tidak</i> 4	<input type="checkbox"/>	e
		<i>f. Lainnya:</i>	<i>Ya</i> 5	<i>Tidak</i> 6	<input type="checkbox"/>	f
110	Berdasarkan pengamatan pewawancara di tempat ini, apakah ada poster atau brosur yang mengiklankan kondom?	<i>Ya</i>	1	<input type="checkbox"/>	110	
		<i>Tidak</i>	2			

Kuesioner ini telah dicek kelengkapan dan konsistensi isian oleh petugas Pengawas,

Nama dan kode Pengawas	Tanda tangan	Tanggal (dd/mm/yy)
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Blok 2. Keterangan Pewawancara

		Kode Jawaban
201	Nama dan kode Pewawancara I	201
202	Jenis kelamin <i>Laki-laki 1 Perempuan 2</i>	202
203	Tanggal wawancara <i>(dd/mm/yy)</i>	203
204	Tanggal pemeriksaan dokumen <i>(dd/mm/yy)</i>	204
205	Tanda tangan	205
Responden telah diberi penjelasan tentang survei ini dan telah diminta persetujuan untuk berpartisipasi dalam survei ini secara lisan oleh Pewawancara dan responden telah menyetujuinya secara lisan		
206	Tanda tangan Pewawancara	206
Jawaban kuesioner ini telah diperiksa kelengkapan dan konsistensinya		
207	Nama dan kode Pewawancara II	207
208	Tanggal pemeriksaan dokumen	208
209	Tanda tangan	209

PERKENALAN

1. Ucapkan salam (misalkan: *Selamat Pagi/Selamat Siang/Selamat Sore/Selamat Malam*),
2. Perkenalkan diri,
3. Jelaskan maksud dan tujuan STBP 2010,
4. Tekankan kerahasiaan jawaban, dan beritahukan bahwa nama responden tidak dicatat,
5. Tanyakan kesediaannya sebagai responden termasuk pengambilan spesimen biologis dan untuk menjawab pertanyaan dengan jujur,
6. Ucapkan terimakasih atas kesediaannya untuk menjadi responden.

PASTIKAN BAHWA RESPONDEN ADALAH WANITA YANG MENJUAL SEKS DAN TELAH BEKERJA DI TEMPAT INI SELAMA SEBULAN ATAU LEBIH
PEWAWANCARA MENGATUR SUASANA PRIVAT UNTUK MELAKUKAN WAWANCARA DAN PASTIKAN TIDAK ADA ORANG LAIN PADA SAAT WAWANCARA BERLANGSUNG

KATAKAN KALIMAT BERIKUT KEPADA CALON RESPONDEN:

Nama saya (nama), petugas yang sedang mengumpulkan data kesehatan dari Kementerian Kesehatan bekerjasama dgn dinkes provdan dinkes kab/kota.....

Kami sedang mengumpulkan informasi mengenai bagaimana membantu orang mencegah tertular penyakit yang disebut AIDS. Kami akan menanyakan beberapa pertanyaan pribadi mengenai Anda dan perilaku seksual Anda. Kami tidak akan menanyakan nama atau alamat Anda sehingga Anda tidak bisa dikenali dan apapun yang Anda sampaikan hanya akan dipergunakan untuk perencanaan program kesehatan. Kami juga akan mengambil usapan vagina dan sampel darah. Anda tidak diwajibkan berpartisipasi dalam survei ini namun jika Anda setuju berpartisipasi, Anda boleh tidak menjawab pertanyaan tertentu yang kami ajukan, bila Anda berkeberatan.

Tidak ada jawaban yang benar atau salah atas semua pertanyaan yang diajukan. Jika Anda setuju diwawancarai, kami sangat menghargai bila Anda mengatakan apa adanya (sejujurnya). Bila Anda membutuhkan informasi lebih lanjut mengenai survey ini, silahkan menghubungi (sebutkan dan berikan kartu)

Apakah kita bisa memulai wawancara?

Blok 3. Karakteristik

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban
301	Kapan Anda lahir? <i>Tahun:</i> _____ <i>Bulan:</i> _____			□□ □□ □□ □□ □□
302	Apakah pendidikan tertinggi yang pernah atau sedang diduduki?	<i>Tidak pernah sekolah</i> 0 <i>SD/ sederajat</i> 1 <i>SMP/ sederajat</i> 2 <i>SMU/ sederajat</i> 3 <i>Akademi/ Perguruan Tinggi</i> 4 <i>Tidak menjawab</i> 9		□ 302
303	Apakah status perkawinan Anda saat ini? <i>(Bacakan pilihan jawaban)</i>	<i>Belum kawin</i> 1 <i>Kawin</i> 2 <i>Cerai hidup</i> 3 <i>Cerai mati</i> 4 <i>Tidak menjawab</i> 9		□ 303
304	Berapa jumlah anak kandung Anda yang masih hidup?	_____ orang <i>Tidak menjawab</i> 99 <i>Tidak mempunyai anak kandung hidup</i> 00 →306		□□ 304
305	Jika punya, berapa umur anak terkecil (bungsu) Anda yang masih hidup?	_____ tahun <i>Tidak menjawab</i> 99		□□ 305
306	Dengan siapa Anda tinggal sekarang? <i>(Bacakan pilihan jawaban)</i>	<i>Sendiri</i> 1 <i>Bersama wanita lain di lokalisasi</i> 2 <i>Bersama teman dlm rumah kontrakan</i> 3 <i>Bersama suami/ pasangan</i> 4 <i>Bersama keluarga</i> 5 <i>Lainnya:</i> _____ 6 <i>Tidak menjawab</i> 9		□ 306
307	Dari mana Anda berasal?	<i>a. Provinsi:</i> _____ <i>b. Kab/kota:</i> _____		□□ □□ □□ □□
308	Kemana Anda pulang kampung?	<i>a. Provinsi:</i> _____ <i>b. Kab/kota:</i> _____		□□ □□ □□ □□
309	Kapan terakhir Anda pulang kampung?	_____ bulan yang lalu <i>Kurang dari sebulan yang lalu</i> 00 <i>Tidak ingat</i> 98 <i>Tidak menjawab</i> 99		□□ 309

Blok 4. Kondom dan Membilas Vagina

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban
401	Apakah Anda mengetahui ini benda apa? <i>(sambil menunjukkan kemasan kondom laki-laki dan tunjukkan isinya. Apabila responden menjawab tidak tahu beri tahu kalau ini 'kondom')</i>	<i>Ya, jawaban benar</i> 1 <i>Ya, jawaban salah</i> 2 <i>Tidak tahu</i> 3		□ 401

Blok 4. Kondom dan Membilas Vagina

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban	
402	Apakah Anda mempunyainya?	Ya	1	→404	<input type="checkbox"/> 402
		Tidak	2		
403	Apakah Anda dapat menunjukkannya?	Ya	1		<input type="checkbox"/> 403
		Tidak	2		
404	Berapa jumlah kondom laki-laki yang Anda miliki dalam seminggu terakhir?	_____ buah			<input type="text"/> <input type="text"/> 404
		Tidak punya	00		
		Tidak ingat	98		
		Tidak menjawab	99		
405	Dalam sebulan terakhir, apakah Anda pernah membeli kondom laki-laki?	Ya	1		<input type="checkbox"/> 405
		Tidak	2		
		Tidak ingat	8		
		Tidak menjawab	9		
406	Dari mana Anda terakhir mendapatkan kondom laki-laki? (Jawaban tidak boleh dibacakan)	Warung/toko	01		<input type="text"/> <input type="text"/> 406
		Apotik/toko obat	02		
		Fasilitas kesehatan	03		
		Bar/hotel/losmen	04		
		Teman	05		
		Pelanggan	06		
		Mami/mucikari	07		
		LSM	08		
		Lainnya: _____	09		
		Tidak ingat	98		
		Tidak menjawab	99		
Tidak pernah punya kondom	00	→408			
407	Terakhir kali mendapatkan kondom laki-laki berapa harganya? (1 buah kondom, bukan 1 pak kondom)	Rp. _____			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 407
		Gratis	00000		
		Tidak ingat	99998		
408	Apakah pengelola tempat kerja Anda menyediakan kondom laki-laki?	Ya	1		<input type="checkbox"/> 408
		Tidak	2		
		Tidak tahu	8		
		Tidak menjawab	9		
409	Dalam sebulan terakhir, pernahkah Anda mengalami kondom robek/bocor saat digunakan?	Pernah, sekali	1		<input type="checkbox"/> 409
		Pernah, lebih dari sekali	2		
		Tidak pernah	3		
		Tidak ingat	8		
		Tidak menjawab	9		
		Tidak pernah pakai kondom sebulan terakhir	0		

Blok 4. Kondom dan Membilas Vagina

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban		
410	Apakah Anda mengetahui ini benda apa? <i>(sambil menunjukkan kemasan kondom perempuan dan menunjukkan isinya. Apabila responden menjawab tidak tahu beri tahu kalau ini 'kondom perempuan')</i>	<i>Ya, jawaban benar</i>	1	→417	<input type="checkbox"/> 410	
		<i>Ya, jawaban salah</i>	2			
		<i>Tidak tahu</i>	3			
411	Jika "Ya, jawaban benar" (R. 410= 1), apakah Anda mempunyainya?	<i>Ya</i>	1	→413	<input type="checkbox"/> 411	
		<i>Tidak</i>	2			
412	Jika punya (R. 411= 1), apakah Anda dapat menunjukkannya?	<i>Ya</i>	1		<input type="checkbox"/> 412	
		<i>Tidak</i>	2			
413	Apakah Anda pernah menggunakan kondom perempuan?	<i>Ya</i>	1	→417	<input type="checkbox"/> 413	
		<i>Tidak</i>	2			
		<i>Tidak ingat</i>	8			
414	Apakah Anda merasa nyaman menggunakannya?	<i>Ya</i>	1		<input type="checkbox"/> 414	
		<i>Tidak</i>	2			
		<i>Tidak tahu</i>	8			
415	Apakah pasangan seks Anda waktu itu tahu kalau Anda menggunakan kondom perempuan?	<i>Ya</i>	1	→417	<input type="checkbox"/> 415	
		<i>Tidak</i>	2			
		<i>Tidak tahu</i>	8			
416	Apakah ada keluhan dari pasangan seks Anda tentang kondom perempuan?	<i>Ya</i>	1		<input type="checkbox"/> 416	
		<i>Tidak</i>	2			
		<i>Tidak tahu</i>	8			
417	Pada hari terakhir Anda berhubungan seks, seberapa sering Anda membilas vagina (alat kelamin bagian dalam) ?	<i>Tidak pernah</i>	0	→419	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 417	
		<i>Jarang/kadang-kadang</i>	1			
		<i>Sering</i>	2			
		<i>Selalu</i>	3			
		<i>Tidak menjawab</i>	9			
418	Pada waktu terakhir Anda membilas vagina (alat kelamin bagian dalam), apa yang Anda gunakan? <i>[pilihan jawaban dibacakan]</i>	<i>Ya</i>	1		<input type="checkbox"/> 418	
		<i>Tidak</i>	2			
		a. Air	<i>Ya</i> 1 <i>Tidak</i> 2			<input type="checkbox"/> a
		b. Sabun	<i>Ya</i> 3 <i>Tidak</i> 4			<input type="checkbox"/> b
		c. Soft drink, minuman bersoda	<i>Ya</i> 5 <i>Tidak</i> 6			<input type="checkbox"/> c
		d. Minuman beralkohol	<i>Ya</i> 1 <i>Tidak</i> 2			<input type="checkbox"/> d
		e. Betadin, antiseptik lainnya	<i>Ya</i> 3 <i>Tidak</i> 4			<input type="checkbox"/> e
		f. Obat tradisional (herbal)	<i>Ya</i> 5 <i>Tidak</i> 6			<input type="checkbox"/> f
		g. Pasta gigi	<i>Ya</i> 1 <i>Tidak</i> 2			<input type="checkbox"/> g
h. Lainnya:	<i>Ya</i> 3 <i>Tidak</i> 4	<input type="checkbox"/> h				
419	Dalam seminggu terakhir, apakah Anda menggunakan pelayanan khusus membilas vagina (gurah/spa vagina)?	<i>Ya</i>	1		<input type="checkbox"/> 419	
		<i>Tidak</i>	2			
		<i>Tidak menjawab</i>	9			

Instruksi untuk Pewawancara:

Pewawancara memberitahukan kepada responden bahwa pertanyaan-pertanyaan selanjutnya bersifat pribadi dan pewawancara menjamin kerahasiaan dari jawaban responden dan meminta kepada responden agar menjawab secara jujur setiap pertanyaan yang diajukan.

Ungkapkan kalimat berikut kepada responden:

*Pertanyaan berikut bersifat sangat pribadi karena berkaitan dengan perilaku seks dan pemakaian kondom.
Anda tidak perlu khawatir karena kerahasiaan jawaban Anda akan kami jamin.
Mohon agar Anda menjawab atau menjelaskan dengan jujur atas beberapa pertanyaan yang akan saya ajukan.*

Blok 5. Perilaku Seks

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban
501	Pada usia berapa Anda pertama kali melakukan hubungan seks? <i>(anal atau vaginal, termasuk perkosaan)</i>	_____ tahun Tidak ingat 98 Tidak menjawab 99		<input type="text"/> <input type="text"/> 501
502	Dengan siapa Anda pertama kali berhubungan seks tersebut?	Suami 1 Pacar 2 Saudara kandung 3 Teman 4 Orang yang tidak dikenal 5 Lainnya: _____ 6 Tidak menjawab 9		<input type="text"/> 502
503	Saat hubungan seks pertama tersebut, apakah Anda dipaksa untuk melakukannya?	Ya 1 Tidak 2 Tidak ingat 8 Tidak menjawab 9		<input type="text"/> 503
504	Dalam setahun terakhir, apakah Anda pernah dipaksa melakukan hubungan seks meskipun bertentangan dengan keinginan Anda? <i>(Jawaban bisa lebih dari satu)</i>	Ya, dengan pelanggan/tamu 1 Ya, dengan pasangan tetap 2 Ya, dengan yang lain 4 Tidak 8 Tidak menjawab 99		<input type="text"/> <input type="text"/> 504
Hubungan seks dengan tamu/pelanggan				
505	Sejak tahun berapa Anda melakukan seks dengan mendapat imbalan baik berupa uang maupun barang?	Tahun: _____ Tidak ingat 9998 Tidak menjawab 9999		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 505
506	Apakah sampai saat ini pernah berhenti melakukan seks dg imbalan lebih dari setahun?	Ya 1 Tidak 2 Tidak menjawab 9	→508	<input type="text"/> 506
507	Jika ya, berapa total waktu berhenti tersebut?	_____ tahun _____ bulan Tidak ingat 998 Tidak menjawab 999		<i>(Diisi dalam bulan)</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 507
508	Sudah berapa lama Anda melakukan seks dengan imbalan baik berupa uang maupun barang di kota ini?	_____ tahun _____ bulan Tidak ingat 998 Tidak menjawab 999		<i>(Diisi dalam bulan)</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 508
509	Di berapa tempat Anda melakukan seks dengan imbalan uang atau barang di kota ini dalam setahun terakhir?	_____ tempat Tidak ingat 98 Tidak menjawab 99		<input type="text"/> <input type="text"/> 509

Blok 5. Perilaku Seks

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban	
510	Dalam setahun terakhir, di tempat mana saja Anda melakukan transaksi seks dengan imbalan (termasuk di tempat ini)? <i>(bacakan pilihan jawabannya)</i>				
	a. Karaoke	Ya 1 Tidak 2		<input type="checkbox"/> 510 a	
	b. Panti pijat	Ya 3 Tidak 4		<input type="checkbox"/> b	
	c. Bar/diskotik	Ya 5 Tidak 6		<input type="checkbox"/> c	
	d. Restoran/warung	Ya 1 Tidak 2		<input type="checkbox"/> d	
	e. Jalanan	Ya 3 Tidak 4		<input type="checkbox"/> e	
	f. Lokalisasi	Ya 5 Tidak 6		<input type="checkbox"/> f	
	g. Hotel/motel/cottage	Ya 1 Tidak 2		<input type="checkbox"/> g	
	h. Lainnya:	Ya 3 Tidak 4		<input type="checkbox"/> h	
511	Sudah berapa lama Anda bekerja di tempat ini?	_____ bulan Kurang dari sebulan yang lalu 00 Tidak ingat 98 Tidak menjawab 99		<input type="text"/> <input type="text"/> 511	
	512	Sebelum di kota ini, sudah di berapa kota/kab Anda melakukan seks dengan imbalan uang atau barang?	_____ kota/kab Tidak pernah di kota lain 00 →514 Tidak ingat 98 Tidak menjawab 99	<input type="text"/> <input type="text"/> 512	
		513	Jika pernah, di kota/kab mana saja Anda pernah melakukan seks dengan imbalan uang atau barang? <i>(sebutkan tiga kab/kota terakhir)</i>		513 Kode prop Kode kota
			a. Kab/kota:	Provinsi:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a
b. Kab/kota:	Provinsi:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b		
	c. Kab/kota:	Provinsi:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> c		
514	Dalam sebulan terakhir, berapa hari Anda tidak menjajakan seks?	_____ hari Tidak ingat 98 Tidak menjawab 99		<input type="text"/> <input type="text"/> 514	
	515	Dalam setahun terakhir, berapa bulan Anda menjajakan seks?	_____ bulan Tidak ingat 98 Tidak menjawab 99	<input type="text"/> <input type="text"/> 515	
		516	Berapa rupiah Anda dibayar/harga barang yang diberikan oleh tamu/pelanggan yang terakhir? Rp. _____		<i>(dalam ribuan)</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 516
517	Apakah tamu/pelanggan terakhir tersebut merupakan penduduk setempat atau pendatang?	Penduduk di kota ini 1		<input type="checkbox"/> 517	
		Pendatang luar kota 2			
		Pendatang manca negara 3			
		Tidak tahu 8			
		Tidak menjawab 9			

Blok 5. Perilaku Seks

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban
518	Apakah Anda menawarkan kepada tamu/ pelanggan terakhir Anda untuk menggunakan kondom?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 518
		Tidak	2	
		Tidak ingat	8	
		Tidak menjawab	9	
519	Pada saat melakukan hubungan seks terakhir dengan tamu/pelanggan, apakah tamu /pelanggan tersebut menggunakan kondom?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 519
		Tidak	2	
		Tidak ingat	8	
		Tidak menjawab	9	
520	↳ Apa alasan menggunakan kondom pada hubungan seks terakhir? <i>(bacakan rincian jawabannya)</i>			520
		a. Permintaan tamu/pelanggan	Ya 1 Tidak 2	<input type="checkbox"/> a
		b. Melindungi diri dr infeksi peny. seksual	Ya 3 Tidak 4	<input type="checkbox"/> b
		c. Mencegah kehamilan	Ya 5 Tidak 6	<input type="checkbox"/> c
		d. Permintaan mami/germo	Ya 1 Tidak 2	<input type="checkbox"/> d
		e. Menghindari kontak langsung dg tamu/pelanggan agar tetap bersih	Ya 3 Tidak 4	<input type="checkbox"/> e
		f. Adanya peraturan penggunaan kondom	Ya 5 Tidak 6	<input type="checkbox"/> f
		g. Lainnya:	Ya 1 Tidak 2	<input type="checkbox"/> g
521	Apa alasan tidak menggunakan kondom pada hubungan seks terakhir? <i>(bacakan rincian jawabannya)</i>			521
		a. Tidak tersedia	Ya 1 Tidak 2	<input type="checkbox"/> a
		b. Pelanggan tidak mau	Ya 3 Tidak 4	<input type="checkbox"/> b
		c. Merasa bersih/sudah minum obat	Ya 5 Tidak 6	<input type="checkbox"/> c
		d. Pelanggan merasa bersih	Ya 1 Tidak 2	<input type="checkbox"/> d
		e. Tidak ingat/tidak tahu	Ya 3 Tidak 4	<input type="checkbox"/> e
		f. Tidak ada aturan penggunaan kondom	Ya 5 Tidak 6	<input type="checkbox"/> f
		g. Lainnya:	Ya 1 Tidak 2	<input type="checkbox"/> g
522	Berapa kali anda melakukan seks penetrasi dengan tamu/pelanggan terakhir?	_____ kali		<input type="checkbox"/> 522
		Tidak ingat	8	
		Tidak menjawab	9	
523	Dalam seminggu terakhir berapa tamu/ pelanggan yang Anda layani secara seksual (vaginal, anal, oral)?	_____ orang		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 523
		Tidak ada tamu/pelanggan seminggu terakhir	00	
524	Dalam seminggu terakhir berapa tamu/ pelanggan yang Anda layani seks vaginal saja?	_____ orang		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 524
525	Dalam seminggu terakhir berapa tamu/ pelanggan yang Anda layani seks oral saja?	_____ orang		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 525

Blok 5. Perilaku Seks

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban
526	Dalam seminggu terakhir berapa tamu/pelanggan yang Anda layani seks anal saja ? _____ orang			<input type="text"/> <input type="text"/> 526
527	Dalam seminggu terakhir seberapa sering Anda menawarkan kepada tamu/pelanggan Anda untuk menggunakan kondom?	<i>Tidak pernah</i> 0 <i>Jarang/kadang-kadang</i> 1 <i>Sering</i> 2 <i>Selalu</i> 3 <i>Tidak menjawab</i> 9		<input type="text"/> 527
528	Dalam seminggu terakhir seberapa sering tamu/pelanggan Anda menggunakan kondom ketika berhubungan seks?	<i>Tidak pernah</i> 0 <i>Jarang/kadang-kadang</i> 1 <i>Sering</i> 2 <i>Selalu</i> 3 <i>Tidak menjawab</i> 9		<input type="text"/> 528
529	Dalam seminggu terakhir, apa pekerjaan sebagian besar dari tamu/pelanggan Anda?	<i>Pelajar/mhs</i> 01 <i>Tukang ojek</i> 08 <i>Polisi/TNI</i> 02 <i>Pedagang</i> 09 <i>PNS</i> 03 <i>Orang asing</i> 10 <i>Pegawai swasta</i> 04 <i>Lainnya</i> 11 <i>Sopir</i> 05 <i>Tidak tahu</i> 98 <i>Kernet</i> 06 <i>Tidak menjawab</i> 99 <i>ABK</i> 07 <i>Tidak bekerja</i> 00		<input type="text"/> 529
Hubungan seks dengan pacar/orang yang diistimewakan				
530	Dalam setahun terakhir berapa banyak pacar Anda? _____ orang	 <i>Tidak punya pacar setahun terakhir</i> 00	→538	<input type="text"/> <input type="text"/> 530
531	Apakah pacar terakhir Anda merupakan penduduk setempat atau pendatang?	<i>Penduduk di kota ini</i> 1 <i>Pendatang luar kota</i> 2 <i>Pendatang manca negara</i> 3 <i>Tidak tahu</i> 8 <i>Tidak menjawab</i> 9		<input type="text"/> 531
532	Pada saat melakukan seks terakhir dengan pacar tersebut, apakah menggunakan kondom?	<i>Ya</i> 1 <i>Tidak</i> 2 <i>Tidak ingat</i> 8 <i>Tidak menjawab</i> 9		<input type="text"/> 532
533	Setelah melakukan seks terakhir, apakah pacar Anda memberikan uang atau hadiah kepada Anda?	<i>Ya</i> 1 <i>Tidak</i> 2 <i>Tidak ingat</i> 8 <i>Tidak menjawab</i> 9		<input type="text"/> 533
534	Selama sebulan terakhir berapa banyak pacar yang melakukan seks penetrasi dengan Anda? _____ orang	 <i>Tidak punya pacar sebulan terakhir</i> 00	→538	<input type="text"/> <input type="text"/> 534

Blok 5. Perilaku Seks

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban
535	Selama seminggu terakhir, berapa kali Anda melakukan seks penetrasi dengan pacar Anda?	_____ kali Tidak punya pacar seminggu terakhir	00	<input type="text"/> <input type="text"/> 535
536	Dalam sebulan terakhir seberapa sering Anda menawarkan pacar Anda untuk menggunakan kondom ketika berhubungan seks?	Tidak pernah	0	<input type="text"/> 536
		Jarang/kadang-kadang	1	
		Sering	2	
		Selalu	3	
537	Dalam sebulan terakhir seberapa sering pacar Anda menggunakan kondom ketika berhubungan seks?	Tidak pernah	0	<input type="text"/> 537
		Jarang/kadang-kadang	1	
		Sering	2	
		Selalu	3	
		Tidak menjawab	9	
Hubungan seks dengan suami/pasangan tetap				
538	Selama setahun terakhir, apakah Anda melakukan seks penetrasi dengan suami/pasangan tetap?	Ya	1	<input type="text"/> 538
		Tidak	2	
		Tidak ingat	8	
		Tidak menjawab	9	
		Tidak punya suami/pasangan tetap	0	
539	Selama sebulan terakhir, berapa kali Anda melakukan seks penetrasi dengan suami/pasangan tetap Anda?	_____ kali Tidak punya suami/pasangan tetap sebulan terakhir	00	<input type="text"/> <input type="text"/> 539
540	Pada seks penetrasi yang terakhir dengan suami/ pasangan tetap, apakah Anda menawarkan untuk menggunakan kondom?	Ya	1	<input type="text"/> 540
		Tidak	2	
		Tidak ingat	8	
		Tidak menjawab	9	
541	Pada seks penetrasi yang terakhir dengan suami/pasangan tetap, apakah pasangan Anda tersebut menggunakan kondom?	Ya	1	<input type="text"/> 541
		Tidak	2	
		Tidak ingat	8	
		Tidak menjawab	9	

Hubungan seks dengan laki-laki lain (selain tamu/pelanggan, pacar, dan suami/pasangan tetap)

	542	543	544
Jenis pasangan seks (selain tamu/ pelanggan, pacar, dan suami/pasangan tetap)	Dalam setahun terakhir, apakah Anda punya pasangan seks seperti pd kolom (1)?	Jika punya, berapa jumlah pasangan seks tersebut dalam setahun terakhir?	Pada seks penetrasi yg terakhir dg pasangan tsb, apakah pasangan Anda tersebut menggunakan kondom?
	Ya 1 Tidak 2 Tidak tahu 8 Tidak menjawab 9	Tidak tahu 98 Tidak menjawab 99	Ya 1 Tidak 2 Tidak tahu 8 Tidak menjawab 9
(1)	(2)	(3)	(4)

a	Keamanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Mucikari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Ojek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blok 6. Cakupan Intervensi

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban	
601	Dalam setahun terakhir, apakah Anda pernah menghadiri pertemuan yang berkaitan dengan pencegahan penularan HIV dan IMS?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 601	
		Tidak	2 →603		
		Tidak ingat	8 →603		
		Tidak menjawab	9		
602	Jika pernah, siapa yang menyelenggarakannya? <i>(jawaban bisa lebih dari satu, tetapi pilihan jangan dibacakan)</i>			<input type="checkbox"/> 602	
		a. Dinkes/RS/Puskesmas	Ya 1 Tidak 2		<input type="checkbox"/> a
		b. Dinas Sosial	Ya 3 Tidak 4		<input type="checkbox"/> b
		c. Dinas Pariwisata	Ya 5 Tidak 6		<input type="checkbox"/> c
		d. Tempat bekerja/institusi	Ya 1 Tidak 2		<input type="checkbox"/> d
		e. LSM/Perkumpulan sosial	Ya 3 Tidak 4		<input type="checkbox"/> e
		f. Lainnya:	Ya 5 Tidak 6		<input type="checkbox"/> f
603	Kapan terakhir kali Anda berdiskusi langsung secara pribadi dengan petugas untuk membahas risiko tertular HIV dan cara pencegahannya atas kemauan Anda?	Dalam 3 bulan terakhir	1	<input type="checkbox"/> 603	
		Dalam 4 bulan – 1 tahun terakhir	2		
		Lebih dari setahun yang lalu	3		
		Tidak ingat	8		
		Tidak menjawab	9		
604	Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali Anda dihubungi petugas lapangan/penjangkau (PL/PO) dan mendiskusikan bagaimana cara pencegahan dan penularan HIV/IMS?	_____ kali		<input type="checkbox"/> 604	
		Tidak pernah	00		
		Tidak tahu	88		
		Tidak menjawab	99		
605	Dalam 3 bulan terakhir apakah Anda pernah dirujuk oleh petugas lapangan/penjangkau (PL/ PO)/teman ke tempat pemeriksaan kesehatan untuk pemeriksaan IMS?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 605	
		Tidak	2		
		Tidak ingat	8		
		Tidak menjawab	9		
606	Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali Anda mengunjungi tempat pemeriksaan kesehatan untuk pemeriksaan IMS?	_____ kali		<input type="checkbox"/> 606	
		Tidak pernah	00		
		Tidak tahu	88		
		Tidak menjawab	99		

Blok 6. Cakupan Intervensi

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban	
607	Dalam 3 bulan terakhir , pernahkan Anda dirujuk oleh LSM atau teman ke klinik VCT/tempat tes HIV?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 607	
		Tidak	2		
		Tidak ingat	8		
		Tidak menjawab	9		
608	Dalam setahun terakhir, apakah Anda pernah diminta memperagakan pemakaian kondom pada penis buatan di depan petugas lapangan?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 608	
		Tidak	2		
		Tidak ingat	8		
		Tidak menjawab	9		
609	Dalam setahun terakhir, pernahkan Anda menerima barang cetakan (seperti brosur/komik, kalender, dll) yang memberikan informasi ttg penularan dan pencegahan HIV dari petugas lapangan/petugas kesehatan?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 609	
		Tidak	2		
		Tidak ingat	8		
		Tidak menjawab	9		
610	Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali Anda menerima kondom gratis?	_____ kali		<input type="text"/> <input type="text"/> 610	
		Tidak pernah	00		
		Tidak tahu	88		
		Tidak menjawab	99		
611	Dalam setahun terakhir, berapa kali Anda minum obat yang harus segera diminum di depan petugas kesehatan di klinik IMS atau Puskesmas yang memberikan pelayanan IMS? <i>(tunjukkan obat yang dimaksud tersebut)</i>	_____ kali		<input type="checkbox"/> 611	
		Tidak ingat	8		
		Tidak menjawab	9		
		Tidak pernah	0		→701
612	Jika pernah, kapan terakhir anda meminum obat tersebut?	Dalam sebulan yang lalu	1	<input type="checkbox"/> 612	
		1–2 bulan yang lalu	2		
		2–3 bulan yang lalu	3		
		lebih dari 3 bulan yang lalu	4		
		Tidak ingat	8		
		Tidak menjawab	9		

Blok 7. Tes Infeksi Menular Seksual, HIV, kehamilan dan kontrasepsi

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban	
701	Selama sebulan terakhir, apakah Anda pernah mendapatkan suntikan untuk pencegahan/ pengobatan penyakit kelamin di luar sarana pelayanan kesehatan misalnya dari dokter/mantri keliling?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 701	
		Tidak	2		
		Tidak menjawab	9		
702	Selama sebulan terakhir, apakah Anda pernah mengunjungi tempat layanan untuk melakukan cuci vagina bagian dalam?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 702	
		Tidak	2		
		Tidak menjawab	9		
703	Selama 6 bulan terakhir, apakah Anda pergi ke tempat pemeriksaan IMS?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 703	
		Tidak	2		→705
		Tidak menjawab	9		

Blok 7. Tes Infeksi Menular Seksual, HIV, kehamilan dan kontrasepsi

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban
704	Jika pernah, siapa yang menyarankan Anda pergi ke tempat pemeriksaan IMS? <i>(bacakan semua jawaban)</i>			704
	a. Kemauan sendiri	Ya 1 Tidak 2		<input type="checkbox"/> a
	b. Teman/petugas penjangkau (PO)	Ya 3 Tidak 4		<input type="checkbox"/> b
	c. Pengelola lokalisasi	Ya 1 Tidak 2		<input type="checkbox"/> c
	d. Lainnya:	Ya 3 Tidak 4		<input type="checkbox"/> d
705	Pada tempat Anda bekerja, apakah Anda mendapat dukungan (waktu dan dorongan) dari mami/pengasuh untuk mengunjungi klinik IMS secara teratur?	Ya 1		<input type="checkbox"/> 705
		Tidak 2		
		Tidak menjawab 9		
		Tidak punya mami/pengasuh 0		
706	Selama setahun terakhir, apakah Anda pernah mengalami gejala-gejala sebagai berikut:	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab		706
	a. Luka atau koreng di sekitar kelamin	1 2 8 9		<input type="checkbox"/> a
	b. Benjolan di sekitar kelamin	3 4 8 9		<input type="checkbox"/> b
	c. Keputihan disertai dengan bau	5 6 8 9		<input type="checkbox"/> c
		↳ Jika tidak mengalami apapun (a=2 dan b=4 dan c=6)	→708	
707	Apabila salah satu R.706.a – c kolom “Ya” ada yang dilingkari, apa yang Anda lakukan terakhir kali saat mengalami gejala tersebut? <i>(bacakan pilihan jawaban)</i>	Tidak melakukan sesuatu/tidak diobati 1		<input type="checkbox"/> 707
		Melakukan pengobatan sendiri 2		
		Berobat ke Puskesmas/rumah sakit 3		
		Berobat ke dokter praktek 4		
		Berobat ke dukun/tabib 5		
		Lainnya: _____ 6		
	Tidak ingat 8			
	Tidak menjawab 9			
708	Apakah Anda pernah berobat ke petugas kesehatan ketika mengalami gejala-gejala seperti di R.706?	Ya 1	→710	<input type="checkbox"/> 708
		Tidak 2		
		Tidak ingat 8		
709	Jika pernah, apakah sebelum berobat Anda pernah mencoba melakukan pengobatan sendiri untuk mengatasi gejala-gejala tsb?	Ya 1		<input type="checkbox"/> 709
		Tidak 2		
		Tidak ingat 8		
710	Ketika terakhir kali Anda terkena IMS, apakah Anda meminta pasangan (suami, pacar atau pasangan tetap) Anda untuk melakukan pengobatan?	Ya 1		<input type="checkbox"/> 710
		Tidak 2		
		Tidak ingat 8		
		Tidak menjawab 9		
		Tidak pernah terkena IMS 0		
711	Apakah Anda pernah ditawari untuk tes HIV?	Ya 1		<input type="checkbox"/> 711
		Tidak 2		
		Tidak ingat 8		
		Tidak menjawab 9		

Blok 7. Tes Infeksi Menular Seksual, HIV, kehamilan dan kontrasepsi

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban
712	Jika pernah, siapa yang menawarkan/ merujuk Anda untuk tes HIV?	<i>Petugas lapangan/LSM</i>	1	<input type="checkbox"/> 712
		<i>Petugas kesehatan di RS</i>	2	
		<i>Petugas kesehatan di Puskesmas</i>	3	
		<i>Petugas Lapas</i>	4	
		<i>Temannya</i>	5	
		<i>Pasangan</i>	6	
713	Apakah Anda pernah tes darah untuk mengetahui status HIV Anda?	<i>Ya</i>	1	<input type="checkbox"/> 713
		<i>Tidak</i>	2 →723	
		<i>Tidak ingat</i>	8	
		<i>Tidak menjawab</i>	9	
714	Kapan terakhir Anda tes HIV?	<i>Setahun yang lalu</i>	1	<input type="checkbox"/> 714
		<i>Lebih dari setahun yang lalu</i>	2	
		<i>Tidak ingat</i>	8	
		<i>Tidak menjawab</i>	9	
715	Pada tes HIV yang terakhir, apakah atas kemauan Anda sendiri (tidak dipaksa, sukarela)?	<i>Ya</i>	1	<input type="checkbox"/> 715
		<i>Tidak</i>	2	
		<i>Tidak menjawab</i>	9	
716	Berapa rupiah biaya yang harus Anda bayarkan pada tes HIV yang terakhir?	<i>Rp. _____</i>		<i>(dalam ribuan)</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 716
		<i>Tidak tahu</i>	9998	
		<i>Tidak menjawab</i>	9999	
		<i>Tidak membayar</i>	0000	
717	Apa alasan utama Anda untuk melakukan tes HIV yang terakhir?	<i>Untuk surat keterangan</i>	1	<input type="checkbox"/> 717
		<i>Untuk ijin menikah/bertunangan</i>	2	
		<i>Merasa berisiko</i>	3	
		<i>Merasa sakit</i>	4	
		<i>Diminta/disarankan oleh petugas kesehatan</i>	5	
		<i>Diminta/disarankan oleh PL/PO</i>	6	
		<i>Lainnya: _____</i>	7	
		<i>Tidak tahu</i>	8	
718	Apakah Anda diminta persetujuan ketika diambil darahnya untuk tes HIV yang terakhir?	<i>Ya</i>	1	<input type="checkbox"/> 718
		<i>Tidak</i>	2	
		<i>Tidak tahu</i>	8	
		<i>Tidak menjawab</i>	9	
719	Pada tes HIV yang terakhir, apakah Anda menerima konseling sebelum mengetahui hasil tes?	<i>Ya</i>	1	<input type="checkbox"/> 719
		<i>Tidak</i>	2	
		<i>Tidak tahu</i>	8	
		<i>Tidak menjawab</i>	9	
		<i>Tidak menerima konseling sbkm menerima hasil</i>	0	
720	Pada tes HIV yang terakhir, apakah Anda menerima hasilnya?	<i>Ya</i>	1	<input type="checkbox"/> 720
		<i>Tidak</i>	2 →723	
		<i>Tidak menjawab</i>	9	

Blok 7. Tes Infeksi Menular Seksual, HIV, kehamilan dan kontrasepsi

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban	
721	Pada tes HIV yang terakhir, apakah Anda memberitahu hasilnya kepada pasangan tetap, teman, atau keluarga?	Ya	1	→ 723	<input type="checkbox"/> 721
		Tidak	2		
		Tidak tahu	8		
		Tidak menjawab	9		
722	Bila menjawab tidak, apa alasannya? (jawaban tidak dibacakan)	Ya Tidak			722
	a. Takut didiskriminasi	1 2			<input type="checkbox"/> a
	b. Takut kehilangan pekerjaan	3 4			<input type="checkbox"/> b
	c. Takut kehilangan teman	5 6			<input type="checkbox"/> c
	d. takut kehilangan pasangan	1 2			<input type="checkbox"/> d
	e. takut dijauhi keluarga	3 4			<input type="checkbox"/> e
	f. Lainnya: _____	5 6			<input type="checkbox"/> f
723	Apakah Anda menyarankan tes HIV kepada pasangan tetap atau teman Anda?	Ya	1		<input type="checkbox"/> 723
		Tidak	2		
		Tidak tahu	8		
		Tidak menjawab	9		
724	Sejak anda melakukan seks dengan imbalan, apakah anda pernah mengalami kehamilan?	Ya	1	→726	<input type="checkbox"/> 724
		Tidak	2		
		Tidak tahu	8		
		Tidak menjawab	9		
725	Jika pernah hamil, apa yang terjadi pada kehamilan terakhir?	Hamil sampai melahirkan	1		<input type="checkbox"/> 725
		Digugurkan (aborts)	2		
		Keguguran spontan	3		
		Tidak menjawab	9		
726	Apa alat kontrasepsi (metode KB) yang Anda pakai sekarang?	Pil	1		<input type="checkbox"/> 726
		Suntik	2		
		Spiral	3		
		Sterilisasi	4		
		Kondom	5		
		Ramuan tradisional	6		
		Lainnya: _____	7		
		Tidak menjawab	9		
Tidak pakai	0				

Blok 8. Pengetahuan tentang HIV/AIDS, Risiko, dan Pencegahannya

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban			
801	Dalam setahun terakhir, Apakah Anda pernah mendapat informasi tentang HIV/AIDS sebelum wawancara ini?	Ya	1	→803			
		Tidak	2				
		Tidak tahu	8				
		Tidak menjawab	9				
802	Jika pernah, dari mana sumber informasinya?	<i>Pertanyaan ini mempunyai dua jenis jawaban: (a) Jawaban spontan dan (b) Jawaban probing</i>			802		
		<i>Biarkan responden menjawab terlebih dahulu, lalu cocokkan jawabannya dengan pernyataan yang ada di Kolom (1) dan lingkari di Kolom (2) untuk setiap jawaban yang sesuai. Bacakan pernyataan yang belum ada jawabannya dan lingkari jawaban responden pada Kolom (3), (4), dan (5) yang sesuai</i>					
	Sumber Informasi	Spontan	Probing			<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> l <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> n	
		Ya	Ya	Tidak			Tidak menjawab
	(1)	(2)	(3)	(4)			(5)
	a. Radio	1	2	3			9
	b. TV	4	5	6			9
	c. Koran/majalah	1	2	8			9
	d. Poster/leaflet/booklet	4	5	8			9
	e. Petugas kesehatan	1	2	8			9
	f. Petugas lapangan	4	5	8			9
	g. Teman sebaya	1	2	8			9
	h. Konselor	4	5	8			9
	i. Manajer kasus	1	2	8			9
	j. Mami	4	5	8			9
	k. Pertunjukan/edutainment	1	2	8			9
	l. Internet/chatting	4	5	8			9
	m. Hotline service/SMS	1	2	8			9
	n. Lainnya:	4	2	8			9
	803	Apakah Anda mengenal secara pribadi (saling kenal) seseorang yang terinfeksi HIV/penderita AIDS?	Ya, dia seorang pekerja seks	1			803
Ya, dia bukan seorang pekerja seks			2				
Tidak			3				
Tidak tahu			8				
Tidak menjawab			9				
804	Dapatkah Anda mengetahui seseorang yang sudah terinfeksi HIV hanya dengan melihatnya saja?	Ya	1	804			
		Tidak	2				
		Tidak tahu	8				
		Tidak menjawab	9				

Blok 8. Pengetahuan tentang HIV/AIDS, Risiko, dan Pencegahannya

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban
805	Bisakah seseorang mengurangi risiko tertular HIV dengan cara menggunakan kondom dengan benar setiap kali melakukan seks?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 805
806	Bisakah seseorang mengurangi risiko tertular HIV dengan tidak melakukan seks anal?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 806
807	Apakah dengan saling setia pada pasangan dapat mengurangi risiko tertular HIV?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 807
808	Apakah dengan mengurangi jumlah pasangan seks dapat mengurangi risiko tertular HIV?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 808
809	Apakah dengan makan makanan yang bergizi dapat mengurangi risiko tertular HIV?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 809
810	Apakah dengan minum obat antibiotik atau ramuan tradisional sebelum dan sesudah melakukan seks dapat mengurangi risiko tertular HIV?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 810
811	Bisakah seseorang tertular virus HIV melalui gigitan nyamuk/serangga?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 811
812	Bisakah seseorang tertular HIV dengan cara menggunakan alat makan atau minum secara bersama dgn seseorang yang sudah terinfeksi HIV?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 812
813	Bisakah orang tertular virus HIV melalui jarum suntik yang sudah digunakan oleh orang lain?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 813
814	Dapatkah HIV ditularkan dari ibu ke anaknya selama masa kehamilan?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 814

Blok 8. Pengetahuan tentang HIV/AIDS, Risiko, dan Pencegahannya

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban
815	Dapatkah HIV ditularkan dari ibu ke anaknya selama masa menyusui?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 815
816	Dapatkah ASI eksklusif mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 816
817	Dapatkah orang yang terinfeksi HIV mendapatkan pengobatan yang memungkinkan mereka hidup lebih sehat untuk waktu yang lebih lama?	Ya, diobati seumur hidup Ya, diobati sampai sembuh Tidak bisa diobati Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 3 8 9	<input type="checkbox"/> 817
818	Apakah Anda tahu di mana bisa mendapatkan pengobatan tersebut di kota Anda?	Ya Tidak Tidak menjawab	1 2 9	<input type="checkbox"/> 818
819	Menurut pendapat Anda, dapatkah Anda memperoleh pengobatan tersebut seandainya Anda membutuhkannya?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 819
820	Apakah Anda tahu tempat di mana orang bisa pergi melakukan tes HIV secara rahasia untuk mengetahui dirinya terinfeksi HIV atau tidak? <i>(Rahasia maksudnya tidak seorang pun akan tahu hasil tes kecuali Anda menginginkannya)</i>	Ya Tidak Tidak menjawab	1 2 9	<input type="checkbox"/> 820
821	Apakah masih diperlukan usaha pencegahan pada pasangan seks yang keduanya HIV positif?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 821
822	Apakah Anda merasa berisiko tertular HIV?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 822
823	Apakah Anda pernah melakukan upaya agar terhindar dari infeksi HIV/AIDS?	Ya Tidak Tidak tahu Tidak menjawab	1 2 8 9	<input type="checkbox"/> 823

Blok 8. Pengetahuan tentang HIV/AIDS, Risiko, dan Pencegahannya

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban		
824	Jika "Ya", apa yang Anda lakukan untuk mengurangi risiko tertular HIV?	<i>Pertanyaan ini mempunyai dua jenis jawaban: (a) Jawaban spontan dan (b) Jawaban probing</i>		824		
	<i>Biarkan responden menjawab terlebih dahulu, lalu cocokkan jawabannya dengan pernyataan yang ada di Kolom (1) dan lingkari di Kolom (2) untuk setiap jawaban yang sesuai. Bacakan pernyataan yang belum ada jawabannya dan lingkari jawaban responden pada Kolom (3), (4), dan (5) yang sesuai</i>					
	Upaya yang dilakukan	Spontan	Probing			
		Ya	Ya		Tidak	Tidak menjawab
	(1)	(2)	(3)		(4)	(5)
	a. selalu menawarkan kondom pada pasangan seks	1	2		3	9
b. selalu menggunakan kondom	4	5	6	9		
c. kunjungan rutin ke klinik IMS	1	2	3	9		
d. tidak melakukan cuci vagina/vaginal douching	4	5	6	9		
e. minum antibiotik sesuai anjuran dokter/petugas kesehatan	1	2	3	9		

A
 B
 C
 D
 E

Ungkapkan kalimat berikut kepada responden:

Pada kesempatan ini saya akan menanyakan hal-hal yang sensitif yang berhubungan dengan Napza. Saya ingatkan kembali bahwa jawaban Anda dirahasiakan, oleh karena itu mohon jawaban yang jujur.

Blok 9. Minuman beralkohol dan penggunaan napza

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke	Kode Jawaban
901	Selama 3 bulan terakhir, apakah Anda pernah minum minuman beralkohol (arak, tuak, bir, wiski, dsb) sampai mabuk sebelum melakukan seks?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 901
		Tidak	2	
		Tidak menjawab	9	
902	Selama 3 bulan terakhir, apakah Anda pernah mengonsumsi napza, seperti ganja, ekstasi, amphetamines, shabu-shabu dsb, untuk bersenang-senang, atau ngehai, ngefai, ngeboat, berfantasi, sebelum melakukan seks?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 902
		Tidak	2	
		Tidak menjawab	9	
903	Apakah di antara pasangan seks Anda ada yang pernah menggunakan napza sebelum melakukan seks dengan Anda?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 903
		Tidak	2	
		Tidak tahu	8	
		Tidak menjawab	9	
904	Apakah Anda pernah menggunakan napza dengan cara disuntikkan?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 904
		Tidak	2	
		Tidak menjawab	9	
905	Jika pernah, apakah Anda menggunakannya dalam setahun terakhir?	Ya	1	<input type="checkbox"/> 905
		Tidak	2	
		Tidak menjawab	9	

Blok 9. Minuman beralkohol dan penggunaan napza

No.	Pertanyaan	Kode kategori	Lanjut ke
906	Apakah di antara pasangan seks Anda ada yang pernah menggunakan napza dengan cara disuntikkan?	Ya	1
		Tidak	2
		Tidak tahu	8
		Tidak menjawab	9

Kode Jawaban
<input type="checkbox"/> 906

Blok 10. Catatan



*Sebelum mengakhiri wawancara, teliti kembali kelengkapan isian kuesioner/jawaban responden
Ucapkan terima kasih atas partisipasinya*

evimultivariat lampiran tesis.log

```

name: <unnamed>
log: C:\Evi\AEviThesis\AEvi Tesis\Data evi\evimultivariat.log
log type: text
opened on: 5 Jul 2012, 12:23:50

```

```

.logistic imsbi kk_allkatrisk umurbarubi ttinggalkat lamakerjabi hasilsexbi
umursexbi terpaparbi milikibi
> obatims teshivbi pk3_bi

```

```

Logistic regression
Log likelihood = -209.32478
Number of obs = 443
LR chi2(11) = 28.56
Prob > chi2 = 0.0027
Pseudo R2 = 0.0639

```

imsbi	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
kk_allkatrisk	1.323641	.4106422	0.90	0.366	.7206029	2.431332
umurbarubi	1.340091	.3446146	1.14	0.255	.8095455	2.218335
ttinggalkat	.6617989	.3298203	-0.83	0.408	.24918	1.757676
lamakerjabi	2.260621	.5965718	3.09	0.002	1.347714	3.791906
hasilsexbi	1.273361	.3791723	0.81	0.417	.7103735	2.282528
umursexbi	.6543552	.1638709	-1.69	0.090	.4005403	1.069008
terpaparbi	.9032534	.3379833	-0.27	0.786	.4338138	1.880684
milikibi	1.099483	.344074	0.30	0.762	.5954042	2.030322
obatims	.6317049	.2733251	-1.06	0.288	.2705314	1.475064
teshivbi	1.448879	.3870059	1.39	0.165	.858361	2.445649
pk3_bi	1.431843	.4296049	1.20	0.232	.7952507	2.578023

```

.logistic imsbi kk_allkatrisk umurbarubi ttinggalkat lamakerjabi hasilsexbi
umursexbi milikibi obatims tes
> hivbi pk3_bi

```

```

Logistic regression
Log likelihood = -209.36139
Number of obs = 443
LR chi2(10) = 28.49
Prob > chi2 = 0.0015
Pseudo R2 = 0.0637

```

imsbi	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
kk_allkatrisk	1.330443	.4116912	0.92	0.356	.7254393	2.440009
umurbarubi	1.332366	.3413989	1.12	0.263	.806336	2.201564
ttinggalkat	.665108	.3310124	-0.82	0.413	.2507634	1.764087
lamakerjabi	2.240824	.5864396	3.08	0.002	1.34166	3.742599
hasilsexbi	1.271691	.3786593	0.81	0.420	.7094593	2.27948
umursexbi	.6510498	.1626565	-1.72	0.086	.3989811	1.062371
milikibi	1.091423	.3399648	0.28	0.779	.5927261	2.009703
obatims	.6309636	.2727073	-1.07	0.287	.2704634	1.471974
teshivbi	1.426816	.3719453	1.36	0.173	.856002	2.378268
pk3_bi	1.439732	.4308018	1.22	0.223	.8009068	2.588101

```

.logistic imsbi kk_allkatrisk umurbarubi ttinggalkat lamakerjabi hasilsexbi
umursexbi obatims teshivbi pk3
> _bi

```

```

Logistic regression
Number of obs = 443
LR chi2(9) = 28.41
Prob > chi2 = 0.0008

```

Log likelihood = -209.4008 Pseudo R2 = 0.0635

imsbi	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
kk_allkatr~k	1.30574	.3946485	0.88	0.377	.7220855 2.361158
umurbarubi	1.332174	.3414195	1.12	0.263	.8061368 2.201472
ttinggalkat	.6558978	.3246941	-0.85	0.394	.2485761 1.730665
lamakerjabi	2.263557	.586919	3.15	0.002	1.361704 3.762703
hasilsexbi	1.277552	.3798012	0.82	0.410	.7133892 2.287867
umursexbi	.6493647	.1621401	-1.73	0.084	.398063 1.059316
obatims	.6288731	.271897	-1.07	0.283	.269489 1.467523
teshivbi	1.443611	.3713802	1.43	0.154	.8719104 2.390168
pk3_bi	1.503798	.3862121	1.59	0.112	.9090339 2.487705

. logistic imsb i kk_allkatr i umurbarubi ttinggalkat lamakerjabi umursexbi
obatims teshivbi pk3_bi

Logistic regression Number of obs = 443
LR chi2(8) = 27.71
Prob > chi2 = 0.0005
Log likelihood = -209.74838 Pseudo R2 = 0.0620

imsbi	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
kk_allkatr~k	1.317379	.3975998	0.91	0.361	.7291362 2.380197
umurbarubi	1.324541	.3390901	1.10	0.272	.8019601 2.18765
ttinggalkat	.7060427	.3420558	-0.72	0.472	.2731808 1.824785
lamakerjabi	2.241363	.5800762	3.12	0.002	1.349637 3.722267
umursexbi	.6470217	.161486	-1.74	0.081	.3967098 1.055273
obatims	.6388058	.2744361	-1.04	0.297	.2752237 1.482695
teshivbi	1.479596	.3781844	1.53	0.125	.896554 2.4418
pk3_bi	1.503979	.3857565	1.59	0.112	.9097387 2.486377

. logistic imsb i kk_allkatr i umurbarubi lamakerjabi umursexbi obatims
teshivbi pk3_bi

Logistic regression Number of obs = 446
LR chi2(7) = 27.41
Prob > chi2 = 0.0003
Log likelihood = -210.57936 Pseudo R2 = 0.0611

imsbi	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
kk_allkatr~k	1.345294	.4047766	0.99	0.324	.7459415 2.426217
umurbarubi	1.307527	.3340717	1.05	0.294	.7924458 2.157405
lamakerjabi	2.253702	.5806038	3.15	0.002	1.360217 3.734092
umursexbi	.6405519	.1597038	-1.79	0.074	.3929442 1.044186
obatims	.6099414	.2609793	-1.16	0.248	.2636814 1.410902
teshivbi	1.491477	.3800298	1.57	0.117	.9051687 2.457557
pk3_bi	1.500999	.3845847	1.59	0.113	.9084195 2.480131

. logistic imsb i kk_allkatr i lamakerjabi umursexbi obatims teshivbi pk3_bi

Logistic regression Number of obs = 446
LR chi2(6) = 26.31
Prob > chi2 = 0.0002
Log likelihood = -211.13056 Pseudo R2 = 0.0586

evimultivariat lampiran tesis.log

imsbi	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
kk_allkatr~k	1.406218	.4182774	1.15	0.252	.7849898	2.519076
lamakerjabi	2.396143	.6023792	3.48	0.001	1.463944	3.921939
umursexbi	.622392	.1541	-1.92	0.055	.3831002	1.01115
obatims	.5880962	.2511948	-1.24	0.214	.2546085	1.358388
teshivbi	1.507929	.3836305	1.61	0.106	.9158569	2.482756
pk3_bi	1.514364	.387508	1.62	0.105	.9171023	2.500592

```
. log close
  name: <unnamed>
  log: C:\Evi\AEviThesis\AEvi Tesis\Data evi\evimultivariat.log
  log type: text
  closed on: 5 Jul 2012, 12:35:56
```

