



Universitas Indonesia

**ANALISIS PROPENSITY SCORE MATCHING (PSM)
HUBUNGAN TINGKAT KETERPAPARAN INFORMASI TENTANG
HIV/AIDS DENGAN PERILAKU PENGGUNAAN KONDOM PADA
PELANGGAN WANITA PENJAJA SEKS DI PAPUA
(ANALISIS DATA SURVEI SURVEILANS PERILAKU)**

TESIS

**Oleh:
MIRZAL
NPM : 0606139395**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2008**

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
BIOSTATISTIK
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, 15 Juli 2008

MIRZAL

Analisis Propensity Score Matching pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom pada Pelanggan Wanita Penjaja Seks (WPS) di Papua (Data BSS 2004/2005)

xvi + 153 halaman + 27 tabel + 5 gambar + 4 lampiran

ABSTRAK

Sudah lebih 25 tahun, sejak pertama ditemukan tahun 1981, berbagai bangsa di dunia berupaya untuk menanggulangi HIV/AIDS, tetapi penyakit ini terus berkembang dengan peningkatan yang cepat dan mengkhawatirkan. Estimasi jumlah penderita HIV/AIDS di seluruh dunia pada tahun 1990 adalah 7,8 juta dan pada akhir Desember 2007 sudah mencapai 33,2 juta, dimana 90% berasal dari negara berkembang (WHO&UNAIDS, 2007). Perkembangan epidemi HIV/AIDS di Indonesia termasuk dalam kelompok tercepat di Asia, fase epidemiknya telah berubah dari "low" menjadi "concentrated". Sampai akhir September 2007, secara kumulatif jumlah pengidap infeksi HIV adalah 5904 dan kasus AIDS adalah 10384, yang tersebar di 33 provinsi. Rate kumulatif kasus AIDS Nasional sebesar 4,57 per 100.000 penduduk (Dit.Jen PPM&PL, 2007).

Papua mempunyai proporsi kasus AIDS tertinggi dibandingkan dengan propinsi lainnya di Indonesia dan penularannya telah merambah ke masyarakat umum dengan prevalensi cukup tinggi yaitu lebih 1 persen. Bila dibandingkan dengan populasi penduduk maka *case rate* (jumlah kasus/jumlah penduduk x 100.000) di Papua adalah 60,93 per 100.000 penduduk dan merupakan 15,39 kali lebih tinggi dibandingkan dengan rate nasional (3,96). Penularan HIV di Papua 90 persen disebabkan oleh hubungan heteroseksual (BPS & Depkes RI, 2007). Tingginya penyebaran HIV/AIDS di Papua dikarenakan rendahnya penggunaan kondom pada kelompok risiko tinggi, rendahnya pengetahuan dan minimnya informasi tentang HIV/AIDS.

Informasi mengenai hubungan antara tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku kelompok risiko tinggi, seperti pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial sangat berguna sebagai masukan bagi pembuat kebijakan untuk membuat program pencegahan dan penanggulangan penyakit HIV/AIDS yang lebih efektif dan efisien, khususnya di Papua.

Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya hubungan tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS di Papua setelah dipadankan oleh variabel umur, status perkawinan, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan dan riwayat mengalami gejala IMS yang

berperan sebagai *confounder*, dengan menggunakan *modelling Propensity Score Matching*. Penelitian ini menggunakan data sekunder Survei Surveilans Perilaku HIV/AIDS 2004/2005 dari P2MPL Depkes RI dan desain penelitian ini adalah cross sectional. Sampel pada penelitian ini adalah tukang ojek dan tukang bongkar muat pelabuhan di Papua, yang selanjutnya disebut dengan pelanggan WPS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang konsisten menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan WPS masih sangat rendah (19,14%). Hasil analisis bivariat menunjukkan variabel umur ($p=0,650$), status perkawinan ($p=0,403$) tidak berhubungan dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS, sedangkan variabel tingkat pendidikan ($p=0,0001$), tingkat pengetahuan ($p=0,000$), dan riwayat mengalami gejala IMS ($p=0,000$) menunjukkan hubungan yang signifikan dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS.

Pada analisis multivariat *modelling Propensity Score Matching* baik dengan *nearest neighbor* maupun *caliper*, variabel umur dan status perkawinan harus dikeluarkan dari model, karena reduksi biasanya lebih rendah sebelum dipadankan daripada setelah dipadankan. Hasil akhir analisis PSM pada model fit didapatkan nilai yang sama antara kedua algoritma baik nilai OR maupun nilai T-stat. Nilai *odds ratio (OR)* adalah 2,3 (95%CI=1,2-4,5), ini artinya pelanggan WPS yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS cukup memiliki peluang 2,3 kali untuk menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan dengan yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS kurang dan nilai T-stat didapat 0,85 ($p>0,05$), artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS di Papua.

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka disarankan kepada pengelola program HIV/AIDS baik di pusat maupun daerah agar lebih meningkatkan intensitas dan kedalaman informasi HIV/AIDS terutama bagi kelompok masyarakat yang mempunyai risiko tinggi terhadap penyakit HIV/AIDS, meningkatkan peran tenaga kesehatan dan membangun kemitraan dengan tokoh agama, tokoh adat/masyarakat, LSM, dunia usaha/swasta dan lembaga pendidikan formal untuk kepentingan penyebaran informasi yang akurat dan benar tentang HIV/AIDS, melibatkan pakar komunikasi dan mendorong perusahaan komunikasi/media lebih berperan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dan sosialisasi kondom, pemberdayaan kelompok risiko tinggi (peer group) dalam penyebaran informasi HIV/AIDS dan menetapkan peraturan daerah penggunaan kondom 100%.

Kata kunci : propensity score matching, keterpaparan informasi, perilaku, kondom, pelanggan WPS.

Daftar pustaka : 78 buah (1999-2008)

**POST GRADUATE PROGRAM
THE PUBLIC HEALTH STUDY
BIostatistic
UNIVERSITAS INDONESIA**

Thesis, 15 July 2008

MIRZAL

Propensity Score Matching (PSM) Analysis, The Relationship between The Level of Information Exposed about HIV/AIDS and Behavior in Condom Use among the Consumer of Female Sex Workers (FSW) in Papua (Behavioral Surveillance Survey Data (BSS) 2004/2005).

xvi + 153 pages + 27 tables + 5 pictures + 4 appendices.

ABSTRACT

It has been more than 25 years, since the first time the HIV/AIDS was found in 1981, there are many different programs have been developed by countries around the world in attempt to control the growth and spreading of HIV/AIDS. But unfortunately, the uncontrollable growth of this disease has attracted more serious attentions. The estimated number of sufferers from the disease has increased dramatically from about 7,8 million people in 1990 to approximately 33,2 million sufferers in late December 2007. There was 90% of the total sufferers from developing countries (WHO&UNAIDS, 2007). The growth of the HIV/AIDS epidemic in Indonesia has been recorded as the fastest among Asian countries. It has progressed from "low" to "concentrated". Untill late September 2007, the total number of people infected by HIV cumulatively reached 5904 and the number of AIDS cases was 10384, that found within 33 provinces of Indonesia. The national cumulative rate of the AIDS cases in Indonesia was 4,57 per 100.000 people (Dit.Jen PPM&PL, 2007).

The highest proportion of the HIV/AIDS found in Indonesia is in Papua where the spread of the infectious disease has reached its most communities with the prevalence of the cases is more than 1%. If this value is being compared with its population of the province in general, the case rate will be 60,93 per 100.000 peoples. This rate is 15,39 times higher than the national rate which is only 3,96. The most common cause of the spreading process of the disease in Papua is through heterosexual behaviours which is up to 90 percent (BPS & Depkes RI, 2007). The increased number of HIV/AIDS in Papua is also led by the usage of condom at high risk group still low, a lack of information and education about HIV/AIDS.

The information about relationship between information exposed about HIV/AIDS with behavior in condom use among the consumer of FSW is necessary to be considered by public health policy makers as a suggestion to prevent and control the growth of HIV/AIDS effectively and effecient in Papua.

This research is aimed to identify the relationship between the information exposed about HIV/AIDS with behavior in condom use among the consumer of FSW in Papua by focussing on ages, marital status, educational level, information level and the story of suffering from Sexual Transmitted Infection symptoms which act as *confounder*, and using *Propensity Score Matching Analysis*. This research uses secondary data of Behavioral Surveillance Survey (BSS) of HIV/AIDS in 2004/2005 from P2MPL, Health Department of Indonesia and the design of this research is cross sectional. The samples used in this research are the consumers of FSW. They are tukang ojek (motorcycle taxi drivers) and tukang bongkar muat pelabuhan (workers loading goods in Papua's harbour. Further they will be mentioned as the FSW consumers.

The results of this research show that the number of respondents who are consistent to use condoms in conducting their sexual intercourses with FSW is still remaining low (19,14%). By bivariate analysis, the result shows that the variable age ($p=0,650$), marital status ($p=0,403$) have not significantly with the consumer of FSW behavior's in condom use. Meanwhile, the variable educational level ($p=0,0001$), knowledge level ($p=0,000$), and the history of suffering from IMS symptoms ($p=0,000$) have showed the significant relation with the behaviours of using condoms among FSW consumer's.

The multivariate analysis with *Propensity Score Matching*, either nearest neighbor or caliper show that variabel age and marital status have to be excluded from the model because the reductive bias before matching process is lower than after the match. The final result of the analysis of PSM on a fit model is found the same value for both algoritma either OR value or T-stat value. The value of *odds ratio (OR)* is 2,3 (95%CI=1,2-4,5). This means that the FSW consumers with adequate exposed information of HIV/AIDS have 2,3 times of possibilities to use condoms consistently compared with the other ones, who do not have enough exposed information of HIV/AIDS, and T-stat value is 0,85 ($p>0,05$) which means the relationship between the level of exposed information of HIV/AIDS and the behavior of condom use among FSW consumers in Papua have not significant.

Based on the results of this research, it is suggested that the managers of the HIV/AIDS programs either in the centre or in distriet areas to improve the intensity and the depth of relevant information of HIV/AIDS for high risk community groups, to develop the roles of health workers, and to build a good relationships and supports with religionists, traditional/ cultural values, NGO's, local businesses and formal educational institutions in order to be able to spread and share accurate, adequate and proper information about HIV/AIDS. It is also suggested to involve communication experts and encourage companies and electronic medias of communication to be more active in anticipation and controlling the spreads of HIV/AIDS and the socialisation of using condoms, empowering the high risk groups (peer group) to take in part of HIV/AIDS information spreading, and the local policy makers are suggested to make 100% condom policy.

Key words : propensity score matching, information exposed, behavior, condom use, FSW consumer's.

Reference: 78 (1999-2008)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

**Tesis ini telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan di hadapan
Tim Peuguji Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia**

Depok, 15 Juli 2008

Komisi Pembimbing

Ketua,



(Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes)

Anggota,



(dr. Yuniar Sukmawati, M.Epid)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 15 Juli 2008

Ketua,



(Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes)

Anggota,



(dr. Yuniar Sukmawati, M.Epid)



(Drs. Anwar Hassan, MPH)



(Ir. Anis Abdul Muis, M.Kes)

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mirzal

Nomor Pokok Mahasiswa : 0606139395

Mahasiswa Program : Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2007/2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul "***ANALISIS PROPENSITY SCORE MATCHING, HUBUNGAN TINGKAT KETERPAPARAN INFORMASI TENTANG HIV/AIDS DENGAN PERILAKU PENGGUNAAN KONDOM PADA PELANGGAN WPS DI PAPUA (Data SSP 2004/2005)***".

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 16 Juli 2008



(MIRZAL)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Mirzal

Tempat/Tanggal Lahir : Pante Gajah/ 4 Mei 1975

Alamat : Jl. Prof.A.Madjid Ibrahim Km 114, Desa
Cot Mee Gumbak, Tijue, Sigli, NAD.

Email : syehaceh@gmail.com
syeh_aceh@yahoo.co.id

Blog : www.syehaceh.wordpress.com

Riwayat Pendidikan :

1982 - 1988 : SDN No.3 Matangglumpang Dua, Bireuen

1988 - 1991 : SMPN 1 Matangglumpang Dua, Bireuen

1991 - 1994 : SMAN Peusangan, Bireuen

1994 - 1997 : AKPER Depkes RI Banda Aceh

2000 - 2002 : PSIK FK Unsyiah Banda Aceh

2006-2008 : Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan
Masyarakat (FKM UI) Jurusan Biostatistik
Universitas Indonesia, Depok.

Riwayat Pekerjaan :

1995-1999 : Staf Pengajar AKPER Jabal Ghafur Sigli

1999-2002 : Staf RSUD Tapak Tuan Aceh Selatan

2002- sekarang : Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Pidie

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan hidayahNya penulis telah dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul ***“Analisis Propensity Score Matching pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom pada Pelanggan Wanita Penjaja Seks di Papua*** “ sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Jurusan Biostatistik Universitas Indonesia.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang tak terningga kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungannya baik moril maupun materil, terutama kepada :

1. Bapak Sutanto Priyo Hastono, drs, M.Kes, selaku pembimbing I, yang telah banyak memberikan bimbingan, petunjuk dan perhatian selama penyusunan tesis ini
2. Ibu Dr. Yuniar Sukmawati, M.Epid, selaku pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyempurnaan tesis ini.
3. Para dewan penguji, atas kejelian dan kecermatannya dalam memberikan masukan dan kritikan untuk perbaikan tesis ini.
4. Ka.Subdit.HIV/AIDS P2MPL Depkes RI, atas keizinannya untuk menggunakan data BSS untuk keperluan tesis ini.
5. Istriku, Fitriyatni, atas segala doa, perhatian, dorongan semangat dan pengertian yang begitu mendalam selama penulis kuliah dan hingga tesis ini dapat terselesaikan.

6. Ibu dan Bapak di Matangglumpang Dua, Bireuen serta Ayah dan Nyak di Tijue, Sigli dan semua keluarga atas perhatian dan doa yang selalu tercurahkan buat ananda.
7. Komite Beasiswa BRR NAD FK Unsyiah Banda Aceh atas dukungan dananya selama proses pendidikan penulis.
8. Rekan-rekan Pasca Sarjana FKM UI kekhususan Biostatistik 2006 (Mas Eko, Mas Antok, Dik Saiful Oe, Tgk.Agus, Nurmi, Bu Elisa, Titi, Mbak Rahmi, Mbak Catur, Mbak Mitra, Bu Halimah, Mbak Asni, Mbak Dewi, Mas Ramdan) yang telah berjuang bersama dalam suka dan duka serta saling memberi dukungan selama kuliah.
9. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa Aceh BRR NAD di FKM UI, baik angkatan 2006 maupun angkatan 2007 yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang selalu memberikan semangat dan saling mendukung.
10. Rekan-rekan di Kost Rizkullah (Pak Haksa, Mas Gun, Mas Hendro, Mamaz, Anto, Rizki, Ari Medan, Reza, Jek, dll), dalam kenangan dan kebersamaannya selama ini.

Penulis telah berusaha melakukan yang terbaik dalam penulisan tesis ini, namun penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, sehingga saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan dari semua pihak. Semoga tesis ini bermanfaat dan dapat menjadi bahan referensi bagi penulisan karya ilmiah lainnya.

Depok, 15 Juli 2008

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

JUDUL.....	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT.....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP PENULIS.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	13
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	14
1.4. Tujuan Penelitian.....	16
1.5. Manfaat Penelitian.....	17
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	18
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	19
2.1. HIV/AIDS.....	19
2.1.1. Pengertian HIV/AIDS.....	20
2.1.2. Gejala Penderita HIV/AIDS.....	20
2.1.3. Penularan HIV/AIDS.....	21
2.1.4. Diagnosis HIV/AIDS.....	24
2.1.5. Penanggulangan dan Pencegahan HIV/AIDS.....	26
2.2. Kondom.....	32
2.3. Wanita Penjaja Scks dan Pelanggannya.....	39
2.4. Perilaku.....	42
2.5. Keterpaparan Informasi HIV/AIDS.....	47
2.6. Karakteristik Sosial yang Diteliti.....	50
2.6.1. Umur.....	50
2.6.2. Status Perkawinan.....	53
2.6.3. Pendidikan.....	54
2.7. Pengetahuan.....	55
2.8. Pengalaman Menderita Gejala IMS.....	58
2.9. Propensity Score Matching.....	65
2.9.1. Definisi.....	65
2.9.2. Alasan Penggunaan Propensity Score.....	66
2.9.3. Langkah dalam PSM.....	67
2.10. Hasil Penelitian Terkait.....	69

2.11. Kerangka Teori.....	73
BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, dan DEFINISI OPERASIONAL	74
3.1. Kerangka Konsep.....	74
3.2. Hipotesis	75
3.3. Pengukuran Variabel Penelitian	75
3.4. Definisi Operasional.....	78
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	79
4.1. Desain Penelitian	79
4.2. Behavioral Surveilans Survey.....	79
4.3. Populasi dan Sampel.....	81
4.4. Pengolahan Data	82
4.4. Analisa Data.....	84
4.4.1. Analisis Univariat.....	85
4.4.2. Analisis Bivariat.....	85
4.4.3. Analisis Multivariat.....	86
BAB V HASIL PENELITIAN.....	89
5.1. Analisis Univariat.....	89
5.2. Analisis Bivariat.....	98
5.3. Analisis Multivariat.....	101
5.3.1. Pemilihan Algoritma Pemadanan.....	101
5.3.1.1. Nearest Neighbor.....	101
5.3.1.2. Caliper.....	111
5.3.2. Kesimpulan Propensity Score Matching.....	121
BAB VI PEMBAHASAN.....	123
6.1. Keterbatasan Penelitian.....	123
6.2. Perilaku Penggunaan Kondom.....	124
6.3. Karakteristik Sosial dengan Perilaku Penggunaan Kondom.....	129
6.3.1. Umur.....	129
6.3.2. Tingkat Pendidikan	130
6.3.3. Status Perkawinan.....	132
6.4. Tingkat Pengetahuan.....	134
6.5. Riwayat Mengalami Gejala IMS.....	136
6.6. Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS.....	138
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	144
7.1. Kesimpulan.....	144
7.2. Saran.....	145
DAFTAR PUSTAKA.....	148
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
3.1. Definisi Operasional.....	78
4.1. Perhitungan Besar Sampel Penelian.....	82
5.1. Distribusi Responden Menurut Umur.....	89
5.2. Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur.....	90
5.3. Distribusi Responden Menurut Jenis Pendidikan.....	90
5.4. Distribusi Responden Menurut Kategori Tingkat Pendidikan.....	91
5.5. Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan.....	92
5.6. Distribusi Responden Menurut Jenis Pengetahuan HIV/AIDS.....	92
5.7. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pengetahuan.....	94
5.8. Distribusi Respondem Menurut Riwayat Menderita IMS.....	94
5.9. Distribusi Responden Menurut Gejala IMS yang Pernah Dialami.....	95
5.10. Distribusi Responden Menurut Sumber Informasi.....	96
5.11. Distribusi Responden Menurut Tingkat Keterpaparan Informasi.....	97
5.12. Distribusi Responden Menurut Perilaku Penggunaan Kondom.....	97
5.13. Distribusi Hubungan Variabel Independen Utama dan Variabel Kontrol Dengan Variabel Dependen.....	98
5.14. Distribusi Variabel Kontrol pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom sebelum dan sesudah dilakukan Pemadanan dengan algoritma Nearest Neighbor.....	102
5.15. Distribusi Variabel Kontrol tanpa variabel Umur pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom sebelum dan sesudah dilakukan Pemadanan dengan algoritma Nearest Neighbor.....	104
5.16. Distribusi Variabel Kontrol tanpa Variabel Status Perkawinan pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom sebelum dan sesudah dilakukan Pemadanan dengan algoritma Nearest Neighbor.....	105

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
Gambar 2.1	Skema dari Komponen Health Belief Model.....	47
Gambar 2.2	Kerangka Teori Penelitian.....	74
Gambar 3.2.	Kerangka Konsep Penelitian.....	76
Grafik 5.1.	Grafik Overlap and Common Support pada Penelitian Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom pada Pelanggan WPS di Papua dengan algoritma Nearest Neighbor.....	111
Grafik 5.2.	Grafik Overlap and Common Support pada Penelitian Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom pada Pelanggan WPS di Papua dengan algoritma Caliper.....	121

DAFTAR SINGKATAN

ABK	= Anak Buah Kapal
AIDS	= Acquired Immune Deficiency Syndrom
ARV	= Anti Retroviral
ATT	= Average Treatment effect on Treated
BPS	= Badan Pusat Statistik
BSS	= Behavioral Survaillance Survey
DKT	= Diskusi Kelompok Terpadu
Ditjen PPM&PL	= Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan
FHI	= Family Health International
HIV	= Human Immuno Defieciency Virus
IDU	= Injection Drug User
ILO	= International Labour Organization
IMS	= Infeksi Menular Seksual
KIE	= Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KPAN	= Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
LSL	= Lelaki Suka Lelaki
ODHA	= Orang Dengan HIV-AIDS
OR	= Odds Ratio
PMS	= Penyakit Menular Seksual
PPK UI	= Pusat Penelitian Kesehatan Univ.Indonesia
PPS	= Pria Penjaja Seks
PSM	= Propensity Score Matching
PSK	= Penjaja Seks Komersil
RD	= Risk Difference
RR	= Relative Risk
SSP	= Survei Survaillans Perilaku
STRANAS	= Strategi Nasional
TKBM	= Tukang Bongkat Muat
TO	= Tukang Ojek
UNAIDS	= United Nations for AIDS
UNFPA	= United Nations For Population Agency
WHO	= World Health Organization
WPS	= Wanita Penjaja Seks

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat izin pengambilan data dan penelitian
Lampiran 2	Kuesioner Survey Surveillance Perilaku 2004/2005 Papua
Lampiran 3	Output Hasil Analisis Data
Lampiran 4	Tabel Distribusi t



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*), virus yang menyerang kekebalan tubuh manusia, merupakan virus yang paling populer di dunia saat ini yang menyebabkan AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*). Sudah lebih 25 tahun berbagai bangsa di dunia berupaya untuk menanggulangi HIV/AIDS, tetapi penyakit ini terus berkembang dengan peningkatan yang cepat dan mengkhawatirkan. Sejak ditemukan pertama kali pada tahun 1981 di California, Amerika Serikat, HIV/AIDS berkembang cepat ke seluruh dunia dengan modus penularan utama melalui hubungan seksual, jarum suntik, dan transfusi darah (Beni,2006).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan lembaga khusus untuk menanggulangi AIDS dari PBB (UNAIDS), melaporkan estimasi jumlah penderita HIV/AIDS di seluruh dunia pada tahun 1990 adalah 7,8 juta dan pada akhir Desember 2007 mencapai 33,2 juta, dimana 90% berasal dari negara berkembang. Estimasi jumlah kematian yang disebabkan oleh HIV/AIDS mencapai 2,1 juta orang, dimana 76% terjadi di wilayah Sub Sahara Afrika yang merupakan penyebab kematian utama di wilayah tersebut. Sedangkan jumlah infeksi baru HIV/AIDS adalah 2,5 juta dan 68% terjadi di Sub Sahara Afrika.(WHO&UNAIDS, 2007).

Benua Asia diindikasikan memiliki laju infeksi HIV tertinggi di dunia, sedangkan Afrika tengah mengalami perluasan dampak buruk HIV/AIDS di berbagai

sektor pembangunan (Beni, 2004). Prevalensi HIV tertinggi terdapat di wilayah Asia Tenggara dengan tren epidemik yang bervariasi di setiap negara. Tren epidemik di Kamboja, Myanmar dan Thailand menunjukkan penurunan, sedangkan di Indonesia dan Vietnam malah semakin meningkat. Secara keseluruhan estimasi jumlah orang yang mengidap HIV/ AIDS pada akhir 2007 di Asia adalah 4,9 juta orang, termasuk 440.000 orang yang merupakan kasus baru dan mencapai 300.000 orang meninggal karena AIDS (WHO&UNAIDS, 2007).

Perkembangan epidemi HIV/AIDS di Indonesia termasuk dalam kelompok tercepat di Asia. Bahkan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) menyatakan bahwa fase epidemik HIV/AIDS di Indonesia telah berubah dari “ low” menjadi “concentrated” (Usman&Apriyanthi, 2005).

Kasus AIDS di Indonesia pertama kali diidentifikasi di Bali pada tanggal 5 April 1987 pada seorang wisatawan Belanda yang meninggal di Rumah Sakit Sanglah, Bali (Beni, 2006). Sejak saat itu, perlahan tapi pasti, jumlah orang terinfeksi HIV dan jumlah kasus AIDS terus meningkat. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) melaporkan pada akhir 1997 jumlah kasus AIDS kumulatif 153 kasus dan HIV positif baru 486 orang yang diperoleh dari serosurvei di daerah sentinel (Harian Terbit, 11 Februari 2008).

Sejak awal abad ke 21 peningkatan jumlah kasus semakin mencekam. Pada akhir tahun 2003 jumlah kasus AIDS yang dilaporkan bertambah 355 kasus sehingga berjumlah 1371 kasus, sementara jumlah kasus HIV positif menjadi 2720 kasus. Pada akhir tahun 2003, 25 provinsi telah melaporkan adanya kasus AIDS. Penularan di

kalangan pengguna jarum suntik (penasun) meningkat menjadi 26,26%. Peningkatan jumlah kasus AIDS terus terjadi, pada akhir Desember 2004 berjumlah 2682 kasus, pada akhir Desember 2005 naik hampir dua kali lipat menjadi 5321 kasus dan pada akhir September 2006 sudah menjadi 6871 kasus dan dilaporkan oleh 32 dari 33 provinsi. Sementara estimasi tahun 2006, jumlah orang yang terinfeksi diperkirakan 169.000-216.000 orang (Ditjen PPM & PL, 2006).

Sampai akhir tahun 2007, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (Dit.Jen PPM&PL), Departemen Kesehatan RI melaporkan secara kumulatif jumlah pengidap infeksi HIV dan kasus AIDS adalah 5904 HIV dan 10384 AIDS yang tersebar di 33 provinsi. Rate kumulatif kasus AIDS Nasional hingga September 2007 sebesar 4,57 per 100.000 penduduk. Proporsi kasus AIDS yang dilaporkan telah meninggal sebesar 22,02% (Dit.Jen PPM&PL, 2007).

Sujudi (2002), mengemukakan ada beberapa faktor yang menyebabkan prevalensi kasus HIV/AIDS terus melonjak di Indonesia, yaitu karena kemiskinan, tingginya mobilitas penduduk, suburnya industri seks, masih rendahnya pengetahuan HIV/AIDS di kalangan kelompok beresiko tinggi, terbatasnya sarana medis, kurangnya komitmen pemerintah dalam aplikasi penanggulangan HIV/AIDS padahal dukungan kebijakan sudah baik, perilaku tidak sehat, kurangnya kesadaran dan tanggung jawab pria yang berperilaku risiko tinggi, penggunaan bersama jarum suntik di kalangan pecandu narkoba, kurangnya akses informasi dan pelayanan kesehatan, serta lemahnya aturan dan penegakan hukum (Kompas, 22 April 2002).

Para ahli epidemiologi Indonesia dalam kajiannya tentang kecenderungan

epidemi HIV dan AIDS memproyeksikan bila tidak ada peningkatan upaya penanggulangan yang bermakna, maka pada tahun 2010 jumlah kasus AIDS menjadi 400.000 orang dengan kematian 100.000 orang dan pada tahun 2015 menjadi 1.000.000 orang dengan kematian 350.000 orang (Aditya, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh John Kaldor pada tahun 2005 memprediksi bahwa pada tahun 2010, bila upaya penanggulangan tidak ditingkatkan maka 6% tempat tidur akan digunakan oleh penderita AIDS di Indonesia secara umum dan di Papua mencapai 14% dan pada tahun 2025 angka – angka tersebut akan menjadi 11% dan 29% (Beni, 2005).

Media penyebaran virus HIV cukup beragam antara lain hubungan seksual dengan pengidap HIV, transfusi darah, transplantasi organ tubuh, alat suntik, jarum untuk membuat tatto atau tindikan, dan penularan secara perinatal (Prasetyo, 2008). Berdasarkan data Family Health International (FHI), persentase mereka yang memiliki risiko tinggi terjangkit HIV/AIDS di Indonesia antara lain, pengguna narkoba (34%), PSK (7%), pelanggan PSK (31%), waria (1%), gay (8%), partner group berisiko tinggi (12%), dan lain-lain (7%) dan terjadinya peningkatan prevalensi HIV positif pada sub-populasi berperilaku berisiko, dikalangan penjaja seks tertinggi 22,8% dan di kalangan penasun 48% dan pada penghuni Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) sebesar 68% (Martono.N, 2006). Sedangkan menurut data Dit.Jen PPM&PL, Depkes RI (2007) melaporkan jumlah kumulatif kasus AIDS menurut faktor risiko adalah heteroseksual 4361 kasus, homo-biseksual 416 kasus, IDU (*Injection Drug User*) 5140 kasus, transfusi darah 10 kasus, perinatal

166 kasus dan tak diketahui 291 kasus. Secara persentase cara penularan utama kasus AIDS kumulatif yang dilaporkan melalui IDU (*Injection Drug User*) 49,5%, Heteroseksual 42%, dan Homoseksual 4%.

Menurut survei yang dilakukan Badan Pusat Statistik dan Departemen Kesehatan tahun 2003 jumlah pekerja seks komersial di tanah air mencapai 190.000-270.000 orang dengan 7-10 juta pelanggan dan diperkirakan berisiko menularkan penyakit infeksi menular seksual kepada 12 juta hingga 19 juta penduduk lainnya (Arjoso, *dalam Media Indonesia*, 20 Juli 2006). Lebih dari 50% lelaki pelanggan perempuan penaja seks ternyata mempunyai pasangan tetap atau berstatus kawin (ASA-INSIST, 2003).

Menurut Depkes RI & BPS (2005), kelompok pria dewasa yang berisiko tinggi terjangkit HIV diantaranya adalah kelompok pria yang sering berganti pasangan seks atau yang suka membeli seks kepada perempuan penaja seks. Pria yang potensial menjadi pelanggan WPS adalah pria yang suka bepergian jauh dalam waktu lama seperti pelaut dan anak buah kapal (ABK), nelayan, serta sopir dan kernet truk. Termasuk pula kedalam kelompok pria yang potensial menjadi pelanggan WPS adalah tenaga kerja bongkar muat (TKBM) barang di pelabuhan, tukang ojek yang sering menjadi perantara atau pengantar pelanggan pria dan WPS.

Berdasarkan data Survei Surveilans Perilaku (SSP) atau Behavioral Surveillance Survey (BSS) 2004-2005 dilaporkan bahwa perilaku berisiko (tren beli seks) sopir/kernet truk yang membeli seks dalam setahun terakhir meningkat dari 40% pada tahun 2002/2003 menjadi 59% pada tahun 2004-05. Pelaut/ABK juga

meningkat dari 28% menjadi 55%, tukang ojek 28% menjadi 31%, TKBM menunjukkan penurunan dari 46% menjadi 38%, PNS berkisar 30%, dan buruh hanya 10%.

Walaupun saat ini obat yang menghambat pertumbuhan HIV sudah ada, namun terdapat keterbatasan untuk mendapatkannya karena harga yang mahal, persediaan yang terbatas, atau faktor tepat waktu dalam penggunaan obat agar pengaruhnya efektif. Keadaan ini menjadikan perubahan perilaku merupakan kunci penting dalam penurunan epidemi HIV/AIDS. Mengubah perilaku-perilaku tersebut merupakan satu-satunya cara untuk mencegah penyebaran HIV/AIDS. Perubahan perilaku yang dimaksud adalah mengubah perilaku seksual berisiko terinfeksi HIV menjadi perilaku seks yang aman, meliputi penurunan jumlah pasangan seks dan peningkatan konsistensi penggunaan kondom (Solehudin, 2007).

Kondom yang berkualitas baik dan digunakan secara benar terbukti mencegah masuknya virus seperti HIV, hepatitis, dan herpes/PMS. *US National Institute of Health* dan *Consumer Union* yang meneliti kondom menemukan tidak ada pori yang terlihat setelah kondom diregangkan dan diperiksa dengan pembesaran 30.000 kali. Dalam era epidemi saat ini kondom lateks masih merupakan media terbaik dalam mencegah penularan HIV (UNFPA, 2005).

Pada tahun 2003, *The United States Department of Health and Human Service* melakukan studi penelitian terhadap keefektifan kondom. Dari hasil studi didapatkan bahwa 85% berkurangnya risiko penularan HIV pada orang-orang yang menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan dengan yang tidak pakai

(UNFPA, 2004). Pada Tahun 1991, Thailand menerapkan "*100-percent condom policy*", dimana yang mewajibkan pekerja seks komersil dan pelanggannya untuk menggunakan kondom dalam setiap aktivitas seksual. Program ini berhasil menaikkan persentase penggunaan kondom dari 14% pada tahun 1989 menjadi 94% pada tahun 1994 dan berdampak pada penurunan lima kali lipat kasus infeksi HIV dan sepuluh kali lipat penurunan kasus PMS (WHO & UNAIDS, 2004)

Konsep pencegahan infeksi HIV yang diperkenalkan oleh WHO adalah tidak melakukan hubungan seksual atau puasa seks, setia pada pasangan dan cegah infeksi dengan menggunakan kondom. Ketiga cara ini dikenal dengan istilah ABC (*Abstinence, Be faithful, Condom*) (Depkes RI, 2006).

Penggunaan kondom pada pria pelanggan WPS menjadi sangat penting karena dua cara lainnya tidak mungkin dapat dituruti mengingat kebutuhan seks merupakan kebutuhan dasar manusia atau kebutuhan biologis yang tidak dapat dihilangkan atau dipisahkan dari kehidupan dan tuntutan pekerjaan yang mobilitasnya tinggi yang sering meninggalkan keluarga, mengalami ketegangan dan kejenuhan selama perjalanan, serta sangat mudahnya mendapat pelacur didalam perjalanan (Dachlia, 2000). Dari SSP 2004-2005 menunjukkan perilaku abstinence belum banyak dilakukan, terlihat sedikit persentase pria tahun 2004/2005 yang melaporkan puasa seks (berkisar 9-21%), dan setia dengan satu pasangan (berkisar 7-40%).

Berdasarkan data SSP 2004-2005, terlihat secara umum pada kelompok pria pelanggan WPS perilaku yang selalu menggunakan kondom saat melakukan

hubungan seks dengan WPS masih rendah hanya berkisar antara 3-11 persen. Survei yang dilakukan DKT di Jakarta tahun 1998 menemukan bahwa pemakaian kondom pada kelompok pria berisiko yang mengatakan selalu memakai kondom 9,4%, sering 34,3% dan kadang-kadang 56,3% (Habasiah, 2001). Studi Utomo et.al (1999) juga memperlihatkan bahwa pelaut/pekerja pelabuhan di Jakarta, Manado dan Surabaya yang selalu menggunakan kondom berkisar antara 4-11 persen (Dachlia, 2000). Sedangkan Supriyanti (1999) dalam Herlina (2001) mengemukakan hanya rata-rata 6,1 persen pelaut/ABK yang selalu menggunakan kondom di Bali, Kupang dan Ujung Pandang.

Banyak faktor yang menyebabkan rendahnya pemakaian kondom pada kelompok resiko tinggi .Kemungkinan disebabkan pengetahuan tentang kegunaan kondom dan tentang HIV/AIDS masih rendah dimana masih dijumpai pengetahuan yang salah tentang AIDS (Depkes RI & BPS, 2005).

Salah satu program nasional penanggulangan HIV/AIDS adalah KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi). Keputusan Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat No.9 tahun 1994 menjelaskan bahwa salah satu tujuan KIE adalah melaksanakan pendidikan dan memberikan informasi yang tepat, dan benar tentang HIV/AIDS kepada masyarakat agar dapat mengembangkan sikap dan perilaku positif untuk melindungi dirinya dan orang lain dari penularan HIV/AIDS (Aulia, 2002). Salah satu sasaran KIE penanggulangan HIV/AIDS adalah kelompok yang berisiko tinggi yaitu orang-orang yang pekerjaannya menyebabkan mereka menghadapi kemungkinan/risiko lebih tinggi untuk tertular dan menularkan

HIV/AIDS misalnya para wanita penjaja seks dan pelanggannya (Aulia, 2002).

Didalam Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS (STRANAS) 2007-2010 juga disebutkan salah satu tujuan khususnya adalah menyediakan dan menyebarluaskan informasi dan menciptakan suasana kondusif untuk mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS, dengan menitikberatkan pencegahan pada sub-populasi berperilaku risiko tinggi dan lingkungannya dengan tetap memperhatikan sub-populasi lainnya (KPAN,2008)

Pesan atau informasi tentang HIV/AIDS dapat disampaikan melalui media komunikasi yang ada di masyarakat baik media elektronik (televisi, film, radio) maupun media cetak (surat kabar, majalah). Penyampaian informasi tersebut dapat disebut sebagai penyuluhan massa yang menurut Nugroho (2008) sangat efektif untuk meningkatkan pengetahuan kelompok sasaran, dikarenakan pengetahuan merupakan dasar untuk dapat memahami suatu permasalahan. Meski tidak selalu berkaitan langsung dengan upaya yang diambil dan cara yang ditempuh untuk menghindari penularan infeksi menular seksual atau HIV, mengetahui cara menghindari dan kemana mencari pertolongan ketika terserang, merupakan hal yang perlu diketahui oleh setiap orang apalagi yang berisiko tinggi untuk tertular HIV (Depkes RI & BPS, 2006).

Adanya informasi yang benar dan akurat mengenai HIV/AIDS melalui media komunikasi tersebut merupakan cara yang ampuh untuk mencegah penyebaran virus HIV/AIDS. Pengetahuan yang diterima mereka diharapkan nantinya mampu merubah sikap dan perilaku seksnya untuk mencegah penyebaran HIV/AIDS

(Usman & Apriyanthi, 2005).

Promosi kesehatan tidak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan-pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sehingga sampai memutuskan untuk mengadopsinya perilaku yang positif (Notoadmodjo, 2005)

Ketua KPA Papua, Karma (2007), menyatakan bahwa kegiatan penyebaran informasi HIV/AIDS melalui berbagai media ternyata belum ditindaklanjuti dengan evaluasi kegiatan/program yang dijalankan. Oleh karena itu, sampai saat ini khususnya di Papua belum ada informasi tentang sejauh mana keberhasilan KIE penanggulangan HIV/AIDS melalui media pada kelompok berisiko. Begitu banyak informasi yang didengungkan oleh berbagai pihak, namun kesadaran masyarakat untuk ikut serta mencegah penyebaran penyakit ini masih rendah (Bintang Papua, 2007). Padahal informasi mengenai hal dimaksud sangat diperlukan, mengingat kejadian AIDS di Papua terbilang sangat tinggi.

Seperti kita ketahui, laporan AIDS dari Papua secara kumulatif sampai dengan akhir bulan Maret 2007 merupakan kasus AIDS nomor 2 paling tinggi setelah Jakarta. Namun bila dibandingkan dengan populasi penduduk maka *case rate* (jumlah kasus/jumlah penduduk x 100.000) di Papua adalah 60,93 per 100.000 penduduk dan merupakan 15,39 kali lebih tinggi dibandingkan dengan rate nasional (3,96). Sedangkan di Irian Jaya Barat sebesar 10,24 per 100.000 penduduk atau 2,59 kali lebih tinggi dibandingkan dengan rate nasional. Hal ini membuat Papua mempunyai proporsi kasus AIDS tertinggi dibandingkan dengan propinsi lainnya di

Indonesia dan penularannya telah merambah ke masyarakat umum dengan prevalensi cukup tinggi yaitu lebih 1 persen.

Penularan HIV di Papua 90 persen disebabkan oleh hubungan heteroseksual dan penggunaan kondom pada seks terakhir masih sangat rendah, tanpa membedakan jenis hubungan seks (dengan pasangan tetap, tidak tetap, atau dengan imbalan), menunjukkan bahwa hanya 2,8% penduduk Papua yang menggunakan kondom. Pada penduduk laki-laki sebesar 3,9%, sedangkan pada penduduk perempuan sebesar 1,7% (Depkes RI&BPS, 2007).

Nafsiah Mboi (2007), menilai tingginya jumlah pengidap HIV/AIDS di Papua adalah karena secara umum tingkat pengetahuan penduduk mengenai HIV/AIDS masih rendah, yakni sebanyak 48% penduduk belum pernah mendengar tentang HIV dan AIDS, hanya 20% yang mengetahui tentang informasi HIV/ AIDS secara benar. Sementara sebanyak 20% pada tingkat pendidikan universitas menerima pemahaman yang salah mengenai HIV/AIDS. Minimnya akses informasi sebagai salah satu pemicu kondisi ini.

Disamping itu, Supari (2007) juga menambahkan bahwa mengingat geografis Papua yang sangat sulit, maka harus ada sistem informasi yang dapat menepai seluruh penduduknya. Pertumbuhan penyebaran akan virus HIV/AIDS ini kebanyakan terjadi di daerah pegunungan, seiring minimnya informasi yang di peroleh disana, juga pelayanan kesehatan yang cukup jauh dan sulit dijangkau. Sejalan dengan Supari, Mukhotib (2007) menyatakan selama ini masyarakat pedesaan jarang tersentuh sosialisasi mengenai HIV/AIDS, informasi mengenai hal

tersebut hanya beredar di kalangan masyarakat perkotaan. Menurutnya, salah satu pihak yang dibutuhkan kepeduliannya dalam menanggulangi meluasnya HIV/AIDS adalah media massa. Kelebihan media massa yang bisa menjangkau khalayak dalam jumlah besar, heterogen dan tersebar secara geografis, sangat dibutuhkan dalam penyebaran informasi tentang HIV/AIDS kepada masyarakat luas.

Menurut Piot (2004), mengungkapkan bahwa media mempunyai peran besar untuk mempengaruhi opini publik, advokasi, menghilangkan stigma/mitos, memberikan citra positif kepada ODHA, dan mengoreksi pengetahuan yang salah tentang HIV/AIDS. Peran ini sama pentingnya dengan promosi kondom untuk pencegahan dan pengobatan bagi yang terkena. Dengan profesionalisme media, informasi bisa disampaikan dengan cara yang lebih menyenangkan (Beni, 2004).

Informasi mengenai hubungan antara tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial sangat berguna sebagai masukan bagi pembuat kebijakan untuk membuat program pencegahan dan penanggulangan penyakit HIV/AIDS yang lebih efektif dan efisien pada pelanggan WPS, khususnya di Papua.

Penelitian ini dilakukan terhadap data survei surveilans perilaku nasional 2004-2005 dan yang menjadi sasaran atau responden adalah pelanggan WPS di Papua. Ada beberapa keunggulan surveilans perilaku ini dibandingkan dengan surveilans penyakit AIDS, antara lain dapat berfungsi sebagai *early warning system*, evaluasi program pencegahan dan dapat digunakan untuk mengidentifikasi perilaku berisiko tinggi yang perlu diubah (FHI&DFID, 2000).

Penelitian yang ingin melihat pengaruh pajanan terhadap *outcome* idealnya adalah membandingkan antara subjek saat terpajan dengan subjek saat tidak terpajan dalam waktu bersamaan, namun hal ini tidak bisa dilakukan. *Outcome* yang tidak dapat diamati ini disebut sebagai *counterfactual outcome*. Dalam analisis statistik terdapat analisis yang dinamakan *propensity score matching* (PSM). Teknik analisis ini melakukan *matching* melalui *propensity* dari subjek yang terpajan dan subjek tidak terpajan. Nilai *propensity* merupakan nilai probabilitas dari subjek jika tidak terpajan, yang pada kenyataannya subjek adalah dalam keadaan terpajan untuk terjadinya *outcome* positif. Nilai *propensity* dapat digunakan untuk menurunkan pengaruh bias dari potensial *confounder* (Ariawan, 2007).

Berdasarkan SSP tersebut, penulis ingin menganalisis lebih lanjut untuk mengetahui hubungan tingkat keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial di Papua dengan menggunakan modelling *Propensity Score Matching*.

1.2 Perumusan Masalah

Kejadian penyakit HIV/AIDS ternyata terus meningkat dimulai sejak ditemukannya penyakit HIV/AIDS di Indonesia. Seiring dengan meningkatnya jumlah kasus HIV/AIDS tersebut perlu diimbangi pula dengan meningkatnya KIE khususnya penyuluhan massa melalui media komunikasi massa sehingga dapat meningkatkan pengetahuan kelompok sasaran. Peningkatan pengetahuan tentang HIV/AIDS diharapkan mampu merubah perilaku pelanggan WPS, dalam penelitian

ini adalah pelanggan WPS. Kelompok pelanggan WPS merupakan kelompok yang mempunyai perilaku seksual berisiko karena mempunyai persentase melakukan hubungan seks dengan WPS yang cukup tinggi tanpa diimbangi penggunaan kondom yang konsisten, khususnya di Papua.

Berdasarkan laporan KPA Papua yang berkaitan dengan KIE HIV/AIDS melalui media komunikasi massa, ternyata belum diimbangi dengan kegiatan evaluasi. Sampai saat ini, khusus di Papua belum ada informasi hubungan antara tingkat keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial.

Informasi mengenai hubungan antara pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial sangat diperlukan yang dapat dijadikan masukan bagi pembuat kebijakan untuk membuat program pencegahan dan penanggulangan penyakit HIV/AIDS yang lebih efektif dan efisien pada pelanggan WPS, khususnya di Papua, agar tidak menjadi epidemik yang lebih meluas seperti yang dialami di Afrika Sub Sahara.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1 Bagaimana gambaran karakteristik sosial pelanggan WPS (umur, status kawin, dan tingkat pendidikan) di Papua .
- 1.3.2 Bagaimana gambaran pengalaman menderita gejala IMS pada pelanggan WPS di Papua.

- 1.3.3 Bagaimana gambaran tingkat keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS pada pelanggan WPS di Papua.
- 1.3.4 Bagaimana gambaran pengetahuan tentang HIV/AIDS pada pelanggan WPS di Papua.
- 1.3.5 Bagaimana gambaran perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial di Papua.
- 1.3.6 Apakah ada hubungan antara karakteristik sosial pelanggan WPS (umur, status kawin dan tingkat pendidikan) dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial di Papua.
- 1.3.7. Apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial di Papua .
- 1.3.8. Apakah ada hubungan antara pengalaman menderita gejala IMS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial di Papua.
- 1.3.9. Apakah ada hubungan antara tingkat keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial setelah dikontrol dengan karakteristik sosial pelanggan WPS, pengalaman menderita gejala IMS dan tingkat pengetahuan di Papua.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketuainya hubungan antara tingkat keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial di Papua .

1.4.2 Tujuan Khusus

1.4.2.1 Diketuainya gambaran karakteristik sosial pelanggan WPS (umur, status kawin dan tingkat pendidikan) di Papua.

1.4.2.2 Diketuainya gambaran pengalaman menderita gejala IMS pada pelanggan WPS di Papua.

1.4.2.3 Diketuainya gambaran pengetahuan tentang HIV/AIDS pada pelanggan WPS di Papua.

1.4.2.4 Diketuainya gambaran tingkat keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS pada pelanggan WPS di Papua.

1.4.2.5 Diketuainya gambaran perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS di Papua.

1.4.2.6 Diketuainya hubungan antara karakteristik sosial pelanggan WPS (umur, status kawin dan tingkat pendidikan) dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial di Papua.

1.4.2.7 Diketuainya hubungan antara pengalaman menderita gejala IMS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan

kondom seks komersial di Papua .

- 1.4.2.8 Diketuainya hubungan antara pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial di Papua.
- 1.4.2.9 Diketuainya hubungan antara tingkat keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial di Papua.
- 1.4.2.10. Diketuainya hubungan antara tingkat keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial setelah dikontrol dengan karakteristik sosial pelanggan WPS, tingkat pengetahuan dan pengalaman menderita gejala IMS di Papua.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Kepentingan pihak program

Hasil penelitian diharapkan dapat dimanfaatkan oleh pembuat kebijakan (Depkes RI, KPAN, Pemda) sebagai bahan pertimbangan dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program penanggulangan HIV/AIDS, khususnya upaya peningkatan KIE pada kelompok berisiko terhadap HIV/AIDS melalui media komunikasi untuk meningkatkan penggunaan kondom seks komersial.

1.5.2 Kepentingan bagi ilmu pengetahuan

Hasil penelitian dapat menambah informasi dalam rangka pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya tentang penanggulangan HIV/AIDS pada kelompok berisiko dan aplikasi PSM serta dapat menjadi acuan untuk penelitian selanjutnya.

1.5.3 Kepentingan bagi penulis

Hasil penelitian merupakan pengalaman yang berharga untuk menambah pengetahuan dan wawasan tentang aplikasi PSM dan HIV/AIDS.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini menggunakan data sekunder SSP Nasional 2004-2005 dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI dan Badan Pusat Statistik yang didukung oleh FHI dan AusAID pada tahun 2004-2005. Jenis penelitian ini adalah survei analitik dengan rancangan *cross sectional*, dimana responden penelitian ini adalah pelanggan WPS di Papua, khususnya TKBM (Tukang Bongkar Muat) dan TO (Tukang Ojek).

Variabel utama yang diteliti dan dilihat hubungannya dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial adalah tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS, sedangkan karakteristik sosial WPS (umur, status kawin, tingkat pendidikan), pengalaman menderita gejala IMS dan tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS sebagai variabel kontrol juga dilihat hubungannya dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial. Data yang diperoleh diolah dan dianalisis dengan pendekatan kuantitatif (PSM).

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV/AIDS

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan sindrom atau kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh retrovirus yang menyerang sistem kekebalan tubuh/pertahanan tubuh. Pertama kali didiagnosis pada tahun 1981 di Amerika Serikat dan sampai saat ini telah menyerang sebagian besar negara di dunia (pandemi) baik di negara maju maupun negara berkembang. Penyakit ini telah menjadi masalah internasional karena dalam waktu relatif cepat terjadi peningkatan jumlah penderita dan melanda semakin banyak negara. Belum diketemukannya obat/vaksin yang efektif terhadap AIDS telah menyebabkan keresahan dan keprihatinan di seluruh dunia (Beni, 2006).

Perkembangan epidemi HIV/AIDS di Indonesia termasuk dalam kelompok tercepat di Asia. Bahkan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) menyatakan bahwa fase epidemik HIV/AIDS di Indonesia telah berubah dari "low" menjadi "concentrated". Prevalensi terkonsentrasi berarti bahwa jumlah ODHA kurang dari 1% dari total penduduk secara keseluruhan, namun pada kelompok resiko tinggi sudah terinfeksi lebih dari 5% penduduk pada kelompok tersebut (Usman&Apriyanthi,2005).

2.1.1 Pengertian HIV/AIDS

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus HIV (*Human Immuno deficiency Virus*) yang merusak sebagian dari sistem kekebalan tubuh manusia. Orang yang terkena penyakit tersebut akan mudah terserang berbagai penyakit yang mematikan. Menurut Soemarsono (1991) menjelaskan lebih rinci tentang kepanjangan dari huruf-huruf yang terdapat dalam AIDS yaitu;

- a. *Acquired* (didapat) : ditularkan dari satu orang ke orang lain, bukan merupakan penyakit bawaan.
- b. *Immune* (kebal) : sistem pertahanan/kekebalan tubuh, yang melindungi tubuh terhadap infeksi.
- e. *Deficiency* (kekurangan) : menunjukkan adanya kadar atau nilai yang lebih rendah dari normal/biasanya
- d. *Syndrome* (sindrom) : suatu kumpulan tanda atau gejala yang bila didapatkan secara bersamaan, menunjukkan bahwa seseorang mengidap suatu penyakit/keadaan tertentu (ASA-INSIST, 2003).

2.1.2 Gejala Penderita HIV/AIDS

Banyak orang yang terinfeksi HIV tidak menunjukkan gejala apapun. Mereka merasa sehat dan juga dari luar nampak sehat-sehat saja, namun orang yang terinfeksi HIV akan menjadi pembawa dan

penular HIV kepada orang lain. Kelompok orang-orang tanpa gejala ini dapat dibagi 2 kelompok yaitu:

- a. Kelompok yang sudah terinfeksi HIV, tetapi tanpa gejala dan tes darahnya negatif. Pada tahap dini ini antibodi terhadap HIV belum terbentuk. Waktu antara masuknya HIV ke dalam peredaran darah dan terbentuknya antibodi terhadap HIV disebut *Window Period* yang memerlukan waktu antara 15 hari sampai 3 bulan setelah terinfeksi HIV.
- b. Kelompok yang sudah terinfeksi HIV, tanpa gejala, tetapi tes darah positif. Keadaan tanpa gejala seperti 5 tahun atau lebih (Nursalam, 2006).

2.1.3 Penularan HIV/AIDS

Virus HIV ini sangat mudah menular dan mematikan serta hidup dalam 4 jenis cairan tubuh manusia yaitu darah, sperma, cairan vagina dan air susu ibu (ASI). Virus ini tidak hidup di dalam cairan tubuh lainnya seperti air ludah (air liur), air mata maupun keringat sehingga penularannya hanya lewat empat cairan tubuh tersebut (Hutapea, 2005).

Penularan HIV yang terjadi apabila terjadi kontak atau pertukaran cairan tubuh yang mengandung virus melalui sebagai berikut:

- a. Hubungan seksual (homoseksual dan heteroseksual) yang tidak terlindung dengan seseorang yang mengidap HIV.
- b. Transfusi darah dan transplantasi organ yang tercemar oleh HIV. Transfusi darah yang tercemar HIV secara langsung akan menularkan HIV ke dalam sistem peredaran darah dari si penerima.
- c. Jarum suntik atau alat tusuk lainnya (akupuntur, tindik, tato) yang tercemar oleh HIV. Oleh karena itu, pemakaian jarum suntik secara bersama-sama oleh pecandu narkoba akan mudah menularkan HIV di antara mereka, apabila salah satu di antara mereka adalah pengidap HIV.
- d. Penularan ibu hamil yang terinfeksi HIV kepada anak yang dikandungnya. Penularan dapat terjadi selama kehamilan atau persalinan atau selama menyusui (Nursalam, 2006).

Mengingat pola penularan HIV seperti tersebut di atas, maka orang-orang yang berisiko lebih besar untuk tertular HIV/AIDS adalah:

- a. Individu yang sering berganti-ganti pasangan dalam melakukan hubungan seksual.
- b. Penjaja seksual dan pelanggannya
- c. Pengguna jarum suntik secara bersamaan (bergantian).
- d. Bayi yang dikandung ibu yang terinfeksi.
- e. Orang-orang yang memerlukan transfusi darah secara teratur :

(thalesemia, haemofili) bila darah donor tidak dilakukan skrining (Nursalam, 2006).

Kegiatan hubungan seksual sering dilakukan sehingga sebagian besar penularan HIV melalui hubungan seksual,yaitu 80-90% dari total kasus dunia. Adapun intensitas dari penyebaran HIV lainnya yaitu transfusi darah sebesar 3-5%, perinatal sebesar 0,1%, dan penggunaan suntikan/jarum sebesar 5-10 % dari total kasus dunia (Notoadmodjo, 2007).

Penularan dari sub-populasi berperilaku berisiko kepada isteri atau pasangannya juga dapat terjadi. Diperkirakan pada akhir tahun 2015 akan terjadi penularan HIV secara kumulatif pada lebih dari 38,500 anak yang dilahirkan dari ibu yang sudah terinfeksi HIV (KPAN, 2008)

HIV dapat digolongkan sebagai salah satu infeksi menular seksual. Hutapea (2005) menjelaskan tentang infeksi melalui hubungan seksual yaitu sebagai berikut:

- a. Risiko penularan seksual dari pria ke wanita lebih besar daripada dari wanita ke pria. Hal ini disebabkan wanita adalah resipien partner (pasangan penerima) dalam hubungan seksual.
- b. Seks anal berisiko lebih tinggi daripada seks melalui vagina karena seringkali terjadi perlukaan pada daerah anal.
- c. Pencegahan infeksi dapat dilakukan dengan menggunakan kondom

secara tepat dan konsisten pada mereka yang berperilaku berisiko.

Penularan infeksi HIV melalui hubungan seksual paling banyak terjadi. Menurut Hutapea (2005) menjelaskan bahwa kelompok berisiko tinggi tertular HIV/AIDS mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- a. Aktif dalam perilaku seksualnya. Makin aktif, makin tinggi risikonya. Golongan yang sangat aktif adalah WPS (wanita pekerja seks), PTS (pria tuna susila) dan pelanggan WTS/PTS. Ditinjau dari usianya yang mempunyai kemungkinan tertinggi untuk berperilaku seksual aktif adalah orang-orang yang berusia remaja ke atas.
- b. Kaum biseksual maupun homoseksual. Makin sering dia melakukan praktek homoseksual, makin tinggi risikonya.
- e. Mereka yang suka/pernah melakukan hubungan seksual dengan orang asing yang berasal dari daerah-daerah di mana insidens AIDS tinggi.

2.1.4 Diagnosis HIV/AIDS

Masa inkubasi atau laten terinfeksi HIV sangat tergantung ubuh masing-masing, rata-rata 5-10 tahun. Tahap ini tidak terlihat gejala walaupun jumlah HIV semakin bertambah dan sel T4 semakin turun dan semakin merusak fungsi sistem kekebalan tubuh. Hal ini yang menunjukkan ODHA tidak dapat dibedakan dengan orang lain

kecuali bila telah diperiksa darahnya, karena tidak menunjukkan gejala klinis. Mereka dapat melakukan aktifitas apapun seperti layaknya orang biasa (Arjoso, 2006).

Diagnosis HIV terbagi dalam 4 stadium, yaitu :

1. Stadium pertama : HIV

Infeksi dimulai dengan masuknya HIV, diikuti perubahan serologik ketika antibodi terhadap virus berubah dari negatif menjadi positif. Rentang waktu perubahan tersebut disebut *window period* yang lamanya 1-3 bulan, bahkan berlangsung sampai 6 bulan.

2. Stadium kedua : asimtomatik (tanpa gejala)

Organ tubuh yang terdapat HIV tidak menunjukkan gejala-gejala dan dapat berlangsung rata-rata 5-10 tahun. Cairan tubuh yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV.

3. Stadium ketiga : Pembesaran Kelenjar Limfe

Pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*persistent Generalized Lymphadenopathy*) , tidak hanya satu tempat dan berlangsung lebih dari 1 bulan.

4. Stadium keempat : AIDS

Disertai adanya bermacam penyakit lain akibat infeksi oportunistik seperti penyakit konstitusional, penyakit saraf dan penyakit infeksi sekunder lainnya.

2.1.5 Penanggulangan dan Pencegahan HIV/AIDS

Masalah HIV/AIDS dan masalah IMS merupakan dua hal yang tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Penanggulangan HIV/AIDS merupakan bagian integral dari penanggulangan IMS di Indonesia karena beberapa hal sebagai berikut:

- a. Cara penularan terpenting dari HIV/AIDS dan IMS lainnya adalah melalui hubungan seksual.
- b. Pencegahan penularan seksual HIV/AIDS dan IMS umumnya sama, baik caranya maupun khalayak sasarannya
- c. Adanya IMS pada seorang penderita akan memudahkan tertular HIV berlipat kali dibanding orang yang tidak menderita IMS (disebut sebagai co-faktor penularan HIV/AIDS). Oleh karena itu, diagnosis IMS dan pengobatan yang efektif merupakan strategi yang penting untuk pencegahan penularan HIV.
- d. Keeenderungan adanya peningkatan penderita IMS dapat dijadikan indikator dari adanya perubahan perilaku seksual (Nursalam, 2006).

Pada tahun 2003, STRANAS 2003 –2007 diluncurkan sebagai respons terhadap berbagai perubahan, tantangan dan masalah HIV dan AIDS yang semakin besar dan rumit. Tahun 2004 Program penanggulangan HIV dan AIDS di tempat kerja diluncurkan oleh Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi dengan pemberlakuan Kaidah ILO.

Untuk meningkatkan penyelenggaraan upaya pengurangan dampak buruk (*Harm Reduction*) penyalahgunaan napza ditandatangani Nota Kesepakatan tentang upaya terpadu pencegahan penularan HIV dan AIDS dan pemberantasan penyalahgunaan NAPZA dengan cara suntik antara Menko Kesra selaku Ketua KPA dan KAPOLRI selaku Ketua Badan Narkotika Nasional (BNN). Untuk memenuhi kebutuhan, maka obat ARV mulai diproduksi di alam negeri oleh perusahaan farmasi pemerintah PT Kimia Farma.

Percepatan respons di 6 provinsi dengan prevalensi HIV dan AIDS tertinggi dilakukan setelah Komitmen Sentani pada Januari 2004 dan meluas ke 8 provinsi lainnya. Penanggulangan HIV dan AIDS di Lapas dimulai tahun 2005 dan terus ditingkatkan. Pada awal 2005 diluncurkan program akselerasi di 100 kabupaten/kota di 22 provinsi, disertai dengan diberlakukannya Sistem Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan HIV dan AIDS Nasional.

Pada Juli 2006 Institusi KPA Nasional diperbaharui dengan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 (Perpres 75/2006) yang melibatkan lebih banyak sektor, TNI dan Polri dan masyarakat sipil. Tahun 2006 diakhiri dengan perhitungan estimasi jumlah sub-populasi rawan terhadap penularan HIV tahun 2006 sebagai dasar perencanaan mendatang, penerbitan Peraturan MenkoKesra/Ketua KPA Nasional tentang Kebijakan Penanggulangan HIV dan AIDS

melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Jarum Suntik sebagai tindak lanjut dari Nota Kesepahaman KPA-BNN yang ditandatangani pada tahun 2003. dan restrukturisasi sekretariat KPA Nasional.

Di tahun-tahun mendatang tantangan yang dihadapi dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS semakin besar dan rumit sehingga diperlukan strategi baru untuk menghadapinya. Strategi Nasional 2007-2010 (STRANAS 2007-2010) menjabarkan paradigma baru dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia dari upaya yang terfragmentasi menjadi upaya yang komprehensif dan terintegrasi diselenggarakan dengan harmonis oleh semua pemangku kepentingan (*stakeholder*). (KPAN, 2008).

Strategi dalam penanggulangan IMS-HIV/AIDS akan dilakukan antara lain, pencegahan, surveilans, pendidikan dan pelatihan, serta koordinasi dan kerjasama lintas program dan sektor. Upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS akan dilakukan melalui kegiatan yaitu, uji saring darah, promosi kondom, penerapan kewaspadaan universal, dan pencegahan penularan vertikal dan penyalahgunaan obat (Depkes RI, 2001).

Area prioritas penanggulangan HIV dan AIDS untuk tahun 2007-2010 adalah sebagai berikut:

1. Pencegahan HIV dan AIDS;
2. Perawatan, Pengobatan dan Dukungan kepada ODHA;
3. Surveilans HIV dan AIDS serta Infeksi menular Seksual;
4. Penelitian dan riset operasional;
5. Lingkungan Kondusif;
6. Koordinasi dan harmonisasi multipihak;
7. Kesiambungan penanggulangan (KPAN, 2008).

Sedangkan upaya-upaya kegiatan dalam program penanggulangan HIV/AIDS menurut Ditjen PPM & PL (2002) adalah sebagai berikut:

- a. Peningkatan gaya hidup sehat (*reducing vulnerability of specific pop*).
- b. Promosi perilaku seksual aman (*promoting safer sexual behavior*).
- c. Promosi dan distribusi kondom (*Promoting and distributing condom*).
- d. Pencegahan dan pengobatan IMS.
- e. Penyediaan darah transfusi yang aman.
- f. Pengurangan dampak buruk NAPZA suntik (*Promoting of safer drug infection behavior*).
- g. Pengobatan dan perawatan ODHA (orang hidup dengan HIV/AIDS).

- h. Dukungan Sosial Ekonomi ODHA (*mitigating the impact on people infected and affected by HIV/AIDS*).
- i. Peraturan Perundang-undangan HIV/AIDS
- j. Surveilans.
- k. Pendidikan dan latihan.
- l. Penelitian dan pengembangan.
- m. Kerjasama internasional.

Cara pencegahan penularan HIV/AIDS dalam masyarakat dapat dilakukan antara lain sebagai berikut:

- a. Menghindari hubungan seksual di luar nikah atau tidak berganti-ganti pasangan.
- b. Menghindari hubungan dengan kelompok berisiko tinggi.
- c. Penggunaan alat protektif (pemakaian kondom) bagi kelompok risiko tinggi.
- d. Kelompok risiko tinggi tidak menjadi donor darah.
- e. Penggunaan jarum suntik harus steril dan bukan bekas orang lain (Aulia, 2003).

Menurut Suesen (1991) dalam Dachlia (2000), pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual memerlukan pendidikan/penyuluhan yang intensif dan ditujukan untuk mengubah perilaku seksual masyarakat tertentu sedemikian rupa sehingga mengurangi kemungkinan penularan HIV. Pendekatan

pendidikan/penyuluhan tentang perilaku seksual, ditujukan terutama mengenai jumlah dan pilihan pasangan seksual, misalnya tidak mengadakan hubungan seksual (*abstinence*), monogami, mengurangi pasangan seksual sekecil mungkin, menghindari hubungan dengan WTS dan meningkatkan pemakaian kondom (UNFPA, 2005).

Promosi penggunaan kondom merupakan upaya pencegahan IMS, akan tetapi sering menghadapi kendala. Masih banyak kelompok masyarakat yang khawatir promosi kondom akan mendorong sebagian masyarakat untuk berperilaku seksual yang berisiko. Banyak juga mitos atau pendapat keliru yang mendorong rendahnya penggunaan kondom pada pria yang melakukan hubungan seksual berisiko, misalnya mengurangi kenikmatan seksual, tidak praktis dan kondom tidak bermanfaat (Aulia, 2002).

Berdasarkan informasi dari Ditjen PPM & PL (2002) bahwa hasil survey menunjukkan bahwa penjualan kondom melalui *social marketing* mencapai hasil yang baik dan terus meningkat. *Social marketing* kondom yang dilakukan telah berhasil mendapatkan pangsa pasar penjualan sejumlah 2-3 juta kondom perbulan di tahun 2001. Disamping itu, pemerintah secara nasional mendistribusikan kondom melalui BKKBN dengan program multifungsi kondom yaitu selain untuk pencegahan kehamilan, juga untuk pencegahan penularan HIV/AIDS dan IMS, serta pemerintah secara insidental juga

menyediakan kondom.

Pada kelompok resiko tinggi khususnya WPS, salah satu alternatif perilaku positif dalam mencegah HIV/AIDS agar tidak tertular dan menularkan kepada pelanggan maupun individu lain dalam melakukan hubungan seksual dengan melaksanakan salah satu cara seks yang aman yaitu:

- a. Mewajibkan pelanggan untuk memakai kondom.
- b. Memakai kondom khusus untuk dirinya sendiri (*female condom*).
- c. Memakai kondom kedua-duanya (Depkes RI, 2001).

2.2 Kondom

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 (Anonymous, 2005).

Kondom yang berkualitas baik dan digunakan secara benar terbukti mencegah masuknya virus seperti HIV, hepatitis, dan herpes/PMS. *US National Institute of Health* dan *Consumer Union* yang meneliti kondom menemukan tidak ada pori yang terlihat setelah kondom diregangkan dan diperiksa dengan pembesaran 30.000 kali. Dalam era epidemi saat ini kondom lateks masih merupakan media terbaik dalam mencegah penularan HIV (UNFPA, 2005).

Pada tahun 2003, *The United States Departement of Health and Human Service* melakukan studi penelitian terhadap keefektifan kondom. Dari hasil studi didapatkan bahwa 85% berkurangnya resiko penularan HIV pada orang-orang yang menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan dengan yang tidak pakai (UNFPA, 2004).

Pada Tahun 1991, Thailand menerapkan "100-percent condom policy", dimana yang mewajibkan pekerja seks komersil dan pelanggannya untuk menggunakan kondom dalam setiap aktivitas seksual. Program ini berhasil menaikkan persentase penggunaan kondom dari 14% pada tahun 1989 menjadi 94% pada tahun 1994 dan berdampak pada penurunan lima kali lipat kasus infeksi HIV dan sepuluh kali lipat penurunan kasus PMS (WHO & UNAIDS, 2004).

Sebuah studi di Itali, diikuti 305 wanita negatif HIV yang pasangan

tetapnya seksual aktif laki-laki positif HIV selama 2 tahun. Hasil studi menunjukkan dari 134 pasangan yang selalu menggunakan kondom secara konsisten, tidak ditemukan kasus HIV satupun. Sedangkan yang tidak menggunakan kondom secara konsisten ditemukan 2% dari 171 terinfeksi HIV. Selanjutnya studi di Haiti didapatkan bahwa infection rate diantara pasangan serodiscordant yang selalu menggunakan kondom adalah 1 per 100 pasangan (UNFPA, 2004).

Beberapa penelitian di AS menunjukkan bahwa 20-30% pria mengaku selalu menggunakan kondom, tetapi diantara mereka yang menggunakan kondom belum tentu memakainya secara benar. Pemakaian kondom yang salah dapat mengakibatkan kondom lepas atau robek. Begitu pula bila tidak dipakai secara konsisten, tentu saja kondom itu tidak akan efektif. Penggunaan pelicin berbahan dasar minyak pasti menyebabkan terjadinya kegagalan dalam pemakaian kondom. Tipe lain yang salah dalam penggunaan kondom adalah metode yang tidak tepat pada pembukaan kemasan dan pada saat pemasangan kondom pada penis atau untuk menahan cincin kondom pada saat penarikan kondom dari penis (Hargreaves, 2008).

Kebijaksanaan Pemerintah tentang kondom dengan dikeluarkannya surat edaran Dirjen PPM & PLP pada tanggal 19 Desember 1996 yang isinya mengharuskan semua pelanggan WTS/WPS menggunakan kondom dalam melakukan hubungan seksual. Intinya kebijaksanaan tersebut untuk menganjurkan kondom hanya pada perilaku seksual resiko tinggi dan bukan

untuk masyarakat biasa. Namun pada umumnya pelanggan tidak mau menggunakan kondom dengan berbagai alasan. Ironisnya WTS/WPS pun menerima pelanggan yang tidak mau berkondom tersebut agar mereka dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Beni , 2004b).

Pemerintah Indonesia juga mempunyai kebijaksanaan pelaksanaan kondom 100% dimana pemerintah menyediakan kondom untuk keperluan tersebut. Kenyataan di lapangan bukan penggunaan kondom 100% tetapi distribusi kondom 100% dalam arti WTS/WPS selalu menerima jatah kondom dari klinik/berbagai yayasan tetapi tidak digunakan dengan alasan pelanggan tidak mau menggunakan kondom. Dalam program kondom ini yang sulit adalah bagaimana atau indikator apa yang digunakan untuk memantau penggunaan kondom 100%, hal ini tentunya akan dipengaruhi metoda kualitas kondom, distribusi kondom, cara pemakaian kondom yang benar untuk pencegahan HIV/AIDS & IMS serta monitoring yang baik karena pada akhirnya hanya WPS dan pelangganlah yang mengetahuinya (Beni, 2004b).

Ada beberapa hambatan yang dapat diidentifikasi misalnya adanya keluhan subjektif pemakai seperti tidak enak, repot atau malu membeli. Juga karena citra kondom di masyarakat yang buruk akibat mitos, rumor dan sebagainya. Masyarakat sering mengasosiasikan kondom dengan sesuatu yang kotor, memalukan, terlarang, sex maniac, ketidakjujuran dan perilaku tidak bermoral. Kondom bahkan dituduh bisa mendorong peningkatan perilaku zina dan perilaku seksual berisiko lainnya. Norma sosial dan budaya bias gender juga

mempengaruhi orang untuk tidak memakai kondom. Kekuasaan laki-lakilah yang menentukan penggunaan kondom atau tidak (Aulia, 2002).

Mendorong penggunaan kondom harus disertai dengan upaya mengubah citra tentang kondom ini di masyarakat. Politikus, pejabat dan pemimpin-pemimpin agama diharapkan dapat berbicara tentang kondom dengan menarik dan bersahabat. Atau terlibat langsung dalam kegiatan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS. Media massa diminta ikut mengatasi norma negatif tentang kondom. Drama tradisional seperti arja muani dan bondres yang aktif dalam kegiatan desensitisasi, melalui alur cerita dan banyolannya, akan membuat kondom tidak lagi dianggap sebagai barang yang menjijikkan, kotor dan sebagainya (Karmaya, 2005) .

Promosi kondom untuk keluarga berencana atau pencegahan HIV/AIDS menjadikan penggunaan kondom sebagai ekspresi cinta, bertanggung jawab dan juga sebagai bagian dari kehidupan terpelajar. Melalui pendekatan yang positif sering kali mengubah kesan menjadi lebih baik ketimbang melalui pendekatan menakut-nakuti (Karmaya, 2006).

Menganjurkan dan juga mewajibkan pelanggan memakai kondom saat senggama tidaklah berarti kita merestui atau menyetujui perbuatan zina dan pelaeuran. Dengan menganjurkan dan mewajibkan penggunaan kondom tidak berarti pula dapat mengurangi perzinaan dan pelacuran. Hal ini hanya menunjukkan bahwa kita mengetahui, mengakui dan tidak menutup mata terhadap fakta bahwa pada kenyataannya zina dengan selingkuhan atau dengan

pekerja seks itu memang benar-benar ada dan sering terjadi. Mengajukan dan mewajibkan penggunaan kondom merupakan upaya yang urgen untuk menanggulangi akibat buruk perilaku berisiko itu yaitu berupa penyebaran IMS dan HIV/AIDS. Melalui kegiatan ini tidak berarti kita tidak melakukan upaya pencegahan lain seperti pendidikan baik lewat jalur sekolah, keluarga, pendidikan agama dan lain-lainnya (Beni, 2005).

Pencegahan melalui pemakaian kondom merupakan pelengkap dan disepadankan dengan upaya-upaya pendidikan atau penyuluhan yang biasanya membutuhkan waktu lama sebelum terasa khasiatnya. Pendidikan dan penyuluhan kesehatan reproduksi yang berkaitan dengan kondom diarahkan pada peningkatan pengetahuan dan mempertahankan perilaku sehatnya. Kepada anak-anak muda dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seks atau tidak mengadakan hubungan seks lebih awal dari semestinya, bahkan mereka harus menunda sampai tiba saatnya (Karmaya, 2006).

Bagi mereka yang sudah melakukan hubungan seks sebelum atau di luar pernikahan dianjurkan untuk mengubah perilaku, mengendalikan aktivitas seksual, mengurangi jumlah partner dan atau menggunakan kondom secara benar, konsisten dan bertanggung jawab dalam setiap hubungan seksualnya. Namun sekali lagi, harapan ideal untuk mewujudkan masyarakat bebas perselingkuhan dan bebas pelaeuran membutuhkan waktu sangat lama. Sementara itu, HIV/AIDS menyebar dengan sangat kencangnya. Oleh karena itu pula, promosi mengubah eitra kondom harus dilakukan sesegera mungkin

dengan lebih gencar sehingga tingkat penerimaan masyarakat dan jumlah pemakaian menjadi lebih besar. Ini semua untuk dapat menghilangkan gap atau krisis penggunaan kondom, sehingga orang yang terlindungi menjadi lebih banyak dan gelombang epidemi HIV/AIDS dapat dihindari (Karmaya, 2005).

2.3 Wanita Penjaja Seks dan Pelanggannya

Masalah sosial di kota-kota besar di Indonesia yang sulit untuk ditanggulangi adalah masalah pelacuran. Menurut Hutapea (2005), pelacuran/prostitusi adalah peristiwa penyerahan tubuh oleh wanita kepada laki-laki (lebih dari satu) dengan imbalan pembayaran untuk disetubuhi sebagai pemuas nafsu seks si prabayar yang dilakukan di luar pernikahan. Pelacur/PSK/WPS pada umumnya adalah wanita (ada juga pria) yang pekerjaannya menjual diri kepada siapa saja/banyak laki-laki yang membutuhkan pemuasan hubungan seksual dengan bayaran.

Perilaku seksual mencakup segala bentuk ekspresi yang dilakukannya seseorang, mulai dari hubungan heteroseksual, homoseksual, sampai beragam teknik dan gaya (seks oral, seks anal, masturbasi, dll) untuk mencapai kepuasan seksual baik secara biologis maupun psikologis (Hutapea, 2005).

Umumnya perilaku seksual berisiko di dalam masyarakat terdistribusi secara tidak sama. Pada beberapa negara perilaku risiko HIV berkisar dari sangat rendah sampai sangat tinggi. Selanjutnya untuk keperluan intervensi preventif, risiko tersebut dibedakan dalam beberapa kelompok. Secara umum

dalam masyarakat dibedakan dalam tiga kelompok, yaitu kelompok dengan risiko tinggi (*highest groups*), kelompok perantara (*bridge populations groups*), dan kelompok umum dengan risiko rendah (*general populations groups*). Pengelompokan masyarakat ke dalam kategori yang sesuai didasarkan pada keadaan epidemiologi dan perilaku seksual berisiko (FHI&AIDSCAP, 2000)

Berdasarkan Keputusan Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat No.9 tahun 1994, adalah kelompok yang berisiko tinggi yaitu orang-orang yang pekerjaannya menyebabkan mereka menghadapi kemungkinan/risiko lebih tinggi untuk tertular dan menularkan HIV/AIDS misalnya para penjaja seks dan pelanggannya (Aulia, 2002). Penjaja seks komersil dan pelanggannya mempunyai peranan yang dominan dalam epidemi HIV/AIDS di dunia, terutama karena menjadi kelompok utama (*core group*) dalam epidemi HIV/AIDS (ASA-INSIST, 2003).

Pelanggan WPS disebut juga protituant artinya orang yang melacur atau membayar pelacur untuk memenuhi naluri seksualnya dalam mencapai kepuasan seks (Kartono, 1992).

Menurut Depkes RI & BPS (2005), kelompok pria dewasa yang berisiko tinggi terjangkit HIV diantaranya adalah kelompok pria yang juga sering berganti pasangan seks atau yang suka membeli seks kepada wanita penjaja seks (WPS). Pria yang potensial menjadi pelanggan WPS adalah pria yang suka bepergian jauh dalam waktu lama seperti pelaut dan anak buah kapal (ABK), nelayan, serta sopir dan kernet truk. Termasuk pula kedalam

kelompok pria yang potensial menjadi pelanggan WPS adalah tenaga kerja bongkar muat (TKBM) barang di pelabuhan, tukang ojek yang sering menjadi perantara atau pengantar pelanggan pria dan WPS.

Wanita penaja seks adalah wanita yang pekerjaannya menjual diri kepada setiap lelaki yang membutuhkan pemuasan seks dengan bayaran uang atau barang (Kartono, 1992).

Kartono (1992) menjelaskan bahwa PSK/WPS mempunyai ciri-ciri khas antara lain sebagai berikut:

- a. Menarik, atraktif wajah dan tubuhnya biasanya dapat merangsang selera seks kaum pria.
- b. Umumnya berusia muda, sebesar 75 % PSK/WPS di kota berusia dibawah 30 tahun.
- c. Pakaiannya menyolok, beraneka warna dan seririg aneh-aneh untuk menarik perhatian kaum pria.
- d. Menggunakan teknik seksual yang mekanistik, cepat, tidak nadir secara psikis, tidak pernah mencapai orgasme, sangat provokatif dalam bercoitus.
- d. Sering berpindah-pindah tempat/kota dari kota yang satu ke tempat/kota yang lainnya. Biasanya PSK/WPS memakai nama samaran atau berganti-ganti nama agar tidak dikenal oleh banyak orang.
- f. WPS yang profesional dari kelas rendah dan menengah kebanyakan berasal dari strata ekonomi dan sosial rendah. Umumnya WPS tidak mempunyai keterampilan khusus dan tingkat pendidikannya rendah serta modalnya

adalah kecantikan dan kemudaannya. Pekerja seks amatir, disamping pekerja seks juga bekerja yang lain. PSK/WPS kelas tinggi pada umumnya berpendidikan sekolah lanjutan pertama dan atas, akademi bahkan perguruan tinggi yang beroperasi secara amatir dan profesional.

Menurut data KPA (2008), estimasi jumlah wanita penjaja seks (WPS) tahun 2006 adalah 177.200 -265.000 orang, waria penjaja seks 21.000 – 35.000 orang dan Lelaki Suka Lelaki (LSL) berjumlah 384.000 – 1.148.000 orang. Jumlah pelanggan mereka jauh lebih banyak yaitu 2.435.000 – 3.813.000 untuk WPS, 62.000 – 104.000 untuk waria.

Hasil studi di Thailand memperlihatkan bahwa semakin tinggi frekuensi mengunjungi penjaja seks maka semakin besar prevalensi HIV yang dapat diobservasi. Studi kohort lainnya juga memperlihatkan bahwa ada hubungan yang sejajar antara penurunan proporsi perilaku seks yang tidak aman dengan penurunan IMS pada kelompok pelanggan penjaja seks komersil (Dachlia, 2000).

2.4. Perilaku

Untuk mengkaji masalah perilaku seksual, Fishbein&Ajzen(1989) yang dikutip dari Dachlia (2000), menyebutkan bahwa perilaku manusia merupakan perilaku yang penuh pertimbangan. Maksudnya perilaku seseorang ditentukan oleh niat , niat dipengaruhi oleh sikap dan norma sosial, sedangkan sikap dan norma sosial biasanya dipengaruhi oleh faktor pengetahuan, keyakinan, dan

faktor demografis.

Sementara itu Notoadmodjo (2006) menyebutkan bahwa merubah atau memotivasi seseorang untuk mau menerima suatu kebiasaan baru bukanlah hal yang mudah. Hal ini berkaitan dengan proses intra personal, yaitu apa keuntungan yang diperoleh bila menerima kebiasaan baru tersebut, dan proses inter personal, yaitu apakah dengan menerima gagasan baru itu ia tidak tersisih dari kelompoknya. Nilai-nilai yang dianut oleh seseorang bukan saja berdasarkan apa yang dialami dan dianggap baik oleh dirinya tetapi juga nilai tersebut telah dianut bersama oleh kelompok atau masyarakatnya.

Selanjutnya Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa secara operasional perilaku dapat diartikan suatu respon seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subyek tersebut. Respon berbentuk dua macam yaitu :

- a. Bentuk pasif adalah respon internal yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan (*covert behavior*).
- b. Bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung atau tampak dalam bentuk tindakan nyata (*overt behavior*).

Perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari pada berbagai gejala kejiwaan. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut di atas ditentukan dan dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio budaya masyarakat, dan sebagainya (Sarwono, 2005).

Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit adalah bagaimana manusia berespon baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsikan penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan diluar dirinya) maupun aktif (tindakan yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut). Perilaku terhadap sakit dan penyakit tersebut dengan sendirinya sesuai dengan tindakan pencegahan penyakit yaitu sebagai berikut :

- a. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*).
- b. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*) adalah respons untuk melakukan peneegahan penyakit.
- c. Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) adalah perilaku yang berhubungan dengan mencari pengobatan.
- d. Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*) adalah perilaku yang berhubungan dengan usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit.(Notoadmodjo, 2005)

Sarwono (2005) dengan paradigma baru dari teori difusi inovasi mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku, di dalam diri orang tersebut terjadi proses sebagai berikut : a) Pengetahuan, b) Persuasi, c) Pembuatan keputusan, d) Implementasi, dan e) Konfirmasi.

Sedangkan Lawrence Green (1980) dalam Notoadmodjo (2005) mengemukakan bahwa perilaku seseorang tentang kesehatannya (*behavior causes*) dipengaruhi oleh 3 faktor :

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai-nilai.
- b. Faktor pemungkin (*enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan.
- c. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain yang merupakan referensi dari perilaku masyarakat.

Selanjutnya Rosenstock (1994) menjelaskan bahwa perilaku pencegahan suatu penyakit ternyata dipengaruhi oleh variabel-variabel seperti yang dijelaskan dalam teori *health belief model* yang terdiri dari komponen-komponen sebagai berikut :

- a. *Perceived susceptibility*

Persepsi seseorang terhadap resiko tertular HIV perlu untuk mendorong melakukan perilaku seks yang aman.

- b. *Perceived severity*

Persepsi seseorang terhadap keseriusan akibat penyakit atau akibat penyakit jika tidak diobati secara medis (kematian, cacat, rasa sakit) dan dampak sosial yang muncul (dampak terhadap pekerjaan, keluarga dan hubungan sosial).

- c. *Perceived benefit*

Persepsi seseorang bahwa melakukan tindakan pencegahan HIV/AIDS seperti penggunaan kondom akan mengurangi risiko untuk menderita

HIV/AIDS tersebut.

d. *Perceived barriers*

Persepsi seseorang terhadap hal-hal yang negatif dari perilaku pencegahan dalam hal ini penggunaan kondom antara lain biaya yang mahal, rasa sakit, waktu dan ketidaknyamanan.

e. *Perceived self efficacy*

Persepsi seseorang terhadap kemampuan dirinya bahwa ia dapat melakukan perilaku pencegahan tersebut dengan baik.

f. *Cues to action*

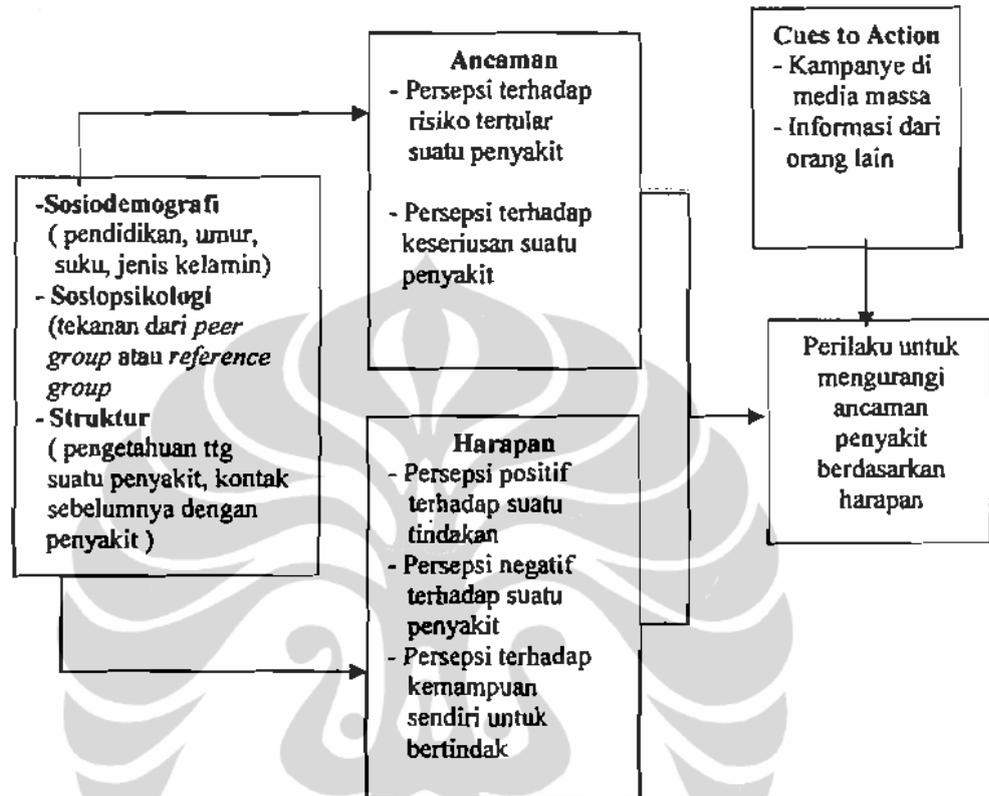
Tanda atau sinyal yang menyebabkan seseorang untuk melakukan perilaku pencegahan. Tanda tersebut dapat berasal dari luar (informasi dari media massa, nasehat dari orang lain, kejadian pada keluarga/teman) dan dari dalam (persepsi seseorang terhadap kondisi kesehatannya).

g. Variabel demografi, sosiopsikologi dan struktural

Variabel demografi (pendidikan, umur, seks), variabel sosiopsikologi (pengaruh dari kelompok sebaya) dan variabel struktural (pengetahuan tentang penyakit) merupakan variabel yang dapat mempengaruhi persepsi seseorang yang nantinya dapat mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*).

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar 2.1 berikut ini yang menerangkan komponen-komponen dari *health belief model*.

Gambar 2.1 Skema dari Komponen-Komponen *Health Belief Model*



Sumber : *Health Belief Model Rosenstock*, dikutip dari Soelistijani (2003) .

2.5. Keterpaparan dengan informasi HIV/AIDS

Dalam teori persuasian model teori komunikasi tentang perilaku kesehatan yang dikemukakan oleh Graeff (1996) dalam Herlina (2001) ditegaskan bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dalam rantai kausal yang sama. Efektifitas upaya komunikasi yang diberikan tergantung pada input (stimulus) serta output (tanggapan terhadap stimulus). Variabel-variabel

input meliputi sumber informasi, isi pesan, saluran penyampai dan karakteristik penerima, serta tujuan-tujuan pesan tersebut. Variabel output merujuk pada perubahan dalam faktor-faktor kognitif tertentu, seperti pengetahuan, sikap, perbuatan, keputusan, dan perilaku penilaian yang dapat diobservasi.

Perubahan perilaku seksual sebagian besar tergantung pada kemudahan dalam memperoleh informasi mengenai infeksi menular seksual/HIV/AIDS. Informasi mengenai tingkat keterampilan terhadap informasi HIV/AIDS menjadi indikasi tingkat pengetahuan seks yang diperoleh (Aulia, 2002). Selain menjadi determinan perilaku, pengetahuan yang dimiliki seseorang juga cerminan keterampilan informasi yang telah diterima oleh seseorang. Semakin baik seseorang terpapar informasi maka semakin akurat pengetahuan yang didapat (Nugroho, 2008).

Menurut Nugroho (2008), media informasi dapat dibedakan 2 kategori yaitu media sosial dan media massa. Strategi penyampaian informasi, isi informasi dan saluran yang dipakai untuk promosi kesehatan harus sesuai dengan audiensi sasaran. Dimana masing-masing saluran mempunyai kelemahan dan kekuatan, strategi yang menggabungkan saluran-saluran secara majemuk merupakan strategi yang mempunyai dampak yang paling besar bagi upaya perubahan perilaku.

Notoadmodjo (2005) menjelaskan bahwa media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi

yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik melalui media cetak, elektronik dan media luar ruang sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan.

Selain itu, Aulia (2002) juga menjelaskan bahwa pemilihan media promosi kesehatan harus didasarkan pada selera khalayak sasaran, media yang dipilih harus memberikan dampak yang luas, memperhatikan setiap media akan mempunyai peranan yang berbeda, sehingga penggunaan beberapa media secara bersamaan dan terpadu akan meningkatkan cakupan, frekuensi dan efektifitas pesan. Daya tarik media adalah komponen pertama dalam keefektifan media, sebagai unsur untuk menarik perhatian dan perhatian merupakan sarana pembentuk persepsi.

Perubahan perilaku memang tidak seketika (instant), karena melibatkan kedua belah pihak. Penyebaran informasi yang intensif mempunyai peran strategis dalam mencegah atau menanggulangi penyebaran HIV/AIDS. Oleh karena itu sekecil apaun peluang harus dimanfaatkan untuk menyebarkan informasi tentang HIV/AIDS oleh siapa pun, dari birokrat, pemuka agama, LSM, guru, sampai orang tua (Usman & Apriyanthi, 2005).

Menurut penelitian Oesman (2004) keterpaparan sumber informasi menunjukkan hubungan yang bermakna pengetahuan HIV/ AIDS. Media elektronik memberikan peluang untuk berpengetahuan lebih baik tentang HIV/AIDS sebesar hampir 20 kalinya; media cetak sebanyak 8 kali dan

sumber informasi lainnya sebesar 2 kali. Pria yang mendapatkan informasi melalui media elektronik memberi peluang sebesar 5 kali dari mereka yang tidak terpapar media elektronik untuk memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang HIV/AIDS.

2.6. Karakteristik Sosial yang Diteliti

Penyebaran masalah kesehatan berbeda untuk tiap individu, kelompok dan masyarakat dibedakan atas tiga macam yaitu : Ciri-ciri manusia/karakteristik, tempat dan waktu. Menurut Azwar (2000) salah satu faktor yang menentukan terjadinya masalah kesehatan di masyarakat adalah ciri manusia atau karakteristik. Yang termasuk dalam unsur karakteristik manusia antara lain: umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, status sosial ekonomi, ras/etnik, dan agama. Sedangkan dari segi tempat disebutkan penyebaran masalah kesehatan dipengaruhi oleh keadaan geografis, keadaan penduduk dan keadaan pelayanan kesehatan. Selanjutnya penyebaran masalah kesehatan menurut waktu dipengaruhi oleh kecepatan perjalanan penyakit dan lama terjangkitnya suatu penyakit.

2.6.1. Umur

Umur merupakan salah satu dari faktor sosial yang juga mempengaruhi status kesehatan seseorang dan berdasarkan golongan umur maka dapat dilihat ada perbedaan pola penyakit (Kresno, 2000).

Umur merupakan salah satu sifat karakteristik tentang orang yang sangat utama. Umur mempunyai hubungan dengan tingkat keterpaparan, besarnya risk serta sifat resistensi. Perbedaan pengalaman terhadap masalah kesehatan/penyakit dan pengambilan keputusan dipengaruhi oleh umur individu tersebut (Noor, 2000).

Umur termasuk variabel yang penting dalam mempelajari masalah kesehatan karena ada kaitannya dengan kebiasaan hidup seseorang, misalnya kebiasaan hidup orang dewasa dalam hal ini perilaku hubungan seksual akan berbeda dengan remaja (Azwar, 2000).

Sutrisna (1986) *dalam* Herlina (2001) menyatakan bahwa umur adalah variabel yang selalu diperhatikan dalam penelitian epidemiologi. Angka kesakitan dan kematian di semua keadaan menunjukkan umur. Beberapa alasan yang menerangkan hubungan umur dengan suatu keadaan yaitu:

- a. Keadaan itu merupakan fungsi dari proses umur, perkembangan fisiologis atau imunitas.
- b. Keadaan itu merupakan refleksi dari kebiasaan dan jenis makanan yang berbeda-beda antara golongan umur atau dengan berjalannya waktu.
- c. Keadaan yang merupakan hasil dari perubahan daya tahan tubuh .
- d. Faktor-faktor lain misalnya hanya tersedia alat diagnostik penyakit untuk golongan umur tertentu.

e. Hubungan yang mungkin akibat fenomena kohort misalnya AIDS.

Astawa (1985) dalam Habasiah (2000) menjelaskan bahwa umur merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi perilaku seseorang. Semakin bertambah umur seseorang maka seseorang akan semakin matang dalam mengambil sikap dalam berperilaku termasuk perilaku seksual.

Proporsi kumulatif kasus AIDS tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 20-29 tahun mencapai 53,80% disusul kelompok umur 30-39 tahun (27,99%) dan kelompok umur 40-49 tahun (8,19%). Sementara persentase anak 5 tahun kebawah mencapai 1,22%. Diperkirakan pada tahun 2007 sebanyak 4360 anak tertular HIV dan separuhnya telah meninggal (Ditjen PPM & PL, 2007).

Beberapa studi memperlihatkan bahwa pria yang lebih tua lebih sulit menerima intervensi mengenai kondom dibandingkan kelompok pria yang lebih muda (WHO & UNAIDS, 2004). Dari hasil penelitian Kalsum (2000) didapatkan proporsi kelompok umur kurang dari 30 tahun berperilaku baik dalam penggunaan kondom adalah 14,2%, sedangkan kelompok umur lebih dari 30 tahun sebesar 9,1%.

Namun hasil yang berbeda didapatkan pada penelitian Dachlia (2000), bahwa perilaku seks berisiko cenderung lebih banyak pada kelompok umur 30 tahun atau kurang (48,5%), dibandingkan dengan kelompok umur lebih dari 30 tahun (33,5%).

2.6.2. Status Perkawinan

Dari segi epidemiologi, status perkawinan dapat mempengaruhi penyebaran masalah kesehatan, karena pola perilaku kalangan belum kawin berbeda dengan yang sudah kawin. Secara umum pengaruh tersebut karena pola penyakit yang ditemukan pada mereka yang belum kawin berbeda dengan yang telah kawin (Azwar, 2000).

Astawa (1996) dalam Kalsum (2000), menjelaskan status perkawinan dapat mempengaruhi perilaku seksual sehat. Mereka yang sudah menikah dapat menyalurkan hasrat seksualnya kepada istri. Berbeda halnya dengan mereka yang belum beristri, lebih besar peluangnya untuk melakukan hubungan seksual berisiko.

Mbizvo et.al (1994) dalam Herlina (2001), menyebutkan status perkawinan berperan dalam membentuk perilaku seksual seseorang. Studi di Zimbabwe memperlihatkan bahwa kebiasaan penggunaan kondom lebih sering dilakukan kelompok laki-laki muda, lebih berpendidikan dan berstatus belum kawin. Sedangkan data SSP 2004-2005 menunjukkan bahwa kelompok pria beristri yang suka membeli seks meningkat tajam, untuk sopir/kernet meningkat dari 38% pada tahun 2002/03 menjadi 60% pada tahun 2004/2005, dan pelaut/ABK meningkat 39% menjadi 55%, di kalangan tukang ojek relatif tidak meningkat, yaitu berkisar 24-25 persen, sebaliknya di kalangan TKBM 47% menjadi 37%. Di kalangan PNS yang sudah beristri, ada sepertiga

yang suka beli seks, dan di kalangan buruh hanya 10 persen. Hal ini memungkinkan untuk memperluas penularan virus ke istri atau pasangan tetapnya.

Selain itu, menurut Patriani (1998) *dalam* Dachlia (2000) ,status kawin memberi manfaat dalam membantu meningkatkan perilaku seksual yang aman dengan adanya anjuran dari istri agar suami menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan WPS, terutama bila istri yang terbuka dalam negosiasi seksual dengan suami seperti pasangan suami istri pelaut.

2.6.3. Pendidikan

Dalam analisis sosial-ekonomi-demografi, pendidikan merupakan faktor yang paling sering dianalisis, karena dapat menjadi pendekatan berbagai macam hal seperti pola pikir, kepandaian, luasnya pengetahuan dan kemajuan berpikir (Usman&Apriyanthi, 2005).

Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa pendidikan dapat diartikan sebagai berikut :

- a. Proses dimana seseorang mengembangkan kemampuan, sikap dan bentuk-bentuk tingkah laku lainnya dalam masyarakat dimana dia hidup.
- b. Proses sosial dimana orang dihadapkan pada pengaruh lingkungan yang terpilih dan terkontrol, khususnya yang datang dari sekolah

sehingga mereka dapat memperoleh atau mengalami perkembangan kemampuan sosial dan kemampuan individu yang optimum.

Astawa (1995) dalam Habasiah (2000) mengemukakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka seseorang semakin mudah menerima dan mengembangkan pengetahuan dan teknologi. Dengan demikian, secara teori perilaku seseorang semakin positif.

Berdasarkan pendidikan, persentase pengguna kondom saat berhubungan seks terakhir pada penduduk yang berpendidikan tamat SLTA ke atas adalah sebesar 6,7%, sementara pada penduduk yang berpendidikan tamat SD/SLTP hanya 2,1%, dan dalam persentase yang relatif sangat kecil pada penduduk yang tidak sekolah atau tidak tamat SD yaitu 0,4% (Depkes RI & BPS, 2007).

Menurut hasil penelitian Dachlia (2000) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara umur dengan perilaku seksual berisiko, dan didapatkan hasil bahwa responden yang berperilaku seksual berisiko lebih banyak pada pendidikan SMA ke atas (48,4%) dibandingkan dengan pendidikan SMP kebawah (38,3%).

2.7. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Berdasarkan hasil pengalaman dan

penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Notoadmojo (2005) juga menjelaskan bahwa pengetahuan dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan sebagai berikut :

- a. Tahu, diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.
- b. *Comprehension* (memahami), diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c. Aplikasi, diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi nyata (sebenarnya).
- d. Analisis, adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. Sintesis, menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- f. Evaluasi, berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu atau obyek .

Pengetahuan merupakan dasar untuk dapat memahami suatu permasalahan. Meski tidak selalu berkaitan langsung dengan upaya yang diambil dan cara yang ditempuh untuk menghindari penularan infeksi menular

seksual atau HIV, mengetahui cara menghindar dan kemana mencari pertolongan ketika terserang, merupakan hal yang perlu diketahui oleh setiap orang apalagi yang berisiko tinggi untuk tertular HIV (Depkes RI & BPS, 2006).

Menurut Aulia (2002) bahwa upaya untuk mempengaruhi kebiasaan, sikap dan pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan agar individu/ kelompok/masyarakat berperilaku hidup sehat adalah melalui penyuluhan massa. Metode penyuluhan massa adalah penyampaian pesan penyuluhan dari satu sumber pesan yang ditujukan kepada lebih dari satu sasaran (umumnya lebih dari 5-6 orang). Metode tersebut lebih efektif dari metode penyuluhan tatap muka apabila tujuan yang diharapkan adalah peningkatan pengetahuan. Jenis media yang digunakan sebagai pendukung penyuluhan massa adalah media massa baik cetak maupun elektronik.

Festinger (1957) dengan *Cognitive Dissonance Theory*, dikutip dari Dachlia (2000), menjelaskan bahwa pengetahuan dapat juga tidak sejalan dengan sikap dan perilaku seseorang. Seseorang yang mempunyai pengetahuan positif dapat mempunyai sikap dan perilaku positif pula. Namun demikian, teori ini menunjukkan adanya kemungkinan seseorang yang mempunyai pengetahuan dan sikap positif tetapi mempunyai perilaku negatif.

Berdasarkan penelitian Dachlia (2000), persentase responden yang berperilaku seks berisiko relatif sama banyak pada kelompok tingkat pengetahuan cukup maupun kurang, masing-masing mencapai 45% dan 39%.

Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan perilaku seksual berisiko.

Sedangkan penelitian Kalsum (2000) menunjukkan bahwa proporsi responden yang berpengetahuan baik akan berperilaku baik sebesar 15,9% daripada proporsi yang berpengetahuan buruk yang berperilaku baik hanya 11,1%. Pelanggan WPS yang berpengetahuan baik akan berperilaku baik 1,7 kali lebih tinggi dibandingkan pelanggan WPS yang berpengetahuan buruk.

Dari analisis penelitian Oesman (2004) diperoleh gambaran bahwa pengetahuan pria tentang HIV/AIDS masih sangat rendah, yaitu sekitar sepertiga (36,5%) pria berada pada katagori 'pengetahuan cukup'. Pria yang berdomisili di perkotaan, pendidikan tinggi, dengan indeks kesejahteraan tinggi cenderung memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS relatif lebih baik, dibandingkan mereka yang tinggal di perdesaan, pendidikan rendah, tingkat kesejahteraan rendah.

2.8. Pengalaman menderita gejala IMS

Infeksi Menular Seksual (IMS) didefinisikan sebagai penyakit-penyakit yang disebabkan karena adanya invasi organisme virus, bakteri, parasit dan kutu kelamin yang sebagian besar menular melalui hubungan seksual, baik yang berlainan jenis ataupun sesama jenis (Aprilianingrum, 2002).

Penelitian epidemiologi mengidentifikasi bahwa orang-orang yang menderita IMS ulseratif dan non ulseratif tampak lebih mudah atau rentan

terinfeksi HIV terbukti sebagai berikut:

- a. Penelitian epidemiologi yang telah mengidentifikasi bahwa pada kondisi IMS berpeluang 2-5 lebih mungkin atau mudah terinfeksi HIV.
- b. Penelitian biologis menunjukkan peningkatan kerawanan suseptibilitas dan kemungkinan terinfeksi HIV bila ada IMS.
- c. IMS yang menimbulkan lesi genital yang dapat merupakan pintu masuk untuk HIV. Walaupun tidak ada lesi, IMS selalu meningkatkan jumlah sel-sel sasaran HIV (sel-sel CD4) di sekresi serviks, maka dapat meningkatkan suseptibilitas pada perempuan (Riono, 1999).

IMS sering tidak menunjukkan gejala, gejala pada pria lebih kelihatan nyata daripada wanita, sebagai contoh 70% pada wanita dan 30% pada laki-laki yang terinfeksi klamidia tidak menunjukkan gejala (Depkes RI, 2006).

HIV/AIDS termasuk IMS karena salah satu cara menularnya melalui hubungan seks. Bagi penderita IMS resiko tertular HIV/AIDS lebih besar apabila melakukan hubungan seks yang tidak aman dengan pengidap HIV. Luka pada alat kelamin memudahkan HIV yang ada di dalam sperma dan cairan vagina masuk melalui luka tersebut. IMS merupakan pintu masuk HIV/AIDS (Depkes RI, 2006).

Di Indonesia, kasus sifilis pada kelompok risiko tinggi, seperti WPS dan pelanggannya cenderung mengalami peningkatan sebesar 10% sedangkan pada kelompok risiko rendah meningkat sebesar 2%. Di sisi lain, IMS juga merupakan kofaktor terjadinya infeksi HIV, sehingga peningkatan kasus IMS

dapat memungkinkan terjadinya peningkatan kasus infeksi HIV/AIDS (Aprilianingrum, 2002).

2.8.1 Jenis-jenis IMS

2.8.1.1 Gonore

Gonore disebut juga penyakit kencing nanah yaitu terjadinya radang akut pada uretra atau vagina yang ditularkan dengari kontak seksual (Depkes RI, 2006). Gejala gonore adalah adanya keluhan berupa keluarnya cairan abnormal dari alat kelamin (duh), timbul rasa panas dan nyeri pada saat kencing (Riono, 1999). Masa inkubasi penyakit gonore pada pria berkisar antara 3-5 hari dan pada wanita sulit untuk menentukan masa inkubasi karena sebagian besar kasus tidak memberikan gejala/asimptomatik (Depkes RI, 2006).

2.8.1.2 Herpes Genitalis

Herpes genitalis adalah salah satu infeksi seksual menular yang disebabkan oleh virus herpes simpleks tipe n. Virus setelah masuk dalam tubuh manusia akan menetap di susunan saraf tepi, pada masa aktif akan menimbulkan gejala klinis, sedangkan pada masa laten tidak. Lokalisasi penyakit ini terletak di bawah garis pusar terutama di sekitar alat genitalia (Hutapea,2005).

Pada gambaran klinis terdapat dua bentuk infeksi yaitu infeksi primer dan kambuhan (rekuren). Infeksi primer berarti kontak pertama dengan virus dan setelah masa inkubasi 3-5 hari, penderita akan mengalami gejala prodromal (pendahuluan) seperti rasa panas, gatal, pegal atau nyeri di sekitar genitalia eksterna. Selanjutnya, timbul gelembung-gelembung berisi cairan di atas kulit yang memerah dan agak bengkak, mula-mula cairan jernih lalu keruh dan pecah setelah beberapa hari meninggalkan luka yang dangkal serta berkeropeng mirip seperti sariawan di bibir. Setelah berlangsung infeksi primer, penderita akan sering mengalami kambuhnya penyakit ini (infeksi kambuhan). Faktor-faktor penyebabnya antara lain : stress psikis, stress fisik, minuman alkohol, makanan yang merangsang, dan menstruasi. Gejala prodromal dan kelainan kulit sama dengan infeksi primer, tetapi berlangsung lebih singkat dan ringan. Apabila kelainan kulit telah sembuh, penderita kadang-kadang masih mempunyai keluhan tidak enak di daerah tersebut seperti rasa pedas atau nyeri waktu berkemih (Depkes RI, 2006).

2.8.1.3 Sifilis

Sifilis merupakan penyakit kelamin yang disebabkan oleh kuman *Treponema pallidum*. Penyakit ini bersifat kronis dan sistemik serta berbahaya karena dapat menyerang seluruh organ tubuh, termasuk sistem kardiovaskuler, saraf, dan menyebabkan kelainan bawaan pada penderita sifilis kongenital (Aprilianingrum, 2002).

Gejala awal adalah perlukaan atau ulkus pada alat kelamin. Perlukaan biasanya tunggal, bulat dan dangkal ditemukan pada penis atau vagina. Penularan semakin mudah bila ada ulkus tersebut. Penyakit sifilis mudah diobati dengan antibiotik antara lain penisilin. Apabila tidak segera diobati, proses infeksi akan terus menimbulkan kelainan pada kulit dan dapat menyebar ke otak sehingga menyebabkan cacat bawaan pada bayi yang dilahirkan oleh perempuan yang tertular sifilis (Riono, 1999).

2.8.1.4 Kandida vaginalis

Kandida vaginalis merupakan infeksi pada dinding vagina oleh genus jamur yang menyerupai ragi membentuk benang-benang miselium tetapi tidak membentuk askospora (Riono, 1999). Gambaran khas yang disebut vaginal thrush berupa bercak-bercak putih kekuningan, timbul dari

permukaan pada Vulva, introitus vagina dan dinding vagina. Bercak itu serupa dengan yang tampak pada stomatis oleh Candida, juga terdiri atas gumpalan jamur dan jaringan nekrosis atau sel epitel. Pada stadium lebih lanjut, labia minora membengkak dengan luka kecil-kecil. Kelainan ini dapat menjalar ke labia mayora serta kulit sekitarnya hingga daerah lipatan paha. Pada keadaan akut secret vagina encer dan menjadi kental pada yang menahun. Di dalam secret terdapat gumpalan-gumpalan seperti kepala susu yang ternyata adalah bercak yang terlepas dan terdiri atas jamur dan sel epitel. Keluhan utama ialah rasa gatal yang semula hanya terasa pada waktu malam, tetapi pada keadaan lebih lanjut dapat terasa terus menerus sehingga dapat mengganggu penderita (Hutapea, 2005).

Biasanya, pengalaman memberikan pelajaran berarti bagi seseorang. Dalam *Health Belief Model* dan Teori Stimulus-Respon, digambarkan bahwa pengalaman dapat menjadi pemicu (*cue to action* atau *antecedent*) seseorang untuk melakukan perilaku tertentu (Rosenstock, 1994). Jadi pengalaman mendapatkan IMS dan gejala yang dirasakan diharapkan menjadi pemicu untuk menghindari mendapatkan kembali IMS.

Notoadmodjo (2005), menjelaskan bahwa adanya pengalaman-pengalaman seseorang, stimulus eksternal (lingkungan), baik fisik maupun non fisik dapat menagawali terjadinya perilaku. Kemudian pengalaman tersebut diketahui, dipersepsikan, diyakini, dan sebagainya, sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak, dan akhirnya terjadilah perwujudan niat tersebut yang berupa perilaku.

Berdasarkan hasil penelitian Herlina (2001) persentase responden yang pernah menderita IMS berperilaku konsisten dalam pemakaian kondom sebesar 4,6%, sedangkan yang tidak pernah menderita IMS sebesar 12,3%. Proporsi responden yang pernah menderita IMS berperilaku tidak pakai kondom hampir sama dengan responden yang tidak pernah menderita IMS yaitu 34% dan 34,3%. Mereka yang tidak pernah mendapat gejala IMS lebih berisiko sebesar 5 kali untuk memakai kondom secara konsisten dibandingkan dengan mereka yang pernah terinfeksi IMS.

Selanjutnya penelitian Soelistijani (2003), didapatkan bahwa proporsi responden yang pernah menderita gejala IMS lebih kecil berperilaku selalu menggunakan kondom saat berhubungan seks(7,2%) dibandingkan responden yang tidak pernah menderita IMS (24%). Responden yang pernah menderita gejala IMS berpeluang 0,24 kali berperilaku selalu menggunakan kondom saat berhubungan seks dibandingkan responden yang tidak pernah menderita gejala IMS.

2.9. Propensity Score Matching (PSM)

Ahli-ahli epidemiologi sangat memahami bahwa dalam penelitian observasional masih ada masalah dalam menarik kesimpulan yang disebabkan oleh adanya bias karena potensial *confounding*, dimana dengan kondisi ini sebenarnya masih kurang tepat jika dua keadaan dibandingkan walaupun telah dilakukan *adjustment* melalui regresi karena masih ada potensi bias. Dalam melihat efek dari pajanan pada studi observasi perlu mempertimbangkan adanya bias dan akan sulit untuk menghilangkan bias jika hanya dengan menggunakan teknik analisis yang standar (Hullsieck&Louis, 2002).

Adjustment kadang-kadang kurang dapat menjaga keseimbangan dalam kelompok dan dapat memunculkan kembali bias yang akan membatasi kevalidan dalam menyimpulkan penyebab (Franca et.al, 2006).

Teknik analisis yang menggunakan propensity score dalam studi observasi dapat melakukan *adjustment* pada *covariat* pada dua kelompok dan dapat mengurangi bias lebih baik dibandingkan dengan teknik modelling pada analisis multivariat yang konvensional. Dengan memadankan nilai probabilitas, maka PSM dapat meminimalkan bias, sehingga estimasi terhadap adanya pengaruh pajanan terhadap *outcome* semakin tepat (Hullsieck&Louis, 2002).

2.9.1. Definisi

Propensity Score Matching Method diperkenalkan oleh Rosenbaum dan Rubin tahun 1983. *Propensity* dikenal sebagai probabilitas dari terpajan atau yang

mendapat perlakuan (atau keduanya). Dengan mengestimasi *propensity score*, kita akan memadankan subjek dikeduanya (terpajan dan kondisi tidak terpajan) menggunakan nilai *propensity score*nya (Caliendo&Kopeinig, 2005).

2.9.2. Alasan penggunaan *Propensity Score*

Inferensi tentang efek suatu perlakuan atau pajanan pada outcome meliputi spekulasi tentang bagaimana outcome pada individu tersebut jika perlakuan/pajanan tidak ada. Idealnya pada satu kelompok yang sama diperlakukan atau diberi pajanan dua keadaan, tetapi kenyataannya kita hanya mengetahui outcome pada satu keadaan saja. Kita mengetahui bagaimana kelompok pertama jika mendapat pajanan, tetapi kita tidak mengetahui bagaimana kelompok tersebut jika tidak mendapat pajanan. Hal ini disebut dengan *counterfactual outcome* (Ariawan, 2007; Franca, et.al, 2006)

Pada penelitian eksperimen, probabilitas subjek untuk mendapatkan perlakuan dapat dijamin dengan randomisasi. Sedangkan pada non eksperimen harus melakukan berbagai asumsi agar kondisi ini terjamin. Salah satu asumsi adalah *conditional independence assumption*. Namun kondisional pada banyak kovariat juga menimbulkan masalah sehingga Rosenbaum dan Rubin tahun 1983 mengusulkan penggunaan *balancing score*. *Propensity score matching* adalah salah satu *balancing score* (Caliendo&Kopeinig, 2005).

Propensity Score dinyatakan dapat digunakan untuk mengurangi bias dan meningkatkan presisi ketika melakukan estimasi efek dari pajanan pada studi observasional. Teknik analisis ini melakukan *matching* melalui nilai *propensity* dari

subjek yang terpajan dan subyek tidak terpajan. Nilai *propensity* merupakan nilai probabilitas subyek jika tidak terpajan, yang ada kenyataannya subyek adalah dalam keadaan terpajan. Nilai *propensity* dapat digunakan untuk menurunkan pengaruh dari potensial confounder (Hullisiek&Louis, 2002).

2.9.3. Langkah dalam PSM

1. Estimasi *Propensity Score*

Dalam melakukan estimasi *propensity score* ada hal yang harus dilakukan, yang pertama adalah terkait dengan model yang akan digunakan untuk mengestimasi, yang kedua adalah variabel yang dimasukkan kedalam model.

2. Pemilihan Algoritma Pemadanan (*matching*)

a. *Nearest Neighbour*

Matching pada kelompok tidak terpajan diambil dari subyek yang memiliki nilai *propensity score* terdekat dengan nilai *propensity score* subyek pada kelompok terpajan. Dapat dilakukan dengan metode tanpa atau dengan pengembalian. Keuntungannya adalah padanan pasti ada untuk semua subyek pada kelompok perlakuan. Kerugiannya adalah dapat terjadi *matching* sangat berbeda dengan subyek yang dipadankan (*propensity score*nya berbeda jauh).

b. *Caliper & Radius*

Sama dengan *nearest neighbour* tetapi diberikan batas tertentu pada *propensity score caliper*. *Radius* sama dengan *caliper* tetapi semua

subyek dari kelompok tidak terpajan yang nilai *propensity score* dalam *caliper* diambil sebagai padanan.

c. Stratifikasi

Pada tiap strata dilakukan perhitungan *average treatment affect on treated* (ATT). ATT untuk seluruh populasi dihitung berdasarkan ATT rata-rata dari tiap strata.

d. Kernel & Local Linear Regression

Menggunakan seluruh subjek pada kelompok pembanding dengan pembobotan. Pembobotan sebanding dengan beda nilai *propensity score* subjek pada kelompok perlakuan dengan padanannya pada kelompok pembanding.

e. Pembobotan

Setelah nilai *propensity score* diketahui, kita dapat secara langsung membedakan bobot antara rata-rata *outcome* pada individu terpajan dan tidak terpajan.

3. Overlap & Common Support

Langkah penting untuk melihat *overlap dan common support* antara kelompok terpajan dengan kelompok tidak terpajan pada saat dibandingkan dengan melihat distribusi keduanya. Menggambarkan hasil pemadanan, dimana jika semakin banyak terjadi *overlap* maka dapat diartikan semakin banyak subjek/responden yang dapat dipadankan, ini menandakan hasil

pemadanan baik/berhasil.

4. Uji Kualitas Pemadanan

Dilakukan dengan membandingkan distribusi covariat X sebelum dan sesudah dilakukan pemadanan. Digunakan perhitungan *standardized difference* untuk tiap covariat X sebelum dan sesudah pemadanan.

$$S_{diff} = \frac{100 (\bar{x}_{perlakuan} - \bar{x}_{pembanding})}{\sqrt{\frac{S^2_{perlakuan} + S^2_{pembanding}}{2}}}$$

Kualitas pemadanan dapat dihitung dengan persentase reduksi bias :

$$\% \text{ Bias Reduction} = 1 - \left(\frac{|\text{Standardized Difference}_{\text{matched}}|}{|\text{Standardized Difference}_{\text{unmatched}}|} \right)$$

(Ariawan, 2007; Caliendo & Kopeinig, 2005)

2.10. Penelitian Terkait

Hasil penelitian Kalsum (2000) yang melakukan analisis data dari survei 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.

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.

Herlina (2001) 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.

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. 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 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.

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 Cilengi Kabupaten Bogor tahun 2001. Desain penelitian tersebut *cross sectional* dan jumlah sampel 76 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku pemakaian kondom secara konsisten pada WPS di Kecamatan Cilengi 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.

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 merupakan faktor yang paling dominan dengan OR 3,55. Variabel umur, tingkat pendidikan, lama bekerja, pengetahuan tentang IMS, serta keterpaparan informasi tidak berhubungan secara bermakna dengan perilaku menggunakan kondom.

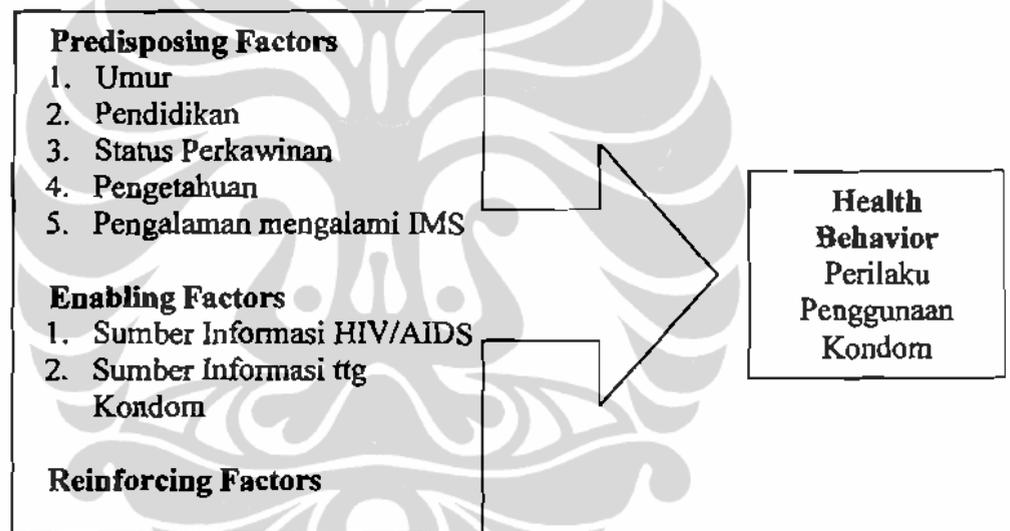
Hasil penelitian kualitatif tentang mencari pengobatan pada penderita IMS di Jakarta yang dilakukan oleh Kresno (2001) menunjukkan bahwa pengetahuan pada kelompok berisiko seperti WPS dan waria tentang IMS/HIV/AIDS masih rendah. Penggunaan kondom juga relatif rendah dengan alasan sebagai berikut :

- a. rasa tidak nyaman menggunakan kondom
- b. tidak tersedianya kondom di tempat lokalisasi
- c. tidak adanya informasi yang memadai tentang IMS dan kondom di tempat lokalisasi

- d. lemahnya kemampuan WPS dalam melakukan negosiasi dengan pelanggan

2.11. Kerangka Teori

Berdasarkan teori perilaku yang dikemukakan oleh Lawrence Green dan berdasarkan penelitian terdahulu maka disusun kerangka teori seperti terlihat dalam gambar 2.2.



Gambar 2.2. Kerangka Teori Penelitian berdasarkan teori perilaku L.Green

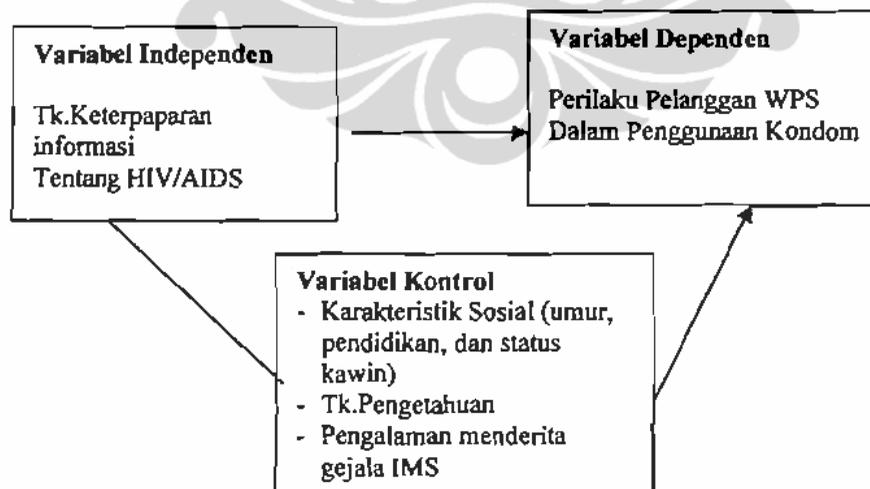
BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Pada penelitian ini variabel yang diteliti berhubungan dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom di Papua disesuaikan dengan variabel data sekunder dari SSP 2004-2005. Variabel utama yang diteliti dan dilihat hubungannya dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial adalah tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS. Variabel karakteristik sosial pelanggan WPS (umur, tingkat pendidikan dan status kawin), tingkat pengetahuan dan riwayat menderita gejala IMS adalah variabel kontrol yang juga dilihat hubungannya dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial di Papua.

Kerangka konsep penelitian didasarkan pada teori Green (1980) dan Rosenstock (1994) seperti terlihat pada gambar sebagai berikut :



Gambar 3.2 Kerangka Konsep Penelitian

3.2. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 3.2.1 Ada hubungan antara karakteristik sosial pelanggan WPS yaitu umur, tingkat pendidikan dan status perkawinan dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial.
- 3.2.2 Ada hubungan antara pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan perilaku WPS dalam penggunaan kondom seks komersial.
- 3.2.3 Ada hubungan antara pengalaman menderita gejala IMS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersil.
- 3.2.4 Ada hubungan antara tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersil.
- 3.2.5 Ada hubungan antara tingkat keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial setelah dikontrol dengan karakteristik sosial pelanggan WPS (umur, tingkat pendidikan dan status kawin), tingkat pengetahuan dan pengalaman menderita gejala IMS.

3.3. Pengukuran Variabel Penelitian

3.3.1. Variabel Dependen

Variabel dependen yaitu variabel perilaku penggunaan kondom, diukur dengan kuesioner pertanyaan nomor 15 Blok V (lampiran 2). Responden dikategorikan ke dalam 2 (dua) kategori, yaitu inkonsisten/tidak selalu dan konsisten/selalu dalam penggunaan kondom.

3.3.2. Variabel Independen Utama

Variabel independen utama adalah tingkat keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS. Variabel ini diperoleh dari hasil ukur dari pertanyaan kuesioner nomor 10 Blok IV(lampiran 2). Jumlah sumber informasi keseluruhan adalah 10 sumber. Pengkatagorian tingkat keterpaparan berdasarkan Kalsum (2000), yaitu kurang, jika terpapar kurang atau sama dengan 3 sumber informasi dan cukup, jika terpapar lebih dari 3 sumber informasi.

3.3.2. Variabel Kontrol

Variabel kontrol pada penelitian ini terdiri atas 5(lima) variabel, yaitu umur, tingkat pendidikan, status perkawinan, tingkat pengetahuan dan riwayat mengalami gejala IMS. Berikut diuraikan cara ukur untuk kelima variabel tersebut.

Variabel umur, diperoleh melalui pertanyaan nomor 1 Blok III. Variabel ini awalnya dalam bentuk kontinyu/numerik. Untuk kepentingan analisis pada penelitian ini, variabel umur diubah dalam 2(dua) kategori, yaitu kurang atau sama dengan 30 tahun dan lebih besar dari 30 tahun. Pengkategorian didasarkan pada kategori yang sering digunakan pada hasil laporan SSP HIV/AIDS, kategori umur dewasa tua menurut WHO dan nilai median.

Variabel tingkat pendidikan, diperoleh melalui pertanyaan/kuesioner nomor 2a Blok III. Pilihan jawaban responden mencakup kategori tidak pernah sekolah samapi tamat PT/akademi. Kemudian disederhanakan menjadi 2(dua) kategori, yaitu pendidikan rendah, meliputi SMP atau kurang dan pendidikan tinggi

meliputi SMA atau lebih. Pengkategorian ini berdasarkan *cut off point* wajib belajar 9 tahun sesuai dengan UU No.20 tentang Pendidikan Nasional.

Variabel status perkawinan, diperoleh dari pertanyaan nomor 3 Blok IV. Jawaban responden dikelompokkan menjadi 2(dua) kategori yaitu belum kawin dan kawin/pernah kawin.

Variabel tingkat pengetahuan HIV/AIDS, diperoleh dengan membuat indeks komposit dari pertanyaan nomor 6 Blok IV , yaitu dengan menjumlahkan nilai/skor dari beberapa pertanyaan yang berkaitan. Pertanyaan yang dipilih adalah no.3 dan no.6 yang berjumlah 11 pertanyaan. Masing-masing pertanyaan diberi nilai 1 jika benar dan 0 jika salah. Dengan demikian jumlah skor maksimum akan mencapai 11 dan minimum adalah 0. Selanjutnya total skor masing-masing responden tersebut dikategorikan menjadi 2(dua) kategori, yaitu tingkat pengetahuan kurang, jika jumlah nilainya kurang dari 6 dan cukup/baik, jika jumlah nilainya lebih besar atau sama dengan 6.

Variabel riwayat mengalami infeksi menular seksual(IMS), diperoleh melalui pertanyaan nomor 1 Blok VI. Pada penelitian ini responden dikategorikan menjadi 2(dua) kategori, yaitu tidak pernah dan pernah. Pernah apabila responden pernah mengalami satu atau lebih gejala IMS dan tidak pernah, jika responden tidak pernah mengalami gejala IMS dalam setahun terakhir ini.

Pada tabel 3.1. dibawah ini dapat dilihat ringkasan definisi operasional variabel-variabel yang digunakan pada penelitian ini.

3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.1.
Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Nama Variabel	Definisi	Skala/Kategori
1.	Dependen: Perilaku Penggunaan Kondom	Kegiatan/tindakan pelanggan WPS dalam hal menggunakan kondom saat berhubungan seks komersil dengan WPS selama setahun terakhir	Ordinal: 0: Inkonsisten/tidak selalu pakai kondom 1: Konsisten/selalu menggunakan kondom.
2.	Independen Utama: Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS	Tingkatan keterpaparan oleh sumber-sumber informasi mengenai HIV/AIDS baik secara interpersonal, media cetak maupun media elektronik	Ordinal: 0: Kurang 1: Cukup
3.	Kontrol/Counfounding:		
	a. Umur	Lamanya responden hidup dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir.	Ordinal: 0: <=30 thn 1: > 30 thn
	b. Tk.Pendidikan	Pendidikan formal tertinggi yang pernah diikuti responden	Ordinal: 0: Rendah 1: Tinggi
	c. Status Perkawinan	Status seseorang saat ini dinyatakan secara hukum negara pernah/telah memiliki pasangan hidup yang sah .	Ordinal: 0: Belum/tidak kawin 1: Kawin/Pernah kawin.
	d. Pengetahuan	Hal-hal yang diketahui responden tentang HIV/AIDS meliputi tanda dan gejala HIV/AIDS, cara penularan dan pencegahan HIV/AIDS, pernah mendengar dan manfaat kondom	Ordinal : 0 = kurang 1 = baik
	e. Riwayat mengalami gejala IMS	Pernah tidaknya mengalami satu atau lebih gejala IMS.	Ordinal : 0: tidak pernah 1: pernah

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan data sekunder yaitu data hasil Survei Surveilans Perilaku/BSS HIV/AIDS tahun 2004-2005 yang dilakukan oleh BPS dan Depkes RI. Rancangan yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross sectional* (potong lintang). Rancangan tersebut merupakan salah satu metode penelitian survei analitik yaitu suatu penelitian untuk mempelajari hubungan antara faktor risiko (variabel independen) dengan faktor efek (variabel dependen), cara pengumpulan data baik variabel dependen dan variabel independen secara bersamaan dalam waktu sesaat (*one point in time*) (Kamso.S, 2007). Rancangan tersebut sesuai dengan tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan antara tingkat keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial.

4.2 Behavioral Surveillance Survey

Behavioral Surveillance Survey (BSS) atau Survei Surveilans Perilaku (SSP) SSP merupakan kegiatan yang sistematis dan kontinyu dalam pengumpulan, analisa, interpretasi dan desiminasi informasi untuk memantau perilaku berisiko pada sub populasi tertentu terhadap penularan HIV/AIDS. SSP merupakan bagian dari surveilans HIV generasi kedua.

Surveilans HIV generasi kedua adalah surveilans yang memadukan surveilans perilaku ke dalam surveilans serologik HIV. Dalam hal ini, surveilans perilaku memperkuat surveilans serologik. Informasi hasil surveilans serologik akan semakin bermanfaat dengan adanya surveilans perilaku. Manfaat tersebut antara lain, dalam menumbuhkan perhatian, minat, dan tindakan masyarakat terhadap pencegahan epidemik HIV, menentukan sub populasi sasaran, menentukan cara pencegahan, merencanakan upaya penanggulangan, dan memantau keberhasilan program.

Populasi sasaran SSP 2004-2005 adalah populasi pria dewasa dan wanita yang berisiko tinggi terinfeksi HIV. Untuk wanita adalah wanita penaja seks yang melakukan transaksi secara terbuka di lokalisasi/ rumah bordil atau di jalanan (WPS langsung), dan yang melayani seks pelanggan di panti pijat, salon, spa, bar, karaoke, diskotik/café, restoran, hotel/motel/cottage (WPS tak langsung). Kelompok pria yang berisiko tinggi adalah pelaut dan anak buah kapal (ABK), nelayan, sopir dan kernet truk, tenaga kerja bongkar muat (TKBM) barang di pelabuhan, tukang ojek yang sering menjadi perantara atau pengantar pelanggan pria dan WPS. Kelompok pria dewasa lainnya pria yang suka pria, yaitu pria penaja seks (PPS/kucing), lelaki suka lelaki (LSL atau gay) dan waria. Kelompok berisiko yang juga dicakup dalam SSP 2004-2005 adalah pengguna narkoba suntik (penasun). Disamping itu, juga mencakup kelompok yang berpotensi berperilaku berisiko yaitu kaum remaja, yang diwakili oleh pelajar SLTP, buruh laki-laki dan PNS laki-laki.

Besarnya ukuran sampel pada SSP ini dirancang untuk memperoleh gambaran tentang karakteristik penduduk yang berperilaku dengan resiko tinggi, dan diharapkan dapat mengukur perubahan perilaku tersebut pada survei berikutnya. Kalkulasi dengan menggunakan metode “cluster survey” menunjukkan bahwa besarnya sampel sekitar 200-400 responden pada setiap sasaran penduduk berperilaku berisiko tinggi sudah cukup untuk mewakili populasi (representative), termasuk untuk mengukur perubahan perilaku (Depkes RI&BPS,2005).

4.3 Populasi dan Sampel

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pelanggan WPS di Papua. Sampel yang digunakan adalah semua TKBM dan Tukang Ojek (TO) yang melakukan hubungan seks komersil dengan WPS.

Untuk menentukan besar sampel minimal pada penelitian dihitung dengan menggunakan rumus uji hipotesis 2 proporsi (Ariawan, 2003) yaitu sebagai berikut :

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2} \dots\dots\dots (4.1)$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel.

\bar{P} = Proporsi penggunaan kondom pada kelompok 1.

P_2 = Proporsi penggunaan kondom pada kelompok 2.

Penentuan P1 dan P2 berdasarkan hasil penelitian terdahulu, dan digunakan tingkat kemaknaan 95 % ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$) dan power 80% ($Z_{1-\beta} = 0,842$).

Tabel 4.1
Perhitungan Besar Sampel Penelitian

Penelitian Terdahulu	P1	P2	n
Kalsum (2000)	47,2	23,7	67
Herlina (2001)	22,8	56,7	41
Habasiah (2001)	38,1	17,3	70

Untuk penghitungan besar sampel yang digunakan adalah besar sampel yang terbesar yaitu 70 dan selanjutnya dikoreksi dengan efek desain (asumsi efek desain = 2) diperoleh besar sampel minimal sebesar 140 responden. Adapun jumlah sampel pada SSP 2004-2005 untuk Papua adalah 798 responden.

Agar tujuan penelitian tercapai, selanjutnya dari sampel tersebut dilakukan penyaringan sesuai dengan kriteria *inklusi* penelitian, yaitu banya mengikutsertakan responden yang pernah melakukan hubungan seks komersil dengan WPS.

4.4. Pengolahan Data

Data sekunder yang digunakan pada penelitian ini telah melalui proses pengolahan data yaitu sebagai berikut :

4.4.1. *Editing* :

Proses penyuntingan dilakukan untuk memastikan bahwa data yang diperoleh telah lengkap artinya data dalam kuesioner tersebut telah terisi semua, sesuai, konsisten dan relevan. Proses ini telah dilakukan pada saat di lapangan dengan meneliti tiap lembar kuesioner hasil wawancara. Bila terjadi kejanggalan dapat dilakukan penelusuran kembali kepada responden yang bersangkutan.

4.4.2. *Coding* :

Adalah proses untuk mengklasifikasikan data dan memberi kode untuk masing-masing kelas sesuai dengan tujuan dikumpulkannya data.

4.4.3. *Structur dan File Data* :

Proses ini dikembangkan sesuai dengan analisis data dan program komputer yang akan digunakan, dengan menetapkan nama, skala, dan jumlah digit untuk masing-masing variabel.

4.4.4. *Entry Data* :

Data seluruhnya dientry ke komputer dengan software statistik oleh petugas khusus (Staf Pemasuk Data).

4.4.5. *Cleaning Data* :

Proses pembersihan data dengan melihat distribusi frekuensi dari variabel-variabel dan menilai kelogisannya.

Sedangkan pengolahan data untuk penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut :

Data SSP 2004/2005 yang didapatkan dari P2MPL Depkes RI adalah data untuk Provinsi Papua secara keseluruhan. Oleh karena sampel yang digunakan adalah tukang ojek dan tukang bongkar muat pelabuhan, yang disebut dengan pelanggan WPS pada penelitian ini, maka data yang ada dipilah kembali hanya menseleksi responden yang dimaksud, yang pada data mentah dapat dibedakan dengan kode pada variabel target. Selanjutnya data tersebut disaring kembali hanya mengikutsertakan responden yang pernah berhubungan seks dengan WPS dan pernah mendengar tentang HIV/AIDS dengan menggunakan jawaban responden pada pertanyaan nomor 8 Blok V dan nomor 1 Blok IV. Dari 798 responden, didapatkan sampel yang sesuai kriteria inklusi tersebut adalah sebanyak 303 responden.

Langkah berikutnya adalah memilah data, yang digunakan hanya yang sesuai dengan variabel penelitian yang digunakan pada penelitian ini. Variabel yang ada pada data mentah selanjutnya diolah baik dengan cara *recode* dan *compute* sesuai dengan kepentingan analisis pada penelitian ini yang mengacu kepada definisi operasional variabel penelitian.

4.5 Analisis Data

Data yang sudah diolah pada tahap sebelumnya, selanjutnya untuk kepentingan penelitian ini dianalisis menggunakan software statistik dengan

bantuan fasilitas komputer. Proses analisis yang akan dilakukan terdiri dari 3 langkah yaitu sebagai berikut :

4.5.2. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti.

4.5.3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara tingkat keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS (variabel independen) dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial (variabel dependen). Disamping itu, juga melihat hubungan antara karakteristik sosial pelanggan WPS (umur, pendidikan, status kawin), tingkat pengetahuan dan pengalaman menderita gejala IMS dengan perilaku pelanggan WPS dalam penggunaan kondom seks komersial. Untuk membuktikan adanya hubungan antara dua variabel seperti tingkat keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS dengan perilaku WPS dalam penggunaan kondom seks komersial digunakan *statistik Chi Square* dengan batas kemaknaan 0,05 (Hastono.SP,2007).

Rumus Uji Chi – Square :

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E} \dots\dots\dots (4.2)$$

Keterangan : X^2 = nilai chi square

O = frekuensi observasi

E = frekuensi harapan

Pada analisa bivariat juga dinilai *Odds Ratio* (OR) yang merupakan nilai estimasi untuk terjadinya *outcome* akibat adanya hubungan dengan variabel independen. Apabila $OR = 1$ artinya tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, $OR < 1$ artinya variabel independen memberikan pengaruh perlindungan terhadap variabel dependen, dan $OR > 1$ artinya variabel independen menyebabkan terjadi variabel dependen (Sabri&Hastono, 2006).

4.5.4. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan analisis *Propensity Score Matching* (PSM).

Langkah-langkah dengan menggunakan teknik PSM sebagai berikut:

1. Melakukan estimasi *propensity score*.
2. Pemilihan algoritma pemadanan (matching) dengan metode Nearest Neighbor dan caliper (0.001).
3. Overlap and Common support

Tahap ini dilakukan dengan membandingkan 2 grafik (terpajan dan tidak terpajan). Setelah dilakukan matching maka pada grafik akan terlihat adanya overlap. Jika terlihat adanya overlap maka matching dengan menggunakan propensity telah berhasil.

4. Uji Kualitas Pemasangan

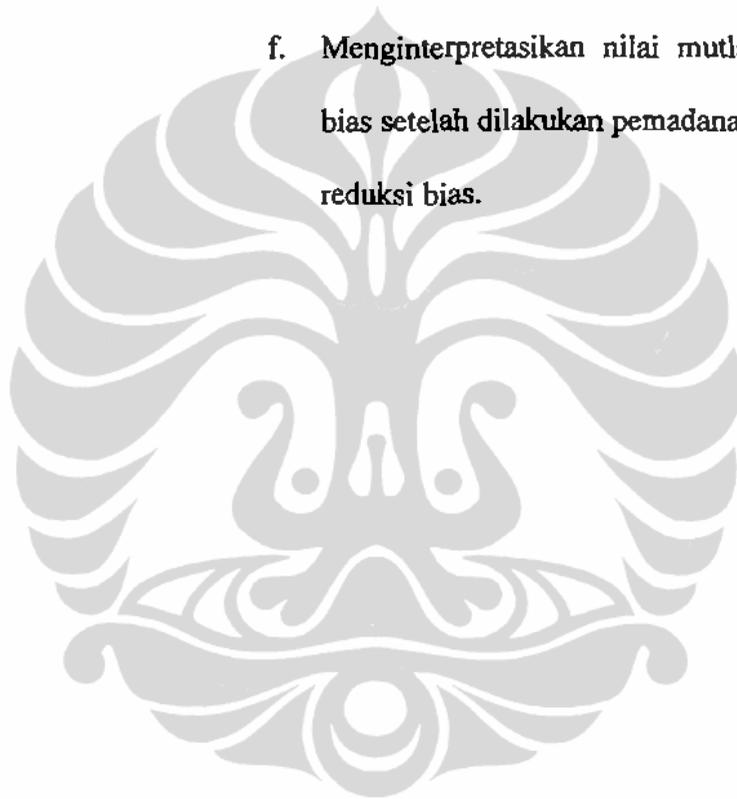
Pengujian kualitas pemasangan dilakukan dengan melihat perubahan nilai bias sebelum dan sesudah dilakukan matching pada setiap variabel. Menarik kesimpulan seberapa besar bias dapat dihilangkan berdasarkan nilai reduksi bias.

5. Kesimpulan

Untuk menarik kesimpulan hal yang perlu diperhatikan adalah :

- a. Menghitung jumlah responden yang telah dilakukan pemasangan.
- b. Melihat nilai *T-statistic* ,nilai ini diinterpretasikan sebagai signifikansi dari hasil analisis.
- c. Melihat nilai effect yang diinterpretasikan sebagai seberapa besar efek pajanan terhadap outcome.

- d. Menghitung nilai OR (*odds ratio*) berdasarkan nilai *mean of matched treated* dan nilai *mean of matched control*.
- e. Memperkuat interpretasi dengan pembacaan grafik *overlap and common support*.
- f. Menginterpretasikan nilai mutlak dari penurunan bias setelah dilakukan pepadanan berdasarkan nilai reduksi bias.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan dan dijelaskan hasil penelitian yang meliputi analisis univariat yang memberikan gambaran tentang karakteristik dari masing-masing variabel, analisis bivariat untuk melihat hubungan dan besarnya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dan analisis multivariat dengan menggunakan analisis *Propensity Score Matching* untuk melihat hubungan variabel independen utama dengan variabel dependen secara bersama-sama setelah dikontrol atau dipadankan oleh *confounding*.

5.1. Analisis Univariat

Pada analisis univariat ini ditampilkan distribusi masing-masing variabel yang diteliti, yaitu variabel umur, status perkawinan, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, riwayat mengalami gejala IMS dan perilaku penggunaan kondom.

5.1.1. Umur

Tabel 5.1
Distribusi Responden Menurut Umur

Variabel	Mean	Median	St.Deviasi	Min-max	95%CI
Umur	30,56	30	8,39	17-55	29,62-31,51

Hasil analisis didapatkan rata-rata umur responden adalah 30,56 tahun, median 30 tahun dan standar deviasi 8,39 tahun, paling muda umur 17 tahun dan paling tua umur 55 tahun. Untuk estimasi interval 95% kita yakin bahwa rata-rata umur responden berada pada rentang 29,62 s/d 31,51 tahun.

Selanjutnya umur responden dikelompokkan ke dalam 2(dua) kategori yaitu ≤ 30 tahun dan > 30 tahun. Pengelompokkan ini berdasarkan kriteria WHO tentang umur dewasa tua (31-45 tahun), pengelompokkan umur yang sering digunakan pada SSP oleh Ditjen P2MPL Depkes RI dan beberapa penelitian terkait tentang HIV/AIDS di Indonesia. Selain itu secara substansi batasan tersebut umum digunakan untuk membedakan kelompok aktif secara seksual. Gambaran distribusi umur responden menurut kelompok umur dapat dilihat pada tabel 5.2 dibawah ini :

Tabel 5.2
Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur

Kelompok Umur	N	%
≤ 30 tahun	170	56,11
> 30 tahun	133	43,89
Jumlah	303	100

Data menunjukkan responden sebagian besar mempunyai umur ≤ 30 tahun sebanyak 170 orang (56,11%), sedangkan yang umur > 30 tahun sebanyak 133 orang (43,89%).

5.1.2. Tingkat Pendidikan

Tabel 5.3
Distribusi Responden Menurut Jenis Pendidikan

Pendidikan	N	%
Tdk pernah sekolah	53	17,49
Tidak tamat SD	59	19,47
Tamat SD	62	20,46
Tamat SLTP	45	14,85
Tamat SLTA	64	21,12
PT/akademi	20	6,60

Jenis pendidikan cukup bervariasi, dari tabel 5.3 diatas terlihat bahwa yang paling banyak adalah responden yang tamat SLTA dan disusul tamat SD, sedangkan yang paling sedikit adalah tamat PT/akademi.

Pada analisis selanjutnya pendidikan dikelompokkan ke dalam 2 (dua) kategori, yaitu : rendah dan tinggi. Dikategorikan pendidikan rendah, apabila responden tidak pernah sekolah sampai dengan tamat SLTP, sedangkan pendidikan tinggi apabila responden berpendidikan tamat SLTA sampai PT/akademi keatas Pengkatagorian pendidikan didasarkan pada UU no.20 tahun 2003 tentang Pendidikan Nasional. Berikut hasil distribusi responden menurut kategori tingkat pendidikan :

Tabel 5.4
Distribusi Responden Menurut Kategori Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	N	%
Rendah	219	72,28
Tinggi	84	27,72
Jumlah	303	100

Data menunjukkan responden yang tingkat pendidikan rendah adalah sebanyak 219 orang (72,28%), dan yang berpendidikan tinggi 84 orang (27,72%). Hal ini berarti sebagian besar responden berpendidikan rendah.

5.1.3. Status Perkawinan

Pada penelitian ini status perkawinan responden dikelompokkan ke dalam 2(dua) kategori, yaitu belum kawin dan kawin/ pernah kawin. Hasil pengelompokkan tersebut dapat dilihat pada tabel 5.5 dibawah ini :

Tabel 5.5
Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan

Status Perkawinan	N	%
Belum Kawin	103	33,99
Kawin/pernah kawin	200	66,01
Jumlah	303	100

Berdasarkan status perkawinan, terlihat pada tabel 5.5 diatas bahwa responden sebagian besar berstatus kawin/pernah kawin, yaitu sebanyak 200 orang (66,01%), sedangkan yang berstatus belum kawin hanya sebanyak 103 orang(33,99%).

5.1.4. Pengetahuan tentang HIV/AIDS

Pengetahuan responden tentang HIV/AIDS meliputi pengetahuan tentang kondisi penderita HIV/AIDS dan pencegahan terhadap HIV/AIDS. Gambaran pengetahuan responden dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.6
Distribusi Responden Menurut Jenis Pengetahuan tentang HIV/AIDS

No	Pengetahuan	N	%
1.	Pengetahuan tentang orang terkena HIV/AIDS	103	33,99
2.	Pengetahuan Pencegahan HIV/AIDS:		
	a. tidak melakukan hubungan seks	99	32,67
	b. minum obat/ramuan tradisional sebelum hubungan seks	22	7,26
	c. menggunakan kondom saat berhubungan seks	110	36,30
	d. menghindari penggunaan jarum suntik bersama	98	32,34

Sambungan tabel 5.6.....

e. menghindari gigitan nyamuk/serangga lainnya	48	15,84
f. tidak menggunakan secara bersama-sama pakaian dan alat makan	205	67,66
g. hanya berhubungan seks dengan satu pasangan setia	103	33,99
h. menghindari seks bebas/berganti-ganti pasangan	84	27,72
i. menghindari berhubungan seks dengan WPS	103	33,99
j. makan makanan bergizi	17	5,61

Berdasarkan tabel 5.6 dapat dijelaskan bahwa responden yang menjawab benar tentang kondisi penderita AIDS hanya sebanyak 33,99%. Ini berarti lebih banyak responden yang menjawab salah. Mengenai pengetahuan pencegahan AIDS yaitu tidak bertukar pakaian dan alat makan bukan pencegahan HIV/AIDS dijawab benar paling banyak oleh responden (67,66%), disusul menggunakan kondom saat berhubungan seks (36,66%), menghindari berhubungan seks dengan WPS dan setia pada satu pasangan (33,99%). Dari hasil ini dapat kita simpulkan masih banyak responden yang mempunyai pengetahuan/persepsi yang salah tentang HIV/AIDS.

Selanjutnya pengetahuan dikelompokkan ke dalam 2 kategori, yaitu pengetahuan cukup/baik dan pengetahuan kurang. Setiap jawaban benar responden diberi nilai 1 dan jawaban salah nilai 0. Jumlah nilai tertinggi yang mungkin diperoleh adalah 11. Pembagian kategori berdasarkan nilai tengah range skor, tingkat pengetahuan rendah jika nilai < 6 dan pengetahuan cukup ≥ 6 . Hasil pengelompokkan tersebut dapat dilihat pada tabel 5.7 dibawah ini :

Tabel 5.7
Distribusi Responden Menurut Tingkat Pengetahuan

Tingkat Pengetahuan	N	%
Kurang	237	78,22
Cukup baik	66	21,78
Jumlah	303	100

Hasil analisis terlihat pada tabel 5.7 diatas bahwa responden dengan kategori tingkat pengetahuan kurang lebih banyak daripada yang tingkat pengetahuan baik, yaitu tingkat pengetahuan kurang 237 orang (78,22%) dan tingkat pengetahuan baik 66 orang (21,78%).

5.1.5. Riwayat Mengalami IMS

Pengalaman responden mengalami gejala IMS selama masa hidupnya dikategorikan ke dalam 2 kategori, yaitu tidak pernah mengalami salah satu gejala IMS dan pernah mengalami satu/lebih gejala IMS. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.8 berikut ini :

Tabel 5.8
Distribusi Responden Menurut Riwayat Mengalami Gejala IMS

Mengalami Gejala IMS	N	%
Tidak pernah	168	55,45
Pernah	135	44,55
Jumlah	303	100

Data menunjukkan responden yang tidak pernah mengalami riwayat IMS adalah sebanyak 168 orang (55,45%) dan yang pernah mengalami IMS sebanyak 135 orang (44,55%). Hal ini berarti sebagian besar responden tidak pernah

mengalami riwayat gejala IMS. Pada tabel 5.9 dapat dilihat juga gejala-gejala IMS yang pernah dialami responden.

Tabel 5.9
Distribusi Responden Menurut Gejala IMS yang Pernah Dialami

No	Gejala IMS yang pernah dialami	N	%
1.	Luka/koreng di daerah kelamin	41	13,53
2.	Benjolan/sakit di sekitar kelamin	44	14,52
3.	Kencing nanah	42	13,86
4.	Nyeri/panas sewaktu kencing	71	23,43
5.	Kutil/jengger sekitar kelamin	52	17,16
6.	Bintil/cacar di sekitar kelamin	45	14,85

Dari tabel 5.9 diatas dapat dijelaskan bahwa gejala IMS yang paling banyak dialami responden adalah nyeri dan panas sewaktu kencing (23,43%). Gejala IMS luka/koreng di sekitar kelamin ternyata paling sedikit dialami oleh responden (13,53%).

5.1.6. Keterpaparan Informasi HIV/AIDS

Keterpaparan informasi pada penelitian ini dinilai dari sumber informasi tentang HIV/AIDS yang pernah dilihat, didengar oleh responden, baik media elektronik, media cetak, maupun media lainnya (poster) dan komunikasi interpersonal. Pada tabel 5.10 berikut ini dapat dilihat distribusi responden menurut media massa yang diakses sebagai sumber informasi tentang HIV/AIDS.

Tabel 5.10
Distribusi Responden Menurut Sumber Informasi HIV/AIDS

Sumber Informasi	N	%
Telivisi	126	41,58
Radio	105	34,65
Surat Kabar/majalah	104	34,32
LSM	66	21,78
Tokoh Agama	21	6,93
Tokoh Adat	21	6,93
Poster	110	36,30
Tenaga Kesehatan	52	17,16
Teman	42	13,86
Keluarga	14	4,62

Berdasarkan tabel 5.10 dapat dijelaskan bahwa sumber informasi yang paling banyak diakses responden dalam mendapatkan informasi HIV/AIDS adalah televisi (41,58%), dan yang paling sedikit adalah dari tokoh agama dan tokoh adat (6,93%).

Untuk kepentingan penelitian ini, keterpaparan responden dengan media massa dan komunikasi interpersonal dikelompokkan ke dalam 2 kategori, yaitu tingkat keterpaparan kurang dan tingkat keterpaparan cukup. Apabila responden terpapar kurang atau sama dengan 3 sumber informasi maka dikategorikan sebagai tingkat keterpaparan kurang, dan bila terpapar lebih dari 3 sumber dikategorikan sebagai tingkat keterpaparan cukup. Hasil pengkategorian dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut ini :

Tabel 5.11
Distribusi Responden Menurut Tingkat Keterpaparan
Informasi HIV/AIDS

Tingkat Keterpaparan	N	%
Kurang	242	79,87
Cukup	61	20,13
Jumlah	303	100

Berdasarkan tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS, terlihat bahwa responden sebagian besar responden mempunyai tingkat keterpaparan informasi yang kurang, yaitu sebanyak 242 orang (79,87%), sedangkan yang tingkat keterpaparan cukup hanya sebanyak 61 orang (20,13%).

5.1.7. Perilaku Penggunaan Kondom

Perilaku responden dalam penggunaan kondom saat berhubungan seks dengan WPS dikelompokkan menjadi 2 kelompok, yaitu : inkonsisten, apabila responden tidak selalu menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan WPS selama setahun terakhir dan konsisten, apabila responden selalu menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan WPS selama setahun terakhir. Pada tabel 5.12 dibawah ini dapat dilihat hasil selengkapnya pengelompokkan tersebut.

Tabel 5.12
Distribusi Responden Menurut Perilaku Penggunaan Kondom
Saat Berhubungan Seks dengan WPS

Perilaku penggunaan Kondom	N	%
Inkonsisten	245	80,86
Konsisten	58	19,14
Jumlah	303	100

Dalam hal penggunaan kondom, data menunjukkan responden yang konsisten menggunakan kondom adalah sebanyak 58 orang (19,14%) dan yang inkonsisten adalah sebanyak 245 orang (80,86%). Hal ini berarti sebagian besar responden tidak konsisten dalam penggunaan kondom saat berhubungan seks dengan WPS.

5.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat untuk melihat hubungan masing-masing variabel penelitian dengan variabel dependen. Hasil analisis bivariat disajikan pada tabel 5.13 dibawah ini:

Tabel 5.13
Distribusi Hubungan antara Variabel Independen, dan Confounding dengan Perilaku Penggunaan Kondom pada Pelanggan WPS di Papua

Variabel	Penggunaan Kondom		N	P Value	OR(95%CI)
	Inkonsisten	Konsisten			
Umur					
a.<=30 tahun	139(81,76%)	31(18,24%)	170	0,650	1,14 (0,643-2,029)
b.>30 tahun	106(79,70%)	27(20,30%)	133		
Tingkat Pendidikan					
a.Rendah	190(86,76%)	29(13,24%)	219	0,001	3,45(1,903-6,268)
b.Tinggi	55(65,48%)	29(34,52%)	84		
Status Perkawinan					
a.Belum Kawin	86(83,50%)	17(16,50%)	103	0,403	1,30(0,699-2,432)
b.Kawin/ pernah Kawin	159(79,50%)	41(20,50%)	200		
Tingkat Pengetahuan					
a.Kurang	205(86,50%)	32(13,50%)	237	0,000	4,16(2,243-7,729)
b.Cukup/Baik	40(60,61%)	26(39,39%)	66		
Riwayat IMS					
a.Tidak Pernah	157(93,45%)	11(6,55%)	168	0,000	7,62(3,761-15,450)
b.Pernah	88(65,11%)	47(34,81%)	135		
Keterpaparan Informasi HIV/AIDS					
a.Kurang	209(86,36%)	33(13,64%)	242	0,000	4,39(2,345-8,246)
b.Cukup	36(59,02%)	25(40,98%)	61		

Dari tabel 5.13 diatas dapat dijelaskan sebagai berikut :

Hasil analisis hubungan antara umur responden dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS diperoleh bahwa ada 31 orang (18,24%) yang konsisten dalam penggunaan kondom pada kelompok umur 30 tahun atau kurang. Sedangkan responden kelompok umur lebih 30 tahun yang konsisten dalam penggunaan kondom adalah 27 orang (20,30%) . Hasil uji statistik diperoleh $P \text{ value} > 0,05 (P = 0,650)$, maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan perilaku penggunaan kondom.

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS diperoleh bahwa ada 29 orang (13,24%) yang konsisten dalam penggunaan kondom pada responden yang berpendidikan rendah. Sedangkan responden berpendidikan tinggi yang konsisten dalam penggunaan kondom adalah 29 orang (34,52%). Hasil uji statistik diperoleh $P \text{ value} < 0,05 (P = 0,0001)$, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan perilaku penggunaan kondom. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 3,45$ artinya responden berpendidikan tinggi mempunyai peluang 3,45 kali untuk menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan dengan responden yang berpendidikan rendah.

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS diperoleh bahwa ada 17 orang (16,50%) yang konsisten dalam penggunaan kondom pada responden yang berstatus belum kawin. Sedangkan responden berstatus kawin/pemah kawin yang konsisten dalam penggunaan kondom adalah 41 orang (20,50%) . Hasil uji statistik diperoleh $P \text{ value} > 0,05 (P = 0,403)$, maka dapat disimpulkan tidak ada

hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan perilaku penggunaan kondom.

Hasil analisis hubungan antara tingkat pengetahuan responden dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS diperoleh bahwa ada 32 orang (13,50%) yang konsisten dalam penggunaan kondom pada responden yang berpengetahuan kurang. Sedangkan responden berpengetahuan cukup yang konsisten dalam penggunaan kondom adalah 26 orang (39,39%) . Hasil uji statistik diperoleh $P \text{ value} > 0,05$ ($P = 0,650$), maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku penggunaan kondom. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 4,164$ artinya responden yang mempunyai pengetahuan cukup mempunyai peluang 4,164 kali untuk menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan kurang.

Hasil analisis hubungan antara riwayat gejala IMS dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS diperoleh bahwa ada 11 orang (6,55%) yang konsisten dalam penggunaan kondom pada responden yang tidak pernah mengalami riwayat IMS. Sedangkan responden yang pernah mengalami riwayat IMS yang konsisten dalam penggunaan kondom adalah 47 orang (34,81%). Hasil uji statistik diperoleh $P \text{ value} < 0,05$ ($P = 0,000$), maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara riwayat mengalami gejala IMS dengan perilaku penggunaan kondom). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 7,62$ artinya responden yang mempunyai riwayat gejala IMS mempunyai peluang 7,62 kali untuk menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan dengan responden yang tidak pernah mengalami riwayat gejala IMS.

Hasil analisis hubungan antara tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS diperoleh bahwa ada 33 orang (13,64%) yang konsisten dalam penggunaan kondom pada responden yang tingkat keterpaparan informasi kurang. Sedangkan responden dengan tingkat terpapar cukup yang konsisten dalam penggunaan kondom adalah 25 orang (40,98%) . Hasil uji statistik diperoleh $P \text{ value} < 0,05$ ($P = 0,000$), maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 4,39$, artinya responden yang mempunyai tingkat keterpaparan informasi cukup mempunyai peluang 4,39 kali untuk menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan dengan responden yang tingkat keterpaparan informasi kurang.

5.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah *Propensity Score Matching* dengan menggunakan algoritma nearest neighbor dan caliper.

5.3.1. Pemilihan Algoritma Pemadanan

5.3.1.1. Nearest Neighbor

Pada analisis PSM juga ada pemodelannya. Pada tahap pertama atau model awal akan dimasukkan semua variabel *confounding* ke dalam analisis dengan pola perintah : `psmatch2 V_Independen Utama Confonder1 Conf2 Conf3...dst,out(V_dep)logit`. Selanjutnya dilihat reduksi biasnya, apabila ada variabel kontrol/*confounding* yang penurunan biasnya tambah buruk setelah

dimatching atau bias setelah dipadankan lebih besar daripada bias sebelum dipadankan, maka variabel tersebut dikeluarkan untuk analisis selanjutnya. Hal ini dilakukan seterusnya sampai tidak ditemukan lagi variabel yang bermasalah tersebut, dan didapatkan model fit.

Pada tabel 5.14 berikut ini dapat dilihat hasil perbandingan distribusi variabel kontrol/confounding pada hubungan tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS di Papua sebelum dan sesudah dilakukan Pemadanan dengan algoritma Nearest Neighbor.

Tabel 5.14
Distribusi Variabel Kontrol pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom sebelum dan sesudah dilakukan Pemadanan dengan algoritma Nearest Neighbor

Variabel	Rata-rata sebelum dipadankan	Rata-rata setelah dipadankan	Bias sebelum dipadankan	Bias setelah dipadankan	Bias reduksi
Umur	0,46552	0,46552	6,6	27,9	-324
Tk.Pendidikan	0,5	0,5	59,5	25,8	56,6
St.Perkawinan	0,7069	0,7069	12,4	23,3	-88,3
Tk.Pengetahuan	0,44828	0,44828	64,6	15,4	76,2
Riwayat IMS	0,81034	0,81034	102,5	73,0	28,8

Dari tabel 5.14 diatas terlihat bahwa rata-rata variabel umur memiliki nilai yang sama sebelum dan sesudah dipadankan yaitu 0,46552. Demikian juga pada variabel tingkat pendidikan (0,5), status perkawinan (0,7069), tingkat pengetahuan (0,44828) dan riwayat IMS (0,81034).

Besarnya bias pada variabel kontrol/confounding sebelum dilakukan pemadanan terlihat lebih besar daripada setelah pemadanan. Hal ini tampak pada

variabel tingkat pendidikan, dimana sebelum pemadanan biasanya sebesar 59,5% dan setelah pemadanan biasanya menjadi 25,8%. Pemadanan dapat mereduksi bias sebesar 56,6%. Demikian juga untuk variabel tingkat pengetahuan besar biasanya berkurang dari 64,6% menjadi 15,4%, dimana besarnya bias yang dapat direduksi dengan pemadanan adalah sebesar 76,2%. Demikian juga halnya pada variabel riwayat IMS, besar bias sebelum dilakukan pemadanan sebesar 102,5%, dan setelah dilakukan pemadanan biasanya berkurang menjadi 73%. Besarnya bias yang dapat direduksi dengan pemadanan adalah sebesar 28,8%.

Pada variabel umur didapatkan hasil sebaliknya, setelah dilakukan pemadanan besar biasnya lebih besar daripada sebelum pemadanan, yaitu dari 6,6% sebelum pemadanan meningkat menjadi 27,9% setelah pemadanan. Pemadanan hanya mereduksi bias sebesar -324,3%. Demikian juga halnya pada variabel status perkawinan, biasanya bertambah dari 12,4% menjadi 23,3% dan pemadanan hanya dapat mereduksi bias sebesar -88,3%.

Berdasarkan pada hasil-hasil diatas, maka untuk analisis selanjutnya variabel yang mempunyai nilai reduksi biasanya paling kecil diantara dua variabel (umur dan status perkawinan) dikeluarkan dari analisis. Berikut hasil analisis setelah variabel umur dikeluarkan:

Tabel 5.15
Distribusi Variabel Kontrol tanpa variabel Umur pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom sebelum dan sesudah dilakukan Pemadanan dengan Algoritma Nearest Neighbor

Variabel	Rata-rata sebelum dipadankan	Rata-rata setelah dipadankan	Bias sebelum dipadankan	Bias setelah dipadankan	Bias reduksi
Tk.Pendidikan	0,5	0,5	59,5	48,1	19,1
St.Perkawinan	0,7069	0,7069	12,4	14,6	-18,0
Tk.Pengetahuan	0,44828	0,44828	64,6	30,6	52,6
Riwayat IMS	0,81034	0,81034	102,5	85,6	16,5

Setelah variabel umur dikeluarkan, dari tabel 5.15 diatas terlihat bahwa rata-rata variabel tingkat pendidikan memiliki nilai yang sama sebelum dan sesudah dipadankan yaitu 0,5. Demikian juga pada variabel status perkawinan (0,7069), tingkat pengetahuan (0,44828) dan riwayat IMS (0,81034).

Besarnya bias pada variabel kontrol/confounding sebelum dilakukan pemadanan terlihat lebih besar daripada setelah pemadanan. Hal ini tampak pada variabel tingkat pendidikan, dimana sebelum pemadanan biasanya sebesar 59,5% dan setelah pemadanan biasanya dapat dikurangi menjadi 33,7%. Pemadanan dapat mereduksi bias sebesar 43,4%. Demikian juga untuk variabel tingkat pengetahuan besar biasanya berkurang dari 64,6% menjadi 30,6% dan besar reduksi biasanya adalah sebesar 78,5%. Hal yang sama juga didapatkan pada variabel riwayat IMS, dimana besar biasanya sebelum pemadanan sebesar 96,2% berkurang menjadi 69,2% setelah pemadanan. Besarnya bias yang dapat direduksi dengan pemadanan adalah sebesar 28,1%.

Sedangkan pada variabel status perkawinan didapatkan hasil sebaliknya, dimana setelah dilakukan pemadanan besar bias menjadi lebih besar daripada sebelum pemadanan, yaitu dari 12,4% sebelum pemadanan meningkat menjadi 14,6% setelah pemadanan. Pemadanan hanya dapat mereduksi bias sebesar -18%.

Berdasarkan hasil analisis diatas, maka variabel status perkawinan harus dikeluarkan pada analisis selanjutnya. Hasil analisis setelah variabel status perkawinan dikeluarkan dapat dilihat pada tabel 5.16 berikut ini :

Tabel 5.16
Distribusi Variabel Kontrol tanpa Variabel Status Perkawinan pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom sebelum dan sesudah dilakukan Pemadanan dengan Algoritma Nearest Neighbor

Variabel	Rata-rata sebelum dipadankan	Rata-rata setelah dipadankan	Bias sebelum dipadankan	Bias setelah dipadankan	Bias reduksi
Tk.Pendidikan	0,5	0,5	59,5	48,1	19,1
Tk.Pengetahuan	0,44828	0,44828	64,6	30,6	52,6
Riwayat IMS	0,81034	0,81034	102,5	85,6	16,5

Setelah variabel status perkawinan dikeluarkan, dari tabel 5.16 diatas terlihat bahwa rata-rata variabel tingkat pendidikan memiliki nilai yang sama sebelum dan sesudah dipadankan yaitu 0,5. Demikian juga pada variabel tingkat pengetahuan (0,44828) dan riwayat IMS (0,81034).

Besarnya bias pada variabel kontrol/konfounding sebelum dilakukan pemadanan terlihat lebih besar daripada setelah pemadanan pada semua variabel konfounding. Hal ini tampak pada variabel tingkat pendidikan, dimana sebelum

pemadanan biasanya sebesar 59,5% dan setelah pemadanan biasanya dapat dikurangi menjadi 48,1%. Pemadanan dapat mereduksi bias sebesar 19,1%.

Demikian juga halnya pada variabel tingkat pengetahuan besar bias sebelum dilakukan pemadanan sebesar 64,6%, setelah dilakukan pemadanan biasanya berkurang menjadi 30,6%. Besarnya bias yang dapat direduksi dengan pemadanan adalah sebesar 52,6%. Hasil yang sama juga ditemui pada variabel riwayat IMS, besar biasanya berkurang dari 102,5 menjadi 85,6% dan besarnya bias yang dapat direduksi dengan pemadanan adalah sebesar 16,5%.

Berdasarkan hasil analisis diatas tidak ada lagi variabel yang perlu dikeluarkan, sehingga bentuk akhir ini dapat dikatakan sebagai model akhir pada algoritma nearest neighbor penelitian ini. Langkah selanjutnya adalah melakukan pemodelan lengkap dengan variabel independen utama dan variabel *confounding* yang sudah terseleksi, yaitu variabel tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan dan riwayat IMS dan melakukan interpretasi hasil analisis.

5.3.1.1.1. Estimasi *Propensity Score*

Dari hasil analisis dapat ditentukan persamaan estimasi *propensity score*, yaitu :

$$\text{Logit}(tkpapar) = -2,160104 - 0,6437583 \text{ pnddk} + 2,084076 \text{ tktpeng} + 0,7406905 \text{ ims}$$

Nilai logit diatas bukan untuk memprediksikan peluang tingkat keterpaparan informasi seperti pada regresi logistik ganda, tetapi persamaan diatas menggambarkan bagaimana nilai PS dibentuk pada analisis PSM yang digunakan untuk pemadanan. Nilai *Propensity Score* yang dihasilkan dari persamaan tersebut

dapat ditemukan pada hasil analisis dengan nama variabel baru yang dibentuk, yaitu *_pscore* (lihat lampiran 3).

Dari hasil analisis PSM juga didapatkan selisih nilai probabilitas perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS cukup dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS kurang. Nilai selisih kedua probabilitas tersebut disebut dengan *risk difference (RD)*.

Risk difference perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS cukup dengan tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS kurang sebelum dipadankan adalah 0,2735 dan setelah dipadankan adalah 0,1803. Hasil analisis selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.17 dibawah ini :

Tabel 5.17
Distribusi Rata-rata Penggunaan Kondom pada Pajanan Sebelum dan Setelah Pemadanan dengan Algoritma Nearest Neighbor

Variabel	Pemadanan	Tk.Keterpaparan Cukup (mean of matched treated)	Tk.Keterpaparan kurang (mean of matched control)	RD	T-Stat
Penggunaan Kondom	Sebelum	0,409836066	0,136363636	0,273472429	5,04
	Setelah	0,409836066	0,229508197	0,180327869	0,85

Pada analisis PSM dapat juga ditentukan nilai OR. Nilai *odds ratio (OR)* dihitung berdasarkan nilai *mean of matched treated* dan *mean of matched control* setelah pemadanan yang didapatkan dari hasil analisis pada tabel 5.17 diatas dengan penghitungan tabel 2x2. Berikut ini tabel 2x2 penghitungan nilai OR :

Tabel 5.18
Penghitungan nilai OR pada Analisis PSM dengan
Algoritma Nearest Neighbor

Tk.Keterpaparan	Penggunaan	Kondom
	Konsisten	Inkonsisten
Cukup	41	59
Kurang	23	77

Berdasarkan nilai-nilai pada tabel diatas, maka dapat dihitung nilai OR dengan rumus : $OR=ad/bc$. Dari penghitungan tersebut , maka diperoleh OR dari analisis PSM *Algoritma Nearest Neighbor* adalah 2,3 (95%CI=1,2-4,5), artinya pelanggan WPS yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS cukup memiliki peluang 2,3 kali untuk menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan dengan yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS kurang.

Dari hasil analisis juga didapatkan nilai T-stat sebesar 0,85. Kemudian dari nilai T-stat tersebut dicari nilai P dengan menggunakan tabel t dengan df (*degree of freedom*)= 1 (lihat lampiran 4). Nilai t = 0,85 berada pada sebelah kiri dari nilai tabel 3,078, berarti nilai $P > 0,05$. Jadi, dengan menggunakan alpha 5% dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS di Papua.

5.3.1.1.2 Pengujian Kualitas Pemadanan

Pengujian kualitas pemadanan dilakukan dengan melihat perubahan nilai bias sebelum dan sesudah dilakukan pemadanan pada setiap variabel yang dihubungkan dengan perilaku penggunaan kondom baik sebelum pemadanan maupun setelah pemadanan. Hasil selengkapnya dan penjelasan dapat dilihat pada tabel 5.19 dibawah ini :

Tabel 5.19
Pengujian Kualitas Pemadanan pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom sebelum dan sesudah dilakukan Pemadanan dengan algoritma *Nearest Neighbor* pada Model fit

Variabel	Rata-rata kondom sebelum dipadankan	Rata-rata kondom setelah dipadankan	Rata-rata non kondom sebelum dipadankan	Rata-rata non kondom setelah dipadankan	Bias sebelum dipadankan	Bias setelah dipadankan	Bias reduksi
Tk.Terpapar	0,43103	0,43103	0,14694	0,43373	65,6	-0,6	99,0
Tk.Pendidikan	0,5	0,5	0,22449	0,27711	59,5	48,1	19,1
Tk.Pengetahuan	0,44828	0,44828	0,16327	0,31325	64,6	30,6	52,6
Riwayat IMS	0,81034	0,81034	0,35918	0,43373	102,5	85,6	16,5

Dari tabel 5.19 diatas terlihat bahwa nilai rata-rata variabel tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS untuk perilaku penggunaan kondom konsisten memiliki nilai yang sama sebelum dan sesudah dipadankan yaitu 0,43103. Demikian juga pada variabel tingkat pendidikan (0,5), tingkat pengetahuan (0,44828) dan riwayat IMS (0,81034).

Sedangkan nilai rata-rata semua variabel untuk perilaku penggunaan kondom inkonsisten terdapat perbedaan antara sebelum pemadanan dengan setelah pemadanan. Pada variabel tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS sebelum dipadankan adalah 0,14694 dan setelah dipadankan berubah menjadi 0,43373. Demikian juga untuk variabel tingkat pendidikan, dari 0,22449 berubah menjadi 0,27711, variabel tingkat pengetahuan nilainya dari 0,16327 menjadi 0,31325 dan variabel riwayat IMS, dari 0,35918 berubah menjadi 0,3373.

Besarnya bias pada variabel kontrol/confounding sebelum dilakukan pemadanan terlihat lebih besar daripada setelah pemadanan pada semua variabel confounding. Hal ini tampak pada variabel tingkat pendidikan, dimana sebelum

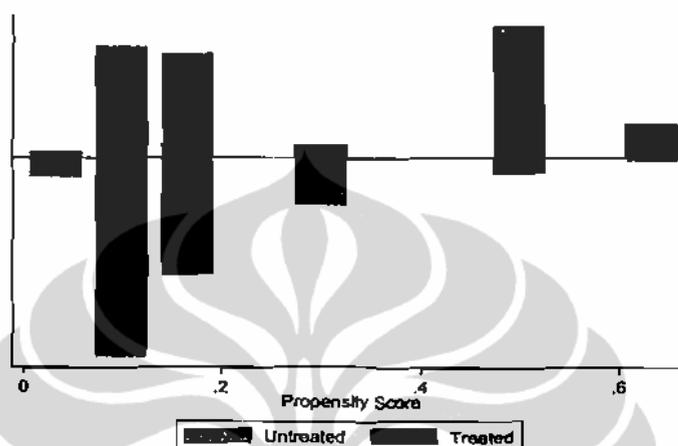
pemadanan biasanya sebesar 59,5% dan setelah pemadanan biasanya dapat dikurangi menjadi 48,1%. Pemadanan dapat mereduksi bias sebesar 19,1%. Demikian juga halnya untuk variabel tingkat pengetahuan besar biasanya berkurang dari 64,6% menjadi 30,6% dan besar reduksi bias dengan pemadanan adalah sebesar 52,6%. Hal yang sama juga didapatkan pada variabel riwayat IMS, yaitu besar bias sebelum dilakukan pemadanan sebesar 102,5%, setelah dilakukan pemadanan biasanya berkurang menjadi 85,6% dan besarnya bias yang dapat direduksi adalah sebesar 16,5%.

Dari hasil pemadanan dapat kita simpulkan bahwa tidak ada yang reduksi biasanya meningkat antara sebelum pemadanan dibandingkan dengan setelah pemadanan dan reduksi biasanya pun cukup besar. Ini berarti kualitas pemadannya cukup baik.

5.3.1.1.3. Grafik *Overlap and Common Support*

Untuk memperkuat interpretasi, dapat digunakan cara lain untuk menilai apakah *matching* pada PSM telah berhasil memadankan dengan baik, yaitu dengan grafik *overlap and common support*. Dengan grafik ini dapat membandingkan antara kelompok pajan dan non pajan. Semakin banyak responden yang dapat dipadankan, maka semakin baik hasil pemadanan.

Grafik 5.1
Grafik Overlap and Common Support pada Penelitian Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom pada Pelanggan WPS di Papua dengan algoritma Nearest Neighbor



Berdasarkan grafik 5.1 diatas terlihat bahwa adanya padanan antara semua treated dengan untreated, semua responden dapat dipadankan semua dengan baik, sehingga hasil PSM dianggap cukup baik, karena tidak ada subjek yang off support/tidak terpadankan dan distribusi overlap antara pajanan dan non pajanan nampak cukup berimbang.

5.3.1.2. Caliper

Langkah analisisnya sama seperti pada algoritma *Nearest Neighbor*, bedanya pada algoritma caliper menggunakan nilai propensity yang terdekat dan ada batasnya. Batas nilai caliper yang digunakan tergantung dari nilai *propensity score (PS)* yang didapatkan dari hasil estimasi analisis PSM. Apabila range nilainya terlalu lebar, maka besar nilai calipernya dibesarkan(0,1). Tetapi jika range PS nilainya kecil, maka besar nilai calipernya juga diperkecil (0,01). Batas range PS dikatakan lebar jika lebih besar dari 0,4 (Ariawan, 2007).

Pada penelitian ini didapatkan rata-rata propensity score adalah sebesar 0,2013201 dengan nilai minimumnya adalah 0,0460058 dan maksimumnya adalah 0,7165869. Jadi besar rangenya adalah 0,67. Berdasarkan nilai range ini, maka besar caliper yang digunakan untuk penelitian ini adalah 0,1.

Pemodelan *propensity score matching* pada algoritma caliper sama dengan algoritma nearest neighbor. Pada tahap pemodelan awal akan dimasukkan semua variabel *confounding* ke dalam analisis dan dinilai reduksi biasnya. Apabila ada variabel kontrol/*confounding* yang besar biasnya setelah dipadankan lebih besar daripada sebelum dipadankan, maka variabel tersebut lebih baik dikeluarkan untuk analisis selanjutnya sampai didapatkan model fit.

Pada tabel 5.20 berikut ini dapat dilihat hasil perbandingan distribusi variabel kontrol/*confounding* pada hubungan tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS di Papua sebelum dan sesudah dilakukan pepadanan dengan algoritma *Caliper*(0,1).

Tabel 5.20
Distribusi Variabel Kontrol pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom sebelum dan sesudah dilakukan Pepadanan dengan algoritma Caliper

Variabel	Rata-rata sebelum dipadankan	Rata-rata setelah dipadankan	Bias sebelum dipadankan	Bias setelah dipadankan	Bias reduksi
Umur	0,46552	0,46552	6,6	27,9	-324,3
Tk.Pendidikan	0,5	0,5	59,5	25,8	56,6
St.Perkawinan	0,7069	0,7069	12,4	23,3	-88,3
Tk.Pengetahuan	0,44828	0,44828	64,6	15,4	76,2
Riwayat IMS	0,81034	0,81034	102,5	73,0	28,8

Dari tabel 5.20 diatas terlihat bahwa rata-rata variabel umur memiliki nilai yang sama sebelum dan sesudah dipadankan yaitu 0,46552. Demikian juga pada variabel tingkat pendidikan (0,5), status perkawinan (0,7069), tingkat pengetahuan (0,44828) dan riwayat IMS (0,81034).

Besarnya bias pada variabel kontrol/confounding sebelum dilakukan pemadanan terlihat lebih besar daripada setelah pemadanan. Hal ini tampak pada variabel tingkat pendidikan, dimana sebelum pemadanan biasanya sebesar 59,5% dan setelah pemadanan biasanya menjadi 25,8%. Pemadanan dapat mereduksi bias sebesar 56,6%. Demikian juga untuk variabel tingkat pengetahuan besar biasanya berkurang dari 64,6% menjadi 15,4%, dimana besarnya bias yang dapat direduksi dengan pemadanan adalah sebesar 76,2%. Demikian juga halnya pada variabel riwayat IMS, besar bias sebelum dilakukan pemadanan sebesar 102,5%, dan setelah dilakukan pemadanan biasanya berkurang menjadi 73,0%. Besarnya bias yang dapat direduksi dengan pemadanan adalah sebesar 28,8%.

Pada variabel umur didapatkan hasil sebaliknya, setelah dilakukan pemadanan besar biasanya lebih besar daripada sebelum pemadanan, yaitu dari 6,6% sebelum pemadanan meningkat menjadi 27,9% setelah pemadanan. Pemadanan hanya mereduksi bias sebesar -324,3%. Demikian juga halnya pada variabel status perkawinan, biasanya bertambah dari 12,4% menjadi 23,3% dan pemadanan hanya dapat mereduksi bias sebesar -88,3%.

Dengan berpedoman pada hasil analisis model awal diatas, maka untuk analisis selanjutnya variabel yang mempunyai nilai reduksi biasanya paling kecil diantara dua variabel (umur dan status perkawinan) dikeluarkan dari analisis. Berikut hasil analisis setelah variabel umur dikeluarkan:

Tabel 5.21
Distribusi Variabel Kontrol tanpa variabel Umur pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom sebelum dan sesudah dilakukan Pemadanan dengan algoritma Caliper

Variabel	Rata-rata sebelum dipadankan	Rata-rata setelah dipadankan	Bias sebelum dipadankan	Bias setelah dipadankan	Bias reduksi
Tk.Pendidikan	0,5	0,5	59,5	48,1	19,1
St.Perkawinan	0,7069	0,7069	12,4	14,6	-18,0
Tk.Pengetahuan	0,44828	0,44828	64,6	30,6	52,6
Riwayat IMS	0,81034	0,81034	102,5	85,6	16,5

Setelah variabel umur dikeluarkan, dari tabel 5.21 diatas terlihat bahwa rata-rata variabel tingkat pendidikan memiliki nilai yang sama sebelum dan sesudah dipadankan yaitu 0,5. Demikian juga pada variabel status perkawinan (0,7069), tingkat pengetahuan (0,44828) dan riwayat IMS (0,81034).

Besarnya bias pada variabel kontrol/confounding sebelum dilakukan pemadanan terlihat lebih besar daripada setelah pemadanan. Hal ini tampak pada variabel tingkat pendidikan, dimana sebelum pemadanan biasanya sebesar 59,5% dan setelah pemadanan biasanya dapat dikurangi menjadi 33,7%. Pemadanan dapat mereduksi bias sebesar 43,4%. Demikian juga untuk variabel tingkat pengetahuan besar biasanya berkurang dari 64,6% menjadi 30,6% dan besar reduksi biasanya adalah sebesar 78,5%. Hal yang sama juga didapatkan pada variabel riwayat IMS, dimana besar biasanya sebelum pemadanan sebesar 96,2% berkurang menjadi 69,2% setelah pemadanan. Besarnya bias yang dapat direduksi dengan pemadanan adalah sebesar 28,1%.

Sedangkan pada variabel status perkawinan didapatkan hasil sebaliknya, dimana setelah dilakukan pemadanan besar bias menjadi lebih besar daripada sebelum pemadanan, yaitu dari 12,4% sebelum pemadanan meningkat menjadi 14,6% setelah pemadanan. Pemadanan hanya dapat mereduksi bias sebesar -18%.

Berdasarkan hasil analisis diatas, maka variabel status perkawinan harus dikeluarkan pada analisis selanjutnya. Hasil analisis setelah variabel status perkawinan dikeluarkan dapat dilihat pada tabel 5.22 berikut ini :

Tabel 5.22
Distribusi Variabel Kontrol tanpa Variabel Status Perkawinan pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom sebelum dan sesudah dilakukan Pemadanan dengan Algoritma Caliper

Variabel	Rata-rata sebelum dipadankan	Rata-rata setelah dipadankan	Bias sebelum dipadankan	Bias setelah dipadankan	Bias reduksi
Tk.Pendidikan	0,5	0,5	59,5	48,1	19,1
Tk.Pengetahuan	0,44828	0,44828	64,6	30,6	52,6
Riwayat IMS	0,81034	0,81034	102,5	85,6	16,5

Setelah variabel status perkawinan dikeluarkan, dari tabel 5.22 diatas terlihat bahwa rata-rata variabel tingkat pendidikan memiliki nilai yang sama sebelum dan sesudah dipadankan yaitu 0,5. Demikian juga pada variabel tingkat pengetahuan (0,44828) dan riwayat IMS (0,81034).

Besarnya bias pada variabel kontrol/konfounding sebelum dilakukan pemadanan terlihat lebih besar daripada setelah pemadanan pada semua variabel confounding. Hal ini tampak pada variabel tingkat pendidikan, dimana sebelum

pemadanan biasanya sebesar 59,5% dan setelah pemadanan biasanya dapat dikurangi menjadi 48,1%. Pemadanan dapat mereduksi bias sebesar 19,1%.

Demikian juga halnya pada variabel tingkat pengetahuan besar bias sebelum dilakukan pemadanan sebesar 64,6%, setelah dilakukan pemadanan biasanya berkurang menjadi 30,6%. Besarnya bias yang dapat direduksi dengan pemadanan adalah sebesar 52,6%. Hasil yang sama juga ditemui pada variabel riwayat IMS, besar biasanya berkurang dari 102,5 menjadi 85,6% dan besarnya bias yang dapat direduksi dengan pemadanan adalah sebesar 16,5%.

Berdasarkan hasil analisis diatas tidak ada lagi variabel yang perlu dikeluarkan, sehingga bentuk akhir ini dapat dikatakan sebagai model akhir pada algoritma nearest neighbor penelitian ini. Langkah selanjutnya adalah melakukan pemodelan lengkap dengan variabel independen utama dan variabel *confounding* yang sudah terseleksi, yaitu variabel tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan dan riwayat IMS dan melakukan interpretasi hasil analisis.

5.3.1.2.1. Estimasi *Propensity Score*

Dari hasil analisis dapat ditentukan persamaan estimasi *propensity score*, yaitu :

$$\text{Logit}(ikpapar) = -2,160104 - 0,6437583 \text{ pnddk} + 2,084076 \text{ iktpeng} + 0,7406905 \text{ ims}$$

Nilai logit diatas bukan untuk memprediksikan peluang tingkat keterpaparan informasi seperti pada regresi logistik ganda, tetapi persamaan diatas menggambarkan bagaimana nilai PS dibentuk pada analisis PSM yang digunakan untuk pemadanan. Nilai *Propensity Score* yang dihasilkan dari persamaan tersebut

dapat ditemukan pada hasil analisis dengan nama variabel baru yang dibentuk, yaitu *_pscore* (lihat lampiran 3).

Dari hasil analisis PSM juga didapatkan selisih nilai probabilitas perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS cukup dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS kurang. Nilai selisih kedua probabilitas tersebut disebut dengan *risk difference (RD)*.

Risk difference perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS cukup dengan tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS kurang sebelum dipadankan adalah 0,2735 dan setelah dipadankan adalah 0,1803. Hasil analisis selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.17 dibawah ini :

Tabel 5.23
Distribusi Rata-rata Penggunaan Kondom pada Pajanan Sebelum dan Setelah Pemadanan dengan Algoritma Caliper

Variabel	Pemadanan	Tk.Keterpaparan Cukup (mean of matched treated)	Tk.Keterpaparan kurang (mean of matched control)	RD	T-Stat
Penggunaan Kondom	Sebelum	0,409836066	0,136363636	0,273472429	5,04
	Setelah	0,409836066	0,229508197	0,180327869	0,85

Pada analisis PSM dapat juga ditentukan nilai OR. Nilai *odds ratio (OR)* dihitung berdasarkan nilai *mean of matched treated* dan *mean of matched control* setelah pemadanan yang didapatkan dari hasil analisis pada tabel 5.23 diatas dengan penghitungan tabel 2x2. Berikut ini tabel 2x2 penghitungan nilai OR :

Tabel 5.24
Penghitungan nilai OR pada Analisis PSM dengan
Algoritma Caliper

Tk.Keterpaparan	Penggunaan	Kondom
	Konsisten	Inkonsisten
Cukup	41	59
Kurang	23	77

Berdasarkan nilai-nilai pada tabel diatas, maka dapat dihitung nilai OR dengan rumus : $OR=ad/bc$. Dari penghitungan tersebut , maka diperoleh OR dari analisis PSM *Algoritma Nearest Neighbor* adalah 2,3 (95%CI=1,2-4,5), artinya pelanggan WPS yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS cukup memiliki peluang 2,3 kali untuk menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan dengan yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS kurang.

Dari hasil analisis juga didapatkan nilai T-stat sebesar 0,85. Kemudian dari nilai T-stat tersebut dicari nilai P dengan menggunakan tabel t dengan df (*degree of freedom*)= 1 (lihat lampiran 4). Nilai $t = 0,85$ berada pada sebelah kiri dari nilai tabel 3,078, berarti nilai $P > 0,05$. Jadi, dengan menggunakan alpha 5% dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS di Papua.

5.3.1.2.2 Pengujian Kualitas Pemadanan

Pengujian kualitas pemadanan dilakukan dengan melihat perubahan nilai bias sebelum dan sesudah dilakukan pemadanan pada setiap variabel. Pada hasil analisis akan terlihat perubahan bias pada setiap variabel yang dihubungkan dengan perilaku penggunaan kondom baik sebelum pemadanan maupun setelah

pemadanan. Hasil selengkapnya dan penjelasan dapat dilihat pada tabel 5.25 dibawah ini :

Tabel 5.25
Pengujian Kualitas Pemadanan pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom sebelum dan sesudah dilakukan Pemadanan dengan algoritma Caliper pada Model fit

Variabel	Rata-rata kondom sebelum dipadankan	Rata-rata kondom setelah dipadankan	Rata-rata non kondom sebelum dipadankan	Rata-rata non kondom setelah dipadankan	Bias sebelum dipadankan	Bias setelah dipadankan	Bias reduksi
Tk.Terpapar	0,43103	0,43103	0,14694	0,43373	65,6	-0,6	99,0
Tk.Pendidikan	0,5	0,5	0,22449	0,27711	59,5	48,1	19,1
Tk.Pengetahuan	0,44828	0,44828	0,16327	0,31325	64,6	30,6	52,6
Riwayat IMS	0,81034	0,81034	0,35918	0,43373	102,5	85,6	16,5

Dari tabel 5.25 diatas terlihat bahwa nilai rata-rata variabel tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS untuk perilaku penggunaan kondom konsisten memiliki nilai yang sama sebelum dan sesudah dipadankan yaitu 0,43103. Demikian juga pada variabel tingkat pendidikan (0,5), tingkat pengetahuan (0,44828) dan riwayat IMS (0,81034).

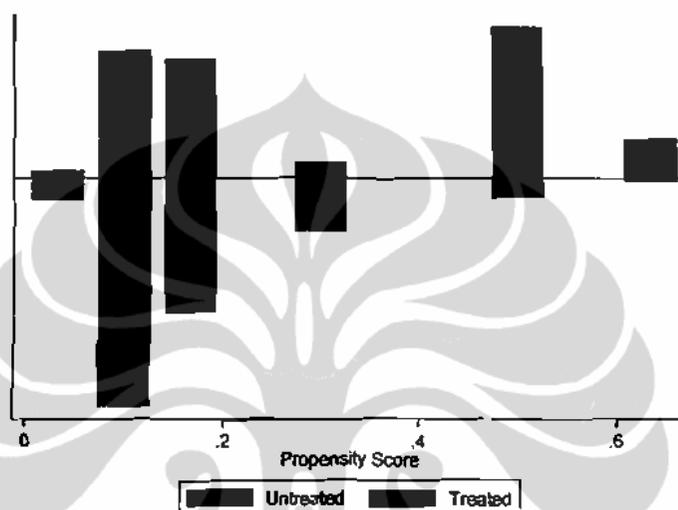
Sedangkan nilai rata-rata semua variabel untuk perilaku penggunaan kondom inkonsisten terdapat perbedaan antara sebelum pemadanan dengan setelah pemadanan. Pada variabel tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS sebelum dipadankan adalah 0,14694 dan setelah dipadankan berubah menjadi 0,43373. Demikian juga untuk variabel tingkat pendidikan, dari 0,22449 berubah menjadi 0,27711, variabel tingkat pengetahuan nilainya dari 0,16327 menjadi 0,31325 dan variabel riwayat IMS, dari 0,35918 berubah menjadi 0,43373.

Besarnya bias pada variabel kontrol/confounding sebelum dilakukan pemadanan terlihat lebih besar daripada setelah pemadanan pada semua variabel confounding. Hal ini tampak pada variabel tingkat pendidikan, dimana sebelum pemadanan biasanya sebesar 59,5% dan setelah pemadanan biasanya dapat dikurangi menjadi 48,1%. Pemadanan dapat mereduksi bias sebesar 19,1%. Demikian juga halnya untuk variabel tingkat pengetahuan besar biasanya berkurang dari 64,6% menjadi 30,6% dan besar reduksi bias dengan pemadanan adalah sebesar 52,6%. Hal yang sama juga didapatkan pada variabel riwayat IMS, yaitu besar bias sebelum dilakukan pemadanan sebesar 102,5%, setelah dilakukan pemadanan biasanya berkurang menjadi 85,6% dan besarnya bias yang dapat direduksi adalah sebesar 16,5%. Dari hasil pemadanan dapat kita simpulkan bahwa tidak ada yang reduksi biasanya meningkat antara sebelum pemadanan dibandingkan dengan setelah pemadanan dan reduksi biasanya pun cukup besar. Ini berarti kualitas pemadanan cukup baik.

5.3.1.2.3. Grafik Overlap and Common Support

Untuk memperkuat interpretasi, adapun cara lain yang dapat digunakan untuk menilai apakah *matching* pada PSM telah berhasil memadankan dengan baik, yaitu dengan grafik *overlap and common support*. Dengan grafik ini dapat membandingkan antara kelompok pajan dan non pajan. Semakin banyak responden yang dapat dipadankan, maka semakin baik hasil pemadanan.

Grafik 5.2
Grafik Overlap and Common Support pada Penelitian Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom pada Pelanggan WPS di Papua dengan algoritma Caliper



Berdasarkan grafik 5.2 diatas terlihat bahwa adanya padanan antara semua treated dengan untreated, semua responden dapat dipadankan semua dengan baik, sehingga hasil PSM dianggap cukup baik, karena tidak ada subjek yang off support/tidak terpadankan dan distribusi overlap antara pajanan dan non pajanan nampak cukup berimbang.

5.3.2. Kesimpulan Hasil *Propensity Score Matching* Secara Keseluruhan

1. Persamaan logit atau fungsi probabilitasnya sama antara algoritma *Nearest Neighbor* dengan *Caliper*, yaitu : $\text{Logit}(\text{tkpapar}) = -2,160104 - 0,6437583 \text{ pnddk} + 2,084076 \text{ tktpeng} + 0,7406905 \text{ ims}$.
2. Pada analisis PSM dapat juga ditentukan nilai OR , nilai *odds ratio (OR)* dihitung berdasarkan nilai *mean of matched treated* dan *mean of matched*

control setelah pemadanan yang didapatkan dari hasil analisis dengan penghitungan tabel 2x2. Nilai OR yang didapatkan pada kedua algoritma (*nearest neighbor* dan *caliper*), adalah 2,3 (95%CI=1,2-4,5), artinya pelanggan WPS yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS cukup memiliki peluang 2,3 kali untuk menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan dengan yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS kurang.

3. Dengan pemilihan algoritma *Nearest neighbor* dan *Caliper* sama-sama menghasilkan hasil T-stat 0,85 ($p > 0,05$), artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS di Papua.
4. Pada pengujian *overlap and common support* didapatkan bahwa adanya padanan antara semua *treated* dengan *untreated*, semua responden dapat dipadankan semua dengan baik tidak ada subjek yang *off support*, sehingga hasil PSM dianggap cukup baik. Hal ini terjadi pada kedua algoritma baik *nearest neighbor* maupun *caliper*.
5. Pada pengujian kualitas pemadanan baik dengan *nearest neighbor* maupun *caliper* didapatkan bahwa bias yang paling banyak direduksi pada variabel *confounding* adalah pada variabel tingkat pengetahuan (52,6%).

BAB 6

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis penelitian yang telah disajikan dan dijelaskan pada bab terdahulu, maka pada bagian pembahasan ini akan menguraikan dan membahas hasil uji statistik semua variabel yang diteliti.

6.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang pada tujuan awalnya bukan untuk melihat pengaruh pajanan tingkat keterpaparan informasi terhadap perilaku penggunaan kondom dan penelitian hanya terbatas pada variabel yang tersedia pada data sekunder SSP HIV/AIDS di Papua, sebenarnya masih banyak variabel lain yang mempengaruhi perilaku yang tidak diteliti dan peneliti tidak punya kontrol terhadap jumlah dan jenis variabel yang dikumpulkan serta kualitas datanya.

Peneliti juga menyadari bahwa kemampuan peneliti yang masih minimal dalam menelaah sumber pustaka, keterbatasan literatur dan pengoperasian software statistik untuk pengolahan data dan penelitian ini hanya mengkaji analisis PSM dengan algoritma Nearest Neighbor dan Caliper saja. Diharapkan adanya penelitian lanjutan yang menggunakan algoritma lainnya.

6.2. Perilaku Penggunaan Kondom

Pada penelitian ini didapatkan secara keseluruhan persentase penggunaan kondom pada pelanggan WPS secara konsisten masih sangat rendah, yaitu 19,14%. Beberapa studi atau penelitian juga melaporkan penggunaan kondom yang masih rendah pada kelompok resiko tinggi.

Dari data SSP 2004-2005, terlihat secara umum pada kelompok pria pelanggan WPS perilaku yang selalu menggunakan kondom saat melakukan hubungan seks dengan WPS masih rendah hanya berkisar antara 3-11 persen. Survei yang dilakukan DKT di Jakarta tahun 1998 menemukan bahwa pemakaian kondom pada kelompok pria berisiko yang mengatakan selalu memakai kondom 9,4%, sering 34,3% dan kadang-kadang 56,3% (Habasiah, 2001). Studi Utomo et.al (1999) juga memperlihatkan bahwa pelaut/pekerja pelabuhan di Jakarta, Manado dan Surabaya yang selalu menggunakan kondom berkisar antara 4-11 persen. Supriyanti (1999) dalam Herlina(2001) mengemukakan hanya rata-rata 6,1 persen pelaut/ABK yang selalu menggunakan kondom di Bali, Kupang dan Ujung Pandang.

Hasil penelitian Widyastuti (2007) juga menunjukkan bahwa wanita penjaja seks jalanan di Jakarta Timur yang selalu menggunakan kondom selama seminggu terakhir sebanyak 27%. Hal yang sama juga didapatkan pada hasil penelitian Kalsum(2000) hanya 12,1% pelanggan WPS di Jakarta dan Riau yang selalu menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan WPS. Soelistijani(2003) melaporkan WPS di Bali yang selalu menggunakan kondom pada seks komersil hanya 12,8%. Dachlia (2000) menemukan 41,6% pelaut/TKBM di Jakarta, Manado dan Surabaya berperilaku seksual berisiko

tidak menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan WPS, dan Siahaan (2003) mendapatkan 40,7% pria pekerja perusahaan di Batam berperilaku seksual berisiko.

Beberapa hasil SSP HIV/AIDS 2002/2003 juga melaporkan rendahnya penggunaan kondom konsisten pada responden pria saat berhubungan seks dengan WPS setahun terakhir antara lain hasil SSP di Bali (19,7%), Jawa Barat (15%), Jawa Tengah (19,5%), dan Sumatera Selatan (5%)

Menurut Kresno (2001) ada beberapa sebab rendahnya perilaku penggunaan kondom pada kelompok resiko antara lain rasa tidak nyaman menggunakan kondom, tidak tersedianya kondom di tempat lokalisasi, tidak adanya informasi yang memadai tentang IMS dan kondom di tempat lokalisasi, lemahnya kemampuan WPS dalam melakukan negosiasi dengan pelanggan.

Berdasarkan hasil SSP 2002/2003 juga melaporkan sebagian besar alasan responden pria tidak menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan WPS adalah karena merasa kurang enak, antara lain hasil SSP di Bali (63,5%), Jawa Barat (37%), Jawa Tengah (65%), dan Sumatera Selatan (42%).

Disamping itu, pendidikan tinggi ternyata belumlah menjadi jaminan kesadaran akan bahaya HIV/AIDS tinggi. Hal ini dapat dimaklumi karena di Indonesia umumnya, pendidikan /sekolah formal bukanlah tempat untuk mempelajari fenomena HIV/AIDS secara khusus dan mendalam, sehingga pengetahuan tentang HIV/AIDS justru banyak didapat masyarakat diluar sekolah, seperti buku, media massa dan sumber informasi lainnya (Usman & Apriyanthi, 2005).

Informasi tentang HIV/AIDS yang didengungkan berbagai pihak, baik lembaga internasional, pemerintah, maupun LSM, mungkin sudah tidak terhitung lagi, tetapi kesadaran masyarakat untuk ikut serta mencegah penyebaran penyakit itu masih rendah. Salah satu penyebabnya adalah terkait dengan kedalaman informasi yang disampaikan. Hibauan atau kampanye ternyata hanya membuat mereka sekedar mengetahui keberadaan HIV/AIDS. Tetapi mereka tetap tidak mengetahui apa dan bagaimana sesungguhnya HIV/AIDS.

Sejalan dengan itu Aulia (2002), mengemukakan promosi penggunaan kondom merupakan upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS, akan tetapi sering menghadapi kendala. Ada beberapa hambatan yang dapat diidentifikasi misalnya adanya keluhan subjektif pemakai seperti tidak enak, repot atau malu membeli. Juga karena citra kondom di masyarakat yang buruk akibat mitos, rumor dan sebagainya. Masyarakat sering mengasosiasikan kondom dengan sesuatu yang kotor, memalukan, terlarang, sex maniac, ketidakjujuran dan perilaku tidak bermoral. Kondom bahkan dituduh bisa mendorong peningkatan perilaku zina dan perilaku seksual berisiko lainnya. Norma sosial dan budaya bias gender juga mempengaruhi orang untuk tidak memakai kondom. Kekuasaan laki-laki yang menentukan penggunaan kondom atau tidak.

Mendorong penggunaan kondom harus disertai dengan upaya mengubah citra tentang kondom ini di masyarakat. Politikus, pejabat dan pemimpin-pemimpin agama diharapkan dapat berbicara tentang kondom dengan menarik dan bersahabat. Atau terlibat langsung dalam kegiatan pencegahan

dan penanggulangan HIV/AIDS. Media massa diminta ikut mengatasi norma negatif tentang kondom. Drama tradisional atau kesenian rakyat yang aktif dalam kegiatan descnsitisasi, melalui alur cerita dan banyolannya, akan membuat kondom tidak lagi dianggap sebagai barang yang menjijikkan, kotor dan sebagainya. Melalui pendekatan yang positif sering kali mengubah kesan menjadi lebih baik ketimbang melalui pendekatan menakut-nakuti (Karmaya, 2006).

Menganjurkan dan juga mewajibkan pelanggan WPS memakai kondom saat senggama tidaklah berarti kita merestui atau menyetujui perbuatan zina dan pelacuran. Dengan menganjurkan dan mewajibkan penggunaan kondom tidak berarti pula dapat mengurangi perzinaan dan pelacuran. Hal ini hanya menunjukkan bahwa kita mengetahui, mengakui dan tidak menutup mata terhadap fakta bahwa pada kenyataannya zina dengan selingkuhan atau dengan pekerja seks itu memang benar-benar ada dan sering terjadi. Menganjurkan dan mewajibkan penggunaan kondom merupakan upaya yang urgen untuk menanggulangi akibat buruk perilaku berisiko itu yaitu berupa penyebaran IMS dan HIV/AIDS. Melalui kegiatan ini tidak berarti kita tidak melakukan upaya peneegahan lain seperti pendidikan baik lewat jalur sekolah, keluarga, pendidikan agama dan lain-lainnya (Beni, 2005).

Peneegahan melalui pemakaian kondom merupakan pelengkap dan disepadankan dengan upaya-upaya pendidikan atau penyuluhan yang biasanya membutuhkan waktu lama sebelum terasa khasiatnya. Pendidikan dan penyuluhan kesehatan reproduksi yang berkaitan dengan kondom diarahkan pada peningkatan pengetahuan dan mempertahankan perilaku

sehatnya. Kepada anak-anak muda dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seks atau tidak mengadakan hubungan seks lebih awal dari semestinya, bahkan mereka harus menunda sampai tiba saatnya (Karmaya, 2006).

Bagi mereka yang sudah melakukan hubungan seks sebelum atau di luar pernikahan dianjurkan untuk mengubah perilaku, mengendalikan aktivitas seksual, mengurangi jumlah partner dan atau menggunakan kondom secara benar, konsisten dan bertanggung jawab dalam setiap hubungan seksualnya. Namun sekali lagi, harapan ideal untuk mewujudkan masyarakat bebas perselingkuhan dan bebas pelacuran membutuhkan waktu sangat lama. Sementara itu, HIV/AIDS menyebar dengan sangat kencangnya. Oleh karena itu pula, promosi mengubah citra kondom harus dilakukan sesegera mungkin dengan lebih gencar sehingga tingkat penerimaan masyarakat dan jumlah pemakaian menjadi lebih besar. Ini semua untuk dapat menghilangkan gap atau krisis penggunaan kondom, sehingga orang yang terlindungi menjadi lebih banyak dan gelombang epidemi HIV/AIDS dapat dihindari (Karmaya, 2005).

Perubahan perilaku memang tidak seketika (instant), karena melibatkan banyak pihak. Penyebaran informasi yang intensif mempunyai peran strategis dalam mencegah atau menanggulangi penyebaran HIV/AIDS. Oleh karena itu sekecil apapun peluang harus dimanfaatkan untuk menyebarkan informasi tentang HIV/AIDS oleh siapa pun, dari birokrat, pemuka agama, tokoh adat/masyarakat, LSM, guru, sampai orang tua (Usman & Apriyanthi, 2005).

6.3. Hubungan Karakteristik Sosial Pelanggan WPS dengan Perilaku Penggunaaau Kondom

6.3.1. Hubungan Umur dengan Perilaku Penggunaan Kondom.

Umur merupakan salah satu faktor sosial yang penting dalam mempelajari masalah kesehatan dan sosial karena umur ternyata berkaitan dengan perilaku kebiasaan seseorang, termasuk perilaku hubungan seksual.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa sebagian besar responden mempunyai umur ≤ 30 tahun (56,11%), dan sebagian lainnya > 30 tahun (43,89%). Pola umur seperti ini hampir sama dengan responden pada penelitian Soelistijani (2003), Herlina (2001), Kalsum (2000), dan Dachlia (2000).

Responden yang berumur > 30 tahun lebih banyak yang menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan yang berumur ≤ 30 tahun. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $P = 0,650$ dan $OR = 1,14$, artinya tidak adanya hubungan yang bermakna antara umur responden dengan perilaku penggunaan kondom, tanpa dikontrol variabel lain. Hasil tersebut sejalan dengan hasil penelitian Iskandar (2001) di Jakarta dan Surabaya, hasil penelitian Soelistijani (2003) di Bali yang sama-sama menggunakan data BSS tahun 2000 dan juga hasil penelitian Kalsum (2000) di Jakarta dan Riau.

Tidak dijumpainya hubungan antara umur dengan perilaku penggunaan kondom, juga didapatkan dari hasil penelitian Kalsum (2000) di Jakarta dan Riau serta hasil penelitian Widyastuti (2007) di Jakarta Timur.

Meskipun begitu jika dilihat dari nilai OR , kelompok umur > 30 tahun cenderung menggunakan kondom secara konsisten 1,14 kali dibandingkan

dengan kelompok umur ≤ 30 tahun. Hasil tersebut sesuai dengan penjelasan Astawa (1985) bahwa semakin bertambah umur seseorang semakin matang mengambil sikap dalam berperilaku baik termasuk perilaku seksual (Habasiah, 2000).

Namun sebaliknya, hasil penelitian ini menunjukkan perbedaan dengan hasil penelitian Dachlia (2000), Habasiah (2000) dan Herlina (2001) yang memperlihatkan bahwa umur berhubungan secara signifikan dengan perilaku penggunaan kondom.

Pada analisis PSM, variabel umur responden tidak dapat direduksi biasanya baik dengan algoritma nearest neighbor maupun dengan caliper, bahkan sebaliknya biasanya semakin meningkat setelah dilakukan pepadanan. Hal ini menyebabkan variabel umur harus dikeluarkan dari analisis/model.

6.3.2. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Perilaku Penggunaan Kondom

Dalam analisis sosial-ekonomi-demografi, pendidikan merupakan faktor yang paling sering dianalisis, karena dapat menjadi pendekatan berbagai macam hal seperti pola pikir, kepandaian, luasnya pengetahuan dan kemajuan berpikir.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang berpendidikan rendah lebih banyak (72,28%) dibandingkan yang berpendidikan tinggi (27,72%). Responden yang berpendidikan tinggi lebih banyak (34,52%) yang menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan yang berpendidikan rendah (13,24%). Dari hasil penelitian juga terlihat bahwa responden yang berpendidikan rendah banyak yang tidak konsisten menggunakan kondom saat

berhubungan seks dengan WPS. Hal ini menggambarkan responden berpendidikan rendah lebih berisiko untuk tertular HIV/AIDS dibandingkan yang berpendidikan tinggi. Kenyataan ini sesuai dengan Supari (2007) yang menyatakan bahwa salah satu faktor pemicu tingginya penyebaran HIV/AIDS di Papua adalah karena banyaknya penduduk yang tingkat pendidikannya rendah. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi diharapkan mempunyai kemampuan yang lebih baik dalam menerima informasi/pesan kesehatan, sehingga diharapkan ia lebih dapat memiliki pengetahuan yang lebih baik dan berperilaku seks aman terhindar dari HIV/AIDS.

Hasil uji statistik menunjukkan nilai $P = 0,0001$ dan $OR = 3,45$, artinya ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku penggunaan kondom dan responden yang berpendidikan tinggi cenderung 3,45 kali menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan dengan yang tingkat pendidikan rendah, tanpa dikontrol variabel lain.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian Iskandar (2001) di Jakarta dan Surabaya, Dachlia (2000) di Jakarta Utara, dan hasil penelitian Siahaan (2003) di Batam. Hasil ini mendukung pendapat Astawa (1985) yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin menerima perilaku yang positif, dalam hal penggunaan kondom secara konsisten (Habasiah, 2000). Sependapat dengan Astawa, Azwar (1999), juga menjelaskan bahwa pendidikan merupakan suatu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dan pendidikan dapat mendewasakan seseorang serta berperilaku baik, sehingga dapat memilih dan membuat keputusan dengan lebih tepat. Demikian juga UNAIDS&WHO (2007) dalam *Report on the*

global HIV/AIDS epidemic mengungkapkan bahwa umumnya orang berpendidikan tinggi mempunyai perilaku sehat dan produktifitas hidup lebih tinggi.

Hasil yang berbeda dilaporkan pada hasil penelitian Kalsum (2000), Soelistijani (2003), Mulyati (2001), Habasiah (2000) dan Widyastuti (2007), yaitu faktor pendidikan tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku penggunaan kondom.

Pada analisis PSM, variabel tingkat pendidikan masuk ke dalam model fit. Hasil analisis PSM pada model fit, bias variabel tingkat pendidikan dapat dikurangi dari 59,5% menjadi 48,1% dan biasanya dapat direduksi sebesar 19,1% dengan algoritma nearest neighbor maupun dengan caliper.

6.3.3. Hubungan Status Perkawinan dengan Perilaku Penggunaan Kondom

Sebagian besar responden dalam penelitian ini mempunyai status kawin/ pernah kawin (66,01%), dan sebagian yang lainnya berstatus belum kawin (33,99%). Responden yang berstatus kawin/ pernah kawin lebih banyak (20,50%) yang menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan yang berstatus belum kawin (16,50%). Hasil ini berbeda dengan pendapat Mbizvo et.al (1994), menyebutkan status perkawinan berperan dalam membentuk perilaku seksual seseorang. Studi di Zimbabwe memperlihatkan bahwa kebiasaan penggunaan kondom lebih sering dilakukan kelompok laki-laki muda, lebih berpendidikan dan berstatus belum kawin (Herlina ,2001).

Dari hasil penelitian ini juga terlihat bahwa yang paling banyak melakukan hubungan seks dengan WPS adalah responden yang berstatus

kawin/pernah kawin. Ini tentunya akan memungkinkan untuk memperluas penularan virus ke istri atau pasangan tetapnya dan anak/bayinya. Keluarga akan segera memperoleh dampak yang sangat serius dari HIV/AIDS ini.

Menurut survei yang dilakukan Badan Pusat Statistik dan Departemen Kesehatan tahun 2006 jumlah pekerja seks komersial di tanah air mencapai 190.000-270.000 orang dengan 7-10 juta pelanggannya. Lebih dari 50% lelaki pelanggan tersebut ternyata mempunyai pasangan tetap atau berstatus kawin (ASA-INSIST, 2003). Hasil survei surveillance perilaku (SSP) 2004-2005 juga menunjukkan kelompok pria beristri yang suka membeli seks meningkat tajam, untuk sopir/kernet meningkat dari 38% pada tahun 2002/2003 menjadi 60% pada tahun 2004/2005, dan pelaut/ABK meningkat 39% menjadi 55%, TKEM 47% menjadi 37%.

Beni (2004b) mengungkapkan bahwa banyak kajian empiris yang telah mendokumentasikan berbagai dampak bahwa keluarga-keluarga yang salah satu anggotanya terinfeksi HIV/AIDS akan jatuh miskin. Dengan mempertimbangkan dampak-dampak serius tersebut maka keluarga seharusnya menjadi lembaga yang diprioritaskan untuk dijadikan sasaran program pencegahan HIV/AIDS.

Walaupun pada penelitian ini memperlihatkan bahwa perilaku penggunaan kondom secara konsisten lebih tinggi pada responden yang berstatus kawin/pekerja kawin dibandingkan yang belum kawin, tetapi hasil uji statistik menunjukkan nilai $P = 0,403$ dan $OR = 1,3$. Ini berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan perilaku penggunaan kondom, tanpa dikontrol variabel lain. Hasil penelitian tersebut

sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kalsum (2000), Herlina (2001), dan Iskandar (2001).

Namun hasil yang berbeda didapatkan pada hasil penelitian Dachlia (2000) di Jakarta, Manado dan Surabaya yang menggunakan data BSS 1999, yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna status perkawinan dengan perilaku seksual berisiko dan hasil penelitian Siahaan (2003) di Batam. Demikian juga studi Havanon (1993) menyebutkan responden dengan status belum kawin lebih banyak terlibat dalam hubungan seksual dengan penjaja seks komersil dibandingkan kelompok yang sudah kawin.

Pada analisis PSM, variabel status perkawinan tidak dapat direduksi biasanya baik dengan algoritma nearest neighbor maupun dengan caliper, bahkan sebaliknya biasanya semakin meningkat setelah dilakukan pepadanan. Hal ini menyebabkan variabel status perkawinan harus dikeluarkan dari analisis/model, sama halnya dengan variabel umur.

6.4. Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Penggunaan Kondom

Pengetahuan responden tentang HIV/AIDS pada penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan cukup/baik tentang HIV/AIDS sangat sedikit (21,78%) dibandingkan dengan tingkat pengetahuan rendah (78,22%). Walaupun demikian responden yang berpengetahuan cukup/baik lebih banyak (39,39%) yang menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan yang berpengetahuan rendah (13,50%).

Disamping pendidikan yang rendah, seperti yang diungkapkan Supari, di sisi lain tingkat pengetahuan yang rendah juga dapat menjadi penyebab

tingginya penyebaran HIV/AIDS. Hal ini diungkapkan oleh Nafsiah Mboi (2007), yang menilai tingginya penyebaran dan jumlah pengidap HIV/AIDS di Papua adalah karena secara umum tingkat pengetahuan penduduk mengenai HIV/AIDS masih rendah, yakni sebanyak 48% penduduk belum pernah mendengar tentang HIV dan AIDS, hanya 20% yang mengetahui tentang informasi HIV/ AIDS secara benar. Sementara sebanyak 20% pada tingkat pendidikan universitas menerima pemahaman yang salah mengenai HIV/AIDS.

Beberapa hasil SSP 2002/2003 juga melaporkan minimnya pengetahuan yang benar tentang HIV/AIDS pada responden pria. SSP 2002/2003 di Bali melaporkan persentase responden pria yang mempunyai pengetahuan benar tentang HIV/AIDS adalah 34,5%, di Jawa Barat 12%, Jawa Tengah 37%, Jawa Timur 41%, Sulawesi Utara 38% dan Sumatera Selatan 16%.

Hasil uji statistik penelitian ini menunjukkan nilai $P = 0,000$ dan $OR = 4,16$ artinya ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan perilaku penggunaan kondom dan responden yang mempunyai pengetahuan eukup/baik cenderung 4,16 kali menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan dengan yang tingkat pengetahuar rendah, tanpa dikontrol variabel lain.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian Mulyati (2001) di Bogor, dan Soelistijani (2003) di Bali yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kedua variabel tersebut.

Hasil ini sesuai dengan penjelasan Notoadmodjo (2007) bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk

terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Berdasarkan hasil pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada tidak didasari oleh pengetahuan.

Selain itu, Usnan & Apriyanthi (2005), juga menjelaskan bahwa pengetahuan dapat meningkatkan kesadaran yang mempengaruhi seseorang untuk berperilaku positif.

Hasil yang berbeda dilaporkan pada hasil penelitian Kalsum (2000), Herlina (2001), Habasiah (2001) dan Widyastuti (2007), yaitu pengetahuan tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku penggunaan kondom.

Pada analisis PSM, variabel tingkat pengetahuan masuk ke dalam model fit. Hasil analisis model fit bias variabel tingkat pengetahuan dapat direduksi sebesar 52,6%, yaitu dari 64,6% menjadi 30,6% dengan algoritma nearest neighbor maupun dengan caliper.

6.5. Hubungan Riwayat Gejala IMS dengan Perilaku Penggunaan Kondom

Dalam penelitian ini, responden yang dikelompokkan tidak pernah mengalami gejala IMS (55,45%) lebih banyak daripada yang pernah mengalami (44,55%). Gejala IMS yang paling banyak dirasakan adalah nyeri dan panas sewaktu kencing (23,43%). Gejala IMS tersebut merupakan salah satu gejala gonore.

Hasil tersebut menggambarkan bahwa responden atau pelanggan WPS berisiko tinggi untuk menderita IMS. Hasil tersebut ternyata lebih besar dibandingkan dengan hasil SSP 2002/2003 di Jawa Tengah dan Bali bahwa

sebesar 15% dan 31,8% pelanggan WPS yang pernah menderita gejala IMS. Menurut Riono (1999), berdasarkan penelitian epidemiologi telah mengidentifikasi bahwa pada kondisi IMS berpeluang 2-5 kali mudah terinfeksi HIV.

Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara pengalaman mengalami IMS dengan perilaku penggunaan kondom ($P=0,000$, $OR=7,62$), tanpa dikontrol variabel lain. Persentase responden yang menggunakan kondom secara konsisten relatif lebih banyak pada yang pernah mengalami gejala IMS (34,81%) daripada yang tidak pernah mengalami gejala IMS (6,55%).

The Health Belief Model dan Stimulus-Response (Rosenstock, 1996), menyebutkan bahwa perilaku seseorang dapat terjadi dengan adanya suatu pemicu (*cue of action*). Umumnya pengalaman yang pernah diperoleh seseorang akan menjadi pemicu orang tersebut untuk berperilaku tertentu pada waktu yang akan datang. Pengalaman seseorang pernah mengalami gejala IMS pada waktu yang lalu akan menjadi pemicu bagi orang tersebut untuk tidak mendapatkan kembali IMS pada masa mendatang, salah satunya adalah dengan menggunakan kondom secara konsisten.

Selanjutnya Notoadmodjo (2005), menjelaskan bahwa adanya pengalaman-pengalaman seseorang, stimulus eksternal (lingkungan), baik fisik maupun non fisik dapat mengawali terjadinya perilaku. Kemudian pengalaman tersebut diketahui, dipersepsikan, diyakini, dan sebagainya, sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak, dan akhirnya terjadilah perwujudan niat tersebut yang berupa perilaku.

Adanya hubungan yang bermakna antara pengalaman mengalami gejala IMS dengan perilaku penggunaan kondom pada penelitian ini, sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Herlina (2001), Soelistijani (2003), Siahaan (2003) dan Widyastuti (2007). Sedangkan hasil yang berbeda dilaporkan pada hasil penelitian Dachlia (2000), dan Iskandar (2001).

Pada analisis PSM, variabel riwayat mengalami gejala IMS masuk ke dalam model fit. Hasil analisis model fit, bias variabel riwayat mengalami gejala IMS dapat direduksi sebesar 16,5%%, yaitu dari 102,5% sebelum pepadanan menjadi 85,6% setelah pepadanan baik dengan algoritma nearest neighbor maupun dengan caliper.

6.6. Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Penggunaan Kondom.

Dalam penelitian ini, responden yang dikelompokkan mempunyai tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS kurang (79,87%) lebih banyak daripada yang tingkat keterpaparan informasi cukup (20,13%). Walaupun demikian responden yang tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS cukup lebih banyak yang konsisten dalam perilaku penggunaan kondom (40,98%) dibandingkan dengan yang tingkat keterpaparan informasinya kurang (13,64%).

Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom (P value = 0,000, OR = 4,39), tanpa dikontrol variabel lain.

Dalam teori persuasian model teori komunikasi tentang perilaku kesehatan yang dikemukakan oleh Graeff (1996) dalam Herlina (2001) ditegaskan bahwa

komunikasi atau informasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dalam rantai kausal yang sama.

Adanya hubungan yang bermakna antara tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom pada penelitian ini, sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kalsum (2000) Herlina (2001), dan Iskandar (2001). Sedangkan hasil yang berbeda dilaporkan pada hasil penelitian Dachlia (2000), Habasiah (2000) dan Widyastuti (2007).

Dibandingkan sumber informasi lainnya, televisi merupakan sumber informasi yang paling banyak diakses oleh pelanggan WPS di Papua (41,58%). Hal ini mungkin disebabkan televisi lebih menarik karena dapat dilihat, dirasa dan didengar, dapat menjangkau ke seluruh pelosok, serta lebih mudah diterima pada pelanggan WPS yang berpendidikan rendah, terutama yang tidak dapat membaca. Ada beberapa hasil penelitian yang mendapatkan televisi sebagai sumber informasi HIV/AIDS terbanyak diakses, antara lain penelitian Soclistijani (2003), Asih (2004), Kalsum (2000), Oesman (2004) dan Dachlia (2000).

Sebuah NGO yang konsen terhadap AIDS (CADRE) di Afrika Selatan berupaya memanfaatkan kelebihan dari televisi ini. Mereka telah memproduksi sebuah drama seri *Tsha Tsha drama series* disiarkan melalui televisi. Drama seri ini mengangkat cerita seputar HIV/AIDS dan ODHA. Setelah pemutaran 31 episode dilakukan riset oleh John Hopkins (2000) untuk melihat dampak drama tersebut dengan analisis PSM. Dari hasil riset didapatkan hubungan yang bermakna antara terpapar drama dengan perubahan penggunaan kondom

($P= 0,001$) pada seks komersil terakhir, yaitu yang terpapar dengan drama lebih banyak (45%) menggunakan kondom pada seks terakhir dibandingkan dengan yang tidak terpapar drama (27%) (Kelly, 2001).

Hasil penelitian Oesman (2004) juga mendapatkan bahwa media elektronik memberikan peluang untuk berpengetahuan lebih baik tentang HIV/AIDS sebesar hampir 20 kalinya, media cetak sebanyak 8 kali dan sumber informasi lainnya sebesar 2 kali. Pria yang mendapatkan informasi melalui media elektronik memberi peluang sebesar 5 kali dari mereka yang tidak terpapar media elektronik untuk memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang HIV/AIDS.

Semakin banyak media yang digunakan secara akumulatif atau bersama untuk penyebaran informasi HIV/AIDS, maka semakin memberikan pengaruh yang semakin baik terhadap penggunaan kondom (*the more communication, the better the impact*). Sebuah studi dilakukan di Afrika Selatan menunjukkan persentase penggunaan kondom semakin meningkat sejalan dengan bertambahnya jumlah sumber media yang digunakan secara bersama untuk kampanye HIV/AIDS. Pada penggunaan 2 media, persentase penggunaan kondom sebesar 44%. Selanjutnya penggunaan 7 media, persentase penggunaan kondom pada pelanggan seks komersil setahun terakhir meningkat menjadi 50% (USAID, 2007).

Piot (2004) pada Konferensi AIDS Internasional XV di Bangkok juga mengingatkan bahwa media mempunyai peran besar tidak hanya untuk mempengaruhi opini publik, advokasi, menghilangkan stigma, mitos dan salah paham tentang HIV/AIDS juga dapat menekan laju peningkatannya. Peran ini

sama pentingnya dengan promosi kondom untuk pencegahan dan pengobatan bagi yang terkena. Sekarang bukan saatnya lagi menganggap pendidikan dan hiburan sebagai dua hal yang berbeda. Dengan profesionalisme media, informasi bisa disampaikan dengan cara yang lebih menyenangkan dan mencerahkan (Beni, 2004).

Pada analisis PSM penelitian ini, bias variabel tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dapat direduksi sampai 99%. Tetapi hasil uji statistik menunjukkan hasil yang berbeda dengan hasil analisis bivariat. Dari hasil analisis didapatkan nilai T-stat sebesar 0,85 ini artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS di Papua setelah dikontrol atau dipadankan dengan variabel lain/ variabel confounding.

Tidak adanya hubungan antara keterpaparan informasi dengan perilaku penggunaan kondom pada penelitian ini mungkin disebabkan tingkat keterpaparannya belum memadai, baik dari segi frekuensi/kuantitas keterpaparan, kualitas, metode maupun isi pesan yang disampaikan, sehingga belum mendorong seseorang untuk merubah perilakunya.

Sehubungan kualitas informasi, Usman & Apriyanthi (2005), menyatakan salah satu penyebab informasi HIV/AIDS yang didengungkan oleh berbagai pihak belum meningkatkan kesadaran masyarakat adalah karena kedalaman informasi yang disampaikan. Informasi yang kurang mendalam tentang HIV/AIDS ini juga yang menyebabkan tingginya proporsi kelompok pendidikan tinggi cenderung tidak menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan PSK.

Hal lain yang menyebabkan tidak ada hubungan yang bermakna antara keterpaparan informasi dengan perilaku penggunaan kondom adalah mungkin karena daya tarik informasi itu sendiri. Seperti diungkapkan oleh Aulia (2002) bahwa daya tarik media adalah komponen penting dan pertama dalam keefektifan media, sebagai unsur untuk menarik perhatian dan perhatian merupakan sarana pembentuk persepsi. Nugroho (2008) juga mengungkapkan bahwa strategi penyampaian informasi, isi informasi dan saluran yang dipakai harus sesuai dengan audiensi sasaran.

Perubahan perilaku seksual sebagian besar tergantung pada kemudahan dalam memperoleh informasi mengenai infeksi menular seksual/HIV/AIDS (Aulia, 2002). Kurangnya tingkat keterpaparan dapat menjadi petunjuk bahwa informasi yang diterima pelanggan WPS tentang HIV/AIDS masih kurang memadai untuk merubah perilakunya. Ini terlihat bahwa pelanggan WPS yang terpapar informasi HIV/AIDS cukup hanya sebesar 20,13%.

Memang diharapkan semakin baik seseorang terpapar informasi maka semakin akurat pengetahuan yang didapat (Nugroho, 2008). Tetapi Festinger dengan *Cognitive Dissonance Theory* menjelaskan bahwa pengetahuan seseorang tidak selalu berbanding lurus dengan perilakunya. Seseorang yang berpengetahuan baik dapat mempunyai perilaku yang baik, tetapi bisa juga seseorang yang berpengetahuan baik justru mempunyai perilaku negatif, karena ada banyak faktor lain yang mempengaruhi perilaku (Dachlia, 2000).

Pada penelitian ini tidak ada uji interaksi dan uji coundfounding karena memang pada analisis PSM tidak ada uji interaksi, karena semua variabel yang

ada dalam penelitian sudah dilakukan matching/pemadanan secara bersama-sama saat dilakukan analisis psmatch (Ariawan, 2007).



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan dan uraian pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pada penelitian ini mengungkapkan rendahnya penggunaan kondom secara konsisten saat berhubungan seks komersil pada pelanggan WPS di Papua (19,14%).
2. Pada analisis bivariat didapatkan hubungan yang bermakna antara variabel tingkat pendidikan ($p < 0,0001$), tingkat pengetahuan ($p < 0,0001$), riwayat mengalami gejala IMS ($p < 0,0001$) dan tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS ($p < 0,0001$) dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS di Papua.
3. Pada analisis bivariat tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara variabel umur ($p = 0,65$) dan status perkawinan ($p = 0,403$) dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS di Papua.
4. Tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara tingkat keterpaparan informasi HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom pada pelanggan WPS di Papua setelah dimatching atau dipadankan dengan variabel coundfounding (tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan dan riwayat mengalami gejala IMS) baik dengan algoritma nearest neighbor maupun caliper ($T\text{-stat} = 0,85$).

7.2. Saran

7.2.1. Bagi Pemerintah (khususnya Depkes RI, Promkes, P2MPL, KPAN) :

- a. Meningkatkan intensitas dan kedalaman informasi tentang HIV/AIDS, terutama bagi kelompok masyarakat yang mempunyai resiko tinggi terhadap penyakit HIV/AIDS dengan cara lebih memperbanyak kegiatan-kegiatan yang intens membahas masalah HIV/AIDS dengan memperbanyak diskusi tentang HIV/AIDS.
- b. Menyediakan media informasi berupa leaflet, brosur, dan kaset informasi HIV/AIDS yang diselingi dengan lagu dangdut bagi kelompok risiko tinggi seperti tukang ojek, TKBM, dan lain-lain.
- c. Lebih meningkatkan lagi kemitraan dengan dunia usaha/swasta, tokoh agama, tokoh adat/masyarakat, publik figur dan LSM yang konsen dengan AIDS, terutama untuk kepentingan penyebaran informasi.
- d. Bekerjasama dengan Depdiknas, agar pendidikan formal yang masih terkesan malu-malu membicarakan seluk beluk kesehatan reproduksi secara umum, dan HIV/AIDS khususnya, perlu mendapat perhatian dan pembenahan misalnya dengan memasukkan mata ajaran tentang HIV/AIDS dalam kurikulum ataupun kegiatan ekstrakurikuler, sehingga pendidikan formal juga mempunyai peran sebagai sumber informasi dalam penanggulangan HIV/AIDS.
- e. Melibatkan pakar komunikasi dalam berbagai program pencegahan HIV/AIDS. Pemikiran mereka sangat dibutuhkan untuk

mengembangkan metode atau teknik penyebaran informasi, agar lebih menarik, efektif dan efisien dalam menggugah kesadaran masyarakat untuk berperan aktif mencegah penyebaran HIV/AIDS, melalui penggunaan kondom di kalangan penduduk berisiko tinggi.

- f. Mengadakan pendekatan dan advokasi secara sinambung agar perusahaan komunikasi, baik media cetak(surat kabar, majalah, buletin,dsb) maupun elektronik (RRI, Radio Swasta, TVRI / TV lokal, dan TV swasta) dapat memberikan komitmen dalam penanggulangan HIV/AIDS, dengan cara memberi ruang yang besar untuk pemberitaan HIV/AIDS yang mengibur sekaligus mencerahkan, memberikan citra positif kepada mereka yang hidup dengan HIV/AIDS,dan dapat mengoreksi pengetahuan/persepsi yang salah tentang kondom dan HIV/AIDS.
- g. Melaksanakan promosi dan distribusi kondom di kalangan tukang ojek/pekerja pelabuhan dan di tempat-tempat lain di mana kaum lelaki dengan perilaku risiko tinggi dapat secara berkala ditemui.

7.2.2. Bagi Pengelola Program di daerah (Pemda Papua, Dinkes, KPA Daerah)

- a. Membuat materi pesan tentang HIV/AIDS dan kondom yang komunikatif dan mudah dimengerti pelanggan WPS dengan tingkat pendidikan rendah .
- b. Menyampaikan materi pesan HIV/AIDS melalui kesenian daerah Papua dan materi pesan untuk brosur, leaflet, poster, dan lain-lain ditulis menggunakan bahasa daerah.

- c. Membuat regulasi/peraturan daerah kebijakan penggunaan kondom 100% pada WPS dan pelanggannya disertai sangsi serta adanya akses/distribusi kondom dilokalisasi, tempat hiburan dan penginapan.
- d. Berkerjasama dengan tokoh agama, tokoh adat, dan LSM dalam penyebaran informasi HIV/AIDS kepada kelompok risiko, seperti tukang ojek dan TKBM.
- e. Pemberdayaan kelompok resiko tinggi dengan tehnik peer group, yaitu dengan melatih beberapa orang dari kelompok risiko tinggi seperti kelompok tukang ojek/TKBM sebagai sumber informasi HIV/AIDS, yang nantinya dapat menularkan pengetahuan kepada yang lainnya.
- f. Meningkatkan peran petugas/tenaga kesehatan untuk turun ke lapangan pada kelompok-kelompok risiko tinggi seperti tukang ojek/Tukang Bongkar Muat pelabuhan dalam rangka pemberian pendidikan kesehatan/penyuluhan tentang HIV/AIDS.
- g. Pengembangan klinik IMS/HIV/AIDS di puskesmas atau mobile klinik sesuai pemetaan kelompok risiko tinggi.

7.2.3. Bagi Peneliti lain

Diharapkan adanya penelitian lanjutan dengan menggunakan analisis PSM dengan algoritma lainnya (radius, kernel, stratifikasi dan pembobotan) dan juga mengkaji variabel-variabel lain yang berhubungan dengan perilaku, seperti kepercayaan, tradisi, sikap, ketersediaan fasilitas, dll.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya.B, *Narkoba dan HIV/AIDS*, Makalah disampaikan pada Seminar Sehari HIV/AIDS : Adolescent Vs HIV/AIDS, Balai Sidang UI, Depok, 2008.
- Anonimous, *History of Condom*, 2005 .<http://www.condom.com>. [diakses tgl 12 Februari 2008]
- Aprilianingrum.F, *Survei Penyakit Sifilis dan Infeksi HIV pada PSK Argorejo Kec. Semarang, Kota Semarang Tahun 2002*, Warta Demografi, Tahun 32, No.2, 2002
- Ariawan.I, *Besar dan Metode Sampel Penelitian Kesehatan*, FKM UI, Depok, 2003
- Ariawan.I, *Propensity Score Matching*, Bahan Kuliah Analisis Data Katagorik, FKM UI, Depok, 2007
- Arjoso, *Infeksi Oportunistik Penyebab Utama Kematian ODHA*, dalam Media Indonesia, 20 Juli 2006.
- ASA-INSIST, *10 Langkah Mengembangkan Kebijakan Publik Mencegah Penularan HIV/AIDS di Lingkungan Seks Komersial*, Jakarta, 2003.
- Asih. L, *SDKI 2002-2003 : PRIA " Partisipasi Dalam Perawatan Kesehatan dan Pengetahun tentang HIV/AIDS*, BKKBN , 2004. www.bkkbn.go.id
- Aulia.H, *Pencegahan AIDS melalui Promosi Kesehatan*, Penerbit ITB, Bandung, 2002.
- Azwar, Azrul, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, ed.revisi, Binarupa Aksara Jakarta, 1999
- Azwar, Azrul, *Pengantar Epidemiologi*, Binarupa Aksara, Jakarta, 2000
- Beni.R, *Konferensi AIDS Internasional XV Bangkok : Ketika Asia Menjadi Penentu Wabah AIDS Dunia*, Warta Demografi, Tahun 34, No.3, 2004a.
- Beni.R, *Hambatan Keluarga dalam Upaya Mencegah HIV/AIDS pada Remaja di Indonesia*, Warta Demografi, Tahun 34, No.4, 2004b.
- Beni.R, *Dampak HIV/AIDS pada Sektor Pendidikan : Tinjauan Literatur*, Warta Demografi, Tahun 35, No.3, 2005.
- Beni.R, dkk, *Indeks Pengetahuan Wanita Kawin tentang AIDS dan PMS*, Warta Demografi, Tahun 36, No.1, 2006.

- Bintang Papua Edisi Online, *News : Informasi, Vaksin Ampuh Atasi HIV/AIDS*, 21 Desember 2007, http://www.papua.go.id/berita_det.php [diakses tgl 4 April 2008]
- Caliendo.M & Kopeinig.S, *Some Practical Guidance for the Implementation of Propensity Score Matching*, Institute for the study labor, May 2005, <http://www.gmac.com>. [diakses tgl 18 Maret 2008)
- Dachlia.D, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual Berisiko Terinfeksi HIV Pada Pelaut/Pekerja Pelabuhan di Jakarta, Manado dan Surabaya*, Tesis, FKM UI, Depok, 2000.
- Depkes RI, *Kebijakan Depkes dalam Penanggulangan HIV/AIDS di Tempat Kerja*, Jakarta, 2001.
- Depkes RI & BPS, *Hasil Laporan SSP 2003 di Bali*, Jakarta, 2003
- Depkes RI & BPS, *Hasil Laporan SSP 2003 di Jawa Barat*, Jakarta, 2003
- Depkes RI & BPS, *Hasil Laporan SSP 2003 di Jawa Tengah*, Jakarta, 2003
- Depkes RI & BPS, *Hasil Laporan SSP 2003 di Sumatera Selatan*, Jakarta, 2003
- Depkes RI & BPS, *Situasi Perilaku Tertular HIV di Indonesia: Hasil SSP 2004-2005*, Jakarta, 2005.
- Depkes RI, *Infeksi Menular Seksual*, Jakarta, 2006.
- Depkes RI&BPS, *Situasi Perilaku Berisiko dan Prevalensi HIV di Tanah Papua 2006: Hasil STHP Tahun 2006*, Jakarta, 2007.
- Ditjen PPM & PL, *Rencana Strategi Penanggulangan HIV/AIDS Indonesia 2003-2007*, Jakarta, 2002
- Ditjen PPM & PL, Depkes RI, *Laporan Kasus HIV/AIDS Indonesia sampai Desember 2006*, Jakarta, 2006.
- Ditjen PPM & PL, Depkes RI, *Laporan Kasus HIV/AIDS Indonesia sampai September 2007*, Jakarta, 2007.
- Eliason SR, *Examples Using Propensity Score Matching Methods in Stata*, February 23, 2007. http://www.cba.ua.edu/PSM_example.pdf [diakses tgl 12 Maret 2008)
- FHI & DFID, *Behavioral Surveillance Survey/BSS : Guidelines For Repeated Behavioral Survey In Population At Risk of HIV*, 2000.
- França LR et.al, *Use of the Propensity Score Matching Method to Reduce Recruitment Bias in Observational Studies: Application the Estimation of*

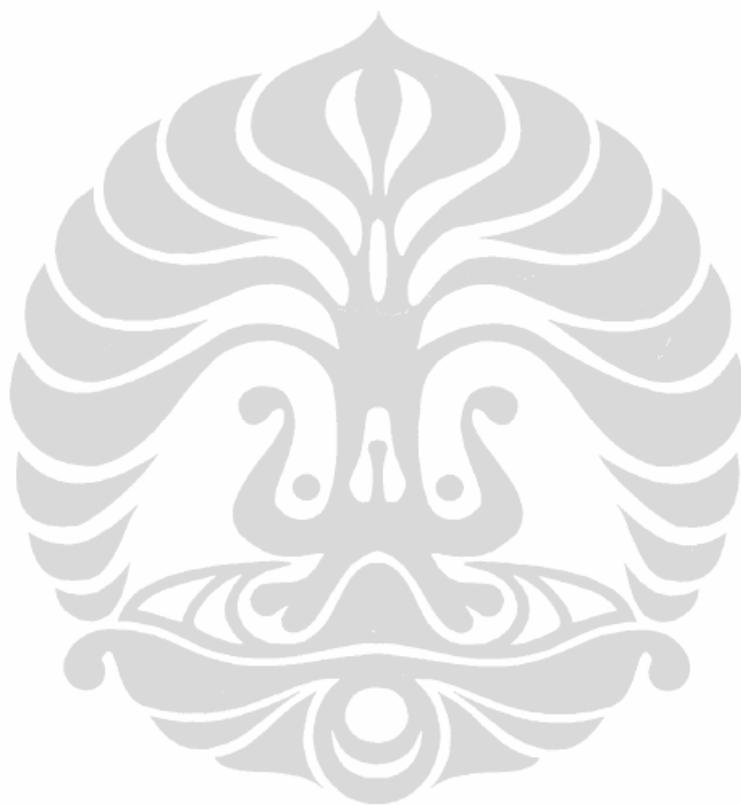
- Drotrecogin Alfa's Impact on Intensive Care Units Workload*, February 2006, <http://proquest.umi.com/pqdweb>. [diakses tgl 18 Februari 2008]
- Habasiah, *Faktor –faktor yang Berhubungan dengan Pemakaian Kondom pada Waria di DKI Jakarta Tahun 2000*, FKM UI, Depok, 2001
- Hamilton.LC, *Statistics With Stata*, University of New Hampshire, 2003.
- Hargreaves, James , *HIV/AIDS; HIV shifting from most to least educated in sub-Saharan Africa*, *AIDS Weekly* Jan, 2008, Atlanta . <http://proquest.umi.com/pqdweb> [diakses tgl 20 Maret 2008]
- Harian Terbit, *Penyebaran HIV/AIDS Makin Tidak Terkontrol*, Jakarta, 2008.
- Hastono.SP, *Analisa Data Kesehatan*, FKM UI, Depok, 2007.
- Herlina, *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Konsistensi Pemakaian Kondom Pada Pekerja Seks Komersil di Jakarta Utara Tahun 2000*, Skripsi, FKM UI, Depok, 2001.
- Hills&Stavola, *A Short Introduction To Stata For Biostatistic*, Timberlake Consultant Press, London, 2002
- Hullsieck KH&Louis TA , *Propensity Score Modeling Strategies for the Causal Analysis of Observational Data*, Oxford University Press, 2002
- Hutapea.R, *AIDS&PMS Dan Prostitusi*, Rineka Cipta, Jakarta, 2005
- Iskandar.I, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keinginan Menggunakan Kondom Untuk Mencegah Terinfeksi HIV/AIDS pada WPS di Jakarta dan Surabaya Tahun 2000*, Skripsi, FKM UI, Depok, 2001
- Kalsum.N, *Hubungan Karakteristik Pelanggan WTS, Sumber Informasi Dan Pengetahuan Tentang AIDS Dengan Perilaku Pemakaian Kondom Pada Pelanggan WTS di Jakarta dan Riau Tahun 1998*, Skripsi, FKM UI, Depok, 2000.
- Kamso.S, *Metodologi Penelitian Biostatistik*, Bahan Kuliah, FKM UI, Depok, 2007
- Karmaya.IN, *Perlindungan Terhadap Perilaku Berisiko Terinfeksi HIV/AIDS*, April 2005. <http://www.wikipedia.com>. [diakses tgl 14 Maret 2008]
- Karmaya. IN, *Promosi Kondom, Dual Proteksi Untuk KB dan Kespro*, April 2006 <http://www.wikipedia.com>. [diakses tgl 14 Maret 2008]
- Kartono.K, *Patologi Sosial*, PT.Rajawali, Jakarta, 1992

- Kelly.K.et.all, *Tackling the problem of non-equivalent exposed and unexposed groups in evaluation of mass media interventions: The evaluation of an entertainment-education television program in South Africa*, 2001.<http://www.cadre.org.za> [diakses tgl 4 Mei 2008]
- Kompas, *Dicanangkan, Gerakan Nasional Penanggulangan HIV/AIDS*, 22 April 2002, <http://www.kompasnews.com>. [diakses tanggal 15 Desember, 2007]
- KPAN, *Country Report Mengenai Tindak Lanjut Deklarasi Komitmen HIV/AIDS (UNGASS)*, Januari 2005. <http://www.menkokesra.go.id/>, [diakses tanggal 17 Desember 2007].
- KPAN, *Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS (STRANAS) 2007-2010*, <http://www.aidsindonesia.or.id/> tanggal 11 Feb,2008].
- Kresno.S, *Penilaian Cepat Perilaku Mencari Pengobatan Pada Penderita Penyakit Menular Seksual di Jakarta*, FKM UI, Depok, 2001
- Martono.N, *Peran Perawat Indonesia Dalam Pencegahan dan Peningkatan Kasus HIV/AIDS*, Jakarta, 2006, <http://inna-ppni.or.id/html>, [diakses tanggal 17 Desember 2007]
- Media Indonesia, *Epidemi HIV/AIDS di Indonesia Memprihatinkan*, Jakarta, 12 Maret 2008,<http://www.mediaindonesia.com>. [diakses tgl 8 April 2008]
- Mukhotib, *Minim Informasi HIV/AIDS di Pedesaan*, 30 Oktober 2007, Jakarta, <http://www.korantempo.com/korantempo/>. [diakses tgl 8 April 2008].
- Nafsiah Mboi, *Tingginya HIV/AIDS di Papua Akibat Pengetahuan Yang Rendah*, Jakarta, 20 Juni 2007. <http://www.depkominfo.go.id>, [diakses tgl 4 April 2008]
- Noor,N.N, *Dasar Epidemiologi*, Rineka Cipta, Jakarta, 2000
- Notoadmodjo, *Promosi Kesehatan,Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta, 2005
- Notoadmodjo, *Kesehatan Masyarakat, Ilmu dan Seni*, Rineka Cipta, Jakarta,2007
- Nugroho, *Peranan Media Untuk Perlindungan Terhadap Remaja HIV dan AIDS*, Makalah disampaikan pada Seminar Sehari HIV/AIDS : Adolescent Vs HIV/AIDS, Balai Sidang UI, Depok, 2008.
- Oesman dkk, *Analisa Lanjut SDKI 2002-2003 " Hubungan Beberapa Faktor dengan Pengetahuan dan Persepsi Pria terhadap HIV/AIDS dan PMS Lainnya*, BKKBN , 2004.<http://www.bkkn.go.id>. [diakses tgl 15 April 2008]

- Nursalam, *Asuhan Keperawatan Pada Pasien HIV/AIDS*, EGC, Jakarta, 2006.
- Prasetyo.S, *Penanggulangan Masalah HIV dan AIDS di Lingkungan Kampus*, Makalah disampaikan pada Seminar Sehari HIV/AIDS: Adolescent Vs HIV/AIDS, UI, Depok, 2008.
- Rosenstock, *The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change dalam Preventing AIDS : Teory and Method of Behavior Intervention*, Plannum Press, New York, 1994
- Riono. P, *Gambaran Singkat Gejala Penyakit Menular Seksual*, Center for Health Research University of Indonesia, Depok, 1999
- Sabri & Hastono, *Statistik Kesehatan*, PT RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2006.
- Sarwono, *Psikologi Sosial : Psikologi Kelompok dan Psikologi Terapan*, Balai Pustaka, Jakarta, 2005
- Soelistijani, *Hubungan Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dengan Perilaku Wanita Penjaja Seks dalam Pengguna.™ Kondom Seks Komersil di Bali Tahun 2000*, Tesis, FKM-UI, Depok, 2003
- Siahaan.M, *Hubungan Karakteristik Individu dengan Perilaku Seksual Berisiko Tertular HIV/AIDS pada Pria Pekerja Perusahaan di Kota Batam* , Tesis, FKM UI, Depok ,2003.[www.digilib.ui.edu]
- Solehudin.U, *Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku Dalam Pencegahan HIV/AIDS*, Yayasan Pelita Ilmu, 2007.<http://www.pelitailmu.com>[diakses tanggal 17 Desember 2007
- Supari, dalam *Tempo Interaktif*, Menteri Kesehatan: AIDS di Papua Sudah KLB,Selasa, 27 Pebruari 2007,Jakarta
- UNFPA, *Condom Programming for HIV Prevention*, September 2005, <http://www.unfpa.org/hiv/programming.htm> ,[diakses tanggal 17 Desember 2007].
- UNFPA, *Special Focus: Condoms and HIV/AIDS*, September 2004, http://www.unfpa.org/html/hiv_aids-condoms.htm.[diakses 15 Maret 2008)
- USAID, *10 Big Ideas for the Future of Behavior Change Communication*, May 2007,<http://www.usaid.org> [diakses tgl 17 April 2008]
- Usman & Apriyanthi, *Peran Informasi Dalam Pencegahan dan Penanggulangan Penyebaran HIV/AIDS*,Warta Demografi, Tahun 35, No.1 , 2005.
- Widyastuti, *Perilaku Menggunakan Kondom pada Wanita Penjaja Seks Jalanan di Jakarta Timur Tahun 2006*, Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vol.1,No.4, FKM UI,Edisi Februari 2007

WHO & UNAIDS, *Report on The Global HIV/AIDS Epidemic*, December 2007.

WHO & UNAIDS, *Access to Condoms and HIV/AIDS Information: A Global Health and Human Rights Concern*, Desember 2004.
<http://www.unaids.org/condom.htm>. [diakses tg! 16 April 2008].



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

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

No : 1832/PT.02.H5.FKMUI/I/2008
Lamp. : ---
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

28 April 2008

Kepada Yth.
Ditjen P2MPL
Jl. Percetakan Negara No.29
Jakarta

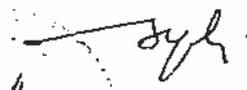
Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

Nama : Mirzal
NPM : 0606139395
Thn. Angkatan : 2006/2007

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data yang akan dianalisis kembali dalam penyusunan tesis dengan judul, "*Analisis Propensity Score Matching pada Hubungan Tingkat Keterpaparan Informasi HIV/AIDS dengan Perilaku Pelanggan WPS dalam Penggunaan Kondom di Papua (analisa data SSP 2004-2005)*".

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perkenan dan kerja sama yang baik kami haturkan terima kasih.

Wakil Dekan FKMUI,


DR. Dian Ayubi, SKM, MQIH
NIP. 132 161 167

Tembusan:

- Pembimbing tesis
- Arsip



SURVEI SURVEILANS PERILAKU (SSP) 2004/2005

Kejasama:

Badan Pusat Statistik dan Departemen Kesehatan
dengan dukungan
Program ASA/FHI - USAID

RAHASIA

BLOK I. PENGENALAN TEMPAT			
1	Propinsi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Kabupaten/Kota *)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Kecamatan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Desa/Kelurahan *)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Kelompok Sasaran	1. Sopir truk/kernet 2. Tukang ojek 3. Pelaut/ABK/nelayan 4. TKBM	<input type="checkbox"/>
6	Jenis Lokasi	1. Pelabuhan laut/ pelabuhan nelayan 2. Pangkalan truk 3. Tempat pemberhentian truk 4. Pangkalan ojek	<input type="checkbox"/>
7	a. Nomor Lokasi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Nomor Sub Lokasi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Nomor Urut Responden		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Apakah kondom mudah diperoleh di tempat ini? (Pengamatan Pewawancara)	1. Ya 2. Tidak → [Blok II]	<input type="checkbox"/>
10	Jika "Ya" (R.9 = 1), merek yang tersedia	1. Sulra 2. Durex 4. Fiesta 8. Artika 16. Lainnya, sebutkan:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

BLOK II. KETERANGAN PEWAWANCARA			
1	Nama dan Kode Pewawancara I (**)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Tanggal Wawancara		Tgl Bln Thn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Jawaban kuesioner ini telah diperiksa kelengkapan dan konsistensinya		
	Nama dan Kode Pewawancara/Pengawas (**)	Status	Tanggal Periksa
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pewawancara I	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pewawancara II	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pengawas		Tanda Tangan

*) Coret yang tidak perlu

**) Kode pewawancara/pengawas harus diisi petugas sesuai nomor absensi yang telah ditetapkan pada pelatihan

7. Apakah Anda mengenal secara pribadi (saling kenal) seseorang yang tertular HIV/penderita AIDS?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
8. Apakah Anda sendiri merasa berisiko tertular HIV?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu → [R.16]	<input type="checkbox"/>
9. a. Jika "Ya" (R.8 = 1), sebutkan apa saja alasannya? [Pilihan Jawaban bisa lebih dari satu, tetapi jangan dibacakan]	1. Karena sering berganti pasangan seks 2. Karena tidak selalu menggunakan kondom 4. Karena pakai narkoba suntik 8. Lainnya, sebutkan:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Jika "Tidak" (R.8 = 2), sebutkan apa saja alasannya: [Pilihan Jawaban bisa lebih dari satu, tetapi jangan dibacakan]	1. Karena selia/tdk sering berganti pasangan seks 2. Karena selalu menggunakan kondom 4. Karena tidak pernah pakai narkoba suntik 8. Karena yakin pasangannya bersih 16. Karena berobat terlebih dahulu 32. Karena tidak pernah/jarang berhubungan seks dengan WPS 64. Karena belum pernah berhubungan seks 128. Lainnya, sebutkan:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Dari sumber mana saja Anda mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS? (Pilihan Jawaban jangan dibacakan)		
a. Radio	1. Ya 2. Tidak	a. <input type="checkbox"/>
b. TV	1. Ya 2. Tidak	b. <input type="checkbox"/>
c. Koran/Majalah	1. Ya 2. Tidak	c. <input type="checkbox"/>
d. Petugas LSM	1. Ya 2. Tidak	d. <input type="checkbox"/>
e. Tokoh agama	1. Ya 2. Tidak	e. <input type="checkbox"/>
f. Tokoh adat	1. Ya 2. Tidak	f. <input type="checkbox"/>
g. Poster	1. Ya 2. Tidak	g. <input type="checkbox"/>
h. Petugas kesehatan	1. Ya 2. Tidak	h. <input type="checkbox"/>
i. Teman	1. Ya 2. Tidak	i. <input type="checkbox"/>
j. Anggota keluarga	1. Ya 2. Tidak	j. <input type="checkbox"/>
11. Apakah Anda pernah melihat/mendengar iklan kondom?	1. Ya 9. Tidak menjawab 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
12. Bila "Ya" (R.16 = 1), sebutkan pesannya: [Pilihan jawaban bisa lebih dari satu, tetapi jangan dibacakan]	1. Mencegah kehamilan (KB) 2. Mencegah penyakit kelamin/HIV/AIDS 4. "Kenakan kondom atau kema" 8. Pakai kondom kalau beli seks 16. Lainnya, sebutkan:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
98. Tidak ingat		
99. Tidak menjawab		

Instruksi untuk Pewawancara :

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

Ungkapkan kalimat berikut kepada responden:

Pertanyaan berikut bersifat sangat pribadi karena berkaitan dengan seks dan pemakaian kondom. Mohon agar Anda menjawab atau memberikan uraian sejujur mungkin atas beberapa pertanyaan yang akan saya ajukan. Anda tidak perlu khawatir karena kerahasiaan jawaban Anda akan kami jamin dan tidak akan pernah diketahui oleh orang lain.

BLOK V. PERILAKU SEKS		
1. Apakah Anda pernah berhubungan seks?	1. Ya, pernah 2. Tidak pernah → [Blok VII] 9. Tidak menjawab → [Blok VII]	<input type="checkbox"/>
2. Umur berapa Anda pertama kali berhubungan seks? tahun 98. Tidak tahu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Dengan siapa Anda pertama kali berhubungan seks?	1. Istri 4. Kenalan/teman 2. Pasangan tetap 5. WPS 3. Pacar/kekasih 6. Lainnya	<input type="checkbox"/>
4. Apakah dalam setahun terakhir ini Anda pernah berhubungan seks?	1. Ya, pernah 2. Tidak pernah → [Blok VII] 9. Tidak menjawab → [Blok VII]	<input type="checkbox"/>
RIS s.d R. 7: Perilaku Responden dengan Pasangan Seks (Jat)		
5. Selama setahun terakhir, apakah Anda pernah melakukan hubungan seks dengan <i>istri dan atau pasangan hidup bersama</i> ?	1. Ya, pernah 2. Tidak pernah → [R.8] 9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>
6. Pada saat melakukan hubungan seks terakhir dengan <i>istri dan atau pasangan hidup bersama</i> , apakah Anda menggunakan kondom?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak ingat	<input type="checkbox"/>
7. Dalam melakukan hubungan seks dengan <i>istri dan atau pasangan hidup bersama</i> selama setahun terakhir ini, seberapa sering Anda menggunakan kondom?	1. Tidak pernah 4. Selalu/setiap kali berhubungan seks 2. Jarang/kadang ² 9. Tidak menjawab 3. Biasanya/sering	<input type="checkbox"/>
RIS s.d R. 17: Perilaku Seks Responden dengan Wanita Penaja Seks (WPS)		
8. Apakah Anda pernah berhubungan seks dengan WPS?	1. Ya, pernah 2. Tidak pernah → [R.18] 9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>
9. Jika "Ya, pernah" atau "Tidak menjawab" (R.8 = 1/9), selama sebulan terakhir, berapa kali Anda melakukan hubungan seks dengan WPS? kali 98. Tidak tahu/tidak ingat 99. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Selama sebulan terakhir, dengan berapa orang WPS Anda melakukan hubungan seks? orang 98. Tidak tahu/tidak ingat 99. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Selama setahun terakhir, dengan berapa orang WPS Anda melakukan hubungan seks? orang 98. Tidak tahu/tidak ingat 99. Tidak menjawab → [R.18]	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Setelah Anda melakukan hubungan seks terakhir dengan WPS, berapa rupiah Anda membayarnya?	Rp	(000 Rp) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Pada saat melakukan hubungan seks terakhir dengan WPS, apakah Anda menggunakan kondom?	1. Ya 2. Tidak → [R.15] 8. Tidak ingat → [R.15]	<input type="checkbox"/>

14. Jika "Ya" (R.13 = 1), sebutkan merek kondom yang Anda gunakan tersebut!	1. Sutra 2. Durex 3. Fiesta	4. Arika 5. Lainnya: 8. Tidak ingat	<input type="checkbox"/>	
15. Dalam melakukan hubungan seks dengan WPS selama setahun terakhir ini, seberapa sering Anda menggunakan kondom?	1. Tidak pernah 2. Jarang/kadang ² 3. Biasanya/sering	4. Selalu/setiap kali ber-hubungan seks ➔ [R.17] 9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>	
16. Jika tidak selalu/setiap kali (R.15 ≠ 4), menggunakan kondom pada saat berhubungan seks, mengapa? [Jawaban jangan dibacakan]	1. Mengurangi kenikmatan/kurang enak 2. Tidak tersedia/sukar diperoleh 3. Menganggap pasangannya bersih 4. Harga kondom mahal 5. Sudah minum obat 6. Lainnya, sebutkan: 9. Tidak menjawab		<input type="checkbox"/>	
7. Dalam setahun terakhir ini, di kabupaten/kota mana saja Anda pernah melakukan hubungan seks dengan WPS?				
No.	Kabupaten/Kota	Disi Editor	Propinsi	Disi Editor
a	Kab/Kota *):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b	Kab/Kota *):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c	Kab/Kota *):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R.18 dan R.25: Perilaku Seks Responden dengan Wanita Lain (selain istri) & WPS				
8. Apakah Anda pernah berhubungan seks dengan wanita selain istri dan WPS?	1. Ya, pernah 2. Tidak pernah ➔ [R.24] 9. Tidak menjawab		<input type="checkbox"/>	
9. Jika "Ya, pernah" atau "Tidak menjawab" (R.18 = 1/9), selama setahun terakhir, dengan berapa orang wanita selain istri dan WPS Anda melakukan hubungan seks? orang 00. ➔ [R.24] 98. Tidak tahu/tidak ingat 99. Tidak menjawab		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10. Pada saat melakukan hubungan seks terakhir dengan wanita selain istri dan WPS, apakah Anda menggunakan kondom?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak ingat		<input type="checkbox"/>	
11. Dalam melakukan hubungan seks dengan wanita selain istri dan WPS selama setahun terakhir ini, seberapa sering Anda menggunakan kondom?	1. Tidak pernah 2. Jarang/kadang-kadang 3. Biasanya/sering 4. Selalu/setiap kali berhubungan seks ➔ [R.23] 9. Tidak menjawab		<input type="checkbox"/>	
12. Jika tidak selalu/setiap kali (R.21 ≠ 4), menggunakan kondom pada saat berhubungan seks, mengapa? [Jawaban jangan dibacakan]	1. Mengurangi kenikmatan/kurang enak 2. Tidak tersedia/sukar diperoleh 3. Harga kondom mahal 4. Menganggap pasangannya bersih 5. Sudah minum obat 6. Lainnya, sebutkan: 9. Tidak menjawab		<input type="checkbox"/>	
13. Setelah Anda melakukan hubungan seks terakhir dengan wanita selain istri & WPS, apakah Anda memberikan sesuatu kepada wanita tersebut?	1. Ya, berupa uang 2. Ya, berupa barang 3. Ya, berupa uang dan barang 4. Tidak memberikan apa-apa 8. Tidak ingat		<input type="checkbox"/>	

Maaf, saya akan melanjutkan dengan pertanyaan berikutnya yang lebih sensitif

24. Dalam setahun terakhir ini, apakah Anda melakukan hubungan seks anal (hubungan seks melalui anus/sodomi) dengan?		Ya	Tidak	<input type="checkbox"/>
	a. Waria:	1	2	
	b. Pria lain:	1	2	
	c. WPS:	1	2	
25. Jika "Ya" (R.24.a/b/c = 1), apakah saat berhubungan seks anal yang terakhir tersebut Anda dan alau pasangan Anda menggunakan kondom?	1. Ya	8. Tidak ingat	<input type="checkbox"/>	
	2. Tidak	9. Tidak menjawab		

BLOK VI: PRAKTEK PEMELIHARAAN KESEHATAN

1. Dalam setahun terakhir ini, apakah Anda pernah mengalami gejala-gejala sbb: a. Luka atau koreng di daerah kelamin b. Kencing nanah c. Nyeri, sakit/benjol di sekitar kelamin		Ya	Tidak	<input type="checkbox"/>
		1	2	
		1	2	
		1	2	
Bila R.1.a/b/c = 2 (Tidak) ⇒ [Blok VII]				
2. Jika "Ya" (R.1.a/b/c = 1), apa yang Anda lakukan saat mengalami gejala tersebut?	1. Berobat ke petugas kesehatan 2. Berobat ke dukun/tabib ⇒ [R.4] 3. Tidak melakukan sesuatu/tidak diobati ⇒ [R.4] 4. Melakukan pengobatan sendiri ⇒ [R.5]			<input type="checkbox"/>
3. Jika R.2 = 1 (berobat ke petugas kesehatan), ke mana Anda pergi berobat?	1. Rumah Sakit 2. Puskesmas 3. Dokter praktek 4. Mantri kesehatan/bidan/perawat 5. Klinik: 6. Lainnya, sebutkan:			<input type="checkbox"/>
4. Apakah sebelumnya pernah melakukan pengobatan sendiri?	1. Ya 2. Tidak ⇒ [R.6]	8. Tidak ingat ⇒ [R.6]		<input type="checkbox"/>
5. Kalau mengobati sendiri (R.2 = 4 atau R.4 = 1), obat apa yang dipakai?	1. Super tetra/ tetra cyclin 2. Amoxilin 3. Antibiotik selain amoxilin	4. Jamu 5. Lainnya: 8. Tidak tahu 9. Tidak menjawab		<input type="checkbox"/>
6. Pada saat mengalami gejala sakit kelamin, apakah Anda melakukan sesuatu agar pasangan seks Anda tidak tertular?	1. Ya 2. Tidak ⇒ [Blok VII]	9. Tidak menjawab		<input type="checkbox"/>
7. Jika "Ya" (R.6 = 1) atau "Tidak menjawab" (R.6 = 9), cara apa saja yang pernah Anda lakukan agar pasangan seks Anda tidak tertular penyakit kelamin? [Pilihan jawaban bisa lebih dari satu, lakukan probing, jawaban jangan dibacakan]		Ya	Tidak	<input type="checkbox"/>
a. Tidak melakukan hubungan seks dengan pasangan	1	2		
b. Pakai kondom saat melakukan hubungan seks	1	2		
c. Pasangan mencari nasihat ke paramedis	1	2		
d. Lainnya, sebutkan:				

BLOK VII: MINUMAN BERALKOHOL DAN PENGGUNAAN NARKOBA

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

Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol (arak, tuak, bir, wiski, dan sejenisnya)?	1. Ya	2. Tidak ⇒ [R.3]	<input type="checkbox"/>
Jika "Ya" (R.1 = 1), apakah Anda pernah mabuk karena minum-minuman beralkohol?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
Beberapa orang mengkonsumsi narkoba, seperti ganja, pulau, shabu-shabu, dsb, untuk bersenang-senang, atau ngehai, ngeflai, ngeboal, berfantasi Apakah Anda pernah mengkonsumsi obat-obatan seperti itu walau hanya sekali?	1. Ya 2. Tidak ⇒ [R.6]	8. Tidak tahu ⇒ [R.6]	<input type="checkbox"/>
Apakah Anda pernah menggunakan narkoba suntik?	1. Ya 2. Tidak ⇒ [R.6]	8. Tidak tahu ⇒ [R.6]	<input type="checkbox"/>
Apakah dalam setahun terakhir Anda pernah menggunakan narkoba suntik?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
[Hanya ditanyakan bila responden pernah berhubungan seks] Apakah di antara pasangan seks Anda ada yang pernah menggunakan narkoba suntik?	1. Ya 2. Tidak	8. Tidak tahu 9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>

BLOK VIII: INFORMASI TAMBAHAN

Apakah dalam setahun terakhir ini Anda pernah menghadiri pertemuan maupun diskusi dengan petugas yang membahas pencegahan penularan HIV/penyakit kelamin?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak ingat 9. Tidak menjawab } ⇒ [R.3]	<input type="checkbox"/>	
Jika "Ya" (R.1 = 1), siapa yang menyelenggarakan? [Pilihan jawaban bisa lebih dari satu, tetapi jangan dibacakan]	1. Depkes 2. Depsos 4. Perusahaan 8. Pariwisata	16. LSM: 32. Lainnya:	<input type="checkbox"/>
Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali Anda dihubungi petugas lapangan LSM untuk mendiskusikan bagaimana cara melindungi Anda dan pasangan Anda dari virus HIV/AIDS dan IMS?	1. Lebih dari 3 kali 2. 2-3 kali 3. 1 kali	4. Tidak pernah 8. Tidak ingat 9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>
Dalam 3 bulan terakhir apakah Anda pernah dirujuk oleh petugas lapangan LSM ke klinik IMS untuk pengecekan kesehatan dan masalah IMS?	1. Ya 2. Tidak	8. Tidak ingat 9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>
Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali Anda menerima brosur/komik tentang virus HIV/AIDS dan IMS dari petugas lapangan LSM?	1. Lebih dari 3 kali 2. 2-3 kali 3. 1 kali	4. Tidak pernah 8. Tidak ingat 9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>
Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali Anda menerima kondom dari petugas lapangan LSM?	1. Lebih dari 3 kali 2. 2-3 kali 3. 1 kali	4. Tidak pernah 8. Tidak ingat 9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>
Dalam 3 bulan terakhir, apakah Anda pernah dihubungi oleh teman sekerja yang telah mendapat pendidikan tentang virus HIV/AIDS & IMS untuk mendiskusikan bagaimana cara melindungi Anda dan pasangan Anda dari virus HIV/AIDS & IMS?	1. Ya 2. Tidak	8. Tidak ingat 9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>

8. Kalau pernah (R.7 = 1), berapa kali Anda dihubungi dalam 3 bulan terakhir?	1. Lebih dari 3 kali 2. 2-3 kali 3. 1 kali	4. Tidak pernah 8. Tidak ingat 9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>
9. Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali Anda menerima brosur/komik tentang virus HIV/AIDS & IMS dari teman kerja tsb?	1. Lebih dari 3 kali 2. 2-3 kali 3. 1 kali	4. Tidak pernah 8. Tidak ingat 9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>
10. Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali Anda menerima kondom dari teman kerja tsb?	1. Lebih dari 3 kali 2. 2-3 kali 3. 1 kali	4. Tidak pernah 8. Tidak ingat 9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>
11. Dalam 3 bulan terakhir, apakah pernah ada program pencegahan HIV dari tempat Anda bekerja atau serikat buruh?	1. Ya 2. Tidak	9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>
12. Apakah kondom tersedia di tempat kerja Anda atau disediakan oleh majikan Anda?	1. Ya 2. Tidak	9. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/>



Sebelum mengakhiri wawancara,
teliti kembali kelengkapan isian kuesioner/jawaban responden

Ucapkan terima kasih atas partisipasinya

VSP04.PRIA

OUTPUT ANALISIS DATA SSP PAPUA

Lampiran 3

```
. use "C:\Documents and Settings\mirzal tawi\My Documents\THESIS S2 SYEH\DATA TESIS\data
tesis ssp papua olah.
> dta", clear
```

```
. des
```

```
Contains data from C:\Documents and Settings\mirzal tawi\My Documents\THESIS S2 SYEH\DATA
TESIS\data tesis ssp
```

```
> papua olah.dta
  obs:      303
  vars:      47
  size:    16,059 (98.5% of memory free)
```

variable name	storage type	display format	value label	variable label
tahun	int	%8.0g		tahun survei
provinsi	byte	%8.0g	provinsi	propinsi
kota	int	%8.0g	kota	kabupaten/kota
target	byte	%8.0g	target	kelompok sasaran
lokasi	byte	%8.0g	lokasi	jenis lokasi
umur	byte	%8.0g		umur responden
pnddk	byte	%8.0g	pnddk	pendidikan tertinggi yg pernah
st_kawin	byte	%8.0g	st_kawin	status perkawinan
fisikaid	byte	%8.0g	fisikaid	tahu orang yang terkena hiv ter
cegah1	byte	%8.0g	cegah1	tidak melakukan hubungan seks
cegah2	byte	%8.0g	cegah2	minum obat sebelum berhubungan
cegah3	byte	%8.0g	cegah3	menggunakan kondom saat berhubu
cegah4	byte	%8.0g	cegah4	menghindari penggunaan jarum su
cegah5	byte	%8.0g	cegah5	menghindari gigitan nyamuk
cegah6	byte	%8.0g	cegah6	tidak menggunakan secara bersama
cegah7	byte	%8.0g	cegah7	hanya berhubungan seks dengan s
cegah8	byte	%8.0g	cegah8	menghindari seks bebas/berganti
cegah9	byte	%8.0g	cegah9	menghindari berhubungan seks dg
cegah10	byte	%8.0g	cegah10	makan makanan bergizi
tv	byte	%8.0g	tv	sb.informasi aids melalui telev
radio	byte	%8.0g	radio	sb.informasi aids melalui radio
suratkbr	byte	%8.0g	suratkbr	sb.informasi dari koran/majalah
lsm	byte	%8.0g	lsm	sb.informasi dari lsm
toma	byte	%8.0g	toma	sb.informasi dari tokoh agama
todat	byte	%8.0g	todat	sb.informasi dari tokoh adat
poster	byte	%8.0g	poster	sb.informasi dari poster
nakes	byte	%8.0g	nakes	sb.informasi dari tenaga keseha
teman	byte	%8.0g	teman	sb.informasi dari teman
keluarga	byte	%8.0g	keluarga	sb.informasi dari keluarga
sekswps	byte	%8.0g	sekswps	pernah berhubungan seks komersi
pakaikon	byte	%8.0g	pakaikon	frekuensi penggunaan kondom pad
kondom	byte	%8.0g	kondom	selalu pakai kondom pada seks k
gejala1	byte	%8.0g	gejala1	mengalami luka/koreng di daerah
gejala2	byte	%8.0g	gejala2	mengalami benjolan di sekitar k
gejala3	byte	%8.0g	gejala3	mengalami kencing nanah setahun
gejala4	byte	%8.0g	gejala4	mengalami gejala ims lainnya(nye
gejala5	byte	%8.0g	gejala5	mengalami gejala ims lainnya(ku
gejala6	byte	%8.0g	gejala6	mengalami gejala ims lainnya(bi
umurklp	byte	%8.0g	umurklp	kelompok umur
pnddkkt	byte	%8.0g	pnddkkt	kategori tk.pendidikan
stkawin	byte	%8.0g	stkawin	status kawin
totpeng	byte	%8.0g		total nilai pengetahuan
tktpeng	byte	%8.0g	tktpeng	kategori tingkat pengetahuan

```

terpapar      byte    %8.0g      jumlah terpapar media
tkpapar      byte    %8.0g      tkpapar      tk keterpaparan informasi aids
totims       byte    %8.0g      jumlah gejala ims
ims          byte    %8.0g      ims          pernah mengalami>= lgejala ims

```

Sorted by:

OUTPUT UNIVARIAT

. sum umur

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
umur	303	30.56436	8.390805	17	55

. tab umurklp

kelompok umur	Freq.	Percent	Cum.
<=30thn	170	56.11	56.11
>30thn	133	43.89	100.00
Total	303	100.00	

. tab pnddk

pendidikan tertinggi yg pernah	Freq.	Percent	Cum.
tidak pe	53	17.49	17.49
tidak ta	59	19.47	36.96
tamat sd	62	20.46	57.43
tamat sl	45	14.85	72.28
tamat sl	64	21.12	93.40
tamat pt	20	6.60	100.00
Total	303	100.00	

. tab pnddkkat

kategori tk.pendidik an	Freq.	Percent	Cum.
rendah	219	72.28	72.28
tinggi	84	27.72	100.00
Total	303	100.00	

. tab stkawin

status kawin	Freq.	Percent	Cum.
belum/td	103	33.99	33.99
kawin/pe	200	66.01	100.00
Total	303	100.00	

. tab fisikaid

tahu orang yang terkena hiv ter	Freq.	Percent	Cum.
tidak	200	66.01	66.01
ya	103	33.99	100.00
Total	303	100.00	

. tab cegah1

tidak melakukan hubungan seks	Freq.	Percent	Cum.
tidak	204	67.33	67.33
ya	99	32.67	100.00
Total	303	100.00	

. tab cegah2

minum obat sebelum berhubungan	Freq.	Percent	Cum.
ya	281	92.74	92.74
tidak	22	7.26	100.00
Total	303	100.00	

. tab cegah3

menggunakan kondom saat berhubu	Freq.	Percent	Cum.
tidak	193	63.70	63.70
ya	110	36.30	100.00
Total	303	100.00	

. tab cegah4

menghindari penggunaan jarum su	Freq.	Percent	Cum.
tidak	205	67.66	67.66
ya	98	32.34	100.00
Total	303	100.00	

. tab cegah5

menghindari gigitan nyamuk	Freq.	Percent	Cum.
ya	255	84.16	84.16
tidak	48	15.84	100.00
Total	303	100.00	

. tab cegah6

tidak menggunakan secara bersam	Freq.	Percent	Cum.
ya	98	32.34	32.34
tidak	205	67.66	100.00
Total	303	100.00	

. tab cegah7

hanya berhubungan seks dengan s	Freq.	Percent	Cum.
tidak	200	66.01	66.01
ya	103	33.99	100.00
Total	303	100.00	

. tab cegah8

menghindari seks bebas/berga nti	Freq.	Percent	Cum.
tidak	219	72.28	72.28
ya	84	27.72	100.00
Total	303	100.00	

. tab cegah9

menghindari berhubungan seks dg	Freq.	Percent	Cum.
tidak	200	66.01	66.01
ya	103	33.99	100.00
Total	303	100.00	

. tab cegah10

makan makanan bergizi	Freq.	Percent	Cum.
ya	286	94.39	94.39
tidak	17	5.61	100.00
Total	303	100.00	

. tab tktpeng

kategori tingkat pengetahuan	Freq.	Percent	Cum.
rendah	237	78.22	78.22
tinggi	66	21.78	100.00
Total	303	100.00	

. tab tv

sb.informas i aids melalui telev	Freq.	Percent	Cum.
tidak	177	58.42	58.42
ya	126	41.58	100.00
Total	303	100.00	

. tab radio

sb.informas i aids melalui radio	Freq.	Percent	Cum.
tidak	198	65.35	65.35
ya	105	34.65	100.00
Total	303	100.00	

. tab suratkbr

sb.informas i dari koran/majal ah	Freq.	Percent	Cum.
tidak	199	65.68	65.68
ya	104	34.32	100.00
Total	303	100.00	

. tab lsm

sb.informas i dari lsm	Freq.	Percent	Cum.
tidak	237	78.22	78.22
ya	66	21.78	100.00
Total	303	100.00	

. tab toma

sb.informas i dari tokoh agama	Freq.	Percent	Cum.
tidak	282	93.07	93.07
ya	21	6.93	100.00
Total	303	100.00	

. tab todat

sb.informas i dari tokoh adat	Freq.	Percent	Cum.
tidak	282	93.07	93.07
ya	21	6.93	100.00
Total	303	100.00	

. tab poster

sb.informas i dari poster	Freq.	Percent	Cum.
tidak	193	63.70	63.70
ya	110	36.30	100.00
Total	303	100.00	

. tab nakes

sb.informas i dari tenaga keseha	Freq.	Percent	Cum.
tidak	251	82.84	82.84
ya	52	17.16	100.00
Total	303	100.00	

. tab teman

sb.informas i dari teman	Freq.	Percent	Cum.
tidak	261	86.14	86.14
ya	42	13.86	100.00
Total	303	100.00	

. tab keluarga

sb.informas i dari keluarga	Freq.	Percent	Cum.
tidak	289	95.38	95.38
ya	14	4.62	100.00
Total	303	100.00	

. tab tkpapar

tk keterpapara n informasi aids	Freq.	Percent	Cum.
kurang	242	79.87	79.87
cukup	61	20.13	100.00
Total	303	100.00	

. tab gejala1

mengalami luka/koreng di daerah	Freq.	Percent	Cum.
tidak	262	86.47	86.47
ya	41	13.53	100.00
Total	303	100.00	

. tab gejala2

mengalami benjolan di sekitar k	Freq.	Percent	Cum.
tidak	259	85.48	85.48
ya	44	14.52	100.00
Total	303	100.00	

. tab gejala3

mengalami kencing nanah setahun	Freq.	Percent	Cum.
tidak	261	86.14	86.14
ya	42	13.86	100.00
Total	303	100.00	

. tab gejala4

mengalami gejala ims lainya(nye	Freq.	Percent	Cum.
tidak	232	76.57	76.57
ya	71	23.43	100.00
Total	303	100.00	

. tab gejala5

mengalami gejala ims lainnya(ku	Freq.	Percent	Cum.
tidak	251	82.84	82.84
ya	52	17.16	100.00
Total	303	100.00	

. tab gejala6

mengalami gejala ims lainnya(bi	Freq.	Percent	Cum.
tidak	258	85.15	85.15
ya	45	14.85	100.00
Total	303	100.00	

. tab ims

pernah mengalami>= lgejala ims	Freq.	Percent	Cum.
tidak	168	55.45	55.45
ya	135	44.55	100.00
Total	303	100.00	

. tab kondom

selalu pakai kondom pada seks k	Freq.	Percent	Cum.
inkonsis	245	80.86	80.86
konsiste	58	19.14	100.00
Total	303	100.00	

OUTPUT BIVARIAT

. tab umurklp kondom, row chi2 exact

kelompok umur	selalu pakai kondom pada seks k		Total
	inkonsis	konsiste	
<=30thn	139 81.76	31 18.24	170 100.00
>30thn	106 79.70	27 20.30	133 100.00
Total	245 80.86	58 19.14	303 100.00

Pearson chi2(1) = 0.2057 Pr = 0.650
 Fisher's exact = 0.662
 1-sided Fisher's exact = 0.378

. logit kondom umurklp, or

Iteration 0: log likelihood = -147.94708
 Iteration 1: log likelihood = -147.84459
 Iteration 2: log likelihood = -147.84455

Logistic regression	Number of obs =	303
	LR chi2(1) =	0.21
	Prob > chi2 =	0.6507
Log likelihood = -147.84455	Pseudo R2 =	0.0007

kondom	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
umurklp	1.142118	.3347853	0.45	0.650	.6429854 2.028714

. tab pnddkkat kondom, row chi2 exact

tk.pendidikan	selalu pakai kondom pada seks k		Total
	inkonsis	konsiste	
rendah	190	29	219


```

      |      80.86      19.14 |      100.00
Pearson chi2(1) = 23.5408   Pr = 0.000
Fisher's exact =          0.000
1-sided Fisher's exact =          0.000

```

```
. logit kondom tkpapar , or
```

```

Iteration 0: log likelihood = -147.94708
Iteration 1: log likelihood = -138.55098
Iteration 2: log likelihood = -137.67517
Iteration 3: log likelihood = -137.67505

```

```

Logistic regression      Number of obs =      303
LR chi2(1)               =      20.54
Prob > chi2              =      0.0000
Pseudo R2                =      0.0694

Log likelihood = -137.67505

```

kondom	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
tkpapar	4.398148	1.410603	4.62	0.000	2.34567 8.246558

```
. tab ims kondom, row chi2 exact
```

pernah	selalu pakai kondom		Total
mengalami>	pada seks k		
= lgejala	ims	inkonsis	konsiste
tidak	157	11	168
	93.45	6.55	100.00
ya	88	47	135
	65.19	34.81	100.00
Total	245	58	303
	80.86	19.14	100.00

```

Pearson chi2(1) = 38.6418   Pr = 0.000
Fisher's exact =          0.000
1-sided Fisher's exact =          0.000

```

```
. logit kondom ims , or
```

```

Iteration 0: log likelihood = -147.94708
Iteration 1: log likelihood = -129.42966
Iteration 2: log likelihood = -127.88768
Iteration 3: log likelihood = -127.86804
Iteration 4: log likelihood = -127.86803

```

```

Logistic regression      Number of obs =      303
LR chi2(1)               =      40.16
Prob > chi2              =      0.0000
Pseudo R2                =      0.1357

Log likelihood = -127.86803

```


stkawin	Unmatched	.7069	.64898	12.4		0.84	0.404
	Matched	.7069	.59783	23.3	-88.3	0.34	0.732
tktpeng	Unmatched	.44828	.16327	64.6		4.90	0.000
	Matched	.44828	.38043	15.4	76.2	3.87	0.000
ims	Unmatched	.81034	.35918	102.5		6.63	0.000
	Matched	.81034	.48913	73.0	28.8	4.22	0.000

```
. psmatch2 tkpapar pnddkkat stkawin tktpeng ims, out (kondom) logit
```

```
Logistic regression          Number of obs =      303
                             LR chi2(4)          =      34.06
                             Prob > chi2         =      0.0000
Log likelihood = -135.14615   Pseudo R2          =      0.1119
```

tkpapar	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
pnddkkat	-.6343737	.4886675	-1.30	0.194	-1.592144	.323397
stkawin	-.0507488	.3252573	-0.16	0.876	-.6882415	.5867438
tktpeng	2.076281	.4858762	4.27	0.000	1.123981	3.028581
ims	.7338327	.3110376	2.36	0.018	.1242103	1.343455
_cons	-2.124186	.3471726	-6.12	0.000	-2.804632	-1.44374

There are observations with identical propensity score values.
The sort order of the data could affect your results.
Make sure that the sort order is random before calling psmatch2.

Variable	Sample	Treated	Controls	Difference	S.E.	T-stat
kondom	Unmatched	.409836066	.136363636	.273472429	.054309912	5.04
	ATT	.409836066	.229508197	.180327869	.174572846	1.03

Note: S.E. for ATT does not take into account that the propensity score is estimated.

psmatch2:	psmatch2:	Total
Treatment assignment	On support	
Untreated	242	242
Treated	61	61
Total	303	303

```
. pstest tkpapar pnddkkat stkawin tktpeng ims, treated(kondom)support(_support)
```

Variable	Sample	Mean		%reduct	%bias	t-test	
		Treated	Control			t	p> t
tkpapar	Unmatched	.43103	.14694	65.6		5.04	0.000
	Matched	.43103	.43373	-0.6	99.0	2.16	0.033
pnddkkat	Unmatched	.5	.22449	59.5		4.33	0.000
	Matched	.5	.27711	48.1	19.1	4.69	0.000
stkawin	Unmatched	.7069	.64898	12.4		0.84	0.404
	Matched	.7069	.63855	14.6	-18.0	-1.59	0.115


```
. psgraph, treated(kondom) support( _support) pscore( _pscore) bin(15)
```

```
. sum _pscore
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
_pscore	303	.2013201	.1425152	.0571158	.6603069

```
end of do-file
```

```
. sum _pscore
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
_pscore	303	.2013201	.1425152	.0571158	.6603069

```
. cci 41 23 59 77
```

	Exposed	Unexposed	Total	Proportion Exposed
Cases	41	23	64	0.6406
Controls	59	77	136	0.4338
Total	100	100	200	0.5000
	Point estimate		[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	2.326455		1.208788	4.516722 (exact,
Attr. frac. ex.	.5701615		.1727249	.7786005 (exact)
Attr. frac. pop	.3652597			
chi2(1) = 7.44 Pr>chi2 = 0.0064				

Caliper

```
. psmatch2 tkpapar umurklp pnddkkat stkawin tktpeng ims, out (kondom) cal(0.1) logit
```

```
Logistic regression                               Number of obs =      303
                                                  LR chi2(5)         =      36.69
                                                  Prob > chi2        =      0.0000
Log likelihood = -133.8287                       Pseudo R2         =      0.1206
```

	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
tkpapar						
umurklp	-.583873	.3611666	-1.62	0.106	-1.291747	.1240004
pnddkkat	-.5954185	.4923793	-1.21	0.227	-1.560464	.3696272
stkawin	.2315979	.3655213	0.63	0.526	-.4848107	.9480066
tktpeng	2.027078	.4887144	4.15	0.000	1.069215	2.98494
ims	.7531152	.3128644	2.41	0.016	.1399121	1.366318
_cons	-2.084197	.3480313	-5.99	0.000	-2.766326	-1.402068

There are observations with identical propensity score values.
 The sort order of the data could affect your results.
 Make sure that the sort order is random before calling psmatch2.

Variable	Sample	Treated	Controls	Difference	S.E.	T-stat
kondom	Unmatched	.409836066	.136363636	.273472429	.054309912	5.04
	ATT	.409836066	.081967213	.327868852	.116386991	2.82

Note: S.E. for ATT does not take into account that the propensity score is estimated.

```

      | psmatch2:
psmatch2: | Common
Treatment | support
assignment | On support | Total
-----+-----+-----
Untreated |      242 |      242
Treated   |       61 |       61
-----+-----+-----
Total     |      303 |      303

```

```
. pstest tkpapar umurklp pnddkkat stkawin tktpeng ims, treated(kondom) support
(_support)
```

Variable	Sample	Mean		%reduct		t-test	
		Treated	Control	%bias	bias	t	p> t
tkpapar	Unmatched	.43103	.14694	65.6		5.04	0.000
	Matched	.43103	.3913	9.2	86.0	4.51	0.000
umurklp	Unmatched	.46552	.43265	6.6		0.45	0.651
	Matched	.46552	.32609	27.9	-324.3	-0.96	0.341
pnddkkat	Unmatched	.5	.22449	59.5		4.33	0.000
	Matched	.5	.38043	25.8	56.6	2.13	0.035
stkawin	Unmatched	.7069	.64898	12.4		0.84	0.404
	Matched	.7069	.59783	23.3	-88.3	0.34	0.732
tktpeng	Unmatched	.44828	.16327	64.6		4.90	0.000
	Matched	.44828	.38043	15.4	76.2	3.87	0.000
ims	Unmatched	.81034	.35918	102.5		6.63	0.000
	Matched	.81034	.48913	73.0	28.8	4.22	0.000

```
. psmatch2 tkpapar pnddkkat stkawin tktpeng ims, out (kondom) cal(0.1) logit
```

```

Logistic regression          Number of obs   =      303
                             LR chi2(4)           =      34.06
                             Prob > chi2          =      0.0000
Log likelihood = -135.14615   Pseudo R2       =      0.1119

```

	tkpapar	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
pnddkkat		-.6343737	.4886675	-1.30	0.194	-1.592144 .323397
stkawin		-.0507488	.3252573	-0.16	0.876	-.6882415 .5867438
tktpeng		2.076281	.4858762	4.27	0.000	1.123981 3.028581
ims		.7338327	.3110376	2.36	0.018	.1242103 1.343455
_cons		-2.124186	.3471726	-6.12	0.000	-2.804632 -1.44374

There are observations with identical propensity score values.

The sort order of the data could affect your results.
 Make sure that the sort order is random before calling psmatch2.

Variable	Sample	Treated	Controls	Difference	S.E.	T-stat
kondom	Unmatched	.409836066	.136363636	.273472429	.054309912	5.04
	ATT	.409836066	.229508197	.180327869	.174572846	1.03

Note: S.E. for ATT does not take into account that the propensity score is estimated.

```

| psmatch2:
psmatch2: | Common
Treatment | support
assignment | On suppor | Total
-----+-----+-----
Untreated | 242 | 242
Treated | 61 | 61
-----+-----+-----
Total | 303 | 303
  
```

```
. pstest tkpapar pnddkkat stkawin tktpeng ims, treated(kondom) support (_support)
```

Variable	Sample	Mean		%reduct		t-test	
		Treated	Control	%bias	bias	t	p> t
tkpapar	Unmatched	.43103	.14694	65.6		5.04	0.000
	Matched	.43103	.43373	-0.6	99.0	2.16	0.033
pnddkkat	Unmatched	.5	.22449	59.5		4.33	0.000
	Matched	.5	.27711	48.1	19.1	4.69	0.000
stkawin	Unmatched	.7069	.64898	12.4		0.84	0.404
	Matched	.7069	.63855	14.6	-18.0	-1.59	0.115
tktpeng	Unmatched	.44828	.16327	64.6		4.90	0.000
	Matched	.44828	.31325	30.6	52.6	5.89	0.000
ims	Unmatched	.81034	.35918	102.5		6.63	0.000
	Matched	.81034	.43373	85.6	16.5	5.74	0.000

```
. psmatch2 tkpapar pnddkkat tktpeng ims, out (kondom) cal(0.1) logit
```

```

Logistic regression                Number of obs =      303
                                   LR chi2(3) =      34.03
                                   Prob > chi2 =      0.0000
Log likelihood = -135.1583          Pseudo R2 =      0.1118
  
```

tkpapar	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
pnddkkat	-.6437583	.4852732	-1.33	0.185	-1.594876 .3073596
tktpeng	2.084076	.4837679	4.31	0.000	1.135908 3.032243
ims	.7406905	.3079683	2.41	0.016	.1370837 1.344297
_cons	-2.160104	.2613304	-8.27	0.000	-2.672302 -1.647906

There are observations with identical propensity score values.
 The sort order of the data could affect your results.
 Make sure that the sort order is random before calling psmatch2.

Variable	Sample	Treated	Controls	Difference	S.E.	T-stat
kondom	Unmatched	.409836066	.136363636	.273472429	.054309912	5.04
	ATT	.409836066	.229508197	.180327869	.212347746	0.85

Note: S.E. for ATT does not take into account that the propensity score is estimated.

```

      | psmatch2:
psmatch2: | Common
Treatment | support
assignment | On support | Total
-----+-----+-----
Untreated | 242 | 242
Treated | 61 | 61
-----+-----+-----
Total | 303 | 303

```

```
. pstest tkpapar pnddkkat tktpeng ims, treated(kondom) support (_support)
```

Variable	Sample	Mean		%reduct		t-test	
		Treated	Control	%bias	bias	t	p> t
tkpapar	Unmatched	.43103	.14694	65.6		5.04	0.000
	Matched	.43103	.43373	-0.6	99.0	2.16	0.033
pnddkkat	Unmatched	.5	.22449	59.5		4.33	0.000
	Matched	.5	.27711	48.1	19.1	4.69	0.000
tktpeng	Unmatched	.44828	.16327	64.6		4.90	0.000
	Matched	.44828	.31325	30.6	52.6	5.89	0.000
ims	Unmatched	.81034	.35918	102.5		6.63	0.000
	Matched	.81034	.43373	85.6	16.5	5.74	0.000

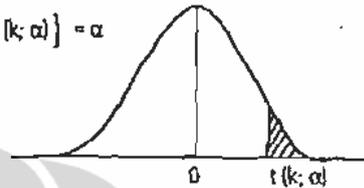
```
. psgraph, treated(kondom) support(_support) pscore(_pscore) bin(15)
```

```
end of do-file
```

```
. cci 41 23 59 77
```

	Exposed	Unexposed	Total	Proportion Exposed
Cases	41	23	64	0.6406
Controls	59	77	136	0.4338
Total	100	100	200	0.5000
	Point estimate		[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	2.326455		1.208788	4.516722 (exact)
Attr. frac. ex.	.5701615		.1727249	.7786005 (exact)
Attr. frac. pop	.3652597			
chi2(1) = 7.44 Pr>chi2 = 0.0064				

Tabel IV Distribusi t
Memberikan harga $p [t > t(k; \alpha)] = \alpha$



k \ α	.10	.05	.025	.01	.005
1	3.078	6.314	12.706	31.821	63.657
2	1.886	2.920	4.303	6.965	9.925
3	1.638	2.353	3.182	4.541	5.841
4	1.533	2.132	2.776	3.747	4.604
5	1.476	2.015	2.571	3.365	4.032
6	1.440	1.943	2.447	3.143	3.707
7	1.415	1.895	2.365	2.998	3.499
8	1.397	1.860	2.306	2.896	3.355
9	1.383	1.833	2.262	2.821	3.250
10	1.372	1.812	2.228	2.764	3.169
11	1.363	1.796	2.201	2.718	3.106
12	1.356	1.782	2.179	2.681	3.055
13	1.350	1.771	2.160	2.650	3.012
14	1.345	1.761	2.145	2.624	2.977
15	1.341	1.753	2.131	2.602	2.947
16	1.337	1.746	2.120	2.583	2.921
17	1.333	1.740	2.110	2.567	2.898
18	1.330	1.734	2.101	2.552	2.878
19	1.328	1.729	2.093	2.539	2.861
20	1.325	1.725	2.086	2.528	2.845
21	1.323	1.721	2.080	2.518	2.831
22	1.321	1.717	2.074	2.508	2.819
23	1.319	1.714	2.069	2.500	2.807
24	1.318	1.711	2.064	2.492	2.797
25	1.316	1.709	2.060	2.485	2.787
26	1.315	1.706	2.056	2.479	2.779
27	1.314	1.703	2.052	2.473	2.771
28	1.313	1.701	2.048	2.467	2.763
29	1.311	1.699	2.045	2.462	2.756
30	1.310	1.697	2.042	2.457	2.750
40	1.303	1.684	2.021	2.423	2.704
60	1.296	1.671	2.000	2.390	2.660
120	1.289	1.658	1.980	2.358	2.617
∞	1.282	1.645	1.960	2.326	2.576