

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. HIV-AIDS

2.1.1. Gambaran Epidemiologi HIV-AIDS

AIDS pertama kali dilaporkan di Los Angeles, Amerika Serikat pada tahun 1981 oleh Michael Gottlieb. Karena gejala AIDS menampakkan diri setelah didahului oleh masa tanpa gejala yang lama setelah infeksi, maka epidemi AIDS pertama diperkirakan telah terjadi di tahun tujuh puluhan. Dari pemeriksaan darah yang disimpan dari tahun ke tahun diketahui bahwa darah tertua yang terinfeksi HIV di AS adalah darah yang disimpan pada tahun 1969. Ini berarti saat AIDS dilaporkan pada tahun 1981, rakyat Amerika sudah lebih 10 tahun diserang penyakit yang mematikan ini tanpa diketahui dan disadari oleh siapapun. Dengan cara yang sama, diketahui bahwa darah tertua yang terinfeksi HIV di Afrika ialah darah yang disimpan pada tahun 1959. Dalam dasawarsa tujuh puluhan, di Afrika telah ditemukan banyak kasus dengan Sarkoma Kaposi. Atas dasar inilah orang menduga bahwa AIDS berasal dari Afrika. (Rustamadji, 1992; Wartono dkk., 1999).

Epidemi HIV terus berlanjut menjadi pandemi sunyi yang menyebar hampir ke seluruh dunia. Menurut data dari UNAIDS tahun 2007, saat ini jumlah pengidap HIV-AIDS telah mencapai 33,2 juta orang yang menyebar hampir di seluruh dunia. Jumlah kasus terbesar berada di daerah Sub Sahara Afrika dengan jumlah pengidap mencapai 22,5 juta jiwa, diikuti oleh Asia Selatan dan Tenggara dengan jumlah pengidap 4 juta jiwa.

Kasus AIDS pertama di Indonesia dilaporkan di Bali pada bulan April 1987, yaitu pada seorang wisatawan Belanda yang meninggal di RSUP Sanglah Denpasar (Depkes RI, 2006). Di saat kasus HIV/AIDS di negara lain cenderung menunjukkan penurunan, kasus HIV/AIDS di Indonesia justru semakin mengalami peningkatan. Bahkan terjadi ledakan kasus HIV dari tahun 2004 ke tahun 2006. Hingga Maret 2008, jumlah kasus HIV-AIDS yang dilaporkan di Indonesia sudah mencapai 17.998 (Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2008). Dari jumlah tersebut, 6130 orang merupakan HIV positif dan 11868 orang mengidap AIDS dengan total kematian mencapai 2486 jiwa. Berdasarkan faktor risiko penularan, penularan melalui jarum suntik sebesar 49%, hubungan heteroseksual 43%, dan homoseksual 4%. Sedangkan berdasarkan sebaran jenis kelamin dan usia, AIDS banyak terjadi pada pria (78%) dengan rentang usia 20-29 tahun (54%).

Prevalensi HIV-AIDS di Indonesia secara umum memang masih rendah, akan tetapi Indonesia telah digolongkan sebagai negara dengan tingkat epidemi yang terkonsentrasi (*concentrated level epidemic*) yaitu adanya prevalensi lebih dari 5% pada sub populasi tertentu seperti pada pekerja seks dan penyalah guna NAPZA (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya). Tingkat epidemi ini menunjukkan tingkat perilaku berisiko yang cukup aktif menularkan HIV di dalam suatu sub populasi tertentu. Selanjutnya perjalanan epidemi ini akan ditentukan oleh jumlah dan sifat hubungan antara kelompok berisiko tinggi dengan populasi umum (Depkes RI, 2006).

Walaupun jumlah kasus HIV-AIDS yang ada di Indonesia berkembang dengan cepat dalam tahun-tahun terakhir, namun jumlah kasus yang sebenarnya diperkirakan jauh lebih besar. Masih banyaknya kasus HIV-AIDS yang tidak tercatat

menjadikan pola perkembangan HIV-AIDS di Indonesia seperti fenomena gunung es yang hanya muncul dan terlihat sedikit dipermukaan, tetapi jauh lebih besar yang tidak terlihat di bawahnya. Masih banyaknya kasus yang tidak tercatat ini kemungkinan disebabkan karena kebanyakan orang yang terinfeksi HIV tidak menyadari bahwa dirinya terinfeksi HIV, masih kuatnya stigma terhadap penderita AIDS, dan masih terbatasnya kemampuan deteksi dini kasus HIV (Depkes RI, 2006).

2.1.2. Pengertian

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan melemahkan kemampuan tubuh untuk melawan penyakit. Pada saat kekebalan tubuh mulai melemah, timbullah berbagai masalah kesehatan. Gejala yang umumnya timbul antara lain demam, batuk, atau diare yang terus-menerus. Kumpulan gejala penyakit akibat melemahnya sistem kekebalan tubuh inilah yang disebut dengan AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) (Spiritia, 2003).

HIV hidup di semua cairan tubuh manusia, tetapi hanya dapat ditularkan melalui cairan tubuh tertentu yaitu darah, air mani (cairan, bukan sperma), cairan vagina, dan ASI (Spiritia, 2003). Penularan HIV dapat terjadi melalui bersenggama yang membiarkan darah, air mani, atau cairan vagina dari orang HIV-positif masuk ke aliran darah orang yang belum terinfeksi (yaitu senggama yang dilakukan tanpa kondom melalui vagina atau dubur, juga melalui mulut walau dengan kemungkinan kecil). Selain itu HIV juga menular melalui pemakaian jarum suntik bekas orang lain yang mengandung HIV, menerima transfusi darah yang terinfeksi HIV, serta dari ibu

yang positif HIV kepada bayinya sewaktu dalam kandungan, melahirkan, dan jika menyusui sendiri (Spiritia, 2007).

HIV menyerang salah satu jenis dari sel-sel darah putih yang bertugas menangkal infeksi. Sel darah putih tersebut termasuk limfosit yang disebut sel T-4 atau sel T-penolong (*T-helper*), atau disebut juga sel CD-4. Virus ini mempunyai kemampuan untuk 'mengkopi-cetak' materi genetik diri di dalam materi genetik sel-sel yang ditumpanginya. Melalui proses inilah HIV dapat mematikan sel-sel T-4 (Depkes, 1997).

Kerusakan progresif pada sistem kekebalan tubuh menyebabkan ODHA (Orang Dengan HIV-AIDS) amat rentan dan mudah terjangkit bermacam-macam penyakit. Serangan penyakit yang biasanya tidak berbahaya pun lama-kelamaan akan menyebabkan pasien sakit parah, bahkan meninggal (Depkes RI, 1997). AIDS telah menjadi penyebab kematian terbesar ke-empat pada orang dewasa di seluruh dunia, dan karena itu usia harapan hidup menurun lebih dari 10 tahun di beberapa negara (KPA, 2005).

2.1.3. Perjalanan HIV-AIDS

Secara singkat, perjalanan HIV-AIDS dapat dibagi dalam empat stadium:

1. Stadium pertama: HIV

Infeksi dimulai dengan masuknya HIV ke dalam tubuh, kemudian diikuti dengan terjadinya perubahan serologik ketika antibodi terhadap virus berubah dari negatif menjadi positif. Lama *window period*, tenggang waktu antara masuknya HIV ke dalam tubuh seseorang sampai munculnya antibodi terhadap virus tersebut, biasanya berlangsung antara 1 sampai 6 bulan. Pada

periode ini, seseorang yang telah terinfeksi HIV masih dapat menunjukkan hasil tes negatif dan terlihat sehat, akan tetapi dapat menularkan virus ke orang lain.

2. Stadium kedua: Asimtomatik (tanpa gejala)

Asimtomatik berarti bahwa dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh belum menunjukkan gejala-gejala. Dalam darah sudah timbul antibodi dan tes darah spesifik pun dapat menunjukkan adanya antibodi terhadap virus. Orang yang memasuki stadium ini mungkin tetap sehat dalam jangka yang waktu cukup lama setelah infeksi, rata-rata 5-10 tahun, tetapi tetap dapat menularkan virus ke orang lain

3. Stadium ketiga: Pembesaran kelenjar limfe

Fase ini ditandai dengan pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*persistent generalized lymphadenopathy*) yang berlangsung lebih dari 1 bulan. Saat memasuki fase ini pada beberapa orang gejala dini mulai tampak, gejala ini dapat berupa penurunan berat badan hebat, demam lama dan berkeringat hebat waktu malam, serta ruam kulit dan diare terus-menerus.

4. Stadium empat: AIDS

Pada stadium empat jumlah sel T-4 penderita di bawah 200 per mikroliter. Keadaan ini disertai dengan timbulnya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit syaraf, dan penyakit infeksi sekunder. Pada stadium ini seseorang dikatakan menderita AIDS.

Pada tiap stadium setelah infeksi dengan HIV, seseorang dapat menularkan virus tersebut kepada orang lain meskipun belum menunjukkan gejala-gejala AIDS.

(Depkes RI, 1997 dan *The British Medical Association*, 1993)

2.1.4. Kriteria Diagnostik

Untuk keperluan surveilans AIDS di Indonesia, digunakan definisi kasus AIDS yang disusun oleh US Centers for Disease Control (CDC) dan disetujui oleh WHO. Berdasarkan diagnosis tersebut, AIDS ditetapkan bila terdapat dua gejala mayor dan satu gejala minor serta tidak ada sebab-sebab immunosupresi yang diketahui seperti kanker, malnutrisi berat, atau etiologi lainnya.

Gejala mayor:

1. Demam berkepanjangan lebih dari 3 bulan
2. Diare kronis lebih dari 1 bulan, baik berulang maupun terus-menerus
3. Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam 3 bulan

Gejala minor

1. Batuk kronis selama lebih dari 1 bulan
2. Infeksi pada mulut dan tenggorokan yang disebabkan oleh jamur *Candida albicans*
3. Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh
4. Munculnya *Herpes zoster* berulang
5. Bercak-bercak gatal di seluruh tubuh

Catatan: Sekalipun kriteria di atas terpenuhi, kasus tidak dianggap sebagai kasus AIDS kalau tes terhadap HIV negatif.

(Depkes RI, 1997; Amiruddin dkk., 1992)

2.1.5. Cara Penularan dan Pencegahan

Umumnya HIV menular melalui hubungan seks tanpa pelindung, pemakaian jarum suntik dan alat lain secara bergantian diantara pecandu narkoba, serta ibu

yang menularkan virus HIV pada bayinya sebelum atau selama persalinan dan melalui ASI (*The British Medical Association*, 1993).

HIV belum terbukti menular melalui kontak biasa seperti hidup serumah dengan pengidap HIV-AIDS (selama tidak melakukan hubungan seks), bersentuhan baik dengan pengidap maupun dengan pakaian dan barang-barang lain yang bekas dipakai pengidap, bersin atau batuk, berciuman, makan dan minum bersama, gigitan nyamuk dan serangga lain, serta bersama-sama berenang di kolam renang (Wartono, 1999).

Untuk menghindari penularan HIV, seseorang dapat melakukan tindakan-tindakan pencegahan sebagai berikut:

1. Menghindari hubungan seksual di luar nikah
2. Melakukan hubungan seksual hanya dengan satu orang yang juga tidak berhubungan seks dengan orang lain
3. Menghindari hubungan seksual dengan kelompok risiko tinggi (misalnya pekerja seks, pengguna narkoba suntik, dsb.)
4. Menggunakan kondom sewaktu berhubungan seks
5. Menggunakan jarum suntik dan alat-alat tusuk lainnya (akapunktur, tato, tindik, dll) yang steril
6. Ibu yang mengidap HIV sebaiknya tidak hamil karena dapat menularkan HIV kepada janinnya

(Kabar IKM, 2001)

2.1.6. Tes HIV

Tes HIV adalah suatu tes terhadap darah, cairan tubuh, atau organ tubuh yang dipakai untuk memastikan apakah seseorang telah terinfeksi HIV atau tidak. Beberapa tes yang sering dipakai adalah *Elisa*, *Latex Agglutination*, dan *Western Blot*. Apabila hasil tes Elisa atau Latex Agglutination menunjukkan seseorang terinfeksi HIV, hasilnya perlu dikonfirmasi dengan tes Western Blot (yang mempunyai spesifisitas lebih tinggi) untuk memastikan apakah orang tersebut positif mengidap HIV.

Tes tertentu juga dapat dilaksanakan untuk menguji HIV, yaitu tes Antigen p24 atau Polymerase Chain Reaction (PCR). PCR ini biasanya hanya dipakai untuk penelitian kasus-kasus yang sulit dideteksi dengan tes antibodi. Misalnya untuk tes HIV pada bayi yang lahir dari ibu HIV positif, serta kasus-kasus yang diperkirakan masih berada dalam *window period*.

Untuk mengetahui secara dini status HIV seseorang. Tes perorangan ini akan memberi kesempatan pada orang yang ternyata HIV positif agar segera memperoleh perawatan dan konseling jika diinginkan. Seseorang yang akan menjalani tes HIV seharusnya mendapatkan konseling *pre*-tes oleh seorang atau tim konselor yang akan membahas dengan cukup mendalam aspek positif dan negatif dari tes HIV, sehingga orang tersebut benar-benar menyadari konsekuensinya. Bila sesudah konseling seseorang tetap bersedia dites, maka dia harus membuat pernyataan tertulis (*informed consent*) mengenai kesediaannya untuk dites. Setelah beberapa waktu dia akan mendapat hasil tes yang akan disampaikan secara langsung dalam konseling *pasca* tes oleh konselor yang bersangkutan.

Tes selalu harus dilakukan secara sukarela dan terjamin kerahasiaannya. Hasil tes hanya akan diketahui oleh orang yang mengambil tes dan konselornya (yang memberitahukannya). Kerahasiaan hasil tes ini harus tetap terjaga. Para petugas, konselor, atau orang lain yang terlibat dalam pemeriksaan HIV tidak boleh mengumumkan atau membocorkan hasil tes HIV kepada orang lain kecuali orang yang mengambil tes (azas konfidensialitas) (Depkes RI, 1997).

Hasil tes positif menyatakan bahwa telah terjadi infeksi oleh HIV dan orang tersebut dapat menularkannya kepada orang lain. Sedangkan hasil tes negatif memiliki dua kemungkinan, yaitu orang tersebut tidak terinfeksi HIV atau antibodi terhadap HIV belum terdeteksi. Tubuh membutuhkan waktu untuk membentuk antibodi setelah terinfeksi HIV, oleh karena itu pada hasil tes negatif virus mungkin ada tetapi antibodi yang dideteksi oleh tes belum terbentuk (*The British Medical Association*, 1993).

2.1.7. Pengobatan HIV.

Sampai saat ini belum ada obat yang dapat menghilangkan HIV di dalam tubuh. Obat yang tersedia baru berfungsi mengurangi kecepatan pertumbuhan HIV dan membantu memperpanjang serta memperbaiki kualitas hidup penderita. Obat ini berasal dari golongan antiretroviral.

Antiretroviral adalah obat yang dapat menekan perkembangbiakan HIV dalam menginfeksi sel-sel yang masih sehat. Obat antiretroviral yang utama adalah *Zidovudine* atau *Azidotimidin* (AZT). AZT dapat menekan jumlah HIV dan meningkatkan kadar limfosit T *helper*. Pemakaian AZT pada ibu hamil yang terinfeksi HIV dapat mengurangi risiko penularan kepada bayinya dari 30% menjadi

8%. Obat anti-retroviral lain yang dapat digunakan yaitu didanosin (ddI) dan didicitosin (ddC). Obat jenis ini biasanya diberikan apabila efek samping AZT terlalu berat atau pada keadaan resisten terhadap AZT.

Untuk mengobati HIV setidaknya digunakan dua jenis obat antiretroviral, tetapi agar terapi dapat berjalan efektif untuk jangka waktu yang lama sebaiknya menggunakan kombinasi tiga obat. Bila obat-obatan ini dapat dikombinasikan dengan cara yang tepat, maka efektivitas pengobatan akan semakin meningkat. Jumlah HIV di dalam tubuh berkurang dan kekebalan tubuh kembali mendekati normal. Agar efektivitas pengobatan ini tidak menurun, obat harus selalu diminum secara teratur dan sesuai petunjuk dokter. Obat-obatan ini dapat mengurangi 99% jumlah partikel virus yang berada di dalam peredaran darah, akan tetapi sukar untuk memusnahkan HIV yang berada di dalam limfosit atau dalam keadaan laten. Jadi walaupun terapi ini sangat menjanjikan kesembuhan, belum bisa dikatakan bahwa ada obat yang dapat menyembuhkan AIDS (Depkes RI, 1997).

2.1.8. HIV-AIDS dan Dunia Usaha

HIV-AIDS bukan hanya merupakan masalah kesehatan dan sosial, melainkan juga dapat mengimbas ke bidang ekonomi. Wabah ini berpotensi menurunkan pertumbuhan ekonomi karena mayoritas yang terjangkit berada di usia kerja atau produktif (15-49 tahun). Dengan semakin banyaknya pengidap HIV-AIDS maka dunia usaha akan merasakan langsung dampaknya, seperti tuntutan biaya tambahan untuk pos kesehatan dan penurunan produktivitas. Menlu Australia, Alexander Downer, mengatakan pada 2001 diperkirakan kerugian akibat HIV/AIDS di kawasan Asia Pasifik mencapai 7,3 miliar dolar AS. ADB (*Asian Development Bank*) dan

UNAIDS memperkirakan jika wabah ini terus berjalan, maka diperkirakan kerugian ekonomi akibat HIV/AIDS pada 2010 akan melonjak menjadi 18,7 miliar dolar AS dan 26,9 juta dolar AS pada 2015¹.

HIV-AIDS bisa dilihat sebagai 'pajak penghasilan' yang berdampak negatif terhadap masyarakat dan ekonomi. Biaya akibat HIV-AIDS dapat dibagi menjadi biaya langsung dan tidak langsung. Biaya langsung misalnya pengobatan pekerja yang sakit serta pelayanan kesehatan dan asuransi yang lebih mahal. Biaya tidak langsung misalnya penurunan produktivitas, ketidakhadiran, serta peningkatan ongkos rekrutmen dan pelatihan untuk staf pengganti. HIV-AIDS dapat menyebabkan pengeluaran perusahaan meningkat dan sementara itu produktifitas semakin menurun².

Upaya penanggulangan HIV-AIDS memerlukan keterlibatan seluruh komponen masyarakat, termasuk dunia usaha. Adanya kaidah ILO tentang HIV-AIDS dan dunia kerja serta kesepakatan tripartit antara pemerintah, pengusaha, dan serikat pekerja dapat dijadikan dasar untuk melaksanakan program HIV-AIDS di tempat kerja. Depnakertrans RI sendiri juga telah mengeluarkan SK Menakertrans tahun 2004 yang menetapkan bahwa setiap perusahaan wajib melakukan program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS di tempat kerja. Tidak hanya mengembangkan program, perusahaan juga diwajibkan mengembangkan kebijakan mengenai upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS.

Dunia usaha (perusahaan) merupakan tempat yang strategis dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Dengan memusatkan usaha-usaha

¹http://www.aidsindonesia.or.id/index.php?option=com_content&task=view&id=769&Itemid=2

²<http://www.abcon aids.org/ABC/asp/view.asp?SponsorID=50&SiteID=0&MenuID=156&SubMenuID=87&PageID=95&LangID=10>

pengecahan HIV-AIDS di tempat-tempat kerja, maka banyak pekerja yang berisiko bisa dijangkau. Tempat kerja merupakan tempat berkumpulnya sejumlah besar pekerja dimana sebagian dari waktu mereka dihabiskan di sana. Selain itu di tempat kerja juga memungkinkan untuk diselenggarakan program pendidikan kesehatan. Program pencegahan HIV-AIDS di tempat kerja merupakan salah satu upaya yang efektif serta membutuhkan biaya yang lebih sedikit dan menghindari konsekuensi keuangan juga sosial yang lebih serius yang diakibatkan oleh HIV-AIDS.

2.1.9. HIV-AIDS dan *Mobile Migrant Population*

Beberapa jenis pekerjaan tertentu dapat berpotensi bagi para pekerja untuk terpapar HIV-AIDS. Para pekerja yang termasuk ke dalam kategori *mobile migrant population* merupakan salah satu kelompok pekerja yang berisiko terhadap penularan HIV-AIDS ini. Karena tuntutan pekerjaan, mereka biasanya sering berpindah-pindah, menetap di suatu tempat dalam waktu yang relatif singkat, serta jauh dari pasangan atau keluarga.

KPAN (2003) menyatakan bahwa salah satu kelompok yang rentan terhadap penularan HIV-AIDS ini adalah orang dengan mobilitas yang tinggi. Penelitian yang dilakukan oleh Hugo juga (2001) menyatakan adanya hubungan yang jelas antara penduduk yang memiliki mobilitas tinggi dengan kecenderungan melakukan perilaku seksual berisiko (terutama dengan PSK), dibanding kelompok lain yang kurang dinamis. Mereka tergolong berisiko akibat sejumlah faktor, seperti jauh dari pasangan atau keluarga, lepas dari kungkungan perilaku tradisional terutama tentang perilaku seksual, dan pertumbuhan industri seks komersil di sekitar lingkungan tempat kerjanya.

Selain itu survey yang diadakan oleh St. John's Cathedral HIV Education Centre menyatakan terdapat kaitan yang erat antara perpindahan (migrasi) dengan HIV. Sebagai contoh dari seluruh warga Filipina yang terinfeksi HIV, 28% adalah para buruh yang baru kembali bekerja dari luar negeri. Di Bangladesh, sekitar 41% orang yang terinfeksi HIV adalah merupakan para pekerja migran³.

Sejalan dengan penelitian yang lain, penelitian yang dilakukan oleh Li dkk. (2007) mengenai perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS pada penduduk desa di Cina menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara mobilitas dengan perilaku seksual berisiko. Berdasarkan penelitian tersebut, mobilitas ditemukan berhubungan dengan peningkatan perilaku seksual berisiko seperti memiliki pasangan seksual lebih dari satu dan penggunaan jasa pekerja seks. Sementara itu di Ho Chi Minh City, Vietnam, pekerja konstruksi yang bergerak merupakan salah satu dari kelompok-kelompok yang dianggap paling rentan untuk terkena HIV dan untuk berperan dalam penyebarannya (UNDP, 2003).

Mobile migrant population ini memiliki pola dan tingkatan mobilitas yang berbeda-beda, yang mungkin turut menjadi faktor yang berpengaruh terhadap tingginya perilaku seksual berisiko. Survei yang dilakukan Mariyah (1992) mengenai perilaku seksual buruh bangunan migran di Denpasar menunjukkan bahwa 90% responden menyatakan pernah melakukan hubungan seks dengan pekerja seks, orang asing, maupun pacar sendiri. Sebagian besar dari mereka berhubungan seks dengan pasangan yang berganti-ganti tanpa menggunakan kondom.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Berliani (1999) mengenai perilaku seksual pekerja migran menyebutkan bahwa 43% responden menyatakan pernah

³ <http://www.aids-ina.org/modules.php?name=News&file=article&sid=203>

berhubungan seksual dengan pekerja seks, dari jumlah tersebut 86% mengaku tidak menggunakan kondom. Sementara itu survei sentinel perilaku Pusat Penelitian Kesehatan (Puslitkes) UI terhadap perilaku berisiko tinggi terkena PMS/HIV di Bali, Kupang, dan Ujung Pandang tahun 2000 menunjukkan bahwa 44% responden laki-laki (pelaut, pengemudi truk dan bus antar kota) di Bali, 85% di Kupang, dan 38% di Makassar melaporkan bahwa mereka memakai jasa pekerja seks dengan angka penggunaan kondom secara konsisten di bawah 9% (dalam Ruddick, 2001).

Hasil survei surveilans perilaku (SSP) BPS dan Depkes RI tahun 2004-2005 pada kelompok pria juga menunjukkan bahwa terdapat 59% sopir/kernet truk dan 55% pelaut/ABK yang membeli seks dalam setahun terakhir. Selain itu terdapat 52% sopir/kernet truk dan 51% pelaut/ABK yang memiliki pasangan seksual lebih dari satu. Di lain pihak pemakaian kondom di kedua kelompok ini masih sangat rendah, yaitu hanya 8,1% sopir/kernet truk dan 6,4% pelaut/ABK yang menyatakan selalu menggunakan kondom.

Dari hasil SSP tersebut diketahui pula terdapat 60% sopir/kernet truk dan 55% pelaut/ABK yang suka membeli seks mempunyai istri. Hal ini tentunya dapat memungkinkan penyebaran HIV yang lebih luas lagi, yaitu dari kelompok yang berisiko tinggi (PSK) ke kelompok yang berisiko rendah (ibu rumah tangga/anak-anak). Besarnya pelanggan seks yang berstatus menikah menunjukkan adanya potensi penyebaran HIV ke dalam lingkungan keluarga. Ditjen PPM & PL Depkes RI mengestimasi jumlah pelanggan dari pekerja seks yang tertular HIV sekitar 28.340 kasus dan pasangan pelanggan pekerja seks yang tertular HIV sekitar 5200 kasus (Depkes RI, 2006). Seorang pekerja yang melakukan perilaku seksual berisiko

tidak hanya dapat terinfeksi HIV, tetapi juga dapat menularkan virus tersebut kepada istri atau bahkan sampai ke anak-anaknya kelak.

2.2. Teori yang Mendasari Perilaku

2.2.1. *Health Belief Model*

Ada beberapa model perilaku kesehatan yang dapat menggambarkan bagaimana sebuah perilaku terbentuk, diantaranya yaitu teori *Health Belief Model* (HBM) dari Becker & Rosenstock. Teori ini berpendapat bahwa persepsi kita terhadap sesuatu lebih menentukan keputusan yang kita ambil dibandingkan dengan kejadian yang sebenarnya. Teori HBM oleh Rosenstock (1966) ini didasarkan pada empat elemen persepsi seseorang, yaitu:

- *Perceived susceptibility*: penilaian individu mengenai kerentanan mereka terhadap suatu penyakit
- *Perceived seriousness*: penilaian individu mengenai seberapa serius kondisi dan konsekuensi yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut
- *Perceived barriers*: penilaian individu mengenai besar hambatan yang ditemui untuk mengadopsi perilaku kesehatan yang disarankan, seperti hambatan finansial, fisik, dan psikososial
- *Perceived benefits*: penilaian individu mengenai keuntungan yang didapat dengan mengadopsi perilaku kesehatan yang disarankan

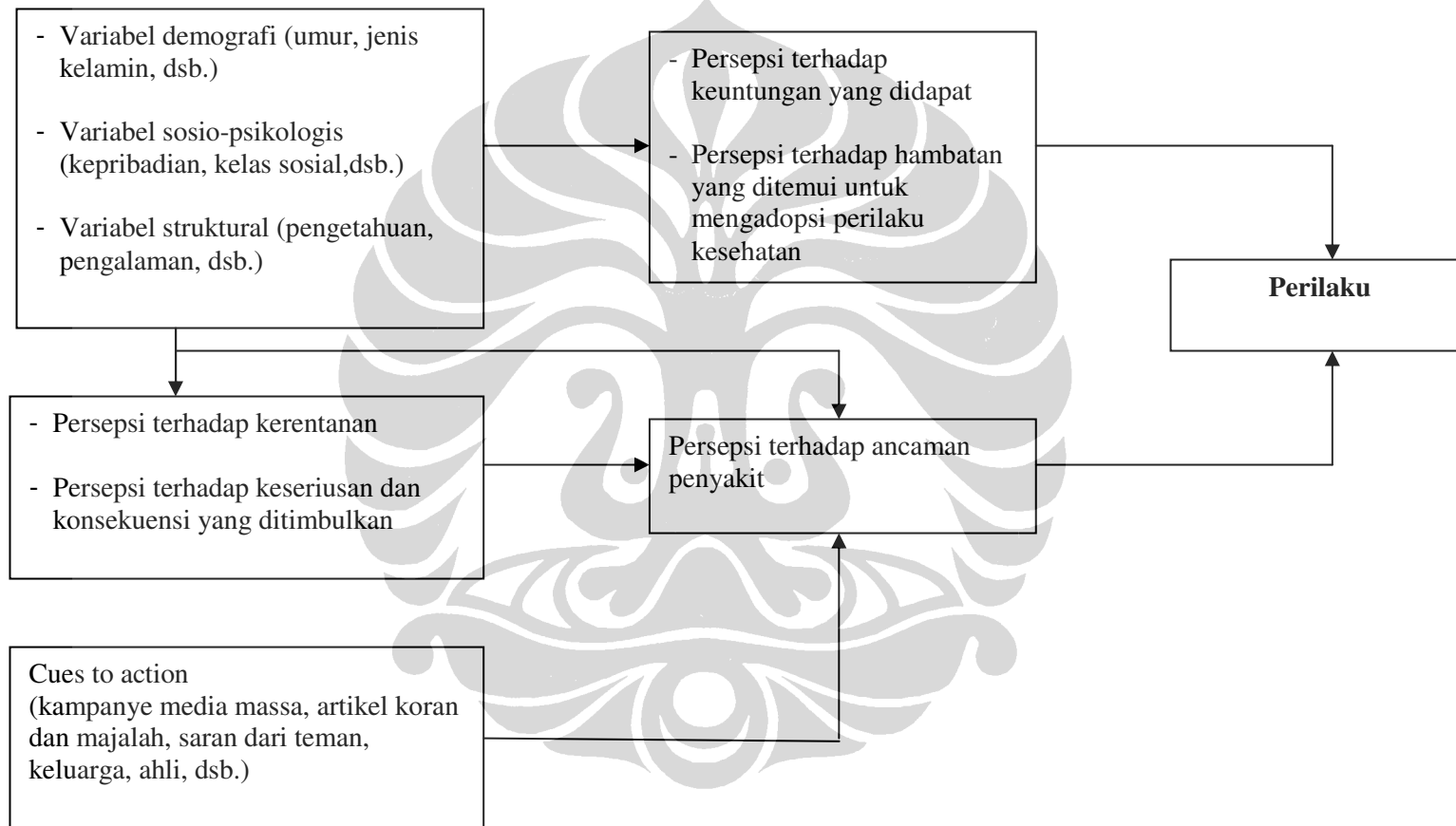
Selanjutnya, teori ini kemudian dikembangkan dan ditambahkan dengan faktor-faktor yang dianggap berpengaruh terhadap perilaku kesehatan, yaitu:

- Variabel demografi; seperti usia, jenis kelamin, ras, pekerjaan, dsb.
- Variabel sosio-psikologis; seperti kepribadian, sosial-ekonomi, dsb.

- Variabel struktural; seperti pengetahuan, pengalaman, dsb.
- *Cues to action*; pengaruh dari luar dalam mempromosikan perilaku kesehatan yang disarankan, seperti pemberian informasi melalui media massa, artikel surat kabar dan majalah, saran dari ahli, dsb.

(Smet, 1994; Damayanti, 2004)

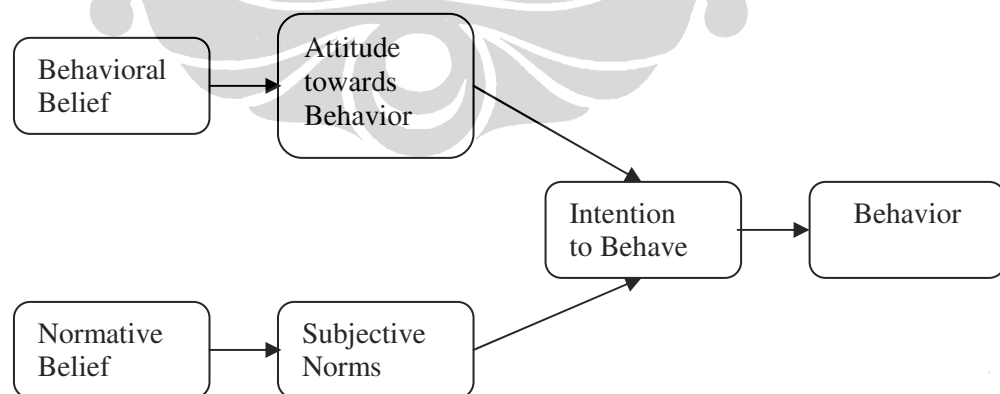




Gambar 2.1. Health Belief Model

2.2.2. Theory of Reasoned Action

Theory of Reasoned Action (TRA) pertama kali dicetuskan oleh Ajzen pada tahun 1980 (Jogiyanto, 2007). Teori ini disusun dengan menggunakan asumsi dasar bahwa manusia berperilaku dengan cara yang sadar dan mempertimbangkan segala informasi yang tersedia. Dalam TRA ini, Ajzen (1980) menyatakan bahwa niat seseorang untuk melakukan suatu perilaku akan menentukan dilakukan atau tidaknya perilaku tersebut. Lebih lanjut Ajzen mengemukakan bahwa niat untuk melakukan perilaku tertentu dipengaruhi oleh dua penentu dasar, yang pertama berhubungan dengan sikap (*attitude towards behavior*) dan yang lain berhubungan dengan pengaruh sosial yaitu norma subjektif (*subjective norms*). Dalam upaya mengungkapkan pengaruh sikap dan norma subjektif terhadap niat untuk dilakukannya suatu perilaku, Ajzen melengkapi TRA ini dengan keyakinan (*beliefs*). Ajzen mengemukakan bahwa sikap berasal dari keyakinan terhadap perilaku (*behavioral beliefs*), sedangkan norma subjektif berasal dari keyakinan normatif (*normative beliefs*). Secara skematik TRA dapat dilihat seperti gambar di bawah ini.



Gambar 2.2. Theory of Reasoned Action

2.2.3. *Social Learning Theory*

Tokoh utama teori ini adalah Albert Bandura. Tidak seperti rekan-rekannya sesama penganut aliran behaviorisme, Bandura memandang tingkah laku manusia bukan semata-mata refleks otomatis atas stimulus (S-R bond); melainkan juga akibat reaksi yang timbul sebagai hasil interaksi antara lingkungan dengan skema kognitif manusia itu sendiri.

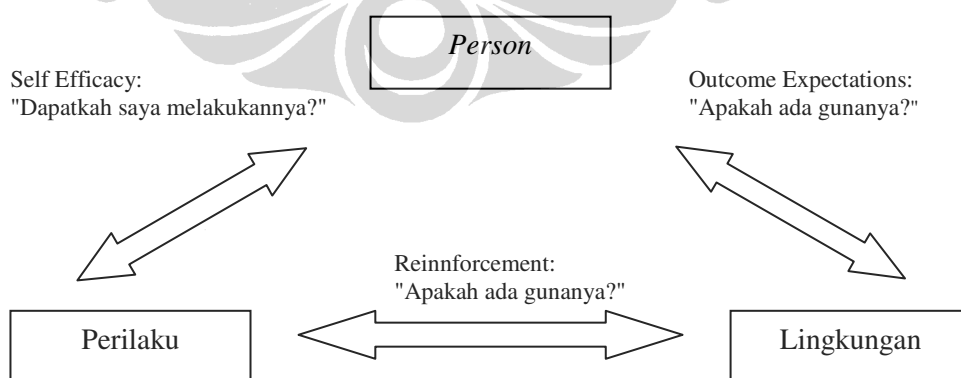
Teori pemahaman sosial menekankan pada hubungan segitiga antara orang (menyangkut proses-proses kognitif), perilaku, dan lingkungan dalam suatu proses “deterministik resiprokal” (atau “kausalitas resiprokal”). Kalau lingkungan menentukan atau menyebabkan terjadi perilaku kebanyakan, maka seorang individu menggunakan proses kognitifnya untuk menginterpretasikan lingkungan maupun perilaku yang dijalankannya serta memberikan reaksi dengan cara mengubah lingkungan dan menerima hasil perilaku yang lebih baik.

Teori pemahaman sosial melihat perilaku sebagai fungsi "*self efficacy*" (*self confidence*) dan harapan hasil dari seseorang. Seseorang menjadi merasa yakin atas kemampuannya karena kehadiran pengalaman berkenaan dengan sebuah perilaku atau ia merasa yakin berdasarkan observasi yang dilakukannya pada orang lain sehubungan pelaksanaan perilaku tersebut di masa lalu. Dengan asumsi bahwa harapan hasil yang positif atau negatif juga tergantung pada pengalaman-pengalaman pribadi atau penyelaman terhadap pengalaman orang lain.

Belajar menyelami (mengobservasi) pengalaman orang lain merupakan tema sentral teori pemahaman sosial. Secara sederhana dapat dikatakan bahwa bila kita melihat orang lain (sebuah "model") menjalankan sebuah perilaku, maka kemampuan kita "meniru" (*reproduce*) perilaku tersebut menjadi bertambah. Bandura membagi

proses pemahaman menyelami orang lain (*vicarious learning*) menjadi empat tahap, yaitu memperhatikan model, mengingat apa yang telah diobservasi, meniru perilaku, dan *reinforcement* perilaku. *Reinforcement* dapat merupakan penyelaman ketika orang yang belajar melihat seorang model yang memperoleh hasil yang positif dari perilaku yang dijalkannya. Selain itu, orang-orang yang belajar dapat memperoleh *reinforcement* diri mereka sendiri atau menerimanya dari orang lain.

Melalui proses penilaian *self efficacy*, seseorang dapat menentukan tingkat ketrampilan yang dia miliki serta menjawab pertanyaan: “Dapatkah saya melakukannya, dan sampai seberapa baik?” Melalui proses peninjauan kembali hasil-hasil pengalaman pribadi atau pengalaman orang lain, seorang dapat menjawab pertanyaan: “Akankah ada gunanya?” Apabila seseorang menjawab “ya” untuk kedua pertanyaan tadi, maka perilaku akan cenderung terjadi. Kemudian *reinforcement* yang sesungguhnya, yaitu “reaksi” lingkungan terhadap perilaku, dapat menentukan apakah perilaku tersebut akan terulang lagi di masa mendatang.



Gambar 2.3. Social Learning Theory

(Graeff dkk., 1996)

2.3.4. *Information-Motivation-Behavioral Skills Model (IMB Model)*

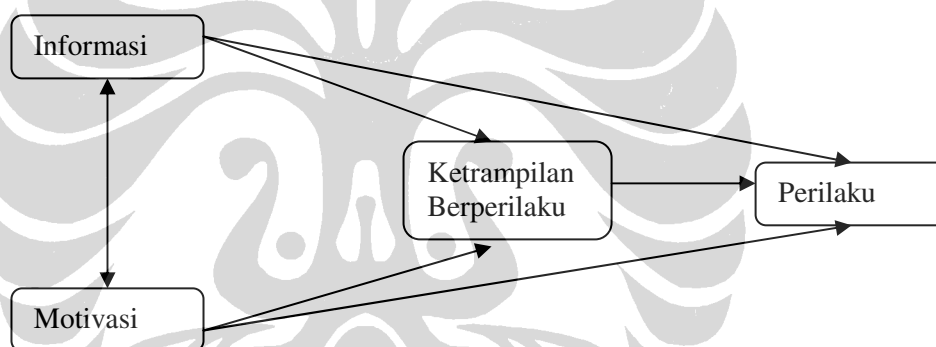
IMB model diperkenalkan oleh Fisher dan Fisher tahun 1992, model ini dirancang untuk mengubah perilaku berisiko yang dapat menyebabkan penularan HIV-AIDS. IMB model berpendapat bahwa informasi, motivasi, dan ketrampilan berperilaku merupakan faktor utama yang dapat mempengaruhi perilaku pencegahan seseorang terhadap HIV-AIDS. Melalui informasi, motivasi, dan ketrampilan berperilaku untuk mengurangi risiko penularan, perilaku pencegahan terhadap HIV-AIDS juga lebih mudah terwujud.

Informasi berhubungan dengan pengetahuan dasar mengenai penyakit, kondisi kesehatan, maupun perilaku pencegahan yang dianjurkan. Sementara itu motivasi dipengaruhi oleh motivasi individu dan motivasi sosial. Motivasi individu didasarkan pada sikap terhadap perilaku pencegahan, norma subjektif, dan beberapa elemen dari *Health Belief Model* (persepsi mengenai kerentanan terhadap penyakit, keuntungan dan hambatan dari perilaku pencegahan, 'biaya' yang ditimbulkan dari perilaku berisiko, dsb.). Motivasi sosial didasarkan pada norma sosial, persepsi individu mengenai dukungan sosial, serta adanya saran dari orang lain.

Sementara itu ketrampilan berperilaku merupakan kemampuan individu untuk melakukan tindakan pencegahan, seperti kemampuan merundingkan untuk tidak melakukan hubungan seksual, mendesak untuk menggunakan kondom, dsb. Ketrampilan berperilaku ini memastikan bahwa seseorang mempunyai keterampilan, alat, dan strategi untuk berperilaku yang didasarkan pada keyakinannya (*self efficacy*) dan perasaan bahwa ia dapat mempengaruhi keadaan/situasi (*perceived behavioural control*) untuk melakukan perilaku tersebut. Keterampilan berperilaku

merupakan prasyarat yang menentukan apakah informasi dan motivasi yang bagus mampu mendorong tindakan pencegahan atau perubahan perilaku yang efektif.

Model ini beranggapan bahwa informasi dan motivasi masing-masing dapat memiliki pengaruh secara langsung maupun tidak langsung terhadap perilaku seseorang. Pengaruh tidak langsung yaitu melalui kerja sama antara informasi dan motivasi dengan ketrampilan berperilaku (lihat gambar 2.1.). Model ini juga berpendapat bahwa informasi dapat mempengaruhi motivasi seseorang, begitu juga sebaliknya.



Gambar 2.4. IMB Model

2.3. Tinjauan Penelitian Terkait

2.3.1. Informasi

Informasi, dalam hal ini pengetahuan mengenai HIV-AIDS, dapat mempengaruhi perilaku seksual seseorang. Penelitian yang dilakukan oleh Berliani (1997) mengenai perilaku seksual pekerja migran (TKI) memperlihatkan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan responden dengan perilaku seksual mereka. Semakin tinggi tingkat pengetahuan tentang infeksi menular seksual, HIV-AIDS, dan cara penularannya; maka semakin mendorong para pekerja migran untuk tidak

melakukan/menghindari melakukan hubungan seksual dengan pekerja seks. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Berliani, Bachanas dkk. (2002), Simbayi dkk. (2005), serta Knipper dkk. (2007) juga menunjukkan bahwa pengetahuan yang baik mengenai HIV-AIDS dapat mempengaruhi perilaku seksual seseorang yang lebih aman.

Menurut Bloom, 1968 (dalam Notoatmodjo, 2007) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif ini mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

- Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

- Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

- Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat

diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

- Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya dengan satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

- Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, merencanakan, meringkaskan, menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

- Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi.

2.3.2 Motivasi

Motivasi, dalam hal ini sikap individu, norma sosial dan agama, serta persepsi individu, juga dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Penelitian yang dilakukan oleh Mariyah 1992 terhadap perilaku seksual buruh bangunan migran di Denpasar menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi responden untuk mencari pekerja seks diantaranya yaitu karena pengaruh teman dan mengendornya norma-norma yang diyakini. Selain itu penelitian ini juga menyatakan bahwa agama dan keyakinan yang kuat dapat mencegah terjadinya perilaku seksual berisiko (menggunakan jasa pekerja seks dan berganti-ganti pasangan). Penelitian yang dilakukan oleh Godin dkk. (2005) dan Stulhofer dkk. (2007) juga menyatakan bahwa sikap dan norma sosial dapat mempengaruhi perilaku pencegahan seseorang terhadap HIV-AIDS (penggunaan kondom).

Di sisi lain, hasil Survei Surveilans Perilaku (SSP) 2004-2005 menemukan banyak kelompok yang berisiko sadar bahwa perilaku seksual mereka rentan terhadap penularan HIV. Namun pada mereka yang merasa berisiko tertular HIV ini persentase perilaku seksual yang tidak aman justru lebih besar, yaitu tidak pakai kondom ketika berhubungan seks komersil, dibanding mereka yang merasa tidak berisiko. Dari responden yang pernah berhubungan seks komersil tanpa menggunakan kondom, 69% supir/kernet truk dan 65% pelaut/ABK merasa mereka berisiko tertular HIV.

2.3.3. Keterampilan Berperilaku

Penelitian yang dilakukan oleh Godin dkk. (2005) yang diambil secara acak pada orang dewasa heteroseksual menyatakan bahwa keyakinan seseorang untuk

dapat berhasil dalam melakukan sesuatu yang diinginkan (*self efficacy*) dan perasaan seseorang bahwa ia dapat mempengaruhi keadaan/situasi (*perceived behavioural control*) merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang untuk menggunakan kondom. Sejalan dengan Godin, penelitian yang dilakukan oleh Bachanas dkk. (2002) dan Knipper dkk (2007) juga menyatakan bahwa *self efficacy* dapat mempengaruhi perilaku seksual seseorang terhadap pencegahan HIV-AIDS. Semakin yakin seseorang atas kemampuannya untuk dapat melakukan tindakan pencegahan dan mencapai tujuan, maka akan semakin besar kemungkinan untuk melakukan tindakan tersebut.

2.3.4. Umur

Penderita AIDS banyak ditemukan pada kelompok usia produktif antara 20-49 tahun (Ditjen PPM dan PL Depkes RI, 2008). Dimana pada rentang usia tersebut selain memasuki usia produktif seseorang juga diketahui berada dalam kategori usia seksual yang aktif dengan dorongan seks yang juga tinggi. Bila tidak disalurkan dengan benar, dorongan seksual yang tinggi ini dapat memicu seseorang untuk melakukan perilaku seksual berisiko.

Penelitian yang dilakukan oleh Li dkk. (2007) mengenai perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS pada penduduk desa berumur 18-40 tahun di Cina menyatakan bahwa semakin tinggi umur semakin berpotensi untuk melakukan perilaku seksual berisiko. Hasil surveilans terpadu HIV dan perilaku (STHP) 2006 di Papua juga menunjukkan prevalensi HIV pada penduduk Papua yang berusia antara 40-49 tahun yaitu 3,4%. Angka tersebut paling tinggi dibandingkan penduduk pada kelompok umur 15-24 tahun (3%) dan 25-29 tahun (2%). Umur yang lebih tua lebih

mencerminkan pengalaman berisiko yang lebih tinggi untuk terkena HIV, sehingga dapat dimengerti prevalensi HIV pada kelompok umur ini jauh lebih tinggi.

2.3.5. Pendidikan

Pendidikan berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk menerima dan merespon terhadap berbagai informasi. Penelitian yang dilakukan oleh Bjekic dkk. (1997) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang rendah ditemukan berhubungan dengan infeksi gonore pada pasien yang mengunjungi bagian penyakit kulit dan kelamin di Belgrade, Yugoslavia. Penelitian yang dilakukan oleh Zambuko dan Mturi (2005) juga menyatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap perilaku seksual berisiko para pemuda yang tidak menikah di Afrika Selatan. Sementara itu hasil STHP 2006 di Papua menunjukkan persentase penggunaan kondom sewaktu berhubungan seks dengan pasangan tidak tetap pada penduduk yang berpendidikan SMA dan universitas jauh di atas persentase penggunaan kondom pada penduduk yang berpendidikan di bawahnya.

2.3.6. Status Pernikahan

Dalam beberapa penelitian, status pernikahan ditemukan berhubungan dengan perilaku seksual berisiko. Status pernikahan telah menikah terkadang malah menunjukkan hubungan dengan perilaku seksual berisiko seseorang. Penelitian yang dilakukan oleh Li dkk. (2007) mengenai perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS pada penduduk desa di Cina menyatakan bahwa responden yang berstatus menikah memiliki perilaku seksual yang lebih berisiko. Sementara itu berdasarkan hasil SSP

2004-2005, dari 60% sopir/kernet truk dan 55% pelaut/ABK yang membeli seks dalam setahun terakhir adalah pria beristri.

2.3.7. Frekuensi Pulang ke Daerah Asal

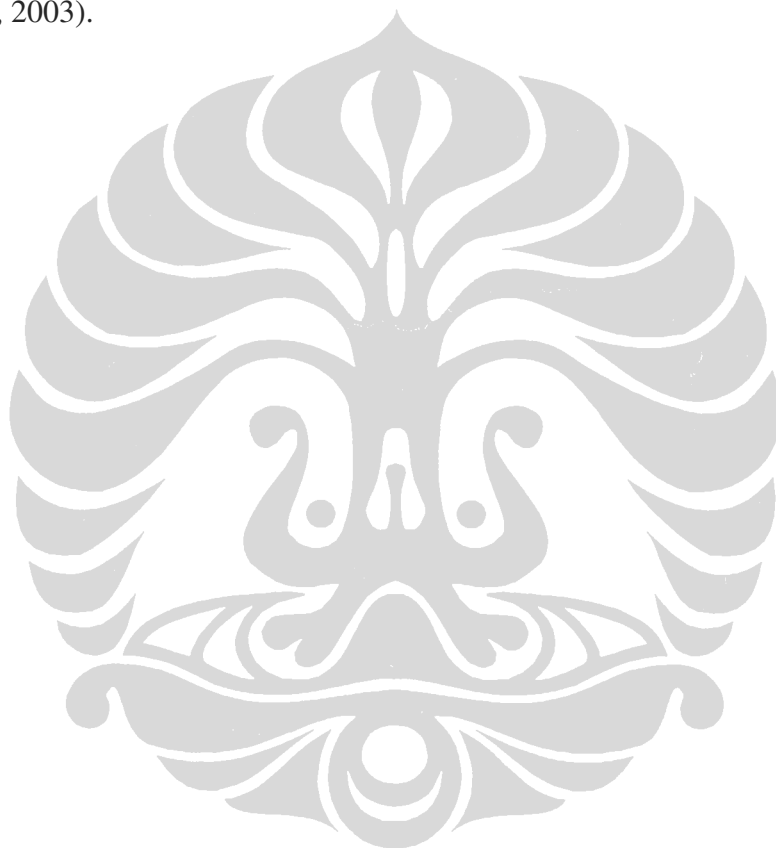
Penelitian yang dilakukan oleh Berliani tahun 1997 mengenai perilaku seksual pekerja migran (TKI) menyatakan 41,2% responden melakukan hubungan seks dengan alasan dorongan dan tuntutan batin dan 23,5% karena alasan kesepian, bosan, dan mencari hiburan. Sebagian besar responden ini hanya bisa menjenguk keluarga sekali dalam 2 atau 3 tahun.

Fauziah, dalam Buletin Pekerja Migran dan HIV-AIDS 2007, juga menyatakan bahwa kondisi jauh dari pasangan karena ikatan kontrak kerja yang panjang (rata-rata dua tahun) sering menyebabkan sebagian TKI tergoda untuk melakukan hubungan seksual baik dengan sesama TKI maupun dengan tenaga kerja dari negara lain, heteroseksual maupun homoseksual. Masa kerja yang panjang tanpa ada kesempatan untuk pulang menjenguk keluarga dapat memicu kesepian dan kebosanan yang menimbulkan tekanan batin bagi para pekerja migran, begitu juga dengan kebutuhan seksual yang tidak terpenuhi.

2.3.8. Keterpaparan Terhadap Penyuluhan

Penelitian yang dilakukan di Ho Chi Minh City, Vietnam, menyatakan adanya hubungan antara keterpaparan terhadap penyuluhan dengan peningkatan perilaku pencegahan HIV-AIDS pada para pekerja bangunan dengan mobilitas tinggi. Penelitian tersebut menyimpulkan terdapat peningkatan secara signifikan dalam hal pemahaman yang berkaitan dengan HIV, efektivitas kondom, keyakinan

pekerja dalam mendapatkan dan memakai kondom, serta kemampuan untuk memutuskan menggunakan kondom pada para pekerja yang terpapar dengan program penyuluhan. Selain itu juga terjadi penurunan tajam mengenai stereotip yang berkaitan dengan HIV dan peningkatan pemakaian kondom sewaktu berhubungan seks dengan pekerja seks dan pasangan seks yang bukan istri/suami (UNDP, 2003).



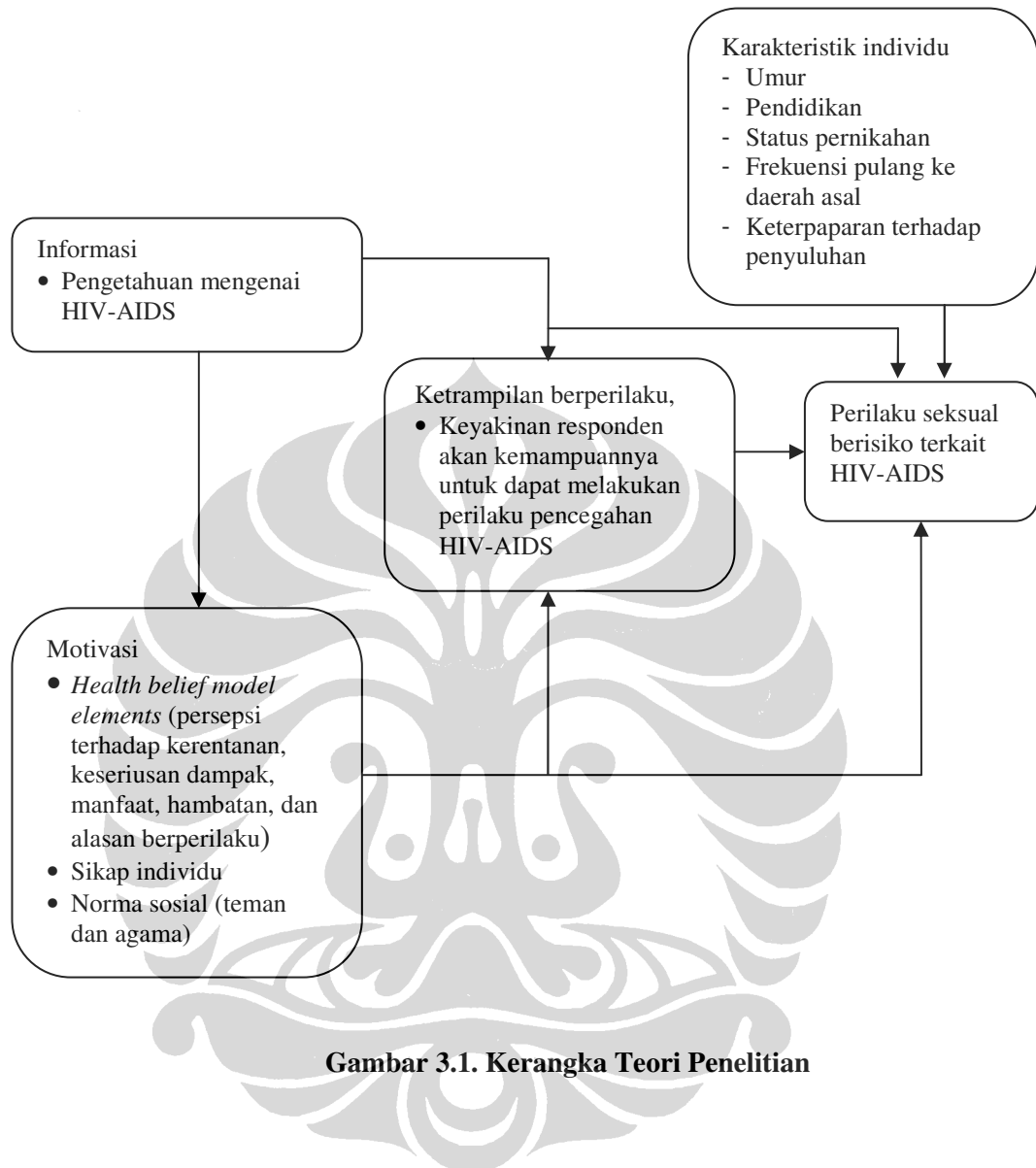
BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Teori

Buruh bangunan merupakan salah satu sektor pekerjaan yang rawan terhadap penularan dan penyebaran HIV-AIDS, dimana biasanya buruh bangunan berasal dari luar daerah, sering berpindah-pindah tempat, serta jauh dari keluarga atau pasangan. Keadaan ini dapat mendorong mereka untuk melakukan perilaku seksual berisiko, seperti mencari hiburan dan menyalurkan kebutuhan seksualnya dengan menggunakan jasa pekerja seks atau berganti-ganti pasangan seksual tanpa menggunakan kondom secara konsisten.

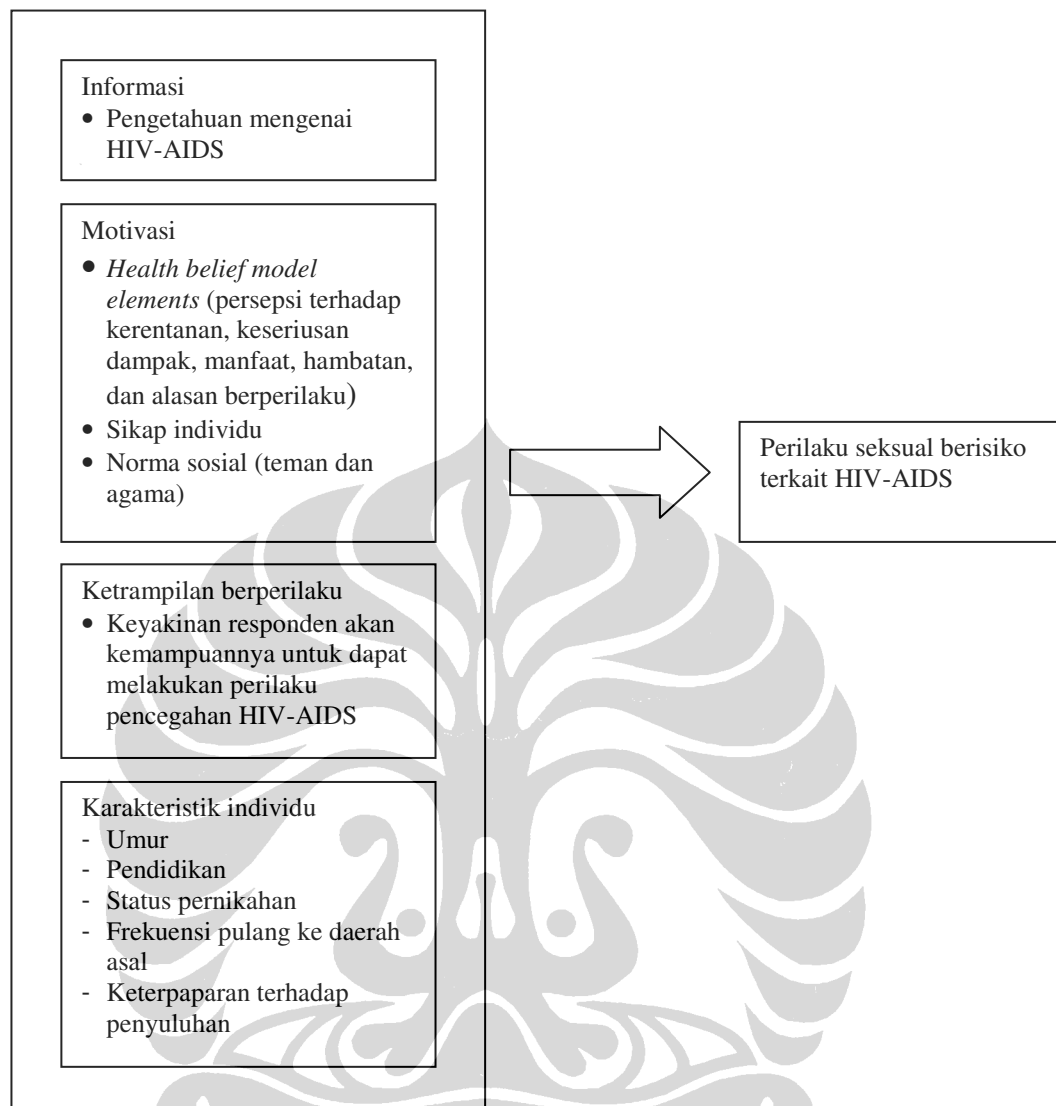
Berdasarkan IMB model yang telah dijelaskan dalam bab sebelumnya, perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS pada buruh bangunan ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut model ini faktor yang paling utama yaitu informasi, motivasi, dan ketrampilan berperilaku. Selain itu peneliti juga menambahkan karakteristik individu sebagai faktor lain yang dapat berpengaruh terhadap perilaku seksual seseorang. Melalui model ini diharapkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS pada buruh bangunan dapat diketahui. Kerangka teori pada penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.1. Kerangka Teori Penelitian

3.2. Kerangka Konsep

Sesuai kerangka teori di atas, variabel dependen pada penelitian ini yaitu perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS; sedangkan variabel independen yaitu informasi, motivasi, ketrampilan berperilaku, umur, pendidikan, status pernikahan, frekuensi pulang ke daerah asal, dan keterpaparan terhadap penyuluhan. Akan tetapi pada penelitian ini peneliti menyederhanakan kerangka teori di atas menjadi kerangka konsep seperti terlihat di bawah ini:



Gambar 3.2. Kerangka Konsep Penelitian

3.3. Hipotesis

- Ada hubungan antara informasi dengan perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS pada buruh bangunan di proyek P perusahaan konstruksi K, Jakarta tahun 2008
- Ada hubungan antara motivasi dengan perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS pada buruh bangunan di proyek P perusahaan konstruksi K, Jakarta tahun 2008

- Ada hubungan antara ketrampilan berperilaku dengan perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS pada buruh bangunan di proyek P perusahaan konstruksi K, Jakarta tahun 2008
- Ada hubungan antara umur dengan perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS pada buruh bangunan di proyek P perusahaan konstruksi K, Jakarta tahun 2008
- Ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS pada buruh bangunan di proyek P perusahaan konstruksi K, Jakarta tahun 2008
- Ada hubungan antara status pernikahan dengan perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS pada buruh bangunan di proyek P perusahaan konstruksi K, Jakarta tahun 2008
- Ada hubungan antara frekuensi pulang ke daerah asal dengan perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS pada buruh bangunan di proyek P perusahaan konstruksi K, Jakarta tahun 2008
- Ada hubungan antara keterpaparan terhadap penyuluhan dengan perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS pada buruh bangunan di proyek P perusahaan konstruksi K, Jakarta tahun 2008

3.4. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi	Skala/Kategori	Alat Ukur
1.	Informasi	Jumlah nilai jawaban responden yang benar mengenai pengetahuan tentang HIV-AIDS; penyebab, cara pencegahan, dan cara penularannya yang telah diberi skor	Ordinal 0. Kurang, \leq median 1. Cukup, bila $>$ median	Kuesioner B.01-B.03
2.	Motivasi	Jumlah nilai jawaban responden mengenai motivasi untuk melakukan tindakan pencegahan HIV-AIDS yang telah diberi skor terlebih dahulu	Ordinal 0. Kurang, \leq median 1. Cukup, bila $>$ median	Kuesioner C.001-C.204
3.	Ketrampilan berperilaku	Jumlah nilai jawaban responden mengenai keyakinan akan kemampuannya untuk dapat melakukan perilaku pencegahan HIV-AIDS yang telah diberi skor terlebih dahulu	Ordinal 0. Kurang, \leq median 1. Cukup, bila $>$ median	Kuesioner D.01-D.05
4.	Karakteristik Individu			
	a. Umur	Lama masa hidup responden terhitung dari waktu kelahirannya sampai saat berlangsungnya kegiatan penelitian, dalam hitungan tahun	Ordinal 0. $>$ 24 tahun 1. \leq 24 tahun	Kuesioner A.01
	b. Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang diselesaikan oleh responden	Ordinal 0. \leq tamat SMP 1. $>$ tamat SMP	Kuesioner A.02

	c. Status pernikahan	Status pernikahan responden saat berlangsungnya penelitian	Nominal 0. Menikah 1. Belum menikah	Kuesioner A.03
	d. Frekuensi pulang ke daerah asal	Frekuensi responden untuk mengunjungi tempat tinggal dan keluarga di daerah asal, dalam hitungan bulan	Ordinal 0. > 3 bulan sekali 1. ≤ 3 bulan sekali	Kuesioner A.05
	e. Keterpaparan terhadap penyuluhan	Pengalaman responden apakah pernah mengikuti kegiatan penyuluhan sebelumnya atau tidak	Nominal 0. Belum pernah 1. Pernah mengikuti penyuluhan	Kuesioner A.08
5.	Perilaku seksual berisiko terkait HIV/AIDS	Jawaban mengenai perilaku seksual responden yang berisiko ataupun tidak terhadap penularan HIV-AIDS	Ordinal 0. Berisiko, bila responden sampai ke pertanyaan E.06 dan menjawab dengan jawaban "sering", "kadang-kadang", dan "tidak pernah" 1. Tidak berisiko, bila responden tidak sampai ke pertanyaan E.06 atau sampai ke pertanyaan E.06 dan menjawab "selalu"	Kuesioner E.03-E.06

3.5. Pengukuran Variabel Penelitian

3.5.1 Variabel Dependen

Variabel dependen pada penelitian ini yaitu perilaku seksual berisiko terkait HIV-AIDS. Variabel ini diukur melalui pertanyaan E.03-E.06, akan tetapi untuk menentukan apakah seseorang memiliki perilaku seksual berisiko atau tidak dalam penelitian ini cukup dilihat dari pertanyaan E.06. Responden yang sampai ke pertanyaan E.06 dan menjawab dengan jawaban "sering", "kadang-kadang", dan "tidak pernah" dikategorikan (0) berisiko; sedangkan responden yang tidak sampai ke pertanyaan E.06 atau sampai ke pertanyaan E.06 dan menjawab "selalu" dikategorikan (1) tidak berisiko (kuesioner terlampir).

3.5.2 Variabel Independen

Penelitian ini terdiri dari 8 buah variabel independen, yaitu informasi, motivasi, ketrampilan berperilaku, umur, pendidikan, status pernikahan, frekuensi pulang ke daerah asal, dan keterpaparan terhadap penyuluhan. Berikut akan dijelaskan satu persatu pengukuran variabel independen pada penelitian ini:

- Informasi

Variabel informasi diukur melalui pengetahuan responden mengenai HIV-AIDS yang didapat dari kuesioner B.01–B.03. Untuk keperluan analisis bivariat, masing-masing jawaban yang benar diberi skor 1 dan yg salah diberi skor 0. Jumlah skor minimum adalah 0 dan maksimum 9. Jumlah jawaban responden yang benar dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu kurang (0) bila kurang dari sama dengan nilai median; dan cukup (1) bila lebih dari nilai median. Median dijadikan sebagai batasan karena distribusi jumlah skor informasi tidak normal.

- Motivasi

Variabel motivasi pada penelitian ini diukur melalui elemen-elemen *health belief model* (C.001-C.005), norma sosial (C.101-C.105), dan sikap individu (C.201-C.204). Untuk keperluan analisis bivariat, setiap jawaban yang mendukung motivasi terhadap perilaku pencegahan HIV-AIDS diberi skor 1 dan yang tidak mendukung (termasuk jawaban netral dan tidak tahu) diberi skor 0. Jumlah skor minimum adalah 0 dan maksimum 14. Jumlah jawaban motivasi responden dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu kurang (0) bila kurang dari sama dengan nilai median; dan cukup (1) bila lebih dari nilai median. Median dijadikan sebagai batasan karena distribusi jumlah skor motivasi tidak normal.

- Ketrampilan Berperilaku

Variabel ini didapat melalui kuesioner D.01-D05. Selanjutnya untuk keperluan analisis bivariat setiap jawaban responden diberi skor 1-5 tergantung keyakinannya untuk mampu melakukan perilaku pencegahan, semakin yakin maka skor yang diberikan semakin besar. Jumlah skor minimum adalah 5 dan skor maksimum 25. Jumlah jawaban ketrampilan berperilaku responden dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu kurang (0) bila kurang dari sama dengan nilai median; dan cukup (1) bila lebih dari nilai median. Median dijadikan sebagai batasan karena distribusi nilai skor ketrampilan berperilaku responden tidak normal.

- Umur

Variabel umur diperoleh melalui kuesioner A.01. Dalam analisis bivariat jawaban umur responden dikelompokkan menjadi 2 kategori berdasarkan median distribusi frekuensinya, yaitu (0) bila lebih dari 24 tahun dan (1) bila kurang dari

sama dengan 24 tahun. Median dijadikan sebagai batasan karena distribusi umur responden tidak normal.

- Pendidikan

Variabel pendidikan diperoleh melalui kuesioner A.02. Pilihan jawaban responden mencakup kategori tidak pernah sekolah sampai dengan tamat perguruan tinggi. Kemudian untuk keperluan analisis bivariat kategori ini disederhanakan lagi menjadi 2 kategori berdasarkan median distribusi frekuensinya, yaitu (0) bila kurang dari sama dengan tamat SMP; dan (1) bila lebih dari tamat SMP.

- Status Pernikahan

Variabel status pernikahan diperoleh melalui kuesioner A.03. Pilihan jawaban responden mencakup kategori belum menikah, menikah, cerai hidup, dan cerai mati. Karena seluruh responden hanya menjawab belum menikah dan menikah, maka kategori ini disederhanakan menjadi 2 kategori, yaitu menikah (0) dan belum menikah (1).

- Frekuensi Pulang ke Daerah Asal

Variabel frekuensi pulang ke daerah asal responden diperoleh melalui kuesioner A.05. Selanjutnya untuk keperluan analisis bivariat pilihan jawaban responden dibagi menjadi 2 kategori berdasarkan median distribusi frekuensinya, yaitu (0) bila lebih dari 3 bulan sekali; dan (1) bila 3 bulan sekali atau kurang. Median dijadikan sebagai batasan karena distribusi frekuensi pulang ke daerah asal responden tidak normal.

- Keterpaparan Terhadap Penyuluhan

Variabel keterpaparan terhadap penyuluhan responden didapat melalui kuesioner A.08. Variabel ini untuk mengetahui apakah responden sudah pernah mengikuti kegiatan penyuluhan sebelumnya atau tidak, pilihan jawaban responden mencakup jawaban (0) belum pernah mengikuti penyuluhan atau (1) pernah mengikuti penyuluhan.

