



**HUBUNGAN KONSISTENSI PENGGUNAAN
KONDOM DENGAN KEJADIAN HIV AIDS PADA
LAKI-LAKI SEKS DENGAN LAKI-LAKI (LSL)
DI PULAU JAWA DAN BALI
(ANALISIS DATA STBP 2015)**

SKRIPSI

OLEH

**NAMA : SHINTA HANDAYANI
NIM : 10011281320022**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT (S1)
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
2018**



**HUBUNGAN KONSISTENSI PENGGUNAAN
KONDOM DENGAN KEJADIAN HIV AIDS PADA
LAKI-LAKI SEKS DENGAN LAKI-LAKI (LSL)
DI PULAU JAWA DAN BALI
(ANALISIS DATA STBP 2015)**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai syarat untuk Mendapatkan Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sriwijaya**

OLEH

**NAMA : SHINTA HANDAYANI
NIM : 10011281320022**

**PROGRAM STUDI (S1) KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
2018**

EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
Skripsi, Oktober 2017
Shinta Handayani

**Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom dengan Kejadian HIV AIDS
pada Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali (Analisis
Data STBP 2015)**

xi-118 halaman, 16 tabel, 2 gambar, 6 lampiran

Pertumbuhan epidemi HIV tercepat di regional ASEAN terdapat di populasi lelaki seks lelaki (LSL) dan transgender. Pada tahun 2015 jumlah kasus baru HIV di Pulau Jawa mencapai 16.776 kasus, dan di Pulau Bali mencapai 2.028 kasus. Jika dibandingkan dengan pulau Sumatera, Kalimantan sebesar 4.245 dan 1.428 kasus, dan Sulawesi serta Maluku sebesar 1.769 kasus, angka kejadian di Pulau Jawa dan Bali tergolong besar. Peningkatan prevalensi khususnya di kelompok LSL salah satunya disebabkan oleh ketidakkonsistenan penggunaan kondom saat hubungan seksual. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan konsistensi penggunaan kondom terhadap kejadian HIV AIDS pada Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali. Penelitian ini membahas hubungan antara konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian HIV pada LSL di Pulau Jawa dan Bali. Dalam Penelitian ini menggunakan data sekunder yang bersumber dari Survey Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) tahun 2015 menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Dari populasi penelitian berjumlah 1.496 responden, setelah dilakukan *cleaning data* didapatkan 880 responden yang dianalisis. Dari hasil analisis multivariat didapatkan hasil konsistensi penggunaan kondom memiliki *p-value* kurang dari alpha ($0,044 < 0,05$), yang berarti ada hubungan yang signifikan antara konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian HIV setelah dikontrol oleh variabel persepsi berisiko dan penggunaan NAPZA pada laki-laki seks dengan laki-laki di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015. Hasil analisis multivariat menunjukkan hubungan yang bermakna antara variabel konsistensi kondom dengan kejadian HIV, bahwa responden LSL yang tidak konsisten dalam menggunakan kondom saat berhubungan seks memiliki peluang 0,73 (0,542-0,991) kali lebih rendah untuk terinfeksi HIV dibandingkan yang konsisten dalam menggunakan kondom setelah dikontrol oleh variabel persepsi berisiko dan penggunaan NAPZA pada LSL di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015. Namun, bias misklasifikasi diferensial dalam penelitian ini juga dapat menghasilkan pembuktian *underestimate*, yang menghasilkan hubungan lemah atau bersifat protektif. Penggunaan kondom yang konsisten dan benar pada hubungan seksual berisiko hendaknya lebih disosialisasikan dengan giat dan benar oleh petugas kesehatan dengan tidak melupakan prinsip yaitu tidak melakukan hubungan seksual berisiko (*abstinensia*) dan setia pada pasangan (*be faithful*).

Kata Kunci: Kondom, HIV AIDS, LSL
Kepustakaan : 55 (1987-2016)

EPIDEMIOLOGY AND BIOSTATISTIC
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
SRIWIJAYA UNIVERSITY
Thesis, October 2017
Shinta Handayani

Correlates of Consistency Condom Use with Prevalence of HIV AIDS among Male Sex with Male (MSM) in Java and Bali (Data Analysis of IBBS 2015)

xi-118 pages, 16 tables, 2 pictures, 6 attachments.

The fastest growing HIV epidemic in ASEAN region is found in male sex with male (MSM) and transgender population. By 2015 the number of new HIV cases in 6 provinces in Java reached 16,776 cases and in Bali Island reached 2,028 cases. Compare with Sumatera, Kalimantan has 4.245 and 1.428 cases, and Sulawesi, Maluku with 1.769 cases, the HIV prevalences in Java and Bali are the bigger than other island. The prevalence of HIV increasing because of inconsistency condom use. The purpose of this research is to know the correlates of consistency condom use with prevalence of HIV/AIDS among male sex with male (MSM) in Java and Bali.

This study uses secondary data sourced from Integrated Biological and Behavior Survey (IBBS) in 2015 using cross sectional research design. The number of study population is 1.496 respondents, after cleaning data obtained 880 respondents which can analyzed by multivariate logistic regression of risk factor.

Multivariate analysis showed that consistent condom have P-value (0,044<0,05), that means have significant correlates between consistency condom use with HIV prevalences after controlling drug use and risk perception among MSM in Java and Bali 2015.

The results of a multivariate analysis showed a significant association between the condom consistency variable and HIV prevalence, the inconsistent MSM respondents who used condoms during sex had p-value=0.73 (0.55-0-0991) lower chance of becoming infected with HIV than those who consistently used condoms after controlled by risk perception variables and drug use among MSM in Java and Bali in 2015. However, differential misclassification biases in this study may also result in underestimate evidence, resulting in a weak or protective correlation. The consistent and correct use of condoms on risky sexual intercourse should be more actively promoted by health professionals by not forgetting the principle of abstinensia and be faithful.

Keywords: *Condom, HIV AIDS, LSL*
Literature : 55 (1987-2016)

LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya dengan ini menyatakan bahwa skripsi ini dibuat dengan sejujurnya, dengan mengikuti kaidah Etika Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya serta menjamin bebas plagiarisme. Bila dikemudian diketahui saya melanggar Etika Akademik maka saya bersedia dinyatakan tidak lulus / gagal.

Indralaya, Mei 2018

Yang Bersangkutan,



Shinta Handayani

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini dengan judul “Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom dengan Kejadian HIV AIDS pada Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali (Analisis Data STBP 2015)” telah dipertahankan di hadapan Panitia Sidang Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya pada tanggal 9 November 2017 dan telah diperbaiki, diperiksa serta disetujui sesuai dengan masukan Panitia Sidang Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.

Indralaya, Maret 2018

Panitia Sidang Ujian Skripsi

Ketua :

1. Yeni, S.KM.,M.KM
NIDN. 0228068801

(*Yeni*)

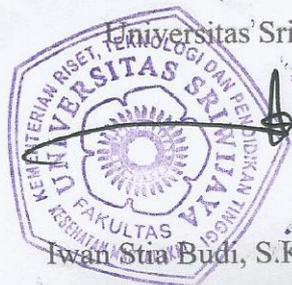
Anggota :

1. Amrina Rosyada, S.KM., MPH
NIP. 199304072015110201
2. Rini Mutahar, S.KM.,M.KM
NIP. 197806212003122003
3. Indah Purnama Sari, S.KM.,M.KM
NIP. 198604252014042001

(*Amrina*)
(*Rini*)
(*Indah*)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat



Iwan Satrio Budi, S.KM., M.Kes

NIP. 197712062003121003

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi ini dengan judul "Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom dengan Kejadian HIV AIDS Pada Laki-laki Seks Dengan Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali (Analisis Data STBP 2015)" telah disetujui untuk diujikan pada tanggal November 2017.

Indralaya, November 2017

Pembimbing :

1. Rini Mutahar, S.KM., M.K.M
NIP.197806212003122003
2. Indah Purnama Sari, S.KM., M.K.M
NIP.198604252014042001

(*Rini Mutahar*)
(*Indah Purnama Sari*)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang selalu melimpahkan Rahmat, Hidayah serta Inayah-Nya. sehingga Proposal Skripsi dengan judul “Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Laki-laki Seks Dengan Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali (Analisis Data STBP 2015)” ini dapat diselesaikan. Shalawat serta salam tak lupa juga dihaturkan kepada junjungan kita, Nabi Besar Muhammad SAW

Dalam proses penyelesaian proposal ini, penulis tak lepas dari bimbingan dan masukan dari berbagai pihak. Pada kesempatan kali ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Kedua Orang tua beserta keluarga besar penulis yang senantiasa memberikan dukungan, semangat dan doa sepanjang pembuatan proposal skripsi ini.
2. Prof. Dr. Ir. H. Anis Saggaf, MSCE Selaku Rektor Universitas Sriwijaya
3. Bapak Iwan Stia Budi, S.KM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.
4. Ibu Elvi Sunarsih, S.KM., M.Kes. selaku Kepala Prodi S1 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.
5. Ibu Rini Mutahar, S.KM., M.K.M selaku pembimbing I skripsi atas segala arahan dan bimbingan yang sangat bermanfaat bagi penulis
6. Ibu Indah Purnama Sari, S.KM., M.K.M selaku pembimbing II skripsi atas dukungan dan bimbingan yang sangat bermanfaat bagi penulis
7. Para Dosen dan Staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.
8. Teman-teman seperjuangan Palembang-Layo; Ramadhiah Febriani, Sri Wahyuningsih, Febrianti Komalasari, Sherly Apriyani, Anita Gustira, Karisa Ameliani, Risty Nurranisa, Citra, Elen Novitasari, Nur Vidiati, Eko Budiarjo, dan Rendi Kurniawan.
9. Keluarga serta teman – teman FKM Unsri 2013 terutama peminatan Epidemiologi dan Biostatistika yang telah memberikan semangat dan dukungan.

10. Teman-teman dan semua pihak lainnya yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung dalam proses pembuatan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan proposal skripsi ini masih terdapat kekurangan karena adanya keterbatasan penulis. Oleh sebab itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun demi perbaikan dalam skripsi ini.

Indralaya, Oktober 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 <i>Human Immunodeficiency Virus (HIV)</i>	8
2.1.1 Pengertian HIV/AIDS	8
2.1.2 Transmisi Infeksi HIV	9
2.1.3 Perjalanan Infeksi HIV	13
2.1.4 Epidemiologi HIV/AIDS	15
2.1.5 Pencegahan dan Penanggulangan HIV di Indonesia	15
2.2 Kondom	17
2.2 LSL dan Penyimpangan Seksual	19

2.2.1 Pengertian Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL).....	19
2.2.2 Faktor Penyebab Homoseksual	20
2.2.3 Perilaku Seks Kaum Homoseksual.....	22
2.2.4 Faktor Penyebab Biseksualitas	22
2.3 Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Infeksi HIV/AIDS	24
2.3.1 <i>Predisposing Factors</i> (Faktor Pemudah)	24
2.3.2 <i>Enabling Factors</i> (Faktor Pendukung)	35
2.3.3 <i>Reinforcing Factors</i> (Faktor Pendorong).....	37
2.4 Kerangka Teori	40
2.5 Penelitian Terkait	41

BAB III KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep.....	50
3.2 Definisi Operasional	51
3.3 Hipotesis Penelitian	54

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian	55
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	56
4.2.1 Populasi Penelitian.....	56
4.2.2 Sampel Penelitian.....	57
4.3 Jenis, Cara, dan Alat Pengumpulan Data.....	59
4.3.1 Jenis Data.....	59
4.3.2 Cara Pengumpulan Data	59
4.3.3 Alat Pengumpulan Data	60
4.4 Pengolahan Data	60
4.5 Analisis dan Penyajian Data	64
4.5.1 Analisis Data.....	64
4.5.2 Penyajian Data	67

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Survei Terpadu Perilaku dan Biologis	68
5.2 Analisis Univariat	69
5.2.1 Gambaran Kejadian HIV pada LSL.....	69
5.2.2 Gambaran Faktor Konsistensi Penggunaan Kondom	70
5.2.3 Gambaran Faktor <i>Reinforcing</i> Kejadian HIV pada LSL	74
5.2.4 Gambaran Faktor <i>Enabling</i> Kejadian HIV pada LSL.....	74
5.3 Analisis Bivariat.....	75
5.4 Analisis Multivariat	82
5.5 Kekuatan Uji	85

BAB VI HASIL PENELITIAN

6.1 Keterbatasan Penelitian	86
6.2 Pembahasan.....	88
6.2.1 Prevalensi Status HIV pada LSL	88
6.2.2 Hubungan Konsistensi Kondom dengan Kejadian HIV	91
6.2.3 Hubungan antara Faktor <i>Predisposing</i> dengan Kejadian HIV	96
6.2.4 Hubungan antara Faktor <i>Reinforcing</i> dengan Kejadian HIV	107
6.2.5 Hubungan antara Faktor <i>Enabling</i> dengan Kejadian HIV	108

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan	111
7.2 Saran	112

DAFTAR PUSTAKA	113
----------------------	-----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penelitian Terkait HIV/AIDS dan Lelaki Seks dengan Lelaki	36
Tabel 3.1 Definisi Operasional Determinan Prevalensi HIV/AIDS pada Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali (Analisis Data STBP 2015).....	47
Tabel 4.1 Hasil Perhitungan Besar Sampel Terdahulu	57
Tabel 4.2 Cara Perhitungan Prevalensi Rasio	60
Tabel 5.1 Distribusi <i>missing values</i> pada variabel yang diteliti	69
Tabel 5.2 Gambaran Faktor Konsistensi Penggunaan Kondom.....	70
Tabel 5.3 Distribusi Konsistensi Kondom pada tiap pasangan LSL Di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015	70
Tabel 5.4 Distribusi Konsistensi Kondom pada LSL di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015	71
Tabel 5.5 Distribusi Faktor Predisposisi Kejadian HIV pada LSL Di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015	72
Tabel 5.6 Distribusi Paparan Informasi pada LSL Di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015	74
Tabel 5.7 Distribusi Faktor <i>Enabling</i> Kejadian HIV pada LSL Di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015	75
Tabel 5.8 Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom dengan Kejadian HIV pada LSL Di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015	76
Tabel 5.9 Hubungan variabel faktor <i>Predisposing</i> dengan Kejadian HIV pada LSL Di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015	77
Tabel 5.10 Hubungan variabel faktor <i>Reinforcing</i> dengan Kejadian HIV pada LSL Di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015	80
Tabel 5.11 Hubungan variabel faktor <i>Enabling</i> dengan Kejadian HIV pada LSL Di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015	81
Tabel 5.12 Pemodelan Awal Analisis Multivariat	82
Tabel 5.13 Uji <i>Confounding</i>	83
Tabel 5.14 Pemodelan Akhir Analisis Multivariat Konsistensi Penggunaan Kondom dengan Kejadian HIV pada LSL di Pulau Jawa dan Bali	

Tahun 2015.....	84
Tabel 5.15 Hasil Perhitungan Kekuatan Uji	85

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Transmisi Infeksi HIV	11
Gambar 2.2 Perjalanan Infeksi HIV	14
Gambar 2.3 Kerangka Teori Lawrence Green (1980)	35
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Determinan Prevalensi HIV/AIDS Pada Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali (Analisis Data STBP 2015)	46
Gambar 4.1 Diagram Alur Pemilihan Populasi Penelitian.....	55
Gambar 4.2 Diagram Alur Pemilihan Sampel Penelitian	56

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kuesioner STBP 2015 Kelompok Berisiko LSL
- Lampiran 2. Hasil Analisis Uji Univariat
- Lampiran 3. Hasil Analisis Uji Bivariat
- Lampiran 4. Hasil Analisis Uji Multivariat
- Lampiran 5. Hasil Analisis Pendukung Pembahasan
- Lampiran 6. Lembar Bimbingan

DAFTAR SINGKATAN

ABK	: Anak Buah Kapal
AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ART	: Anti Retroviral Terapi
ARV	: <i>Antiretroviral</i>
ASEAN	: <i>Association of South East Asia Nation</i>
GWL	: Gay, Waria, Lelaki seks Lelaki
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
LSL	: Laki-laki Seks dengan Laki-Laki
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif Lainnya
ODHA	: Orang Dengan HIV/AIDS
Penasun	: Pengguna Jarum Suntik
PMS	: Penyakit Menular Seksual
RDS	: <i>Respondent Driven Sampling</i>
Risti	: Risiko Tinggi
STBP	: Survei Terpadu Biologis dan Perilaku
TKBM	: Tenaga Kerja Bongkar Muat
UNAIDS	: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
VCT	: <i>Voluntary, Counseling, and Testing</i>
WBP	: Warga Binaan Pemasyarakatan
WPS	: Wanita Pekerja Seks
WPSL	: Wanita Pekerja Seks Langsung
WPSTL	: Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah sejenis virus yang menyerang/menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. AIDS atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV. Akibat menurunnya daya tahan tubuh maka penderita tersebut sangat mudah terkena berbagai penyakit infeksi (infeksi oportunistik) yang sering berakibat fatal. Pengidap HIV memerlukan pengobatan dengan *Antiretroviral* (ARV) untuk menurunkan jumlah virus HIV di dalam tubuh agar tidak masuk ke dalam stadium AIDS, sedangkan pengidap AIDS memerlukan pengobatan ARV untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasinya (Kemenkes, 2014).

Di seluruh dunia, diestimasikan 36,7 juta (34 juta – 39,8 juta) orang hidup dengan HIV pada tahun 2015, termasuk kasus infeksi HIV baru sebanyak 2,1 juta (1,8 juta – 2,4 juta) orang. Pada tahun 2015, kematian terkait AIDS di seluruh dunia mencapai angka 1,1 juta (940 ribu – 1,3 juta) jiwa, angka ini cenderung menurun dari tahun 2010 sebanyak 1,5 juta (1,3 juta – 1,7 juta) jiwa. Di Asia dan Pasifik, diperkirakan sekitar 5,1 juta (4,4 juta - 5,9 juta) orang yang hidup dengan HIV pada tahun 2015 dan diantaranya 300.000 (240.000 – 380.000) orang yang terinfeksi HIV baru (UNAIDS, 2016).

Diperkirakan sekitar 1,7 juta orang hidup dengan HIV di regional ASEAN dan mendekati sepertiganya adalah perempuan. Dari seluruh total orang yang hidup dengan HIV, 46% diantaranya adalah dewasa yang memenuhi syarat untuk mendapatkan Anti Retroviral Terapi (ART) dan diantaranya lebih sedikit dari 60% mendapatkan Anti Retroviral Terapi (ART). Di Asia, infeksi HIV sebagian besar terkonsentrasi pada populasi kunci, meskipun tidak secara eksklusif, di kota-kota besar dan daerah perkotaan. Pertumbuhan

epidemi tercepat di regional ini terdapat di populasi laki-laki seks dengan laki-laki (LSL) dan transgender (ASEAN Regional Report on HIV/AIDS, 2015).

Di Indonesia, jumlah kasus baru HIV positif yang dilaporkan pada tahun 2015 sebanyak 30.935 kasus, menurun dibandingkan tahun sebelumnya yang berjumlah 32.711 kasus, sedangkan pada tahun 2013 sebanyak 29.037 kasus baru HIV positif. Untuk kasus baru AIDS mengalami penurunan dari tahun 2013 hingga 2015, pada tahun 2013 diketahui kasus baru AIDS sebanyak 11.493 kasus, menurun pada tahun 2014 menjadi 7.875 kasus baru AIDS, dan menurun lagi pada tahun 2015 menjadi sebesar 6.081 kasus. Diperkirakan hal tersebut terjadi karena jumlah pelaporan kasus AIDS dari daerah masih rendah. Namun demikian, tren penemuan kasus AIDS yang menurun tersebut sejalan dengan penurunan penemuan kasus HIV. Secara kumulatif, kasus AIDS sampai dengan tahun 2015 sebesar 77.112 kasus (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan laporan provinsi Ditjen PP&PL Kemenkes (2014), 10 besar kasus HIV terbanyak ada di Provinsi DKI Jakarta, Jawa Timur, Papua, Jawa Barat, Bali, Sumatera Utara, Jawa Tengah, Kalimantan Barat, Kepulauan Riau, dan Sulawesi Selatan. 10 Provinsi ini di dominasi oleh Pulau Jawa. Pada tahun 2015 jumlah kasus baru HIV di 6 Provinsi di Pulau Jawa mencapai 16.776 kasus, menurun dari tahun 2013 sebesar 18.260 kasus. Hal yang sama juga terjadi di Pulau Bali, pada tahun 2015 jumlah kasus baru HIV mencapai 2.028 kasus sedangkan pada tahun 2013 sebesar 2.129 kasus baru, dibandingkan dengan 10 provinsi lain di Pulau Sumatera sebanyak 4.245 kasus pada tahun 2015, 5 Provinsi di Pulau Kalimantan sebesar 1.428 kasus baru HIV dan 8 provinsi di Pulau Sulawesi dan Maluku sebanyak 1.769 kasus baru HIV pada tahun 2015 (Kemenkes RI, 2016).

Penularan HIV/AIDS yang terjadi melalui dua cara utama; pertama, melalui perilaku seksual tidak aman pada kelompok berisiko tinggi seperti wanita pekerja seks, waria, dan laki-laki seks dengan laki-laki. Kedua, transmisi yang terjadi melalui praktik-praktik yang tidak aman dari pengguna narkoba suntik (Penasun). Situasi epidemi HIV dan AIDS di Indonesia yang terus mengalami peningkatan prevalensi tiap tahunnya biasanya dihubungkan

dengan pengguna jarum suntik (Penasun) dan pekerja seks perempuan (WPS), akan tetapi saat ini situasi epidemi HIV dan AIDS telah berubah. Pada tahun mendatang diproyeksikan jumlah terbesar infeksi HIV baru akan terjadi di antara laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL), diikuti perempuan pada populasi umum (perempuan risiko rendah), yang terdiri dari perempuan terinfeksi melalui hubungan seks dengan pasangan yang telah terinfeksi serta wanita yang melakukan perilaku berisiko pada tahun-tahun sebelumnya dan mereka yang sebenarnya telah terinfeksi HIV dan baru dapat terdeteksi di kemudian hari (Kemenkes, 2013).

Sejak awal 2000-an, prevalensi HIV/AIDS pada populasi kunci semakin meningkat, lebih dari 5% sehingga Indonesia digolongkan sebagai wilayah dengan tingkatan epidemi terkonsentrasi (*concentrated epidemic*) (PKMK FK UGM, 2015). Berdasarkan data Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) terdapat 13.471 responden pada tahun 2013. Secara keseluruhan, prevalensi HIV paling tinggi pada kelompok Penasun diikuti LSL, Waria, WPSL, WPSTL, WBP, dan Pria Risti. Prevalensi HIV pada LSL sebesar 12,8% dengan rincian 20,3% di Yogyakarta, 18,8% di Tangerang, dan 1,6% di Makassar. Pada tahun 2015, terjadi peningkatan prevalensi HIV di kalangan LSL menjadi 25,80% dari total 1.496 responden, dengan rincian 36,9% di Denpasar, 19,11% di Semarang, 32% di Jakarta, 13,2% di Malang, 26,4% di Surabaya dan di Bandung sebesar 28% (STBP, 2013; STBP, 2015).

LSL cenderung memiliki banyak pasangan seks, baik laki-laki maupun perempuan dan banyak diantara mereka juga menjual dan membeli seks. Risiko LSL terkena AIDS lebih besar jika dibandingkan dengan laki-laki berpasangan seks dengan perempuan karena seks anal yang dilakukan oleh LSL akan memungkinkan terjadinya luka pada rektum disebabkan tidak adanya cairan pelumasan seperti yang ada pada vagina, mengingat daya serap rektum yang besar maka deposisi semen dalam rektum tersebut dapat mengakibatkan risiko yang tinggi terhadap penularan infeksi. Jaringan seksual komunitas LSL yang luas meningkatkan risiko penularan pada LSL dan pasangan seksualnya. Jika terdapat Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL)

yang tertular IMS atau HIV atau dua-duanya sekaligus, maka LSL itu pun berisiko menyebarkan HIV pada komunitasnya (STBP, 2007).

Peningkatan prevalensi HIV AIDS di beberapa kota besar di Indonesia khususnya di kelompok LSL salah satunya disebabkan oleh tidak konsistennya penggunaan kondom pada saat berhubungan seks dan meningkatnya pasangan hubungan seksual yang bersifat heteroseksual pada kelompok laki-laki seks dengan laki-laki (LSL) (Kemenkes, 2011)

Pada penelitian yang dilakukan oleh Jin *et al* (2013), Kelompok laki-laki seks dengan laki-laki (LSL) cenderung tinggi dalam angka penularan HIV AIDS dikarenakan perilaku seksual yang bersifat heteroseksual dan tidak memakai kondom pada saat berhubungan seks anal. Didapatkan bahwa faktor konsistensi penggunaan kondom berhubungan dengan pengetahuan komprehensif HIV yang dimiliki oleh responden dengan OR= 4,08 95% (CI= 1,85–8,99 $P<0,01$) dan faktor responden yang berhubungan seks dengan pasangan seks LSL komersial memiliki OR= 15,3 95% (CI=5,89-39,75 $P<0,01$).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Firdaus dan Agustin (2013), faktor risiko kejadian HIV pada komunitas LSL di Yayasan Lantera Minangkabau adalah perilaku seksual ($p=0,009$, OR= 5,898 dan CI= 95% 1,609-20,479) yang terdiri dari perilaku berganti-ganti pasangan, perilaku oral dan anal seks, perilaku membeli dan menjual seks, serta perilaku penggunaan kondom dan pelicin.

Pada LSL di kota-kota di Pulau Jawa, yang memiliki pasangan tetap laki-laki, pengetahuan komprehensif (OR=1,8; 95% CI= 1,1 - 3,0) berasosiasi signifikan meningkatkan penggunaan kondom konsisten sebulan terakhir (Kartika dan Siregar, 2014). Hearst *et al* (2004) menyatakan bahwa jika penggunaan kondom digunakan secara benar, penularan HIV dapat dicegah hingga 90%. Hal ini juga diperkuat oleh penelitian Chow (2012), bahwa penggunaan kondom yang baik, benar dan konsisten dapat mencegah penularan HIV sebesar 85-95% dan dapat menjadi landasan bagi pencegahan HIV di dunia.

Berdasarkan uraian diatas, pentingnya hubungan penggunaan kondom pada penularan HIV, khususnya pada kelompok laki-laki seks dengan laki-laki (LSL) yang banyak terkonsentrasi pada beberapa kota-kota besar di Indonesia. Maka perlunya dilakukan penelitian untuk mengetahui hubungan konsistensi penggunaan kondom terhadap kejadian HIV AIDS pada kelompok laki-laki seks dengan laki-laki (LSL) di beberapa kota besar di Pulau Jawa dan Bali dengan menganalisis data sekunder Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) 2015 yang telah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI .

1.2 Rumusan Masalah

Komunitas Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) merupakan salah satu kelompok berisiko tertinggi dalam penularan HIV/AIDS. Pada laporan Survey Terpadu Perilaku dan Biologis (STBP) 2015, prevalensi HIV pada kelompok berisiko LSL mengalami peningkatan menjadi 25,80% yang sebelumnya 12,8% pada tahun 2013 di Indonesia, dan pentingnya penggunaan kondom secara konsisten. Oleh karena itu, perlu dilakukan analisis hubungan konsistensi penggunaan kondom serta faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kejadian HIV AIDS di kelompok berisiko laki-laki seks dengan laki-laki (LSL) berdasarkan hasil Survey Terpadu Perilaku dan Biologis (STBP) tahun 2015.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan konsistensi penggunaan kondom terhadap kejadian HIV AIDS pada Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui prevalensi kejadian HIV AIDS pada laki-laki seks dengan laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali tahun berdasarkan STBP 2015
2. Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian HIV AIDS; Umur, pendidikan, status perkawinan, status tempat tinggal, dan

sumber pendapatan utama, umur pertama kali berhubungan seks, pengetahuan tentang HIV/AIDS, konsistensi penggunaan kondom, persepsi berisiko, riwayat IMS, konsumsi alkohol, penggunaan NAPZA, akses mendapatkan kondom dan jenis pelicin, tes HIV, jumlah pasangan seks, serta paparan informasi tentang HIV/AIDS.

3. Mengetahui hubungan konsistensi penggunaan kondom terhadap kejadian HIV AIDS pada laki-laki seks dengan laki-laki di Pulau Jawa dan Bali pada tahun 2015 setelah dikontrol dengan faktor-faktor lain.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, wawasan, dan referensi dalam bidang epidemiologi khususnya tentang hubungan konsistensi penggunaan kondom dan faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kejadian HIV AIDS di kelompok laki-laki seks dengan laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali berdasarkan analisis STBP 2015.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan referensi dan bahan pertimbangan / masukan kepada pemerintah dan instansi terkait untuk menentukan kebijakan berkaitan dengan permasalahan kesehatan khususnya HIV/AIDS di kalangan LSL.
2. Dapat membangun kesadaran akan permasalahan kesehatan bagi komunitas LSL sendiri, dan meningkatkan kepedulian dan mengurangi stigma masyarakat terhadap kejadian HIV/AIDS khususnya di kalangan LSL.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian HIV AIDS di kelompok laki-laki seks dengan laki-laki (LSL) berdasarkan analisis STBP 2015 di 6 kota yaitu DKI Jakarta, Denpasar, Semarang, Malang, Surabaya, dan Bandung yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan RI yang bekerjasama dengan

berbagai instansi terkait. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni – Juli 2017. Dengan demikian generalisasi hasil penelitian ini hanya menggambarkan populasi LSL di beberapa kota besar di Pulau Jawa dan Bali.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*

2.1.1 Pengertian HIV/AIDS

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain (Kemenkes RI, 2015).

Virus HIV adalah retrovirus yang termasuk dalam famili lentivirus. Retrovirus memiliki kemampuan menggunakan RNA-nya dan DNA pejamu untuk membentuk virus DNA dan dikenali selama periode inkubasi yang panjang. HIV seperti retrovirus yang lain menginfeksi tubuh manusia dengan periode inkubasi yang panjang (klinik-laten), dan utamanya menyebabkan munculnya gejala dan tanda AIDS. HIV dapat menyebabkan beberapa kerusakan sistem imun dan menghancurkannya. Virus tersebut DNA dari CD4⁺ dan limfosit untuk mereplikasi diri dengan menghancurkan CD4⁺ dan limfosit (Nursalam dan Kurniawati, 2007).

Menurut Soedarto (2009), *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* adalah virus penyebab *Acquired Immunodeficiency Virus (AIDS)*, yang merupakan masalah kesehatan global baik di negara maju maupun negara berkembang. Spesies HIV-1 dan HIV-2 merupakan penyebab infeksi HIV pada manusia. Kedua spesies HIV tersebut berasal dari primata.

Menurut Noviana (2016), HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, sedangkan AIDS atau *Acquired Immunodeficiency Syndrome* adalah sindrom kekebalan tubuh oleh infeksi HIV. Perjalanan dari penyakit ini berjalan lama dan baru timbul gejala-gejala AIDS rata-rata 10 tahun setelah terjadinya infeksi, bahkan dapat lebih lama lagi. HIV masuk ke dalam tubuh manusia terutama melalui

perantara darah, sekret vagina dan sperma. Sebagian besar (75%) penularan HIV terjadi melalui hubungan seksual.

Menurut Irianto (2013), AIDS singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome* merupakan kumpulan gejala-gejala penyakit yang disebabkan oleh infeksi berbagai macam mikroorganisme serta keganasan lain akibat menurunnya kekebalan atau daya tahan tubuh penderita. HIV menyerang dan merusak sel-sel limfosit T yang mempunyai peranan penting dalam sistem kekebalan seluler. Dengan rusaknya sistem kekebalan, penderita menjadi peka (rentan) terhadap infeksi termasuk infeksi mikroorganisme yang sebenarnya tidak berbahaya dalam keadaan normal (*opportunistic infections*). Infeksi HIV pada manusia mempunyai masa inkubasi yang lama (5-10 tahun).

Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dulu dinyatakan sebagai HIV positif. Jumlah penderita HIV positif yang ada di masyarakat dapat diketahui melalui 3 metode, yaitu pada layanan *Voluntary, Counseling, and Testing (VCT)*, *sero survey*, dan Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) (Kemenkes RI, 2015).

2.1.2 Transmisi Infeksi HIV

HIV/AIDS ditularkan melalui darah penderita, misalnya pada waktu transfusi darah atau penggunaan alat suntik yang dipakai bersama-sama. Penularan melalui hubungan seksual baik pada homoseksual maupun heteroseksual dan penularan pada waktu proses persalinan dari ibu yang menderita HIV/AIDS ke anak yang dilahirkannya juga merupakan penyebaran utama penyakit ini (Soedarto, 2009).

Noviana (2016) menyatakan bahwa transmisi HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui 3 cara, yaitu :

1. Secara vertikal dari ibu yang terinfeksi HIV ke anak

Anak-anak terinfeksi HIV dari ibunya yang menginfeksi HIV kepada janinnya sewaktu hamil, sewaktu persalinan dan setelah melahirkan melalui pemberian air susu ibu (ASI). Angka transmisi infeksi virus HIV selama kehamilan sekitar 5-10%, sewaktu persalinan 10-20%, dan saat pemberian ASI 10-20%. Virus HIV dapat ditemukan

dalam Air Susu Ibu (ASI) sehingga ASI merupakan salah satu perantara penularan HIV dari ibu ke bayi pasca melahirkan.

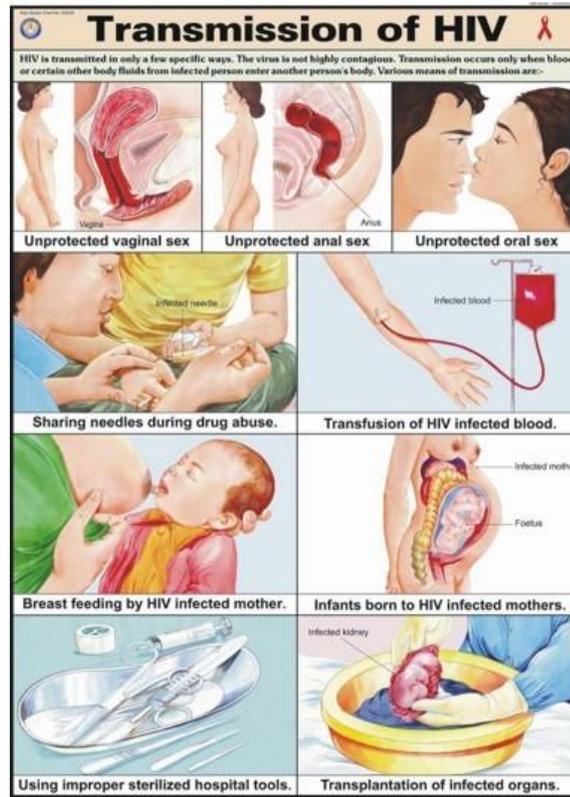
2. Secara transeksual (homoseksual maupun heteroseksual)

Hubungan seksual adalah salah satu cara utama penularan HIV di berbagai belahan dunia. HIV dapat ditemukan dalam cairan sperma, sekret vagina, cairan serviks. Virus akan terkonsentrasi dalam cairan semen, terutama bila terjadi peningkatan jumlah limfosit dalam cairan, seperti pada keadaan peradangan genetalia, dan kelainan lain yang berhubungan dengan penyakit menular seksual. Anal seksual dapat menjadi salah satu cara penularan HIV yang lebih mudah karena pada dubur hanya terdapat membran mukosa rektum yang tipis dan mudah robek, sehingga anus mudah terjadi lesi atau luka, bila terjadi lesi maka dapat memudahkan masuknya virus sehingga memudahkan untuk terjadinya infeksi HIV.

3. Secara horizontal yaitu kontak antar darah atau produk darah yang terinfeksi

Darah dan produk darah adalah media yang sangat baik untuk transmisi HIV. Untuk bisa menular cairan tubuh harus masuk secara langsung ke dalam peredaran darah. HIV pernah ditemukan di dalam air liur atau ludah, namun hingga saat ini belum ada bukti bahwa HIV bisa menular melalui air ludah. Demikian pula dengan air susu ibu yang mengidap HIV/AIDS. HIV juga tidak terdapat dalam air kencing, tinja (feses), dan muntahan.

Hal ini dapat terjadi pada individu yang menerima transfusi darah atau produk darah yang mengabaikan tes penapisan HIV. Diperkirakan bahwa 90-100% orang yang mendapat transfusi darah yang terinfeksi HIV akan mengalami infeksi. Transmisi ini juga dapat terjadi pada individu pengguna narkotika intravena dengan pemakaian jarum suntik secara bergantian / bersama dalam satu kelompok tanpa mengindahkan asas sterilisasi.



Gambar 2.1 Transmisi Infeksi HIV

Menurut Irianto (2013), cara penularan HIV yang diketahui dan diakui hingga saat ini adalah melalui hubungan seksual (homoseksual maupun heteroseksual), darah (termasuk penggunaan jarum suntik) dan transplasental / perinatal (dari ibu ke anak yang akan lahir). Ada 5 unsur yang perlu diperhatikan pada penularan HIV/AIDS; pertama yaitu sumber infeksi HIV/AIDS adalah penderita AIDS dan pengidap HIV. Kedua, vehikulum/ media perantara, tidak ada hewan perantara, tetapi berbagai cairan tubuh dapat bertindak sebagai vehikulum misalnya : semen (air mani), cairan vagina (serviks), air susu ibu, air mata, saliva, dsb. Vehikulum yang secara epidemiologis potensial sebagai media penularan hanyalah semen, darah, dan cairan vagina (serviks). Ketiga yaitu hospes yang rentan, setiap orang dianggap rentan terhadap infeksi HIV karena akibat dari infeksi HIV, tubuh akan membentuk antibodi terhadap HIV, tetapi tidak cukup untuk menimbulkan daya tahan pada orang bersangkutan. Keempat yaitu tempat keluar HIV dari sumber infeksi adalah alat genital (semen, cairan

vagina/serviks), dan melalui kulit/mukosa yang luka (darah). Kelima yaitu tempat masuk pada tubuh hospes baru melalui kulit/ mukosa yang luka baik dengan perantaraan darah atau semen.

a. Melalui Transmisi Seksual

Hubungan seksual (*penetrative sexul intercourse*) baik vaginal maupun oral merupakan cara transmisi yang paling sering terutama pada pasangan seksual pasif yang menerima ejakulasi semen pengidap HIV. Diperkirakan $\frac{3}{4}$ dari jumlah pengidap HIV di dunia mendapatkan infeksi dengan cara ini. HIV dapat ditularkan melalui hubungan seksual dari pria-wanita, wanita-pria, dan pria-pria.

Berbagai aktivitas seksual memberikan resiko penularan HIV yang berbeda-beda. Berdasarkan urutan (gradasi) kemungkinan resiko penularan HIV dari yang paling tinggi sampai rendah pada berbagai aktivitas seksual adalah sebagai berikut :

1. Receptive anal intercourse
2. Receptive vaginal intercourse
3. Insertive vaginal intercourse
4. Insertive anal intercourse
5. Oral contact
6. Sexual intercourse with condom
7. Wet kissing or deep/tongue kissing

b. Melalui Transmisi Non Seksual

Transmisi melalui jalur ini dapat terjadi lewat transfusi darah / produk darah, jarum suntik / alat tusuk lain yang dapat melukai kulit dan lewat plasenta dari ibu pengidap HIV kepada bayi dalam kandungan.

Transmisi melalui transfusi darah / produk darah telah di deteksi di negara-negara barat sebelum tahun 1985 dan di negara-negara berkembang terutama Afrika yang sampai saat ini umumnya belum melakukan pemeriksaan / donor darah terhadap HIV. Penularan HIV terhadap produk darah juga terjadi di negara yang mendapatkan produk darah dari negara barat, terutama pada penderita hemofilia.

Transmisi HIV non seksual lewat jarum suntik banyak terjadi di negara barat pada kelompok penyalahguna obat bius / narkotika yang menggunakan jarum suntik yang tidak steril dan dipakai bersama. Penularan dapat berlangsung akibat terjadi perpindahan sejumlah kecil darah yang tertinggal pada jarum dari satu orang ke orang lain.

Transmisi HIV non seksual dapat juga terjadi pada petugas kesehatan yang merawat penderita HIV/AIDS dan petugas laboratorium yang menangani spesimen cairan tubuh yang berasal dari penderita. Penularan terjadi karena tertusuk jarum suntik yang sebelumnya digunakan penderita (*needle stick injury*) atau kulit/mukosa yang terkena cairan tubuh (darah) penderita.

Transmisi HIV non seksual juga dapat terjadi transplasental / perinatal dari ibu pengidap HIV kepada bayi sebelum, saat, dan dekat sesudah dilahirkan (Irianto, 2013).

2.1.3 Perjalanan Infeksi HIV

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas seluler dan menunjukkan gambaran penyakit yang kronis. Penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningkatan risiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan (Depkes RI, 2003).

Pada orang yang telah terinfeksi HIV tidak bisa langsung terlihat secara fisik. Terdapat tahap-tahap seseorang terkena HIV, yaitu :

a. Tahap Jendela (Window Period)

yaitu masa dari masuknya virus, sampai ketika dilakukan tes, hasilnya positif. *Window period* atau masa jendela pada beberapa penderita berbeda-beda, bervariasi antara 2 minggu sampai 6 bulan. Pada masa jendela ini, meskipun hasil tes negatif, apabila seseorang terinfeksi HIV, maka ia dapat menularkan HIV pada orang lain (Noviana, 2016).

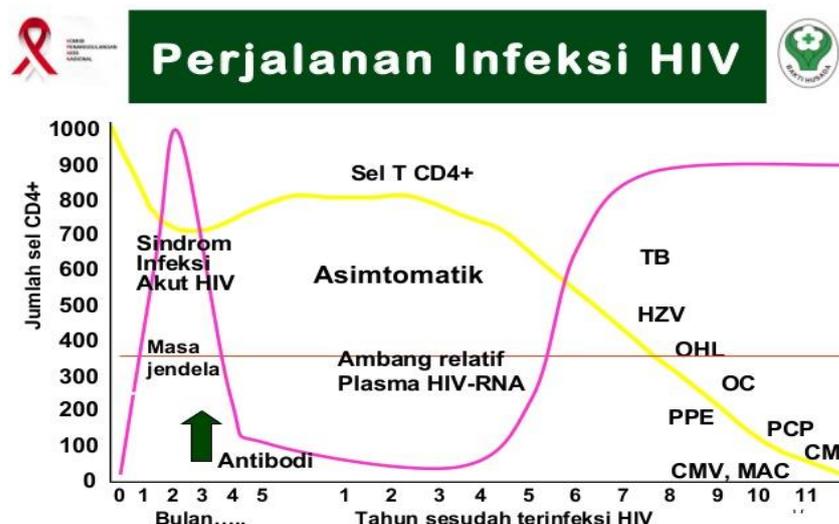
b. Tahap Asimtomatik (tanpa gejala)

Tahap asimtomatik menunjukkan bahwa di dalam tubuh penderita terdapat HIV tetapi penderita tidak menimbulkan tanda-tanda. Hal ini

dapat berlangsung selama 5-10 tahun. Cairan tubuh penderita HIV/AIDS yang tampak sehat sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain (Nursalam, 2007).

- c. Masa Pembesaran Kelenjar Limfe (dengan gejala penyakit)
 1. Ketika tahap ini penderita dipastikan positif HIV dengan sistem kekebalan tubuh yang semakin menurun
 2. Mulai muncul tanda-tanda infeksi oportunistik, misalnya pembengkakan kelenjar limfa atau diare terus-menerus
 3. Umumnya tahap ini berlangsung selama 1 bulan, bergantung pada daya tahan tubuh penderita (Najmah, 2015)
- d. Tahap AIDS

Tahap akhir atau yang sering disebut *full blown AIDS*, pada umumnya muncul gejala yang khas, yaitu adanya gejala mayor dan minor. Demam berkepanjangan, penurunan berat badan lebih dari 10% dalam satu bulan dan diare kronis yang berulang dan terus menerus dapat menandakan adanya gejala mayor pada tubuh penderita. Sedangkan batuk kronis, pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap, infeksi jamur pada mulut dan tenggorokan, kanker khususnya kanker kulit yang disebut sebagai *sarkoma kaposi*, munculnya *Herpes zoster* menandakan penderita mengalami gejala minor pada tahap AIDS (Noviana, 2016).



2.2 Perjalanan Infeksi HIV

2.1.4 Epidemiologi HIV/AIDS

Distribusi penderita HIV menurut golongan usia di AS, Eropa, Afrika dan Asia tidak berbeda jauh. Kelompok terbesar adalah golongan umur 30-39 tahun, disusul dengan golongan umur 40-49 tahun dan 20-29 tahun, dilihat dari umur yang aktif seksual (Irianto, 2013).

Menurut Notoatmodjo (2007) dalam Kumalasari (2013), Dilihat penyebaran penderita HIV/AIDS berdasarkan gender, laki-laki 57,71% dan pada perempuan 42,29%. Penyebaran berdasarkan umur, HIV/AIDS terbanyak mengenai pada kelompok umur produktif (15-60 tahun) dengan jumlah terbesar pada kelompok umur 20-29 tahun (HIV sebesar 55,09%, AIDS sebesar 24,58%)

Pola penularan HIV di Indonesia berdasarkan kelompok umur dalam 5 tahun terakhir (2010-2014) tidak banyak berubah. Infeksi HIV paling banyak terjadi pada kelompok usia produktif 25-49 tahun, diikuti kelompok usia 20-24 tahun. Berdasarkan jenis kelamin memiliki pola yang hampir sama dalam 7 tahun terakhir (2008-2014) yaitu lebih banyak terjadi pada kelompok laki-laki dibandingkan kelompok perempuan. Demikian pula pola penularan HIV berdasarkan faktor resiko, infeksi HIV dominan terjadi pada heteroseksual, diikuti kelompok "lain-lain", pengguna napza suntik (penasun) dan kelompok "Lelaki berhubungan Seks dengan Lelaki" (LSL) (Kemenkes RI, 2014).

2.1.5 Pencegahan dan Penanggulangan HIV di Indonesia

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS. Pada pasal 3 yang berisi Pengaturan Penanggulangan HIV dan AIDS bertujuan untuk:

- a. menurunkan hingga meniadakan infeksi HIV baru;
- b. menurunkan hingga meniadakan kematian yang disebabkan oleh keadaan yang berkaitan dengan AIDS;
- c. meniadakan diskriminasi terhadap ODHA;
- d. meningkatkan kualitas hidup ODHA; dan
- e. mengurangi dampak sosial ekonomi dari penyakit HIV dan AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat.

Pada pasal 3 yang berisi tentang kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS terdiri atas :

- a. promosi kesehatan;
- b. pencegahan penularan HIV;
- c. pemeriksaan diagnosis HIV;
- d. pengobatan, perawatan dan dukungan; dan
- e. rehabilitasi.

Pada pasal 14 ayat 1 yang berisi tentang Pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual dilakukan melalui upaya untuk:

- a. tidak melakukan hubungan seksual (*Abstinensia*);
- b. setia dengan pasangan (*Be Faithful*);
- c. menggunakan kondom secara konsisten (*Condom use*);
- d. menghindari penyalahgunaan obat/zat adiktif (*no Drug*);
- e. meningkatkan kemampuan pencegahan melalui edukasi termasuk mengobati Infeksi Menular Seksual sedini mungkin (*Education*); dan
- f. melakukan pencegahan lain, antara lain melalui sirkumsisi

Menurut Stanhope dan Lancaster (2000) dalam Setyoadi dan Triyanto (2012), upaya untuk mencapai tujuan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dilakukan dengan menggunakan pendekatan tiga tingkat pencegahan yaitu pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier.

- a. Pencegahan primer

Upaya pencegahan primer yang bisa dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi HIV adalah dengan cara merubah faktor resiko yang ada pada kelompok subpopulasi berisiko atau masyarakat umum. Hasil penelitian Crepaz et al (2009), dengan menggunakan pendekatan terapi perilaku didapatkan hasil yang efektif dalam menurunkan resiko infeksi HIV berkaitan dengan perilaku seksual (OR = 0,63; 95% CI: 0,57-0,75) dan penularan infeksi seksual (OR = 0,81; 95% CI: 0,67-0,98). Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan adalah memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit HIV/AIDS, cara penularan dan cara pencegahan, meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya perilaku yang lebih sehat dengan cara menghindari

narkoba, setia pada pasangan, dan menghindari hubungan seksual sebelum waktunya. Pencegahan primer pada kelompok berisiko seperti penaja seks dan pengguna narkoba jarum suntik adalah dengan cara kampanye penggunaan kondom dengan benar, dan penggunaan jarum suntik steril (Setyoadi dan Triyanto, 2012).

b. Pencegahan sekunder

Upaya yang dapat dilakukan untuk pencegahan sekunder infeksi HIV/AIDS adalah penemuan kasus sedini mungkin dengan cara melakukan skrining HIV pada subpopulasi berisiko seperti pengguna narkoba, pekerja seks komersial, dan narapidana (Depkes RI, 2003; Zahid et al, 1997).

Program konseling dan tes mandiri (VCT) dengan cara memberikan motivasi subpopulasi berisiko untuk melakukan pemeriksaan tes serologi HIV, pemberian vaksin HIV, dan pemberian konseling sebelum dan sesudah tes untuk mengatasi rasa putus asa dan depresi akibat terdiagnosa HIV. Pengobatan awal pada penderita HIV positif adalah dengan pemberian *antiretroviral* (ARV) bertujuan untuk memperlambat replikasi sel-sel yang terinfeksi HIV dan memperlambat perkembangan ke arah stadium AIDS

c. Pencegahan tersier

Upaya pencegahan tersier dilakukan setelah klien masuk dalam stadium empat yang disebut AIDS. Bentuk-bentuk kegiatan pada tingkat pencegahan tersier meliputi pengobatan infeksi oportunistik, memberikan perawatan fisik, psikososial dan emosional, pengawasan dan bimbingan pada ODHA, keterampilan hidup, terapi kelompok dan konseling.

2.1.6 Penegakan Diagnosa HIV AIDS

Diagnosis infeksi HIV AIDS dapat ditegakkan berdasarkan klasifikasi WHO atau CDC. Di Indonesia diagnosis HIV untuk keperluan surveilans epidemiologi dibuat apabila menunjukkan hasil tes positif dan sekurang-kurangnya didapatkan dua gejala mayor dan satu gejala minor.

Tabel 2.1 Gejala mayor dan gejala minor infeksi HIV AIDS

Gejala Mayor	Gejala Minor
Berat badan menurun >10% dalam satu bulan	Batuk menetap >1 bulan
Diare kronik berlangsung >1 bulan	Dermatitis generalisata
Demam berkepanjangan >1 bulan	Herpes zooster multi-segmental dan berulang
Penurunan kesadaran	Kandidiasis orofaringeal
Demensia / HIV ensefalopati	Herpes simpleks kronis progresif
	Limfadenopati generalisata
	Infeksi jamur berulang pada alat kelamin wanita
	Retinitis cytomegalovirus

Penegakan diagnosa HIV AIDS dapat dilakukan melalui tes antibodi HIV yang bertujuan untuk mendeteksi keberadaan antibodi terhadap HIV di dalam darah. Antibodi adalah reaksi tubuh terhadap kehadiran virus tertentu di dalam tubuh. Tes antibodi HIV inilah yang sering dipakai untuk penapisan atau skrining darah donor sebelum digunakan. Selain itu ada tes antigen yang diperuntuka untuk mengetahui keberadaan virus HIV di dalam tubuh. Pada HIV, keberadaan antibodi yang dapat dideteksi dengan pemeriksaan laboratorium dalam waktu 3-6 bulan setelah seseorang terpapar HIV. Sebelum jangka waktu ini, pemeriksaan darah tidak akan menunjukkan adanya antibodi HIV. Saat ini tersedia beberapa jenis tes darah yang dapat memeriksakan hasil tes HIV, diantaranya :

- a. ELISA (*Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*), tes yang dilakukan untuk mendeteksi antibodi yang ada dalam darah, tes ini bersifat sensitif membaca kelainan darah.
- b. Western Blot, tes ini juga untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap HIV. Tes ini lebih akurat dan lebih mahal

dibandingkan dengan ELISA dan lebih spesifik dalam mendiagnosis kelainan dalam darah.

- c. DIPSTICK HIV (En Te Be), tes ini merupakan *rapid test* yang murah dan pelaksanaannya cepat. Tes yang dikembangkan oleh Path ini sudah diproduksi di NTB, Indonesia. Sifatnya cukup sensitif dan spesifik dalam melihat kelainan dalam darah (Depkes RI, 2009).

2.2 Kondom

Menurut Hira SK *et al* (1997), secara etimologi kata “kondom” berasal dari bahasa latin *condon*, yang berarti wadah, ada juga yang menyebutkan kondom berasal dari bahasa latin *condomina* yang berarti rumah. Kemudian, ada juga yang berpendapat bahwa kondom berasal dari bahasa Italia yaitu *guantone*, dari kata *guanto* yang berarti sarung. Kondom merupakan salah satu metode kontrasepsi sederhana, yang merupakan sarung karet atau selubung yang dipasang pada alat kelamin laki-laki saat akan bersenggama, yang berguna untuk menghalangi pertemuan sperma dan sel telur (Saifuddin, 2003).

Berdasarkan jenis pengguna kondom, kondom dibagi menjadi dua jenis yaitu kondom untuk pria dan kondom untuk wanita, sedangkan untuk bahan dasar pembuatan kondom, yang dikenal antara lain :

1. Kondom Latex

Kondom berbahan dasar latex, merupakan kondom yang paling banyak beredar, dan memiliki beberapa variasi bentuk hingga ukuran. Beberapa pembuatan kondom berjenis *latex* dilubrikasi dengan sedikit bahan *nonoxynol-9*, suatu bahan spermisidal. Selama ini dipercaya bahwa *nonoxynol-9* mampu mencegah infeksi saluran kencing (termasuk HIV) tapi penelitian terakhir justru menunjukkan *nonoxynol-9* meningkatkan risiko penularan HIV (Hira SK *et al*, 1997)

2. Kondom *Benzocaine*

Kondom berbahan lubrikan *benzocaine*, *benzocaine* merupakan obat bius lokal (obat mati rasa), dan juga berguna untuk mematikan rasa/

sensasi pada kulit atau permukaan di dalam hidung, tenggorokan, vagina, atau rektum. Kondom yang mengandung *benzocaine* dalam dosis kecil dan mempunyai lapisan yang cukup tebal berguna untuk mengurangi sensitivitas penis sehingga dapat menunda ejakulasi.

3. Kondom *Polyuretan*

Kondom berbahan dasar *polyuretan* memiliki ketebalan hanya 0,02 mm lebih tipis dibandingkan kondom latex, bahan ini juga menjadi bahan dasar pembuatan kondom wanita. *Polyuretan* lebih baik daripada kondom berbahan *latex* karena beberapa alasan yaitu : penghantar panas yang lebih baik daripada *latex*, sehingga tidak sensitif terhadap suhu dan sinar UV, tidak berbau, kurang bersifat alergen dapat digunakan bersama lubrikan yang berbahan dasar minyak.

4. Kondom *Lambskin*

Kondom yang berasal dari bahan usus domba, merupakan kondom yang berbahan dasar paling tua. Mempunyai kemampuan lebih besar untuk menyalurkan panas tubuh dan sensasi raba daripada kondom sintesis, dan kurang bersifat alergenik dibandingkan latex, tetapi berisiko meningkatkan infeksi menular seksual. Hal ini dikarenakan kondom yang berbahan dasar usus hewan hana dapat menghalangi masuknya sperma tetapi tidak dapat menghalangi penularan virus penyebab IMS, dikarenakan ukuran virus yang lebih kecil daripada pori-pori yang terdapat pada membran usus.

Penggunaan kondom secara benar dan konsisten dapat menurunkan risiko penyakit menular seksual (PMS) dan memberikan proteksi yang maksimal. Penggunaan kondom konsisten dimaksudkan bahwa menggunakan kondom mulai dari awal sampai akhir setiap kali berhubungan seksual (Jatmiko, 2010).

Berdasarkan laporan kasus *National Institute of Health* pada tahun 2000, penggunaan kondom secara benar dan konsisten dapat menurunkan angka transmisi HIV sampai 85%.

2.3 LSL dan Penyimpangan Seksual

2.3.1 Pengertian Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL)

Menurut WHO/UNAIDS (2009) dalam Setyoadi dan Triyanto (2012), Populasi laki-laki yang berhubungan dengan laki-laki memiliki rasio satu dari lima terinfeksi HIV. Jumlah subpopulasi berisiko homoseksual terinfeksi HIV berbeda-beda di beberapa negara. Terjadinya infeksi HIV pada subpopulasi homoseksual dipengaruhi oleh faktor perilaku (*behaviour risk*), yaitu adanya kecenderungan homoseksual juga memiliki banyak pasangan seksual. Perilaku lain yang berisiko pada kelompok homoseksual adalah tidak konsistennya mereka menggunakan kondom saat berhubungan seksual.

Menurut Kartono (1989), Homoseksualitas adalah relasi seks dengan jenis kelamin yang sama atau rasa tertarik dan mencintai jenis seks yang sama. Ada beberapa teori yang menjelaskan mengenai sebab-sebab homoseksualitas di antaranya yaitu :

- a. Faktor herediter berupa tidak seimbangya hormon-hormon seks
- b. Pengaruh lingkungan yang tidak baik atau tidak menguntungkan bagi perkembangan kematangan seksual yang normal
- c. Seseorang yang mencari kepuasan relasi homoseks, karena pengalaman homoseksual pada masa remaja
- d. Pengalaman traumatis dengan ibunya sehingga timbul kebencian atau antipasi terhadap ibunya dan semua wanita.

Lelaki suka Seks dengan Lelaki (LSL) adalah pria yang mengakui dirinya sebagai orang yang biseksual/homoseksual. LSL merupakan singkatan dari lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki, LSL lebih ditujukan untuk perilaku seksual, sedangkan gay tidak hanya merujuk kepada perilaku seksual, namun juga ketertarikan emosional. Lelaki seks Lelaki (LSL) belum tentu seorang gay atau homoseksual, kondisi atau keadaan yang mendorong mereka untuk melakukan hubungan sejenis (Kemenkes RI, 2013; GWL-INA, 2012).

2.3.2 Faktor Penyebab Homoseksual

Homoseksualitas yang dapat mengacu kepada orientasi seksual yang ditandai dengan kesukaan seseorang dengan orang lain mempunyai

kelamin sejenis secara biologis atau identitas gender yang sama memiliki beberapa faktor penyebab seperti :

a. Faktor Biologis, faktor yang berupa rangkaian atau kombinasi tertentu di dalam genetik (kromosom), hormon, susunan syaraf, dan otak diperkirakan merupakan salah satu faktor penyebab homoseksualitas

1. Susunan Kromosom

Perbedaan heteroseksual dan homoseksual dapat dilihat dari susunan kromosom x dan y yang berbeda.

2. Ketidakseimbangan Hormon

Laki-laki mempunyai hormon testosteron dan juga mempunyai hormon yang dimiliki oleh perempuan yaitu estrogen dan progesteron dengan kadar jumlah yang sangat sedikit. Jika seorang laki-laki mempunyai kadar hormon wanita yaitu estrogen dan progesteron yang cukup tinggi atau lebih banyak pada tubuhnya maka hal tersebut dapat menyebabkan perkembangan seksual seorang laki-laki dapat mendekati karakteristik perempuan.

3. Struktur Otak

Struktur otak pada *straight males* dan *straight females* serta *gay males* dan *gay females* berbeda. Otak bagian kanan dan kiri pada *straight males* sangat jelas terpisah dengan membran yang cukup tebal dan tegas, dan *straight females* otak bagian kiri dan kanan tidak begitu tebal dan tegas. Hal yang dapat menyebabkan homoseksual yaitu pada *gay females* (lesbian) struktur otaknya sama dengan *straight males*, dan *gay males* struktur otaknya sama dengan *straight females*.

4. Kelainan Susunan Saraf

Salah satu faktor yang memengaruhi perilaku seksual homoseksual maupun heteroseksual yaitu kelainan susunan saraf, yang terjadi dikarenakan oleh atau patah tulang dasar tengkorak atau radang.

b. Faktor Lingkungan

1. Budaya

Salah satu yang mempengaruhi pribadi individu adalah budaya dan adat istiadat yang berlaku dalam suatu kelompok masyarakat

2. Pola Asuh

Pola asuh dari orang tua yang telah mengenalkan pada identitas mereka sebagai perempuan atau pria sejak dini pada seorang anak

3. Figur orang yang berjenis kelamin sama dan relasinya dengan lawan jenis

Perilaku homoseksual dapat dipengaruhi ketika pada masa anak-anak gagal mengasimilasi dan mengidentifikasi peranan sesuai dengan identitas seksual yang berlaku. Hal ini dapat terjadi karena figur yang dilihat dan dicontoh tidak memerankan identitas seksual sesuai dengan nilai-nilai universal yang berlaku

4. Kekerasan seksual

Kekerasan seksual juga turut andil dalam membentuk perilaku homoseksual. Kekerasan seksual yang dilakukan oleh orang-orang tidak bertanggung jawab terhadap orang lain yang berjenis kelamin sama. (Noviana, 2016)

2.3.3 Perilaku Seks Kaum Homoseksual

Kebutuhan seksual bagi seorang homoseks, biasanya dipuaskan melalui hubungan seks dengan relasi atau kenalan dekat sejenisnya. Bagi yang memiliki pasangan tetap, kebutuhan seksual dapat dilakukan kapanpun tanpa melalui proses mencari pasangan kencan atau transaksi. Bagi kaum homoseks pasangan hidup yang diperoleh bisa dua macam, yaitu pasangan hidup yang memang sudah gay, atau pasangan hidup yang awalnya adalah lelaki normal.

Laki-laki homoseksual mempunyai berbagai peran dalam perilaku seksualnya yaitu sebagai : Laki-laki yang berlaku memasukkan (insertif)

penis nya ke dalam anal pasangan seks; laki-laki yang berperan menerima (reseptif) penis pasangannya kedalam anus; laki-laki yang tidak melakukan anal seks tetapi saling melakukan timbal balik perilaku oral seks dan masturbasi (Noviana, 2016).

2.3.4 Faktor Penyebab Biseksualitas

Menurut Sigmund Freud (2007) dalam Noviana (2016), pada dasarnya individu sudah memiliki potensi sejak lahir untuk menjadi homoseksual maupun biseksual. Berbagai faktor penyebab biseksualitas yaitu :

a. Faktor biologis

Ada kelainan di genetik dan hormonal. Namun faktor biologis hanyalah pendorong orang untuk berbuat, bukan yang menentukan jenis perbuatan yang harus dilakukan.

b. Faktor psikodinamik

Adanya gangguan perkembangan psikoseksual pada masa anak-anak (seperti kasus sodomi pada anak dibawah umur)

c. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan dan mental psikologis lebih besar efeknya bagi terciptanya orientasi seksual. Seseorang berperilaku gay, lesbi, ataupun biseksual dapat bersifat temporer jika seseorang dihadapkan dalam situasi berada dalam lingkungan kehidupan sesama jenis seperti di penjara yang hanya bersama dengan laki-laki. Dapat juga bersifat permanen, yang berperilaku disorientasi seksual sejak akil baligh.

d. Coba-coba

Perilaku coba-coba untuk memperoleh pengalaman seksual baru yang sering dilakukan bersama sahabat atau orang yang dipercaya.

e. Seks bebas (*free sex*)

Para penganut seks bebas seringkali mengadakan pesta seks yang dihadiri banyak orang dengan ragam orientasi seksual. Dalam keadaan semacam ini sangat terbuka kemungkinan coba-coba melakukan hubungan biseksual. Jika dalam melakukan hubungan seks bebas (*free sex*) mengalami kenikmatan seperti yang diharapkan, perilaku tersebut

cenderung diulang-ulang, dan dapat berkembang menjadi orang yang mempunyai perilaku biseksual.

f. Kebutuhan emosional yang tidak terpenuhi

Kebutuhan emosional yang hanya dapat dipenuhi oleh laki-laki dan kebutuhan emosional lain yang hanya dapat dipenuhi oleh perempuan, untuk memenuhi seluruh kebutuhan emosional tersebut mereka dapat memiliki peran seksualitas ganda.

g. Faktor sosiokultural

Adanya adat istiadat yang memberlakukan hubungan homoseks dengan alasan tertentu yang tidak benar (Noviana, 2016).

2.4 Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Infeksi HIV/AIDS

Menurut Lawrence Green (1980), membedakan determinan masalah kesehatan menjadi dua faktor yaitu faktor perilaku (*behaviorial factors*) dan faktor di luar perilaku (*non behaviorial factors*). Dalam faktor perilaku menurut Green (1980) dikemukakan bahwa perilaku seseorang terhadap suatu obyek dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu :

1. *Predisposing Factor* (Faktor Pemudah)

Faktor pemudah (*predisposing factors*) terdiri antara lain, pengetahuan terhadap apa yang dilakukan, kepercayaan, nilai, pengalaman, serta beberapa faktor sosial, demografi, seperti status perkawinan dan status ekonomi, umur, serta gender.

2. *Enabling Factor* (Faktor Pemungkin)

Faktor pemungkin terdiri dari antara lain; ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan ketersediaan fasilitas kesehatan, jarak/akses ke tempat pelayanan kesehatan, dan ketersediaan sumber daya kesehatan.

3. *Reinforcing Factor* (Faktor Penguat)

Faktor penguat meliputi antara lain : peran serta petugas kesehatan, kebijakan, tokoh masyarakat, tokoh agama.

2.4.1 *Predisposing Factors* (Faktor Pemudah)

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra pendengaran, raba, rasa, penciuman, dan penglihatan. Sebagian besar pengetahuan yang didapatkan oleh manusia diperoleh dari indra telinga dan mata. Domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*) yaitu kognitif atau pengetahuan. Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif, meliputi:

1. Tahu (*Know*)

Mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dapat diartikan sebagai tahu (*know*). Mengingat kembali (*recall*) sesuatu hal yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima dapat dimaksudkan kedalam tingkat pertama pengetahuan ini. Oleh karena itu, tingkat tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya merupakan kata kerja yang dapat mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari.

2. Memahami (*Comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar dapat diartikan sebagai memahami (*Comprehension*). Subjek yang telah memahami materi atau obyek harus dapat menyimpulkan, menjelaskan, meramalkan, menyebutkan contoh, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Aplication*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya) diartikan sebagai aplikasi. sebagai penggunaan hukum-hukum, metode, rumus, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain juga dapat

diartikan sebagai aplikasi. Contohnya dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*), dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4. Analisis (*Analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan suatu objek atau materi ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain disebut sebagai analisis (*Analysis*).

5. Sintesis (*Synthesis*)

Suatu kemampuan untuk menghubungkan atau meletakkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru menunjuk pada pengertian sintesis (*Synthesis*). Sintesis juga dapat merujuk kepada suatu bentuk kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Contohnya dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyusun, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek berkaitan dengan evaluasi (*Evaluation*). Justifikasi atau penilaian tersebut didasarkan pada suatu kriteria yang telah ada, atau menggunakan kriteria-kriteria yang ditentukan sendiri. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari responden atau subjek penelitian. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ukur atau ketahui dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan mengenai perilaku kesehatan terkait penyakit HIV akan memberikan arah pemahaman tentang proteksi diri dan peningkatan

kesehatan. Pada penelitian Kartika dan Siregar (2014), berdasarkan pengetahuan komprehensif pada analisis data STBP 2011, hanya 25,8% LSL yang memiliki pengetahuan komprehensif secara baik, artinya hanya satu dari empat LSL yang memiliki pengetahuan mengenai penularan dan pencegahan HIV secara komprehensif. Pengetahuan yang kurang tentang infeksi HIV kebanyakan pada partner seksual laki-laki atau LSL. Alasan mengenai pengetahuan HIV yang rendah tentang infeksi HIV terhadap partner seksual belum diketahui pasti, bisa jadi karena ketidakterbukaan terhadap status HIV diantara partner seksual, kesadaran yang kurang terhadap risiko HIV dan akses pelayanan tes HIV diantara LSL dan partner seksualnya (Kartika dan Siregar, 2014; Lin et al, 2015; Park et al, 2011)

b. Sikap

Reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek dapat diartikan sebagai sikap. Menurut Allport (1954), sikap mempunyai tiga komponen pokok antara lain :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Seperti halnya pengetahuan, sikap terdiri dari berbagai tingkatan :

1. Menerima (*received*)

Subjek atau orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek) dapat diartikan sebagai menerima (*received*).

2. Merespon (*responding*)

Merespon dapat ditunjukkan sebagai suatu usaha untuk memberikan jawaban apabila ditanya, menyelesaikan dan mengerjakan tugas yang diberikan terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*valuing*)

Menghargai (*valuing*) suatu sikap tingkat tiga, dapat ditunjukkan dalam sikap mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah

4. Bertanggung Jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi apabila orang (subjek) menunjukkan sikap bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko.

Salah satu penelitian yang berhubungan dengan sikap petugas layanan pada pelayanan VCT. Petugas layanan kesehatan dan petugas lain tidak memberikan stigma dan diskriminasi terhadap orientasi seksual informan di mana sikap positif petugas layanan kesehatan juga menimbulkan dorongan tersendiri bagi informan untuk melakukan VCT secara sukarela. Sebagian besar informan merasa nyaman untuk melakukan VCT karena sikap konselor yang tidak memberi stigma dan diskriminasi terhadap LSL. Oleh karena itu sikap dari petugas pelayanan kesehatan atau petugas lain merupakan salah satu faktor yang mendorong atau mendukung LSL ke layanan VCT (Fatmala, 2016)

c. **Praktik atau Tindakan**

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu praktik atau tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan atau tindakan yang nyata diperlukan faktor-faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*), praktik atau tindakan ini mempunyai beberapa tingkatan antara lain :

1. Persepi (*perception*)

Praktik tingkat pertama yaitu persepi (*perception*) merupakan praktik mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

2. Respon terpimpin (*guide*)

Praktik tingkat kedua merupakan praktik yang dapat melakukan sesuatu sesuai dengan contoh dan sesuai dengan urutan yang benar.

3. Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

4. Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Notoatmodjo, 2007)

Salah satu tindakan untuk menurunkan angka infeksi HIV yaitu dengan melakukan tindakan pencegahan HIV. Pencegahan HIV didefinisikan sebagai upaya menurunkan kejadian penularan dan penambahan infeksi HIV melalui beberapa strategi, aktivitas, intervensi, dan pelayanan. Tindakan pencegahan penularan HIV berarti upaya untuk menanggulangi dengan mencegah penularan HIV dari ODHA ke orang lain dengan menggunakan metode atau cara seksual atau nonseksual yang aman (CDC, 1998).

Pada penelitian di Harbin, China, hubungan seks aman pada 6 bulan terakhir OR=0,4 (95%CI 0,173–0,812) merupakan faktor protektif terhadap infeksi HIV. Sedangkan perilaku seks komersial OR=4,047 (95%CI 1,196–13,691) menjadi faktor risiko (independen) terhadap infeksi HIV. Diantara Laki-laki seks dengan laki-laki yang berstatus HIV dilaporkan sedikitnya satu partner seks laki-laki yang berhubungan seks anal insertif tidak aman dalam satu waktu 33,6% (35/104; 95% CI 25,3 – 43,2%) dan berhubungan seks anal reseptif tidak aman 44,6% (45/101; 95% CI 35,2 – 54,3%) dengan partner seks yang tidak terinfeksi HIV. (Zhang *et al*, 2013, Clark *et al*, 2008).

1. Penggunaan NAPZA

Narkotika, Psikotropika, dan Zat-zat adiktif lainnya merupakan salah satu faktor yang berkorelasi meningkatkan perilaku seksual yang tidak aman (Nehl, 2012). Salah satu dampak dari pemakaian narkoba yaitu efek stimulan, yaitu merangsang fungsi tubuh dan meningkatkan kegairahan serta kesadaran. Narkoba jenis ini adalah kafein, kokain, dan amphetamine, contoh yang sering dipakai adalah shabu dan ekstasi (BNN, 2015).

Berdasarkan penelitian Koblin *et al* (2006) penggunaan obat-obatan terlarang yang diinjeksi, tidak diinjeksi, atau mengonsumsi

alkohol berat berasosiasi dengan meningkatnya resiko infeksi HIV, LSL yang menggunakan narkoba non injeksi sebelum berhubungan seks memiliki OR = 1,96 (95% CI= 1,44 - 2,69) dengan jenis Amphetamine dibandingkan dengan narkoba jenis lainnya.

2. Konsumsi Alkohol

Menurut Nurhayati (2011), mengonsumsi alkohol sebelum melakukan hubungan seksual dapat mempengaruhi perilaku seksual seseorang, karena jika dibawah pengaruh alkohol kesadaran akan berkurang dan akhirnya banyak yang melakukan seks tidak aman yang dapat berakibat meningkatkan resiko terjadinya infeksi menular seksual. Berdasarkan penelitian Koblin *et al* (2006), LSL yang mengonsumsi alkohol berat sebelum berhubungan seks memiliki OR 1,97 (95%CI 1,32-2,96) dibandingkan LSL yang tidak mengonsumsi alkohol sebelum berhubungan seks.

Pada penelitian Park *et al* (2013), LSL yang pernah melakukan hubungan seksual setelah mengonsumsi alkohol memiliki *RDS-Weighted %* = 57,5 (95% CI = 49,6-64,8) di Douala dan *RDS-Weighted %* = 73,2 (65,9-80,4) di Yaounde.

3. Persepsi Berisiko

Berdasarkan penelitian Fachlaeli (2012), WPS di Kota Bekasi dan Bandung memiliki persepsi tidak merasa berisiko dengan OR = 0,86 (95%CI = 0,6-1,26) dengan nilai p 0,5 dibandingkan dengan WPS yang merasa berisiko.

Di Harbin, China, persepsi kesadaran akan infeksi HIV/AIDS diantara LSL di Harbin memiliki OR= 1,0 (95% CI = 0,381-2,369) dengan *Pvalue* 0,924 (Zhang *et al*, 2013).

d. Faktor Sosial Demografi

1. Umur

Menurut Nuswantari (1998), istilah usia diartikan dengan lamanya keberadaan seseorang diukur dalam satuan waktu di

pandang dari segi kronologis, individu normal yang memperlihatkan derajat perkembangan anatomis dan fisiologis sama.

Umur pertama kali melakukan hubungan seks penting dalam epidemi HIV karena berkorelasi dengan jumlah pasangan seks selama hidupnya. Umumnya seseorang mulai aktif secara seksual sejak remaja, kemudian berangsur-angsur aktivitas seksual meningkat sampai umur 30 tahun, lalu menurun setelah umur 30 tahun (Dachlia, 2000)

Menurut Hirshfield *et.al*, (2003), mengingat perilaku seksual komunitas gay yang cenderung bebas dan berganti-ganti pasangan serta rendahnya informasi tentang kesehatan reproduksi. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa umur 18-29 tahun sebanyak 45% telah menjadi mitra seksual dan ditemukan 9% diantaranya positif HIV/AIDS.

Variabel umur (≥ 35 tahun) menjadi faktor risiko infeksi HIV OR 4.7 (95%CI 1.07–20.762) di Harbin China, grup umur yang berbeda memiliki risiko yang berbeda dalam terinfeksi HIV, risiko terinfeksi HIV menunjukkan peningkatan tren bersamaan dengan bertambahnya usia (trend test, $\chi^2 = 13.922$, $P < 0.01$) (Zhang *et al*, 2013)

2. Jenis Kelamin (seks)

Jenis kelamin (seks) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seorang lahir. Seks berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk mengalami menstruasi, hamil, dan menyusui. Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya, dan fungsinya tetap dengan laki-laki dan perempuan pada segala ras yang ada di muka bumi.

Penularan HIV lebih mungkin dan sering terjadi melalui hubungan seks dari laki-laki ke perempuan, daripada sebaliknya. Salah satu sebabnya adalah karena HIV lebih banyak ditemukan di dalam cairan semen/mani daripada cairan vagina. Selain itu adalah bahwa mani yang tercemar HIV dapat tinggal dalam vagina beberapa hari setelah hubungan seks, sehingga memberi kesempatan yang lebih besar untuk dapat menularkan.

Hubungan seks anal dianggap sebagai praktik seks yang paling berisiko, terutama bagi orang yang menerima penis di dalam duburnya. Penis dapat menggores dan merobek selaput lendir rektum, sehingga HIV dapat lebih lancar masuk ke dalam peredaran darah. Seksual identitas sebagai gay mempunyai faktor risiko terhadap infeksi HIV di Douala OR 2.42 (95% CI 1.34-4,35) dan di Yaounde, Kamerun OR 1.92 (95% CI 1.06-3.49) (Hutapea, 2003; Park et al, 2011)

3. Pendidikan

Menurut Effendi (2005), pendidikan adalah segala usaha yang bertujuan untuk mengembangkan sikap dan kepribadian, pengetahuan dan keterampilan. Perubahan perilaku kesehatan merupakan keputusan individu yang bukan karena paksaan, membutuhkan waktu yang lama karena memerlukan pemikiran dan pertimbangan.

Hasil pemikiran dan pertimbangan seseorang sangat dipengaruhi oleh latar belakang pendidikannya. Oleh karena itu pendidikan merupakan salah satu faktor pemudah yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku seseorang (Green dalam Notoatmodjo, 2007).

Tingkat pendidikan juga berpengaruh terhadap pencegahan HIV, Terdapat pengaruh positif tidak signifikan dari pendidikan (OR= 1,33; CI=95%; 0,64-2,78 ; p = 0,450). terhadap perilaku pencegahan HIV/AIDS. Proporsi infeksi HIV pada reponden yang tamat SMA di Lima, Peru sebesar 70.0% (63/90), di China bagian

timur proporsi infeksi HIV tertinggi pada tingkat pendidikan sekolah menengah sebanyak 33 partisipan dari 70 partisipan berstatus HIV positif (47.2%) (Ratnaningsih, 2015, Clark *et al*, 2008, Lin *et al*, 2015).

4. Status Perkawinan

Perkawinan merupakan suatu lembaga yang membangun keluarga dan pengaturan tersebut berlandaskan pada faktor-faktor sosiokultural yang menentukan cara hidup suatu masyarakat serta mempengaruhi kesehatannya, berbagai fungsi dan sumbangsih keluarga kepada masyarakat dan sosietas sebagai suatu kesatuan harus menjadi pertimbangan (Bennet, 1987)

Status kawin dapat juga dibedakan menjadi : belum kawin, kawin, cerai hidup, cerai mati. Kawin adalah status dari mereka yang terikat dalam perkawinan pada saat pencacahan, baik yang tinggal bersama maupun berpisah (Data Statistik Indonesia, 2011)

Tingginya angka kasus infeksi pada ODHA yang kawin dapat disebabkan karena penularan HIV melalui kontak seksual dari pasangannya (suami/istri). Proporsi infeksi HIV di Lima, Peru pada Laki-laki seks dengan laki-laki tertinggi pada status perkawinan dengan wanita sebesar 37 partisipan dari 70 partisipan positif HIV (52.9%). Dalam hal pencegahan penularan HIV di Sorong, Papua, tidak ada pengaruh signifikan terhadap pencegahan HIV terhadap penularan HIV dengan $Pvalue = 0,138$). Berbeda dengan penelitian Dahlia (2000) yang menunjukkan hubungan signifikan antara status kawin dengan perilaku seksual berisiko ($P=0,000$), tanpa dikontrol variabel usia dan tingkat pendidikan, didapatkan juga bahwa responden berstatus belum kawin cenderung mempunyai perilaku berisiko 4,7 kali dibandingkan dengan responden yang sudah menikah (Kambu, 2012; Lin, 2015, Dahlia, 2000).

5. Sumber Penghasilan

Perubahan perilaku kesehatan didasari penambahan pengetahuan, sikap atau ketrampilan. Perubahan pengetahuan dan

sikap tidak menjamin terjadinya perubahan perilaku utamanya apabila perubahan tersebut membutuhkan dukungan material (Notoatmodjo, 2007)

Pada penelitian Rumana (2013) salah satu faktor signifikan terhadap adanya kejadian IMS pada LSL adalah sumber pendapatan utama (Pvalue= 0,000), hal ini juga dapat berhubungan dengan variabel umur dimana hubungan usia yang lebih muda akan mudah mendapat pelanggan dalam melakukan seks komersial pada pekerja seks, bagi LSL yang berperilaku menjual seks.

6. Status Tempat Tinggal

Menurut penelitian Fachlaeli (2012) status tempat tinggal WPSL dengan kategori tinggal dengan orang lain bersama dianggap sebagai risiko kejadian infeksi menular seksual dengan OR = 0,68 (CI 95% = 0,33-1,18) namun dianggap bermakna karena Pvalue 0,158

e. Pengalaman

Pengalaman diartikan sebagai sesuatu yang pernah dialami (dijalani, dirasakan, ditanggung) (KBBI, 2005). Pengalaman diartikan sebagai memori episodik, yaitu memori yang menerima dan menyimpan peristiwa yang terjadi dialami individu pada waktu dan tempat tertentu, yang berfungsi sebagai referensi autobiografi (Daehler dan Bukatko, 1985)

Lamanya berperilaku homoseksual pada responden Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) ≥ 10 tahun mendapatkan OR 5.4 (95%CI 1.942–13.644) menjadikan salah satu faktor risiko terhadap infeksi HIV di Harbin, China (Zhang *et al*, 2013)

1. Jumlah Pasangan Seks

Berdasarkan penelitian oleh Zhang *et al* (2013), banyaknya partner homoseksual pada LSL yang lebih dari 10 dengan OR 5.6 (95%CI 1.857–17.110) merupakan salah satu faktor risiko yang meningkatkan infeksi HIV di Harbin, China. Hal yang sama dilihat dari penelitian Koblin *et al* (2006) Di Amerika

Serikat laki-laki yang memiliki 4 atau lebih pasangan seks (HR=1.81, 95% CI = 1,23-2.68), memiliki faktor risiko terhadap infeksi HIV (Zhang *et al*, 2013; Koblin *et al*, 2006).

2. Umur Pertama Kali Berhubungan Seks

Pada penelitian Joesoef (2003) bahwa waria melakukan hubungan seks pada usia muda (median umur 15 tahun). Pada PSK waria umur pertama kali melakukan hubungan seksual rata-rata pada umur 16,06 tahun (median 15 tahun) dengan kisaran umur yang paling muda pertama kali melakukan hubungan seksual pada umur 8 tahun dan paling tua pada umur 35 tahun. Di Harbin, China, LSL pertama kali berperilaku homoseksual pada umur <18 tahun memiliki OR=1,4 (95%CI = 0,456-4,109) dengan *Pvalue* = 0,560 dibandingkan LSL yang pertama kali berperilaku homoseksual pada umur \geq 25 tahun. Di China bagian timur, LSL yang terinfeksi HIV positif memiliki *Pvalue* = 0,04 signifikan terhadap umur pertama kali berhubungan seks dengan laki-laki lain dibandingkan LSL yang berstatus HIV negatif. (Joesof, 2003; Purwarini, 2010; Zhang *et al*, 2013; Lin *et al*, 2015).

3. Riwayat Gejala IMS

Menurut Kemenkes RI (2011) IMS dapat menjadi pintu masuk bagi penularan HIV karena adanya cairan tubuh atau darah pada luka akibat IMS. Infeksi Menular Seksual yang tidak ditangani salah satunya dapat menyebabkan rentannya terinfeksi HIV (Dinas Kesehatan Surabaya, 2009).

Pada penelitian Zhang *et al* (2013), LSL di Harbin, China yang memiliki gejala Penyakit Seksual Menular memiliki OR= 0,7 (95% CI= 0,285-1,724) dengan nilai *p* = 0,438 tidak signifikan terhadap penularan infeksi HIV. Berbeda halnya dengan penelitian Koblin *et al* (2006) LSL yang melaporkan sendiri penyakit seksual menularnya berasosiasi signifikan terhadap meningkatnya penularan HIV di 6 kota di Amerika Serikat,

dimana penyakit gonorhea memiliki OR= 2,49 (95% CI= 1,47-4,22) untuk meningkatkan risiko terinfeksi HIV dibandingkan penyakit klamidiasis pada LSL di 6 kota besar di Amerika Serikat.

2.4.2 *Enabling Factors* (Faktor Pendukung)

a. Informasi atau Kelompok Referensi

Diseminasi informasi tentang pencegahan dan penularan HIV/IMS telah dilakukan oleh pemerintah maupun lembaga swadaya masyarakat, baik melalui media cetak, media elektronik maupun barang cetakan. Penyebaran informasi merupakan salah satu cara intervensi untuk merubah perilaku kesehatan masyarakat dengan memberikan edukasi. Meskipun membutuhkan waktu yang lama, tetapi apabila masyarakat mau merubah perilakunya akan bersifat langgeng (Notoatmodjo, 2007).

Informasi mengenai pencegahan di antaranya pelayanan VCT pada LSL di Yayasan IGAMA Malang diperoleh informan baik secara langsung dengan cara bertanya kepada temannya dan Petugas Lapangan (PL) maupun mendapatkan informasi melalui sosial media. Karena akses informan terhadap sosial media yang tinggi, PL yang aktif memberi informasi melalui sosial media merupakan salah satu faktor pendukung yang mempengaruhi informan untuk melakukan VCT. (Fatmala, 2016)

b. Ketersediaan Sarana dan Prasarana Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan / atau masyarakat.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya

promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes, 2014)

1. Tes HIV

Pada penelitian terhadap LSL di Harbin, China, responden yang mendapatkan intervensi kesehatan selama satu tahun terakhir menunjukkan faktor protektif dengan OR 0.8 (95% CI 0.452–1.576) terhadap infeksi HIV di kota tersebut. Melakukan tes HIV di pelayanan kesehatan (VCT) juga merupakan faktor protektif dengan OR 0.7 (95% CI 0.385–1.341). Dalam penelitian Sri Lestari dan M. Slamet Raharjo pada tahun 2013, keberadaan penjangkau dan strategi penjangkauan merupakan faktor yang mempengaruhi minat LSL di Surakarta untuk melakukan VCT. Penelitian di dua kota di Kamerun menunjukkan bahwa akses layanan kesehatan yang ditargetkan untuk LSL di kota Doula sebesar (Bobot RDS 66.1 (95% CI 57.6-74.6)) dan di Yaounde sebesar (Bobot RDS 33.7 (95% CI 26.6-40.8)) (Zhang *et al*, 2013; Lestari dan Raharjo, 2013; Park *et al*, 2013).

2. Jenis Pelicin

Penggunaan pelumas adalah untuk meminimalisir kejadian luka pada anus saat berhubungan seks secara anal. Struktur anus yang lebih ketat dibandingkan vagina bila mendapat tekanan yang kuat dapat menyebabkan lecet bahkan luka (Wahyuningsih, 2012) Pelumas dengan bahan dasar air adalah yang terbaik dibandingkan bahan dasar minyak dan silikon. Pelumas dengan bahan dasar minyak dan silikon dapat menyebabkan kondom rusak atau sobek (Kemenkes RI, 2010)

2.4.3 Reinforcing Factors (Faktor Pendorong)

a. Peran Serta Petugas Kesehatan

Setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki keterampilan dan pengetahuan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan disebut tenaga kesehatan (Soepardan, 2008).

Petugas kesehatan berperan sebagai perencana, penggerak sekaligus pelaksana pembangunan kesehatan sehingga tanpa tersedianya tenaga dalam jenis dan jumlah yang sesuai, maka pembangunan kesehatan tidak akan berjalan secara optimal (Kemenkes, 2014)

Penelitian yang dilakukan oleh Wahyunita Syahrir *et al*, peran petugas kesehatan terhadap pemanfaatan klinik VCT, dukungan tersebut khususnya dalam bentuk dukungan informasi baik berupa informasi tentang cara penularan HIV dan pencegahannya, serta memberikan motivasi kepada LSL guna melakukan pemeriksaan HIV secara sukarela, dan ada hubungan pengetahuan, keterampilan petugas kesehatan dan dukungan petugas kesehatan dengan pemanfaatan klinik VCT di Puskesmas Kota Makassar (Syahrir, 2014).

1. Paparan Informasi tentang HIV/AIDS

Paparan informasi ini berasal dari pelayanan kesehatan, penjangkau dan pendamping Di Harbin, LSL yang menerima intervensi berupa kondom gratis dan edukasi kesehatan menghasilkan OR 0,8 (95%CI = 0,452-1,576) dengan nilai p 0,594 dibandingkan LSL yang tidak menerima intervensi selama setahun terakhir di Harbin, China.

b. Dukungan Keluarga

Sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan instrumental, dukungan informasional, dukungan emosional, dan dukungan penilaian menunjukkan interpretasi dari dukungan keluarga. Jadi, dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi tindakan, sikap dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan (Friedman, 2010).

Menurut Kaplan dan Sadock (2002), suatu bentuk hubungan interpersonal yang melindungi seseorang dari efek stress yang buruk dapat diartikan sebagai dukungan keluarga.

Dukungan keluarga dan dari lingkungan sekitar seperti teman dan komunitas menjadi salah satu penentu terhadap pencegahan maupun penularan HIV. Berdasarkan penelitian Fatmala, Dorongan untuk melakukan VCT hanya didapatkan dari lingkungan teman dan komunitas. Komunitas merupakan tempat bagi informan untuk menemukan teman yang memiliki orientasi yang sama. Sedangkan informan belum melakukan pembukaan status atau belum membuka diri ke lingkungan keluarga mengenai status gay-nya (Fatmala, 2016)

c. Undang-undang Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 tahun 2013 mengatur tentang penanggulangan HIV dan AIDS yang meliputi penanggulangan HIV dan AIDS secara komprehensif dan berkesinambungan yang terdiri atas promosi kesehatan, pencegahan, diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi terhadap individu, keluarga, dan masyarakat.

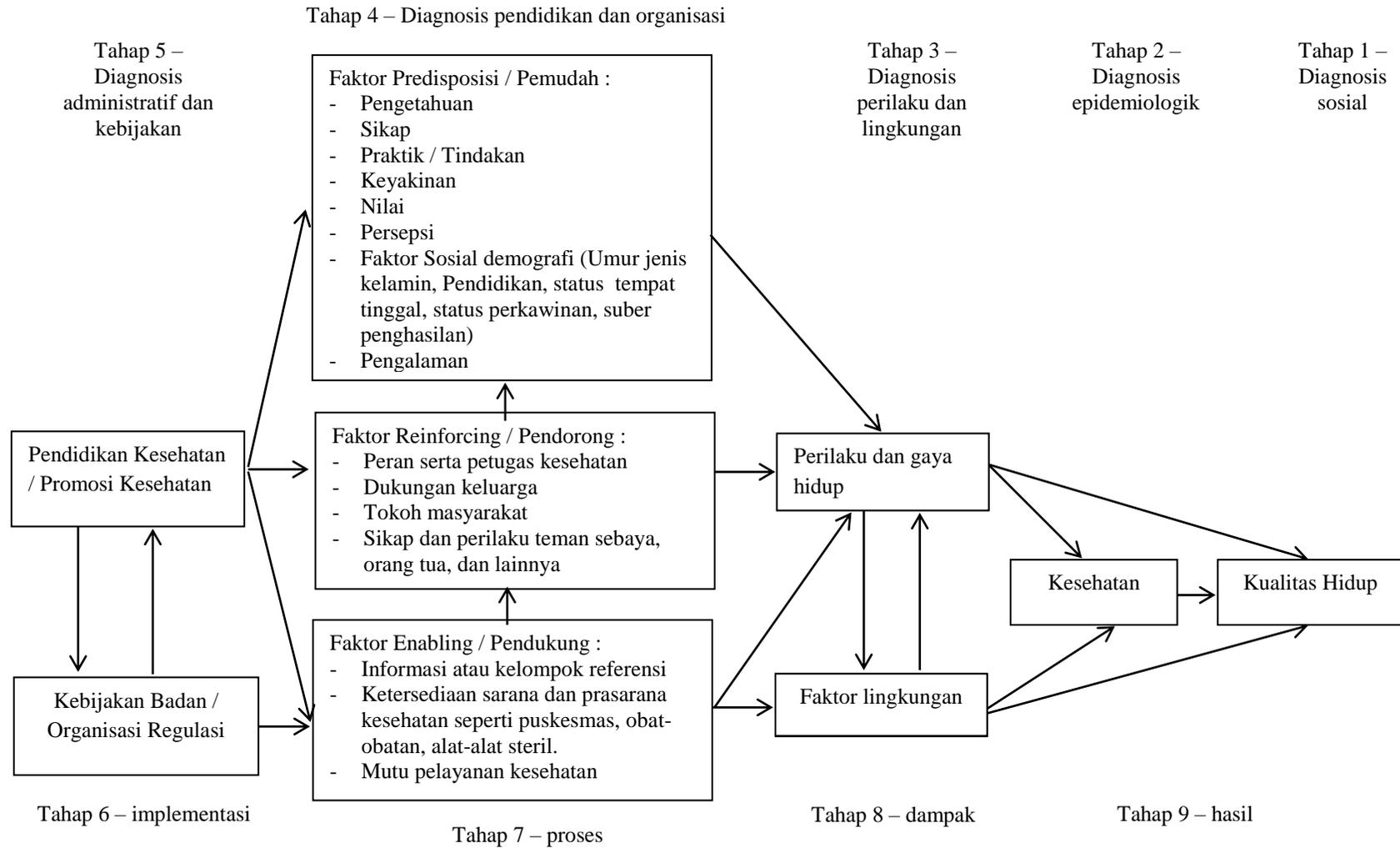
Pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 tahun 2013 Pasal 3 tentang Pengaturan Penanggulangan HIV dan AIDS bertujuan untuk :

1. Menurunkan hingga meniadakan infeksi HIV baru;
2. Menurunkan hingga meniadakan kematian yang disebabkan oleh keadaan yang berkaitan dengan AIDS;
3. Meniadakan diskriminasi terhadap ODHA;
4. Meningkatkan kualitas hidup ODHA; dan
5. Mengurangi dampak sosial ekonomi dari penyakit HIV dan AIDS pada individu, keluarga, dan masyarakat.

Penelitian oleh Simplexius Asa di Kupang, menyatakan bahwa kelompok pekerja berisiko merespons positif kehadiran Perda-Perda Penanggulangan HIV dan AIDS karena mereka merasa hak-haknya terlindungi dan mendapatkan jaminan kesehatan dan terhindar dari penularan penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk HIV dan AIDS (Asa, 2009).

2.5 Kerangka Teori

Kerangka teori yang dibuat dalam penelitian ini merupakan teori Lawrence Green model Precede dan Proceed (1980)



Gambar 2.2 Kerangka Teori Lawrence Green (1980)

2.6 Penelitian Terkait

Tabel 2.1
Penelitian Terkait HIV/AIDS dan Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL)

Peneliti	Judul	Variabel	Metode	Hasil	Perbedaan
Evi Fachlaeli Tesis Program Pascasarjana Kekhususan Epidemiologi Lapangan Universitas Indonesia (2012)	Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom Satu Bulan Terakhir dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat Tahun 2011 (Analisis Data Sekunder Survei Terpadu Biologis dan Perilaku 2011)	Dependen : Kejadian IMS berdasarkan hasil tes HIV dan Sifilis Independen : Konsistensi Penggunaan Kondom pada bulan terakhir, umur, tingkat pendidikan, status pernikahan, tempat tinggal sekarang, lama bekerja, penghasilan, usia seks pertama, kebiasaan bilas vagina, gejala IMS, pengetahuan IMS dan HIV, persepsi berisiko, konsumsi alkohol, penggunaan NAPZA suntik, pekerjaan pelanggan, jumlah pelanggan, keterpaparan informasi, obat IMS (PBB), tes HIV, kepemilikan kondom, akses kondom, kondom gratis, peluang menggunakan kondom.	Jenis penelitian : Analisis data sekunder STBP 2011 Desain penelitian : <i>cross sectional</i>	WPS yang tidak konsisten menggunakan kondom mempunyai peluang untuk menderita infeksi menular seksual 1,4 kali dibandingkan yang konsisten setelah dikontrol variabel lama kerja, umur seks pertama, pernah menerima tes HIV, dan peluang menggunakan kondom.	Penelitian ini menggunakan kelompok berisiko Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL), sedangkan peneliti sendiri menggunakan kelompok risiko Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL)
Hugh Klein, PhD <i>American Journal of Men's Health</i> Vol. 8(3) 190– 204, 2014.	<i>Condom use self-efficacy and HIV Risk Practices among Men who Uses the Internet to Find Male Partners for Unprotected Sex</i>	Dependen : Penggunaan Kondom (Keyakinan/ kemujaraban diri untuk menggunakan kondom) Independen : Riwayat bermasalah	<i>Cross Sectional</i> Rekrutmen melalui website	1. Semakin banyak penyalahgunaan narkoba dan ketergantungan yang dialami oleh responden, maka semakin rendah tingkat kesadaran diri menggunakan kondom	Variabel Dependen pada penelitian ini berbeda dengan peneliti, yang seharusnya sebagai variabel independen utama peneliti.

dengan narkoba, identitas peran seksual sebagai “*bottom*” (bawah)”, ketidakpedulia dengan status sero-HIV pasangan potensial seks, riwayat penganiayaan masa anak-anak, tingkat percaya diri terhadap informasi HIV, dan tingkat pengetahuan tentang HIV.

- ($P=0,002$)
2. Responden yang diidentifikasi berperan seksual sebagai *bottom* memiliki tingkat kesadaran diri menggunakan kondom dibandingkan responden yang berperan sebagai *top* dan keduanya (*versatile*) ($P=0,013$)
 3. Dibandingkan mereka yang ingin menemukan pasangan secara khusus berstatus positif atau negatif HIV, responden yang acuh tak acuh terhadap status sero-HIV pasangan mereka kurang percaya diri untuk menggunakan kondom dengan benar atau bernegosiasi dalam penggunaannya ($P=0,013$)
 4. Semakin banyak pelecehan seksual, fisik, emosional yang responden alami, semakin rendah kesadaran diri menggunakan kondom ($P=0,06$)
 5. Semakin percaya diri responden
-

				terhadap keakuratan profil pasangan seks di internet, semakin rendah kesadaran diri menggunakan kondom ($P < 0,001$)	
				6. Semakin tinggi tingkat pengetahuan responden semakin tinggi kepercayaan diri untuk menggunakan kondom dengan benar dan bernegosiasi dengan pasangannya ($P = 0,004$)	
Nanda Aula Rumana	Infeksi Menular Seksual pada Gay di Tangerang, Jogjakarta dan Makassar Tahun 2009 (Aspek Rekam Medis Pada Analisis Data STBP)	Dependen : Kejadian IMS pada gay Independen : Umur, Umur pertama berperilaku berisiko, pendidikan, status perkawinan, sumber pendapatan, penggunaan kondom dan pelicin, riwayat mengalami gejala IMS, akses kondom, jenis pelicin, jumlah pasangan seksual.	Jenis penelitian : Analisis data sekunder STBP 2009 Desain penelitian : <i>cross sectional</i>	1. Faktor predisposisi / pemudah yang memiliki hubungan bermakna secara statistik diantaranya; umur ($P = 0,02$), umur pertama kali berperilaku berisiko ($P = 0,004$), sumber pendapatan utama ($P = 0,000$), dan penggunaan kondom ($P = 0,037$), 2. Faktor enabling/ pemungkin yang memiliki hubungan bermakna secara statistik adalah jenis pelicin ($P = 0,003$) 3. Faktor <i>reinforcing</i> / penguat yang memiliki hubungan	Penelitian ini menganalisis data sekunder STBP 2009. Sedangkan peneliti menganalisis data sekunder STBP 2015 Pada variabel dependen menganalisis variabel infeksi menular seksual. Variabel independen penelitian ini tidak meneliti variabel penggunaan NAPZA, konsumsi alkohol, pengetahuan mengenai HIV/AIDS, tes HIV dan paparan informasi mengenai HIV/AIDS

					bermakna secara statistik adalah jumlah pasangan seksual (P=0,003).
Aput Hartono Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta (2009)	Faktor Risiko Kejadian Penyakit Menular Seksual (PMS) pada Komunitas Gay Mitra Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Yogyakarta	Dependen Penyakit Menular Seksual Independen : Umur, lama gay, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan kesehatan reproduksi, pemeliharaan organ reproduksi, dan perilaku seksual berisiko	: <i>Case control</i>	1.	Ada hubungan antara variabel lama menjadi gay (OR= 5,95; 95% CI= 1,223-28,951), dan perilaku seksual berisiko (OR= 9,06 95% CI= 1,724-47,675) terhadap kejadian penyakit menular seksual 2. Tidak ada hubungan signifikan antara variabel umur (OR=0,389; 95% CI=0,088-1,722), pendidikan (OR=5,4; 95% CI=0,941-30,980), pekerjaan (OR=0,686; 95% CI=0,155-3,036), pengetahuan kesehatan reproduksi (OR=1,524; 95% CI=0,312-7,442), perilaku pemeliharaan organ reproduksi (OR=2,571; 95% CI=0,581-11,384) terhadap kejadian PMS
Said Firdaus dan Helifi Agustin Jurnal Kesehatan Komunitas, Vol. 2, No.	Faktor Risiko Kejadian pada Komunitas LSL (Lelaki Seks Lelaki) Mitra Yayasan	Dependen Kejadian HIV Independen : Perilaku seksual (penggunaan kondom, perilaku membersihkan	: <i>Case control</i>	1.	Sepuluh (50.0%) dari responden melakukan perilaku seksual yang berisiko terhadap kejadian HIV
					Populasi dalam penelitian ini adalah 621 LSL mitra yayasan Lantera Minangkabau Sumatera barat, dengan sampel

2, Mei 2013	Lanterana Minangkabau Sumatera Barat	organ reproduksi, penggunaan pelumas, bahan dasar pelumas, perilaku berganti- ganti pasangan, perilaku membeli seks dari lelaki, perilaku membeli seks dari wanita, perilaku menjual seks pada lelaki, perilaku menjual seks pada wanita, perilaku oral dan anal seks) dan penggunaan narkoba suntik.		dan sebagian 24 kasus HIV kecil (10.4%) dan 24 kontrol. Sedangkan peneliti menganalisis data sekunder STBP 2015
				2. Ada hubungan yang signifikan antara perilaku seksual dengan kejadian HIV (p = 0.009 dan OR =5.898) sedangkan antara penggunaan narkoba suntik dengan kejadian HIV tidak ada hubungan yang signifikan (p = 1.000 dan OR = 1.571).
Zhang <i>et al</i> PLoS ONE, March 2013, Volume 8, Issue 3	<i>Prevalence of HIV Infection and Associated Risk Factors among Men Who Have Sex with Men (MSM) in Harbin, P. R. China</i>	Dependen : Infeksi HIV Independen : Kesadaran akan AIDS, umur pertama kali berperilaku homoseksual, lamanya berperilaku homoseksual, jumlah partner seks homoseksual 6 bulan terakhir, seks tidak aman 6 bulan terakhir, anal seks, oral seks, jumlah seks partner wanita, perilaku homoseksual komersial, penggunaan narkoba, riwayat IMS, menerima intervensi kehatan satu tahun terakhir, tes HIV satu tahun terakhir	<i>Cross sectional</i>	Prevalensi HIV dari 463 responden adalah 9.5%. Kesadaran akan AIDS 86.8%. Proporsi seks tidak aman sebesar 57.6% selama 6 bulan terakhir. Analisis univariat mengidentifikasi bahwa umur (≥ 35 tahun) OR 4.7 (95%CI 1.07– 20.762), lamanya berperilaku homoseksual ≥ 10 tahun OR 5.4 (95%CI 1.942– 13.644) , partner homoseksual ≥ 10 OR 5.6 (95%CI 1.857–17.110) merupakan faktor risiko infeksi HIV dan hubungan seks aman 6 bulan terakhir OR 0.4 0.(95%CI 173– 0.812) merupakan faktor protektif terhadap infeksi HIV . Analisis multivariat mendapatkan bahwa lamanya

					perilaku homoseksual OR 1.08 (95%CI 1.036–1.125) dan perilaku seks komersial OR4.047 (95%CI 1.196–13.691) menjadi faktor risiko (independen) terhadap infeksi HIV, dan perilaku seks aman menjadi faktor protektif dengan OR0.413 (95%CI 0.174–0.987).
Koblin <i>et al</i> AIDS 2006, Vol 20 No 5 ISSN 0269- 9370	<i>Risk factors for HIV infection among men who have sex with men</i>	Dependen : infeksi HIV Independen : Umur; Ras/etnis; pendidikan; tingkat depresi; jumlah pasangan seks laki-laki dalam 6 bulan terakhir; status HIV pasangan tetap; oral seks yang tidak aman; seks dubur tidak aman; hubungan anal insertif tidak aman; penggunaan NAPZA (injeksi/non injeksi); konsumsi alkohol; konsumsi alkohol atau obat-obatan sebelum berhubungan seks; riwayat IMS.	: Desain penelitian : Analisis <i>longitudinal</i> Kohort Analisis infeksi HIV dan perilaku berisiko tiap 6 bulan selama 48 bulan.	Dalam analisis multivariat, laki-laki yang memiliki 4 atau lebih pasangan seks (HR=1.81, 95% CI = 1,23-2.68), seks anal tidak aman dengan pasangan serostatus HIV (HR = 3.40, 95% CI 2.25 – 5.14), dan hubungan anal insertif tidak aman dengan pasangan HIV positif (OR=1.59 95%CI 1.05, - 2.40) memperbesar risiko terinfeksi HIV. (Pvalue = 0,05)	Desain penelitian yang berbeda, dan dilakukan di 6 kota di Amerika Serikat
Clark <i>et al</i> Sex Transm Infect 2008;84:449 –454. Doi:10.1136/ sti.2008.031 310	<i>Risk factors for the spread of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men infected with HIV in Lima, Peru</i>	Dependen: Infeksi HIV Independen: umur, pendidikan, perilaku seksual berisiko, prevalensi IMS	Jenis Penelitian : <i>survey</i> dan pemeriksaan laboratorium Analisis data : Desriptif statistik	Dari 124 LSL dengan HIV, 72,6% sadar akan statusnya terinfeksi HIV. Pada lelaki yang didiagnosis Sifilis aktif (RPR> 1:8) 79,8% gonoreha uretra 1,6% dan klamidia.	Penelitian ini berlangsung di Lima, Peru. Sumber data yang didapat merupakan primer, sedangkan peneliti menganalisis data sekunder.

				Dari 41 partisipan didapatkan 34,2% tidak memakai kondom saat hubungan anal insertif dengan pasangan terakhir. Dari 86 partisipan didapatkan 25,6% tidak menggunakan kondom saat berhubungan seks anal reseptif.	
Remis <i>et al</i> PLOS ONE, September 2014, Volume 9, Issue 9	<i>HIV Transmission Among Men Who Have Sex with Men due to Condom Failure</i>	Dependen: Penularan HIV Independen : seks anal dengan kondom, seks anal tidak menggunakan kondom, oral seks, efektifitas kondom	<i>Cross sectional</i>	Diantara LSL di Ontario pada tahun 2009, diestimasi 92.963 laki-laki berstatus negatif HIV melakukan 1.184.343 episode seks anal dengan kondom dan 117.133 episode tanpa menggunakan kondom dengan partner seks positif HIV. Dari 693 infeksi HIV baru, 51% (CI: 17% - 77%) diantaranya melakukan hubungan seks anal dengan kondom, 33% berhubungan seks anal tanpa kondom, dan 16% melakukan oral seks	Penelitian ini berfokus hubungan penularan HIV terhadap kegagalan dalam pemakaian kondom.
Lin <i>et al</i> PLOS ONE DOI:10.1371 /journal.pone .0129300, June 8, 2015	<i>High Prevalence of HIV Infection and Bisexual Networks among a Sample of Men Who Have Sex with Men in Eastern China</i>	Dependen: Infeksi HIV Independen: Umur. Status perkawinan, tempat tinggal, pendidikan, umur pertama kali berhubungan seks dengan lelaki, jumlah partner seks laki-laki, jumlah partner seks perempuan, mempunyai partner seks laki- laki yang banyak	<i>Cross sectional</i>	8,2% partisipan berumur 18 hingga 39 tahun, 49% partisipan sudah menikah dengan wanita, 52,9% partisipan berstatus SMA atau perguruan tinggi, 31% bukan penduduk lokal. 70 partisipan (11,3%) berstatus HIV positif. Umur pertama kali berhubungan seks dengan laki-laki rata-rata 26,7 tahun	Penelitian ini juga menganalisis <i>egocentric sexual network</i> , dimana pasangan seksual selama 12 bulan terakhir dianalisis, juga berdasarkan pasangan yang berstatus HIV positif dan HIV negatif.

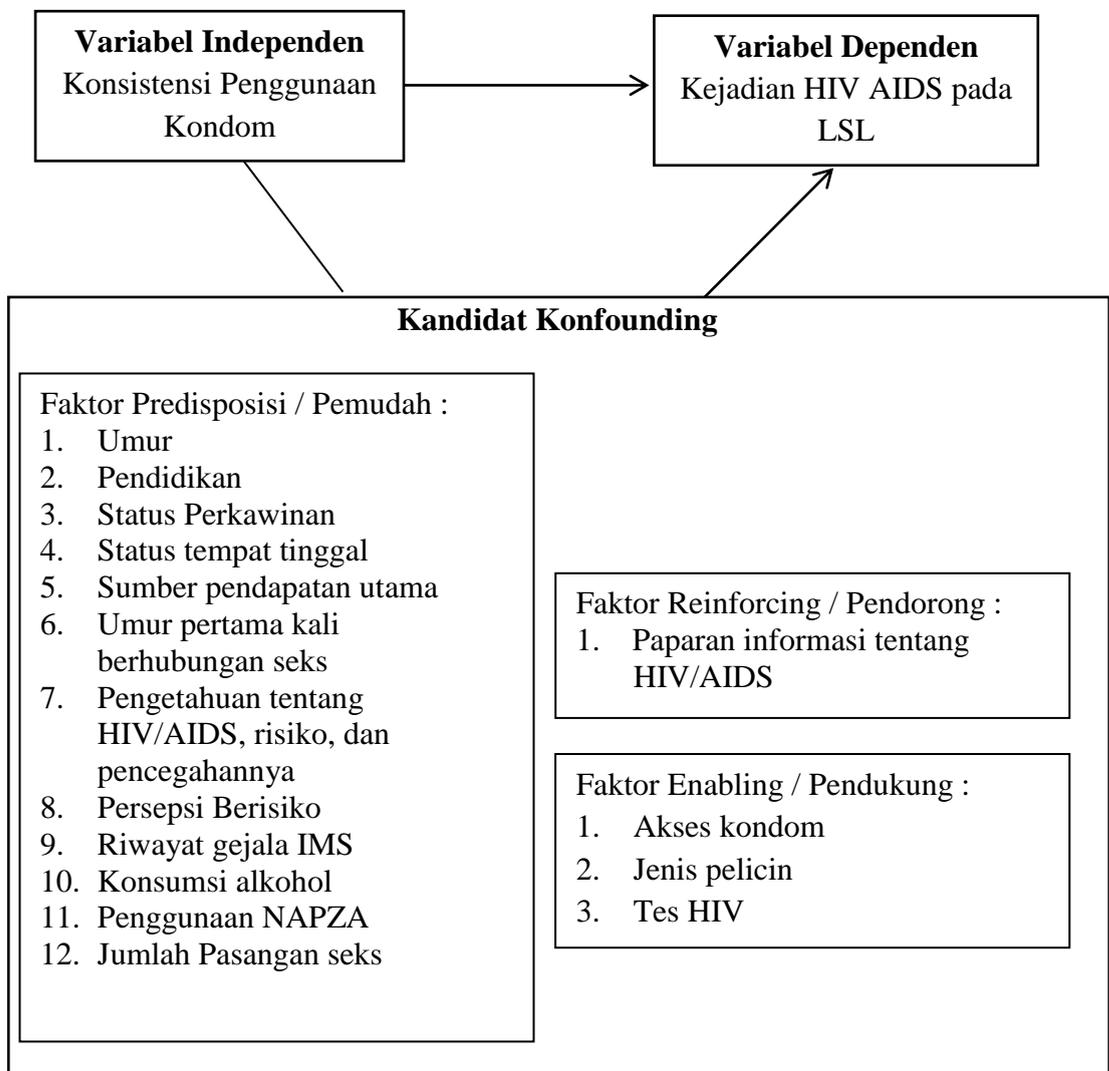
		setahun terakhir, mempunyai partner seks laki-laki dan perempuan bersamaan setahun terakhir, penggunaan kondom, status HIV partner seks		(12-66 tahun). Partisipan berstatus HIV positif secara signifikan memiliki umur berhubungan seks dengan lelaki lebih tinggi dibandingkan dengan partisipan HIV-negatif ($\chi^2 = 8.38, P = 0.04$). 91% partisipan mempunyai lebih dari 2 atau lebih partner seks laki-laki, 8,1% mempunyai partner seks laki-laki komersial, 37,6% partisipan memiliki partner seks biasa
Park JN et al. Journal of the International AIDS Society 2013, 16(Suppl 3):18752	<i>HIV prevalence and factors associated with HIV infection among men who have sex with men in Cameroon</i>	Dependen: Infeksi HIV Independen: umur, pekerjaan, agama kristiani, identitas seksual, status pernikahan, peran seksual, umur pertama kali berhubungan seks, akses layanan CBO LSL di komunitas, akses kondom gratis, pelicin kondom, pengetahuan HIV, dukungan sosial, partner seks wanita dan laki-laki, gejala IMS, jumlah partner seks, konsistensi penggunaan kondom, riwayat kondom bocor.	<i>Cross sectional</i>	Prevalensi HIV 28.6% (73/255) dan 25.5% (95% CI 19.1-31.9) di Douala, and 47.3% (98/207) dan 44.4% (95% CI 35.7-53.2) di Yaounde. Secara keseluruhan, umur median adalah 24 years, 62% (317/511) LSL diidentifikasi sebagai biseksual dan 28.6% (144/511) diidentifikasi sebagai gay. Ketidakkonsistenan pemakaian kondom dengan partner seks tetap (64.1%; 273/426) dan partner seks biasa (48.5%; 195/402), penggunaan pelicin (26.3%; 124/472). Di Douala, hubungan peran seksual (reseptif) dihubungkan dengan prevalensi HIV (aOR) 2.33, 95%CI (1.02-5.32). dibandingkan LSL

yang berstatus negatif HIV, LSL yang berstatus positif mengakses layanan kesehatan di Douala (aOR 4.88, 95% CI 1.63-14.63). di Yaounde, LSL yang positif HIV lebih tinggi dalam penggunaan pelicin (aOR 2.44, 95% CI 1.19-4.97).

BAB III
KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka Konsep dalam penelitian ini dikembangkan berdasarkan teori Lawrance Green (1980) yang menjelaskan tentang faktor perilaku. Berdasarkan pendekatan masalah penelitian secara teoritis (*teoritical approach*), maka peneliti menyusun kerangka konsep yang didasarkan pada teori-teori dan hal-hal sebagai berikut.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom dengan Kejadian HIV AIDS Pada Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali (Analisis Data STBP 2015)

3.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Determinan Prevalensi HIV/AIDS pada Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali (Analisis Data STBP 2015)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen						
1	Kejadian HIV/AIDS	Kejadian HIV/AIDS berdasarkan status tes HIV yang dilakukan pengujian dengan mengambil sampel darah perifer pada LSL	Observasi Data STBP 2015	Hasil Tes Lab	0 = negatif 1 = positif	Nominal
Variabel Independen Utama						
2	Konsistensi Penggunaan Kondom	Konsistensi penggunaan kondom yang dilakukan pada saat hubungan seks terakhir dan sebulan terakhir dengan pasangan tetap, pasangan tidak tetap pria (bukan waria, non-komersial), pasangan tidak tetap wanita (bukan waria, non-komersial), waria, pria (membeli seks), pelanggan pria (menjual seks), dan pelanggan wanita (menjual seks).	Observasi Data STBP 2015	Blok 6. Perilaku Seks No. 606, 610 dan 613; 614, 615 dan 621; 625, 626 dan 632; 636, 637, dan 642; 646, 650, dan 656; 658, 670 dan 681, 685, 689 dan 699 Kuesioner STBP15-LSL	0= konsisten setiap berhubungan seks 1= tidak konsisten setiap berhubungan seks	Nominal
Kandidat Konfounding						
3	Umur	Umur responden berdasarkan ulang tahun terakhir . dihitung dengan mengurangkan tahun suvey (2015) dengan tahun kelahirannya	Observasi Data STBP 2015	Blok 3. Karakteristik No. 301 Kuesioner STBP15-LSL	0 = <25 tahun 1 = ≥25 tahun (Joesoef, 2003)	Ordinal
4	Pendidikan	Pendidikan formal tertinggi yang	Observasi Data STBP	Blok 3. Karakteristik No. 302	0 = Pendidikan Dasar	Ordinal

		sudah/sedang ditempuh oleh responden saat dilakukan penelitian	2015	Kuesioner STBP15-LSL	1 = Pendidikan Menengah 2= Pendidikan Atas (Lin, 2015)	
5	Status perkawinan	Status perkawinan saat penelitian dilakukan	Observasi Data STBP 2015	Blok 3. Karakteristik No. 303 Kuesioner STBP15-LSL	0= menikah 1= belum/ pernah menikah (Purwarini, 2010)	Nominal
6	Status tempat tinggal	Tempat tinggal responden saat penelitian dilakukan	Observasi Data STBP 2015	Blok 3. Karakteristik No. 306 Kuesioner STBP15-LSL	0 = Bersama pasangan tetap/ pasangan wanita, waria, pria 1 = Sendiri, bersama teman, bersama keluarga (STBP, 2015)	Nominal
7	Sumber pendapatan utama	Sumber pendapatan utama responden pada sebulan terakhir	Observasi Data STBP 2015	Blok 3. Karakteristik No. 307 Kuesioner STBP15-LSL	0 = tidak tetap 1 = tetap (Purwarini, 2010)	Ordinal
8	Umur pertama kali berhubungan seks	Usia pada saat pertama kali berhubungan seks dengan laki-laki (gay) ataupun dengan perempuan (biseksual)	Observasi Data STBP 2015	Blok 6. Perilaku seks No. 601 Kuesioner STBP15-LSL	0= >15 tahun 1 = ≤ 15 tahun (Joesoef, 2003)	Ordinal
9	Pengetahuan	Pemahaman benar responden terhadap pengetahuan tentang HIV/AIDS, risiko, dan pencegahannya yang diketahui berdasarkan jawaban pada kuesioner, dilakukan penjumlahan dan pengkategoriaan	Observasi Data STBP 2015	Blok 4. Pengetahuan tentang HIV/AIDS, Risiko dan Pencegahannya No. 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420 Kuesioner STBP15-LSL	0= pengetahuan baik (\geq mean/median) 1= pengetahuan kurang ($<$ mean/median) Dikategorikan berdasarkan nilai mean/median. Jika data berdistribusi normal dikategorikan	Ordinal

					menurut mean, data berdistribusi tidak normal dikategorikan menurut median.	
10	Persepsi Berisiko	Persepsi responden bahwa dirinya merasa berisiko untuk tertular HIV	Observasi Data STBP 2015	Blok 4. Pengetahuan tentang HIV/AIDS, Risiko dan Pencegahannya No 421 Kuesioner STBP15-LSL	0 = merasa berisiko 1 = tidak merasa berisiko	Nominal
11	Riwayat gejala IMS	Responden mengalami gejala IMS seperti munculnya kutil dan lesi di sekitar kelamin dan anus, keluar cairan tidak normal dari penis dll. dalam setahun terakhir	Observasi Data STBP 2015	Blok 9. Cakupan Program. Pertanyaan berkaitan dengan Layanan Infeksi Menular Seksual (IMS) No. 926 Kuesioner STBP15-LSL	0 = tidak mengalami gejala IMS 1= mengalami gejala IMS	Nominal
12	Konsumsi alkohol	Responden mengonsumsi alkohol (arak, tuak, bir, wiski, dsb) sebelum melakukan hubungan seks selama 3 bulan terakhir	Observasi Data STBP 2015	Blok 7. Minuman beralkohol dan Penggunaan Napza No. 701 Kuesioner STBP15-LSL	0= tidak 1= ya	Nominal
13	Penggunaan NAPZA	Responden mengonsumsi NAPZA (Narkoba, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya) (ganja, ekstasi, amphetamine, shabu, dsb) sebelum melakukan hubungan seks selama 3 bulan terakhir	Observasi Data STBP 2015	Blok 7. Minuman beralkohol dan Penggunaan Napza No. 702 Kuesioner STBP15-LSL	0= tidak 1= ya	Nominal
14	Jumlah Pasangan Seks	Jumlah pasangan seks melalui anal dan vaginal selama sebulan terakhir, pada pasangan tetap,	Observasi Data STBP 2015	Blok 6. Perilaku Seks No. 612, 620, 630, 631, 641, 654 Kuesioner	0= <4 1= ≥4 (Joesoef,	Nominal

		tidak tetap pria dan wanita, waria		STBP15-LSL	2003)	
15	Akses kondom	Kemudahan dalam mendapatkan kondom sebulan terakhir, jawaban dari kuesioner akan dikategorikan	Observasi Data STBP 2015	Blok 5. Kondom dan pelicin No. 505 Kuesioner STBP15-LSL	0= mudah 1= sulit	Nominal
16	Jenis pelicin	Jenis pelicin yang digunakan pada saat melakukan seks anal terakhir	Observasi Data STBP 2015	Blok 5. Kondom dan pelicin No. 514 Kuesioner STBP15-LSL	0= pelicin berbahan dasar air 1= air biasa, air ludah 2= minyak baby oil, gel, cream/ body lotion	Nominal
17	Tes HIV	Tes darah untuk mengetahui status HIV yang pernah atau tidak pernah dilakukan responden.	Observasi Data STBP 2015	Blok 9. Cakupan Program No. 904 Kuesioner STBP15-LSL	0= tidak 1= ya	Nominal
18	Paparan informasi tentang HIV/AIDS	Paparan informasi tentang HIV/AIDS yang pernah diterima oleh responden setahun terakhir	Observasi Data STBP 2015	Blok 9. Cakupan Program, Pertanyaan berkaitan dengan Layanan Pencegahan Lainnya No. 959, 961, 963, 964, 965 Kuesioner STBP15-LSL	0= terpapar 1= tidak terpapar	Ordinal

3.3 Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan konsistensi penggunaan kondom terhadap kejadian HIV AIDS pada LSL di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015
2. Ada hubungan konsistensi penggunaan kondom terhadap kejadian HIV AIDS pada LSL setelah dikontrol dengan variabel lainnya (umur, pendidikan, status perkawinan, status tempat tinggal, sumber pendapatan utama, umur pertama kali berhubungan seks, pengetahuan, persepsi berisiko, riwayat gejala IMS, konsumsi alkohol, penggunaan NAPZA, jumlah pasangan seks, tes HIV, akses kondom, jenis pelicin, dan paparan informasi tentang HIV AIDS)

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian mengenai hubungan konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian HIV/AIDS pada Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali menggunakan data sekunder yang bersumber dari Survey Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) tahun 2015 oleh Kementerian Kesehatan RI. STBP bertujuan untuk mengetahui prevalensi HIV dan IMS (sifilis, gonore, dan klamidia) pada populasi paling berisiko (berisiko tinggi) yaitu Wanita Pekerja Seks langsung (WPSL), Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung (WPSL), Pria Berisiko Tinggi berdasarkan pekerjaan (Sopir Truk, ABK, TKBM, Tukang Ojek, dan Buruh), Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL), Pengguna Narkoba Suntik (Penasun), Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) dan Remaja. STBP 2015 dilakukan di 11 Provinsi di Indonesia yaitu Sumatera Utara, Kep. Riau, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, NTT, Papua, Lampung, dan Maluku. STBP menggunakan desain potong lintang (*cross-sectional*). Pada desain penelitian *cross sectional*, variabel sebab atau faktor risiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian diukur atau dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan (Notoadmodjo, 2012).

Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) 2015 salah satunya dilakukan di kelompok berisiko Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL). Metode sampling Survei Terpadu Biologis dan Perilaku menggunakan metode *Respondent driven sampling* (RDS) adalah sebuah teknik sampling secara jemput bola (*snowball*) berdasarkan pada kuota perekrutan (yang menghindari perekrutan keseluruhan sampel dari sejumlah individu yang terbatas) dan insentif rangkap untuk memotivasi perekrut dan yang direkrut. Seed yang mendasari gelombang nol akan merekrut mereka yang membentuk gelombang perekrutan pertama (dan seterusnya). Dalam teori, kehomogenan sampel bisa dicapai sesudah paling tidak 3 gelombang perekrutan. RDS berawal dari sejumlah kecil peserta

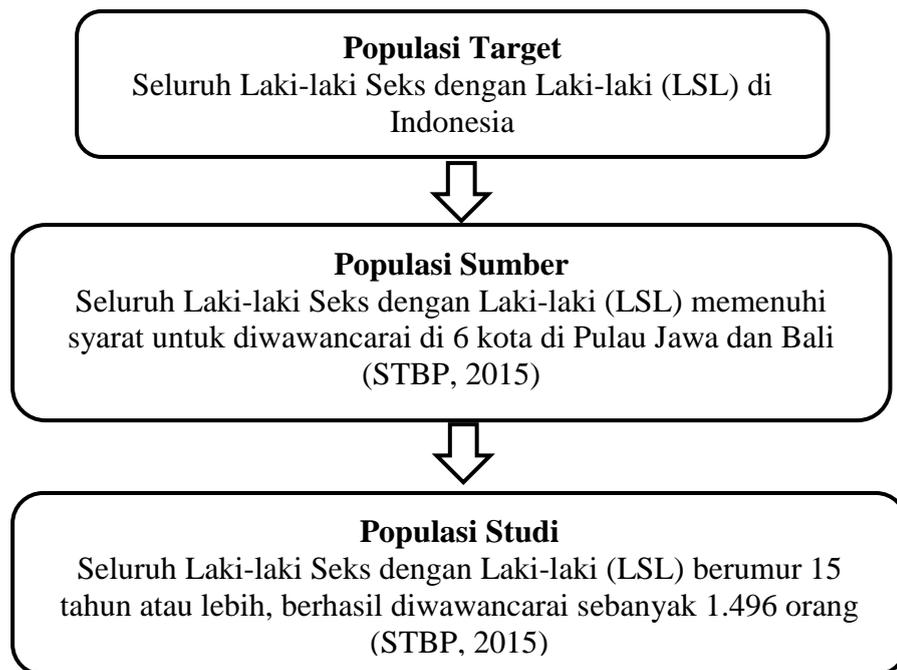
yang dipilih secara purposif dan biasanya disebut seed, yang seharusnya dipilih seheterogen mungkin untuk memastikan bahwa sembarang anggota kelompok kemungkinan besar untuk direkrut. (STBP, 2013).

Target LSL yang diberikan kupon pertama kali (selanjutnya disebut seed) adalah sekitar 8 orang, namun bila dalam tenggat waktu survei *sampel size* belum terpenuhi bisa ditambahkan beberapa seed lagi. Seed akan dipilih oleh staf LSM yang menyediakan pelayanan kepada kelompok sasaran. Seed tersebut seharusnya dikenal baik dan diterima luas oleh kalangan mereka. Dalam survei ini, 8 seed yang akan diberi kupon pertama kali akan dipilih di masing-masing lokasi. Setiap seed akan diminta untuk merekrut 3 LSL, sehingga para seed ini akan diberikan 3 kupon untuk diberikan kepada teman-teman sekombunitasnya sesama LSL yang berkenan untuk direkrut (STBP, 2013).

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek (benda)/ subjek (orang) yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sulistyaningsih, 2011). Populasi merupakan agregat individu yang diteliti dan dapat dibentuk sebagai kerangka sampel untuk menentukan kelompok sasaran survei (STBP, 2013). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh Laki-laki Seks dengan Laki-laki yang dianggap beresiko tinggi terhadap HIV/IMS yang menjadi sampel survei STBP LSL tahun 2015 di 6 kota di Indonesia yaitu DKI Jakarta, Denpasar, Semarang, Malang, Surabaya, dan Bandung.



Gambar 4.1 Diagram Alur Pemilihan Populasi Penelitian

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel didefinisikan sebagai bagian dari populasi yang diambil untuk diketahui karakteristiknya guna generalisasi mengenai populasi, maka sampel yang diambil harus dapat representatif populasi (Hidayat, 2007).

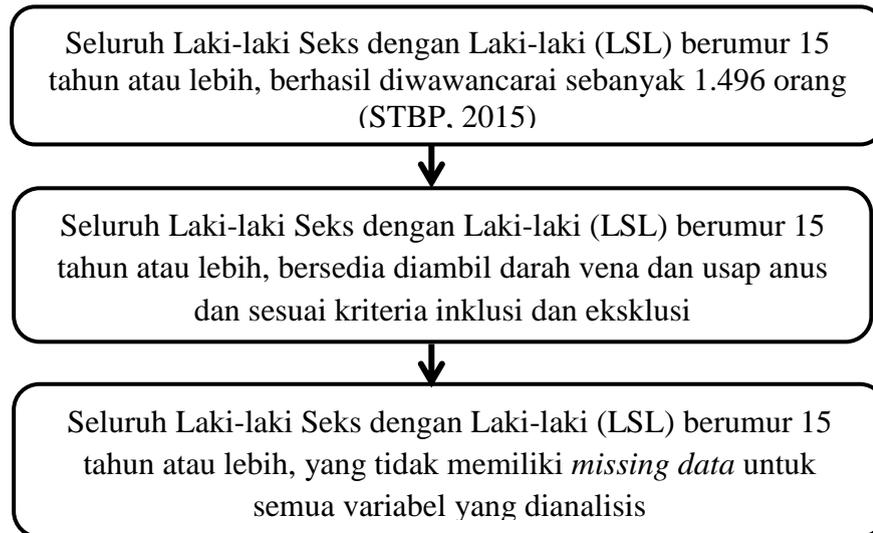
Sampel pada penelitian ini adalah laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL) berusia lebih dari 15 tahun di 6 kota di Indonesia yaitu DKI Jakarta, Denpasar, Semarang, Malang, Surabaya, dan Bandung. Berikut kriteria inklusi pada penelitian ini :

1. Seorang secara biologis laki-laki, berumur 15 tahun atau lebih dan telah tinggal di kota survei paling tidak selama satu bulan, serta telah berhubungan seks dengan seorang laki-laki dalam setahun terakhir
2. Bersedia diambil darah vena untuk dilakukan pemeriksaan HIV dengan Rapid Test

Kriteria eksklusi pada penelitian ini :

1. Laki-laki seks dengan Laki-laki (LSL) berumur 15 tahun atau lebih yang data variabel tidak lengkap atau *missing data*

Untuk memudahkan dalam proses pemilihan sampel penelitian maka alur pemilihan sampel sebagai berikut :



Gambar 4.2 Diagram Alur Pemilihan Sampel Penelitian

A. Besar Sampel Minimal

Pada penelitian ini menggunakan data sekunder Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) 2015, maka dari itu seluruh data yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini akan digunakan dalam analisis data. Tetapi, penelitian ini akan tetap menghitung besar sampel minimal dalam rangka untuk mengestimasi sampel yang akan dibutuhkan dalam penelitian ini.

Perhitungan besar sampel minimal untuk penelitian ini menggunakan rumus besar sampel uji hipotesis dua proporsi desain studi *cross sectional* (Lemeshow et al, 1997).

Perhitungan sampel minimal pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

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

Keterangan :

n = Jumlah sampel minimal yang dibutuhkan

\bar{P} = Rata-rata P_1 dan $P_2 = (P_1 + P_2)/2 = 0,2904$

P_1 = Proporsi kejadian HIV pada kelompok terpajan = 0,1708

(Andrea L Writz *et al*)

P_2 = Proporsi kejadian HIV pada kelompok tidak terpajan = 0,1196
(Andrea L Writz *et al*)

$z_{1-\alpha/2}$ = Nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada α tertentu
(Kesalahan tipe I = 0,05 dengan $z_{1-\alpha/2} = 1,96$)

$z_{1-\beta}$ = Nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada β tertentu
(Kesalahan tipe II = 0,20 dengan $z_{1-\beta} = 0,842$)

Perhitungan dengan menggunakan rumus sampel diatas didapatkan sampel minimal sebesar 743 sampel, adapun data yang dianalisis dalam penelitian ini mengasumsikan bahwa terdapat dua kelompok yaitu yang terpapar dan tidak terpapar maka hasil tersebut dikalikan dua menjadi 1486 responden, dan untuk mengantisipasi adanya *drop out* sampel maka sampel tersebut ditambah 10% menjadi 1635 sampel. Namun, dalam penelitian ini akan menggunakan seluruh subjek yang memenuhi syarat pada STBP 2015 sebagai sampel penelitian.

B. Kekuatan Uji (*Power of Test*)

Kekuatan uji atau *power of test* ($1-\beta$) perlu dilakukan pada penelitian ini karena menggunakan data sekunder Survey Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) untuk menentukan apakah jumlah sampel yang tersedia cukup untuk melakukan uji statistik, karena jumlah sampel yang tidak cukup akan menyebabkan kekuatan menjadi rendah sehingga sulit untuk menolak H_0 untuk menyatakan ada hubungan. Penelitian ini menggunakan jumlah sampel yang memenuhi syarat sebanyak 880 orang yang dikategorikan menurut berbagai tipe pasangan seks pada variabel konsistensi penggunaan kondom (variabel independen utama) untuk 2 proporsi dengan α sebesar 5% sehingga $Z_{1-\alpha}$ sebesar 1,96. Maka diperoleh kekuatan uji atau *power of test* ($1-\beta$) sebagai berikut:

Tabel 4.1 Hasil Perhitungan Kekuatan Uji

Variabel Independen Utama	Probabilitas Populasi	Sampel	Level Signifikan	Kekuatan Uji
Konsistensi Penggunaan Kondom	P1 = 0,2735 P2 = 0,3312	880	5%	46,55%

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa kekuatan uji statistik penelitian ini adalah 46,55% untuk menolak H_0 (ada hubungan antara konsistensi penggunaan kondom terhadap kejadian HIV pada Laki-laki seks dengan laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015).

4.3 Jenis, Cara dan Alat Pengumpulan Data

4.3.1 Jenis Data

Jenis data dalam penelitian ini adalah data sekunder yang didapatkan dari Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) tahun 2015. Data tersebut didapatkan dari hasil wawancara menggunakan kuesioner STBP15-LSL dengan responden Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL), sesuai dengan nomor kuesioner dalam definisi operasional. Variabel yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah umur, pendidikan, status perkawinan, status tempat tinggal, sumber pendapatan utama, umur pertama kali berhubungan seks, pengetahuan tentang HIV/AIDS, risiko, dan pencegahannya, penggunaan kondom, penggunaan pelicin, riwayat gejala IMS, konsumsi alkohol, penggunaan NAPZA, akses kondom, jenis pelicin, tes HIV, jumlah pasangan seks, paparan informasi tentang HIV/AIDS, dan prevalensi HIV yang terjadi di Pulau Jawa dan Bali.

4.3.2 Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu dengan cara mengirimkan proposal lengkap (latar belakang, tujuan, kerangka teori, kerangka konsep, definisi operasional, metodologi dan daftar variabel yang dibutuhkan) ke Subdit AIDS dan PMS Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan RI di Jl. Percetakan

Negara No. 29, Jakarta Pusat dan mengikuti langkah-langkah selanjutnya sesuai dengan alur permintaan data dari Subdit AIDS & PMS Ditjen P2P.

4.3.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dari penelitian ini adalah dengan wawancara perilaku menggunakan kuesioner STBP15-LSL dan pengambilan sampel darah vena dan usap anus (terlampir). Kuesioner ini di dapatkan dari Subdit AIDS & PMS Ditjen P2P Kemenkes RI yang kemudian dipelajari dan diamati variabel-variabel yang terkait dengan umur, pendidikan, status perkawinan, status tempat tinggal, sumber pendapatan utama, umur pertama kali berhubungan seks, pengetahuan tentang HIV/AIDS, risiko, dan pencegahannya, penggunaan kondom, penggunaan pelicin, riwayat gejala IMS, konsumsi alkohol, penggunaan NAPZA, akses kondom, jenis pelicin, tes HIV, jumlah pasangan seks, paparan informasi tentang HIV/AIDS, dan prevalensi HIV.

4.4 Pengolahan dan Analisis Data

Mengingat tidak semua variabel dari kuesioner STBP15-LSL digunakan dalam penelitian ini, maka dilakukan pemilihan variabel yang berkaitan dengan judul penelitian ini, variabel yang dipilih beserta penggunaan variabelnya dan pengkategorianya dijabarkan antara lain :

a. Konsistensi penggunaan kondom

Variabel konsistensi penggunaan kondom ini didapatkan dari pertanyaan blok 6 Perilaku seks, yang bertujuan untuk melihat konsistensi penggunaan kondom pada saat seks terakhir dengan pasangan tetap, pasangan tidak tetap pria (bukan waria, non-komersial), pasangan tidak tetap wanita (bukan waria, non-komersial), waria, pria (membeli seks), pelanggan pria (menjual seks), dan pelanggan wanita (menjual seks).

Blok 6 : 606, 610 dan 613; 614, 615 dan 621; 625, 626 dan 632; 636, 637, dan 642; 646, 650, dan 656; 658, 670 dan 681, 685, 689 dan 699→ dikarenakan pada pertanyaan 606, 614, 619, 625, 636, 646, 658

dan 685 terdapat pertanyaan *jumping* yang dapat melewati pertanyaan (utama) penggunaan kondom pada nomor 610, 615, 621, 626, 637, 650, 670, dan 689 maka pada analisis data juga akan dilihat presentase jawaban dari pertanyaan penggunaan kondom yang berkaitan dengan pertanyaan *jumping*.

b. Umur

Variabel ini didapatkan dari Blok 3 nomor 301, bertujuan untuk mengetahui umur responden pada saat dilakukan survey. Dikategorikan menjadi <25 tahun dan ≥ 25 tahun berdasarkan penelitian Joesoef (2003), pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa waria dengan umur 25 tahun atau lebih mudah terinfeksi gonore dan klamidia 3,5 kali lebih tinggi dibandingkan waria berumur dibawah 25 tahun.

c. Pendidikan

Variabel pendidikan didapatkan dari pertanyaan Blok 3 nomor 302, dikategorikan menjadi pendidikan dasar (setara SD), pendidikan menengah (setara SMP) dan pendidikan atas (setara SMA dan lebih tinggi) berdasarkan penelitian Lin (2015).

d. Perkawinan

Variabel status perkawinan responden pada saat dilakukan survey didapatkan dari pertanyaan di Blok 3 nomor 303 dengan pengkategorian menikah dan belum/pernah menikah.

e. Status tempat tinggal

Variabel ini didapatkan dari pertanyaan Blok 3 nomor 306, status tempat tinggal responden pada saat survey dilakukan. Pengkategorian menjadi bersama pasangan tetap, pasangan waria, pria, atau wanita dan tinggal sendirian, bersama keluarga, atau bersama teman.

f. Sumber pendapatan utama

Variabel sumber pendapatan utama responden pada saat survey dilakukan, didapatkan dari pertanyaan Blok 3 nomor 307 dikategorikan berdasarkan tidak tetap dan tetap berdasarkan penelitian Purwarini (2010)

g. Umur pertama kali berhubungan seks

Variabel ini didapatkan dari pertanyaan blok 6 nomor 601, bertujuan untuk mengetahui umur pertama kali responden berhubungan seks. Pengkategorian berdasarkan penelitian Joesoef (2003), menjadi >15 tahun dan ≤ 15 tahun.

h. Pengetahuan

Variabel pengetahuan yang didapatkan dari pertanyaan blok 4 nomor 403-420 untuk mengetahui pengetahuan responden mengenai HIV AIDS, risiko, dan pencegahannya. Beberapa nomor pertanyaan ini akan dilakukan *compute* kemudian akan dilakukan *scoring* dan kemudian dikategorikan berdasarkan pengetahuan baik dan pengetahuan kurang.

i. Persepsi berisiko

Variabel persepsi berisiko didapatkan dari pertanyaan blok 4 nomor 421, 422 dan 423. Dalam analisis data pertanyaan utama yang akan dimasukkan ke dalam analisis multivariat yaitu pertanyaan nomor 421, pertanyaan 422 dan 423 sebagai data pendukung dari pertanyaan 421 akan dibahas dalam BAB pembahasan.

j. Riwayat Gejala IMS

Variabel riwayat gejala IMS didapatkan dari pertanyaan blok 9 nomor 926. Pengkategorian menjadi tidak mengalami gejala IMS dan mengalami gejala IMS.

k. Konsumsi alkohol

Variabel konsumsi alkohol didapatkan dari pertanyaan blok 7 nomor 701, untuk mengetahui apakah responden mengonsumsi alkohol sebelum melakukan hubungan seks selama 3 bulan terakhir.

l. Penggunaan Napza

Variabel penggunaan NAPZA didapatkan dari pertanyaan blok 7 nomor 702, untuk mengetahui apakah responden menggunakan NAPZA sebelum melakukan hubungan seks selama 3 bulan terakhir.

m. Jumlah pasangan seks

Variabel ini didapatkan dari pertanyaan blok 6 nomor 612, 620, 630, 631, 641, 654. Dimaksudkan untuk mengetahui jumlah pasangan seks responden, dari beberapa nomor pertanyaan tersebut akan dijumlahkan pasangan seks responden kemudian dikategorikan menjadi <4 dan ≥ 4 berdasarkan penelitian Joesoef (2003).

n. Akses kondom

Variabel akses kondom didapatkan dari pertanyaan blok 5 nomor 505, yang bertujuan untuk mengetahui hubungan sebagai salah satu faktor konfounding konsistensi penggunaan kondom.

o. Jenis pelicin

Variabel ini didapatkan dari pertanyaan blok 5 nomor 514 untuk mengetahui jenis pelicin sebagai salah satu faktor konfounding hubungan konsistensi kondom terhadap kejadian HIV AIDS. Jenis pelicin ini dikategorikan menjadi pelicin berbahan dasar air, air ludah/air biasa, dan baby oil, gel atau baby lotion.

p. Tes HIV

Variabel tes HIV didapatkan dari pertanyaan blok 9 nomor 904, yang akan dimasukkan kedalam analisis data utama. Pertanyaan 905, 907 untuk mengetahui alasan dilakukan atau tidak dilakukannya tes HIV oleh responden dan pertanyaan 910 untuk mengetahui persentase tempat pelayanan kesehatan yang dirujuk oleh responden dan pertanyaan 911 untuk mengetahui alasan memilih tempat tes HIV tersebut. Pertanyaan 905, 907, 910, dan 911 digunakan untuk data pendukung dari pertanyaan 904 dan akan dibahas pada BAB pembahasan.

q. Paparan Informasi mengenai HIV

Variabel ini didapatkan dari pertanyaan blok 9 nomor 959, 961, 963, 964, 965. Beberapa nomor pertanyaan ini akan *dicompute* kemudian dikategorikan menjadi terpapar atau tidak terpapar informasi mengenai HIV.

Penelitian ini menggunakan data sekunder maka pengolahan data yang dilakukan adalah *tabulating* (penyusunan data) dan pengecekan *missing data*

dengan bantuan perangkat lunak program komputer statistik yang sesuai. Tahapan *editing*, *coding*, dan *processing* telah dilakukan oleh tim STBP 2015. Peneliti melakukan modifikasi data *compute* dengan membuat variabel baru untuk menggabungkan beberapa variabel yang sudah ada, kemudian *recording* terhadap variabel-variabel tertentu yang sesuai dengan rencana definisi operasional penelitian. Tahap *cleaning* data untuk melihat apakah terjadi kesalahan atau tidak dengan cara melihat distribusi frekuensi dari tiap variabel yang digunakan pada penelitian apakah ada bagian yang kosong. Bila terdapat *missing value*, maka data tersebut tidak diikutsertakan dalam analisis data.

4.5 Analisis dan Penyajian Data

4.5.1 Analisis Data

Analisis data sekunder yang dilakukan pada penelitian ini adalah dengan menggunakan regresi logistik model faktor risiko pada program statistik komputer. Variabel yang dipilih dan diseleksi yang tersimpan dalam program *database* untuk dilakukan analisis lanjut dengan perangkat lunak komputer statistik melalui beberapa tahap analisis yaitu :

A. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan analisis yang digunakan untuk menjelaskan serta mendeskripsikan karakteristik dari faktor risiko yang diteliti seperti: umur, pendidikan, status perkawinan, status tempat tinggal, sumber pendapatan utama, umur pertama kali berhubungan seks, pengetahuan tentang HIV/AIDS, risiko, dan pencegahannya, penggunaan kondom, penggunaan pelicin, riwayat gejala IMS, konsumsi alkohol, penggunaan NAPZA, akses kondom, jenis pelicin, tes HIV, jumlah pasangan seks, paparan informasi tentang HIV/AIDS, dan prevalensi HIV dengan cara menyajikan distribusi frekuensi dan proporsinya.

B. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang dilakukan untuk melihat apakah suatu variabel akan berhubungan, berpengaruh atau pun berkorelasi dengan variabel lainnya. Pada penelitian ini, analisis bivariat

akan dilakukan dengan uji statistik “*Chi Square*”. Uji statistik ini digunakan untuk menguji perbedaan proporsi dan persentase antara beberapa kelompok data lalu hasil dari analisis ini yaitu *p value* dibandingkan dengan nilai *alpha*. Apabila *p value* < *alpha* (0,05) maka hasilnya menunjukkan bahwa ada hubungan secara signifikan antara variabel independen dengan variabel dependen yang diteliti dan sebaliknya jika *p value* > *alpha* (0,05) maka hasil menunjukkan tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen yang diteliti.

Syarat-syarat yang harus dipenuhi dalam menggunakan uji statistik *chi square* adalah sebagai berikut:

- a. Tabel kontingensi 2 x K
- b. Skala ukur data nominal dan ordinal
- c. Jumlah sampel >40
- d. Nilai expected yang kurang dari 5 dan tidak lebih dari 20%
- e. Tidak ada nilai observed yang nilainya 0

Apabila syarat-syarat tersebut ada yang tidak terpenuhi maka alternatif uji yang digunakan adalah :

- a. Uji *fisher* untuk tabel 2 x 2
- b. Uji *kolmogorov smirnov* untuk tabel 2 x K
- c. Penggabungan sel untuk tabel 2 x 2 dan 2 x K (Najmah, 2011).

Karena penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* maka analisis data menggunakan prevalensi rasio. Dengan nilai ini maka dapat diketahui besar risiko variabel independen (konsistensi penggunaan kondom) dan variabel konfounding (umur, pendidikan, status perkawinan, status tempat tinggal, sumber pendapatan utama, umur pertama kali berhubungan seks, pengetahuan tentang HIV/AIDS, risiko, dan pencegahannya, riwayat gejala IMS, persepsi berisiko, konsumsi alkohol, penggunaan NAPZA, akses kondom, jenis pelicin, tes HIV, jumlah pasangan seks, paparan informasi tentang HIV/AIDS) terhadap variabel dependen (kejadian HIV).

Tabel 4.2 Cara Perhitungan Prevalensi Rasio

Sebab	Keluaran		Total
	+	-	
Terpapaj	A	B	a+b
Tidak terpapaj	C	D	c+d

$$\begin{aligned}
 PR &= \frac{\text{Prevalensi HIV pada kelompok terpapaj}}{\text{Prevalensi HIV pada kelompok tidak terpapaj}} \\
 &= \frac{a/(a+b)}{c/(c+d)}
 \end{aligned}$$

Dari hasil P yang didapat, dapat disimpul dengan hubungan berikut ini:

PR > 1, maka variabel independen yang diteliti merupakan faktor risiko dari variabel dependen yaitu kejadian HIV/AIDS

PR=1, maka variabel independen yang diteliti tidak memiliki hubungan dengan variabel dependen yaitu kejadian HIV/AIDS

PR<1, maka variabel independen yang diteliti merupakan faktor protektif dari variabel dependen yaitu kejadian HIV/AIDS

C. Analisis Multivariat

Pada analisis ini dilakukan dengan cara menghubungkan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen secara bersamaan (Hastono, 2006). Variabel dependen dan independen utamanya merupakan variabel kategorik yang menggunakan analisis regresi logistik. Analisis regresi logistik pada penelitian ini menggunakan model faktor risiko. Pada penelitian ini untuk melakukan analisis multivariat digunakan analisis regresi logistik ganda dengan model faktor risiko bertujuan untuk mengestimasi secara valid hubungan antara variabel kejadian HIV AIDS (dependen) dengan variabel konsistensi penggunaan kondom (independen) setelah dikontrol dengan variabel konfounding (umur, pendidikan, status perkawinan, status tempat tinggal, sumber pendapatan utama, umur pertama kali berhubungan seks, pengetahuan tentang HIV/AIDS, risiko, dan pencegahannya, riwayat gejala IMS, persepsi berisiko, konsumsi alkohol, penggunaan NAPZA, akses kondom, jenis pelicin, tes HIV, jumlah pasangan seks, paparan informasi tentang

HIV/AIDS). Adapun tahapan analisis multivariat regresi logistik model prediksi yaitu :

1. Menyusun model mencakup semua variabel dan variabel interaksi. Variabel yang dikatakan berinteraksi bila *p value*nya < 0,05
2. Dilakukan seleksi dengan mengeluarkan secara bertahap variabel konfounding yang tidak signifikan ($p > 0,05$) satu per satu dimulai dari *p-value* terbesar, setelah dikeluarkan tetapi diperoleh selisih PR variabel utama antara sebelum dan sesudah keluar sebesar >10% maka variabel tersebut dianggap sebagai konfounding dan variabel tersebut tetap didalam model
3. Setelah semua variabel telah dianalisis maka diperoleh model akhir dengan konfounding yang diinterpretasikan.

3.5.2 Penyajian Data

Data yang telah diolah dan dianalisis pada penelitian ini akan disajikan dalam bentuk teks, tabel, gambar ataupun grafik yang sesuai dengan data yang ada.

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Survei Terpadu Perilaku dan Biologis (STBP)

Survey Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) merupakan salah satu survey yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan RI. STBP bertujuan untuk mengetahui prevalensi HIV dan IMS (sifilis, gonore, dan klamidia) pada populasi paling berisiko (berisiko tinggi) yaitu Wanita Pekerja Seks langsung (WPSL), Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung (WPSL), Pria Berisiko Tinggi berdasarkan pekerjaan (Sopir Truk, ABK, TKBM, Tukang Ojek, dan Buruh), Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL), Pengguna Narkoba Suntik (Penasun), Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) dan Remaja. Tujuan lainnya dari pelaksanaan survey ini adalah untuk menentukan kecenderungan tingkat perilaku berisiko tertular atau menularkan HIV diantara populasi paling berisiko di beberapa kota di Indonesia dan mengukur cakupan intervensi pengendalian HIV dan Infeksi Seksual Menular (IMS).

Pada tahun 1988 dimulai pelaksanaan Sero Surveilans HIV generasi kedua di Indonesia dan Surveilans Perilaku mulai dilaksanakan tahun 1996. Sistem surveilans generasi kedua mengalami evolusi, yaitu dengan mengintegrasikan surveilans biologis pada surveilans perilaku, kemudian dikenalkan konsep populasi sentinel, sehingga diharapkan adanya hasil yang lebih representatif atau mewakili sub-populasi berisiko yang ada.

Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) merupakan gabungan dari wawancara perilaku dan pengambilan sampel serta pemeriksaan biologis yang dilakukan adalah darah vena untuk dilakukan pemeriksaan sifilis dengan RPR dan TP Rapid dan anti-HIV dengan rapid test dan juga dilakukan pengambilan sampel usap vagina untuk perempuan dan anus untuk waria/LSL, untuk pemeriksaan Klamidia dan Gonore.

Pada tahun 2015, STBP dilaksanakan di 22 kabupaten/kota di 11 provinsi di Indonesia. Pada populasi berisiko LSL dilakukan survey di 5 kota di DKI

Jakarta, Bandung, Surabaya, Semarang, Malang dan Denpasar. Lokasi sasaran seperti *Sport centre/ fitness, café/ bar/ pub/ sauna, dan salon atau spa.*

Total responden pada STBP tahun 2015 untuk kelompok LSL berjumlah 1.496 orang yang tersebar di beberapa kota di Pulau Jawa dan Bali, setelah dilakukan pengecekan *missing data* yang disesuaikan dengan variabel yang akan diteliti, jika ada *missing value* maka data tersebut tidak diikutsertakan. Distribusi *missing values* pada beberapa variabel yang diteliti dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.1 Distribusi *missing value* pada variabel yang diteliti

Variabel	Missing Value	
	n	%
Konsistensi Kondom	288	19,3
Jenis Pelicin	178	11,9
Akses Kondom	236	15,8
Sumber Pendapatan Utama	2	0,1
Persepsi Berisiko	69	4,6
Konsumsi Alkohol	5	0,3
Penggunaan NAPZA	18	1,2
Tes HIV	12	0,8

Setelah dikeluarkan *missing value* pada variabel-variabel yang diteliti, maka didapatkan 880 responden yang dapat dianalisis.

5.2 Analisis Univariat

Analisis univariat ini dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dari variable dependen yaitu kejadian HIV pada kelompok Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL), variabel independen utama yaitu konsistensi penggunaan kondom dan variabel lainnya seperti umur, pendidikan, status perkawinan, status tempat tinggal, sumber pendapatan utama, umur pertama kali berhubungan seks, tingkat pengetahuan, persepsi berisiko, riwayat gejala IMS, konsumsi alkohol, penggunaan NAPZA, jumlah pasangan seks, akses kondom, jenis pelicin, tes HIV, dan paparan informasi tentang HIV AIDS.

5.2.1 Gambaran Kejadian HIV pada LSL

Berdasarkan data dari Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) 2015, didapatkan status HIV dari hasil pemeriksaan darah spesimen responden pada saat

dilakukan wawancara sebagai status konfirmasi hasil laboratorium. Adapun hasil status HIV dari 880 responden kelompok Laki-laki seks dengan Laki-laki (LSL) di pulau Jawa dan Bali sebagai berikut :

Tabel 5.2 Distribusi Kejadian HIV pada Laki-laki Seks Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015

Status HIV	Total	
	N	%
Positif	259	29,4
Negatif	621	70,6
Total	880	100

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan sebanyak 259 responden (29,4%) LSL di Pulau Jawa dan Bali pada STBP 2015 berstatus HIV positif dan 621 responden (70,6%) dari total 880 responden.

5.2.2 Gambaran Faktor Konsistensi Penggunaan Kondom

Berdasarkan data dari STBP 2015, didapatkan distribusi konsistensi penggunaan kondom yang dilakukan pada saat hubungan seks terakhir dan seberapa sering menggunakan kondom dalam sebulan terakhir dengan pasangan tetap, pasangan tidak tetap pria atau wanita (bukan waria, non-komersial), pasangan waria, pasangan pria (membeli seks), dan seberapa sering menggunakan kondom dalam seminggu terakhir dengan pelanggan pria (menjual seks), dan pelanggan wanita (menjual seks), distribusi dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.3 Distribusi Konsistensi Kondom pada tiap pasangan LSL di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015

Konsistensi Kondom berdasarkan Pasangan Seks	Total	
	N	%
Pasangan Seks Tetap (n=584)		
Konsisten	197	33,7
Tidak Konsisten	387	66,3
Pasangan Seks tidak Tetap - Pria (n=451)		
Konsisten	243	53,9
Tidak Konsisten	208	46,1
Pasangan Seks tidak Tetap - Wanita (n=185)		
Konsisten	35	18,9
Tidak Konsisten	150	81,1
Pasangan Seks Waria (n=69)		
Konsisten	38	55,1
Tidak Konsisten	31	44,9
Pasangan Membeli Seks - Pria (n=45)		

Konsisten	26	57,8
Tidak Konsisten	19	42,2
Pasangan Menjual Seks - Pelanggan Pria (n=138)		
Konsisten	85	61,6
Tidak Konsisten	53	38,4
Pasangan Menjual Seks - Pelanggan Wanita (n=25)		
Konsisten	6	24
Tidak Konsisten	19	76

Dari tabel 5.3, penggunaan kondom yang tidak konsisten pada pasangan seks tetap sebanyak 387 responden (66,3%), pada pasangan seks tidak tetap pria yang konsisten dalam menggunakan kondom sebesar 243 responden (53,9%), sedangkan proporsi penggunaan kondom yang tidak konsisten pada pasangan seks tidak tetap wanita sebanyak 150 responden (81,1%), selanjutnya pada pasangan seks waria proporsi responden yang konsisten menggunakan kondom sebanyak 38 orang (55,1%), responden yang membeli seks pada pria lain dan menggunakan kondom secara konsisten sebanyak 26 orang (57,8%), dan pada responden yang menjual seks kepada pelanggan pria menggunakan kondom secara konsisten sebanyak 85 orang (61,6%), serta responden yang menjual seks kepada pelanggan wanita tidak konsisten dalam menggunakan kondom sebesar 19 responden (76%).

5.2.3 Gambaran Faktor Predisposisi Kejadian HIV pada LSL

Distribusi responden menurut faktor predisposisi dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.4 Distribusi Faktor Predisposisi Kejadian HIV pada LSL di Pulau Jawa dan Bali pada Tahun 2015

Variabel	Total	
	N	%
Umur		
< 25 tahun	291	33.1
≥ 25 tahun	589	66.9
Pendidikan		
Tidak Pernah Sekolah	3	0.3
SD / sederajat	45	5.1
SMP / sederajat	139	15.8
SMA / sederajat	541	61.5
Akademi / Perguruan Tinggi	151	17.2
Tidak Menjawab	1	0.1
Status Perkawinan		
Belum menikah	708	80.5

Menikah	114	13.0
Pernah menikah	58	6.6
Status Tempat Tinggal		
Sendiri	298	33.9
Bersama teman-teman	124	14.1
Bersama keluarga atau saudara kandung	344	39.1
Bersama pasangan tetap waria	5	0,6
Bersama istri atau pasangan tetap wanita	45	5.1
Bersama pasangan tetap pria	53	6.0
Tidak punya tempat tinggal / Lainnya	11	1.2
Sumber Pendapatan Utama		
Tidak bekerja	37	4.2
Gaji karyawan	496	56.4
Pekerja bebas	90	10.2
Bekerja di salon / panti pijat	70	8.0
Uang saku pelajar	51	5.8
Menjual seks	100	11.4
Wirausaha	35	4.0
Lainnya	1	0.1
Umur Pertama Kali Berhubungan Seksual		
≤15 tahun	163	18,5
>15 tahun	706	80,2
Tidak ingat/ tidak menjawab	11	1,2
Pengetahuan tentang HIV AIDS, risiko, dan pencegahannya		
Pengetahuan Kurang	365	41,5
Pengetahuan Baik	515	58,5
Persepsi Berisiko		
Tidak merasa berisiko	264	30
Merasa berisiko	616	70
Riwayat Gejala IMS		
Tidak mengalami gejala IMS	622	70,7
Mengalami gejala IMS	258	29,3
Konsumsi Alkohol		
Tidak	606	68,9
Ya	274	31,1
Penggunaan NAPZA		
Tidak	807	91,7
Ya	73	8,3
Jumlah Pasangan Seks		
< 4 orang	669	76
≥4 orang	211	24

Berdasarkan tabel diatas, dari jumlah responden sebanyak 880 orang didapatkan proporsi responden tertinggi pada kelompok umur ≥ 25 tahun sebanyak 589 responden (66,9%). Pada tingkat pendidikan terakhir, kebanyakan responden berada pada kategori tingkat pendidikan SMA atau sederajat (tidak tamat SMA/sederajat dan tamat SMA/sederajat) sebanyak 541 responden (61,5%). Pada variabel status perkawinan, proporsi responden terbanyak pada kelompok belum menikah dengan 80,5% atau 708 responden. Sebanyak 344 responden (39,1%) bertempat tinggal bersama keluarga atau saudara kandung, dan sebanyak 496 (56,4%) responden memiliki sumber pendapatan utama berasal dari gaji karyawan. Proporsi umur responden pada saat berhubungan seks pertama kali terbanyak pada kelompok umur >15 tahun sebanyak 706 responden (80,2%).

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik mengenai tingkat pengetahuan responden tentang HIV AIDS, risiko dan pencegahannya yaitu sebesar 58,5% (515 responden). Persepsi berisiko responden terhadap kejadian HIV, sebagian besar merasa berisiko dengan proporsi 616 responden (70%). Sebanyak 622 responden (70,7%) tidak mengalami gejala IMS, sedangkan sisanya 258 responden (29,3%) pernah mengalami gejala IMS seperti munculnya kutil dan lesi di sekitar kelamin, dan keluarnya cairan yang tidak normal dari penis dll.

Perilaku konsumsi alkohol sebelum melakukan hubungan seksual terakhir dilakukan oleh responden dengan proporsi sebesar 31,1% (274 responden) dan perilaku penggunaan NAPZA pada responden sebanyak 73 responden (8,3%). Pada variabel jumlah pasangan seks, terbanyak pada kelompok <4 orang dengan 669 responden (76%) dan yang memiliki jumlah pasangan seks ≥ 4 orang sebesar 24% atau 211 responden.

5.2.4 Gambaran Faktor *Reinforcing* Kejadian HIV pada LSL

Distribusi faktor *Reinforcing* / Pendorong terhadap kejadian HIV pada LSL di pulau Jawa dan Bali yaitu variabel paparan informasi tentang HIV AIDS, yang disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 5.5 Distribusi Paparan Informasi tentang HIV AIDS pada LSL di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015

Variabel	Total	
	N	%
Paparan informasi tentang HIV AIDS		
Tidak terpapar informasi	208	23,6
Terpapar informasi	672	76,4

Berdasarkan tabel 5.5, proporsi responden yang terpapar informasi meliputi pertemuan / diskusi, media cetak maupun media elektronik tentang HIV AIDS sebesar 672 responden (76,4%) sedangkan yang tidak terpapar informasi mengenai HIV AIDS sebesar 208 responden (23,6%) dari jumlah responden sebanyak 880 orang.

5.2.5 Gambaran Faktor *Enabling* kejadian HIV pada LSL

Gambaran faktor *enabling* / pendukung dengan kejadian HIV pada LSL di pulau Jawa dan Bali terdiri dari variabel akses kondom, jenis pelicin, dan tes HIV, yang dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.6 Distribusi Faktor *Enabling* Kejadian HIV pada LSL di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015

Variabel	Total	
	n	%
Akses Kondom		
Mudah	488	55,5
Sulit	392	44,5
Jenis Pelicin		
Pelicin berbahan dasar air	616	70.0
Air biasa / air ludah	45	5.1
Minyak/baby oil, gel, cream/body lotion	194	22.0
Tidak menggunakan pelicin/ lainnya/ tidak tahu/ tidak menjawab	25	2.8
Tes HIV		
Ya	667	75.8
Tidak	213	24.2

Dari total 880 responden, sebagian besar responden dikategorikan sulit mengakses kondom dengan sebaran sebesar 392 responden (44,5%). Distribusi responden memilih jenis pelicin dilihat dari proporsi tertinggi dengan pelicin berbahan dasar

air sebanyak 616 responden (70%). Adapun distribusi responden yang pernah memeriksakan darah sebelumnya untuk mengetahui status HIV sebesar 75,8% atau 667 responden.

5.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk menilai hubungan variabel dependen dengan variabel independen. Nilai asosiasi berupa *Prevalence odds ratio* dengan angka kepercayaan 95% CI dan *p-value* untuk menilai signifikansi hubungan antar variabel. Berikut adalah hasil analisis bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini:

1. Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom dengan kejadian HIV pada LSL

Hasil analisis bivariat antara hubungan konsistensi penggunaan kondom sebagai variabel independen utama dengan kejadian HIV pada LSL dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.7 Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom dengan kejadian HIV pada LSL di Pulau Jawa dan Bali Tahun 2015

Konsistensi Penggunaan Kondom	Kejadian HIV				Total n	P-value	PR (95% CI)
	Positif		Negatif				
	n	%	n	%			
Pasangan Seks Tetap (n=584)							
Tidak Konsisten	105	27,1	282	72,9	387	0,104	0,798 (0,619-1,028)
Konsisten	67	34	130	66	197		
Pasangan Seks tidak Tetap - Pria (n=451)							
Tidak Konsisten	68	32,7	140	67,3	208	1,000	0,993 (0,762-1,294)
Konsisten	80	32,9	163	67,1	243		
Pasangan Seks tidak Tetap - Wanita (n=185)							
Tidak Konsisten	40	26,7	110	73,3	150	0,548	1,333 (0,653-2,722)
Konsisten	7	20	28	80	35		
Pasangan Seks Waria (n=69)							
Tidak Konsisten	6	19,4	25	80,6	31	1,000	1,051 (0,394-2,805)
Konsisten	7	18,4	31	81,6	38		
Pasangan Membeli Seks - Pria (n=45)							
Tidak Konsisten	2	10,5	17	89,5	19	0,327	0,391 (0,091-1,677)
Konsisten	7	26,9	19	73,1	26		
Pasangan Menjual Seks - Pelanggan Pria							

(n=138)							1,234
Tidak Konsisten	20	37,7	33	62,3	53	0,496	(0,770-1,976)
Konsisten	26	30,6	59	69,4	85		
Pasangan Menjual Seks							
- Pelanggan Wanita							
(n=25)							
Tidak Konsisten	4	21,1	15	78,9	19	0,557	
Konsisten	0	0	6	100	6		

Variabel konsistensi penggunaan kondom dalam penelitian ini dibagi kedalam dua kategori yaitu; Tidak konsisten dan Konsisten dalam menggunakan kondom saat hubungan seksual setahun terakhir pada tiap pasangan. Kategori tersebut dilihat dari konsistensi penggunaan kondom pada saat melakukan hubungan seks terakhir (baik anal maupun vaginal) pada tiap pasangan dan seberapa sering menggunakan kondom saat melakukan seks pada satu bulan terakhir.

Berdasarkan tabel 5.7, diantara 387 responden yang tidak konsisten dalam menggunakan kondom dengan pasangan seks tetap terdapat 105 responden (27,1%) yang mengalami kejadian HIV positif, dan juga menunjukkan bahwa responden yang tidak konsisten dalam menggunakan kondom pada saat berhubungan seks dengan pasangan seks tetap berisiko 0,798 kali lebih rendah (95% CI=0,619-1,028) dibandingkan responden yang konsisten menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan pasangan seks tetapnya.

Pada pasangan seks tidak tetap pria, diantara 208 responden yang tidak konsisten menggunakan kondom terdapat 68 responden (32,7%) yang mengalami kejadian HIV, pada pasangan seks tidak tetap pria ini tidak didapatkan hasil yang berhubungan antara variabel pasangan seks tidak tetap pria dengan kejadian HIV. Pada pasangan seks tidak tetap wanita didapatkan hubungan yang tidak signifikan ($Pvalue = 0,548$), tetapi variabel ini merupakan salah satu faktor risiko kejadian HIV, dimana responden yang tidak konsisten menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan pasangan seks tidak tetap wanita berisiko 1,33 kali lebih tinggi (95% CI=0,653-2,722) dibandingkan responden yang konsisten dalam menggunakan kondom terhadap kejadian HIV.

Pada pasangan seks waria, didapatkan hasil yang tidak signifikan ($Pvalue= 1,000$), dengan $PR = 1,051$ ($95\% CI = 0,394-2,805$) yang menunjukkan bahwa konsistensi penggunaan kondom pada pasangan seks waria merupakan salah satu faktor risiko kejadian HIV. Pada pasangan membeli seks dengan pria lain, menunjukkan hubungan asosiasi yang tidak signifikan ($Pvalue=0,327$), dimana responden yang tidak konsisten menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan pasangan membeli seks pria berisiko 0,39 kali lebih rendah ($95\% CI=0,091-1,677$) untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang konsisten menggunakan kondom.

Pada pasangan menjual seks dengan pelanggannya adalah pria, juga didapatkan hasil yang tidak signifikan ($Pvalue=0,496$) tetapi variabel ini merupakan salah satu faktor risiko, dimana responden yang tidak konsisten menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan pelanggan pria berisiko 1,23 kali lebih tinggi ($95\% CI=0,770-1,976$) untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responde yang konsisten menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan pelanggan pria. Pada pasangan menjual seks dengan pelanggannya adalah wanita, tidak didapatkan *Prevalence Ratio* (PR) dikarenakan diantara 6 responden yang konsisten menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan pelanggan wanita tidak didapatkan responden yang mengalami kejadian HIV.

2. Hubungan antara Faktor *Predisposing* dengan Kejadian HIV pada LSL

Hasil uji bivariat antara faktor *Predisposing* meliputi variabel umur, pendidikan, status perkawinan, status tempat tinggal, sumber pendapatan utama, umur pertama kali berhubungan seksual, pengetahuan tentang HIV AIDS, risiko dan pencegahannya, persepsi berisiko, riwayat gejala IMS, konsumsi alkohol, penggunaan NAPZA, dan jumlah pasangan seks dengan kejadian HIV dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.8 Hubungan Variabel pada Faktor *Predisposing* dengan Kejadian HIV pada LSL di Pulau Jawa dan Bali tahun 2017

Variabel	Kejadian HIV				Total N	P-value	PR 95% CI
	Positif		Negatif				
	N	%	n	%			
Umur							
≥ 25 tahun	182	30,9	407	69,1	589	0,2	1,168
< 25 tahun	77	26,5	214	73,5	291		(0,931-1,465)
Pendidikan							
Pendidikan Atas	202	31	449	69	651	0,43	1,304 (0,675-2,519)
Pendidikan Menengah	41	26,5	114	73,5	155	0,097	1,631
Pendidikan Dasar*	16	21,6	58	78,4	74		(0,915-2,906)
Status Perkawinan							
Belum / pernah menikah	222	29	544	71	766	0,516	0,893 (0,670-1,190)
Menikah	37	32,5	77	67,5	114		
Status Tempat Tinggal							
Sendiri, bersama teman, keluarga / saudara kandung, tidak punya tempat tinggal, lainnya	225	29	552	71	777	0,464	0,877 (0,652-1,180)
Bersama pasangan tetap, pria, wanita, waria	34	33	69	67	103		
Sumber Pendapatan Utama							
Tetap	154	31	342	69	496	0,262	1,135 (0,921-1,4)
Tidak Tetap	105	27,3	279	72,7	384		
Umur Pertama Kali Berhubungan Seksual							
≤15 tahun	55	33,7	108	66,3	163	0,93	1,061 (0,279-4,041)
>15 tahun	201	28,5	505	71,5	706	0,661	1,358
Tidak ingat/ tidak Menjawab *reff	3	27,3	8	72,7	11		(0,346-5,323)
Pengetahuan tentang HIV AIDS, risiko, dan pencegahannya							
Pengetahuan Kurang	90	24,7	275	75,3	365	0,011	0,751 (0,604-0,934)
Pengetahuan Baik	169	32,8	346	67,2	515		
Persepsi Berisiko							
Tidak merasa berisiko	59	22,3	205	77,7	264	0,003	0,688 (0,535-0,886)
Merasa berisiko	200	32,5	416	67,5	616		
Riwayat Gejala IMS							
Mengalami gejala IMS	84	32,6	174	67,4	258	0,219	1,157 (0,932-1,436)
Tidak mengalami gejala IMS	175	28,1	447	71,9	622		

Konsumsi Alkohol							
Ya	81	29,6	193	70,4	274	1,000	1,006
Tidak	178	29,4	428	70,6	606		(0,807-1,255)
Penggunaan NAPZA							
Ya	28	38,4	45	61,6	73	0,107	1,340
Tidak	231	28,6	576	71,4	807		(0,982-1,828)
Jumlah Pasangan Seks							
≥4 orang	68	32,2	143	67,8	211	0,35	1,129
< 4 orang	191	28,6	478	71,4	669		(0,897-1,420)

Berdasarkan tabel diatas, hubungan variabel umur dengan kejadian HIV dengan kategori umur berisiko (≥ 25 tahun) memiliki hubungan asosiasi (PR=1,168 95% CI 0,931-1,465), dengan *P-value* sebesar 0,2. Walaupun secara statistik tidak bermakna, tetapi variabel umur merupakan salah satu faktor risiko kejadian HIV. Hasil uji statistik tingkat pendidikan menunjukkan *p-value* 0,097 untuk kategori pendidikan atas dan 0,43 untuk kategori pendidikan menengah dengan hipotesis nol diterima yang berarti tidak ada hubungan secara signifikan antara tingkat pendidikan dengan kejadian HIV.

Hasil uji statistik antara hubungan status perkawinan dengan kejadian HIV didapatkan *Pvalue* 0,516 (PR=0,893 95% CI 0,670-1,190) yang berarti variabel status perkawinan tidak memiliki hubungan dengan kejadian HIV pada LSL di Pulau Jawa dan Bali. Demikian pula dengan variabel status tempat tinggal responden yang menghasilkan nilai $P=0,464$ yang menunjukkan hipotesis nol diterima yang berarti bahwa tidak ada hubungan antara status tempat tinggal responden dengan kejadian HIV. Variabel sumber pendapatan utama dengan hasil uji statistik mendapatkan *Pvalue* 0,262 (PR=1,135 95% CI 0,921-1,4) yang berarti tidak ada hubungan secara signifikan antara variabel sumber pendapatan utama dengan kejadian HIV, walaupun tidak ada hubungan yang signifikan tetapi variabel sumber pendapatan utama merupakan salah satu faktor risiko yang menyebabkan kejadian HIV pada LSL di Pulau Jawa dan Bali.

Pada tabel 5.8, hasil uji statistik antara variabel umur pertama kali berhubungan seksual dengan kejadian HIV didapatkan *Pvalue* 0,661 untuk kategori ≤ 15 tahun dan 0,93 untuk kategori > 15 tahun, *Pvalue* $> 0,05$

menunjukkan bahwa hipotesis nol diterima yang berarti bahwa tidak ada hubungan antara variabel umur pertama kali berhubungan seks dengan kejadian HIV. Pada variabel tingkat pengetahuan tentang HIV AIDS, risiko dan pencegahannya didapatkan hasil uji statistik *Pvalue* sebesar 0,011 dengan hipotesis nol ditolak yang berarti ada hubungan antara variabel tingkat pengetahuan dengan kejadian HIV, begitu pula dengan hasil uji statistik didapatkan $PR < 1$ ($PR = 0,751$ 95% CI 0,604-0,934) yang berarti bahwa responden yang berpengetahuan kurang mengenai HIV AIDS, risiko dan pencegahannya merupakan faktor protektif terhadap kejadian HIV.

Dari hasil uji bivariat antara variabel persepsi berisiko dengan kejadian HIV, didapatkan hasil *P-value* 0,003 yang menunjukkan hubungan asosiasi yang signifikan antar dua variabel, dan didapatkan hasil $PR < 1$ ($PR = 0,662$ 95% CI 0,504-0,870) yang berarti bahwa responden yang tidak merasa berisiko merupakan faktor protektif atau mampu menurunkan risiko kejadian HIV. Riwayat gejala IMS pada responden menunjukkan hubungan asosiasi sebesar *P-value* 0,219 dengan $PR > 1$ yang merupakan faktor risiko ($PR = 1,157$ 95% CI 0,932-1,436) yang berarti bahwa responden yang memiliki riwayat gejala IMS memiliki risiko 1,15 kali lebih besar untuk mengidap HIV positif dibandingkan responden yang tidak memiliki riwayat gejala IMS. Nilai CI dalam penelitian ini memiliki rentang sempit yang berarti bahwa hasil analisis bivariat antara variabel riwayat gejala IMS dan kejadian HIV akurat dan dapat mewakili populasi LSL di Pulau Jawa dan Bali sebesar 95%.

Pada tabel 5.8 diatas, dapat diketahui bahwa hubungan antara variabel konsumsi alkohol dengan kejadian HIV menghasilkan hubungan asosiasi $PR = 1$ ($PR = 1,006$ 95% CI 0,807-1,255) dengan *P-value* 1,000, *Pvalue* $> 0,05$ dan $PR = 1$ menunjukkan bahwa variabel konsumsi alkohol tidak memiliki hubungan secara signifikan dengan kejadian HIV. Penggunaan NAPZA pada responden menghasilkan nilai statistik *P-value* 0,107 dengan $PR > 1$ ($PR = 1,340$ 95% CI 0,982-1,828) yang berarti bahwa responden pengguna NAPZA sebelum berhubungan seks terakhir

merupakan salah satu faktor risiko atau mampu meningkatkan risiko terjadinya HIV 1,3 kali lebih besar dibandingkan responden yang tidak menggunakan NAPZA. Hasil uji bivariat variabel jumlah pasangan seks dengan kejadian HIV, didapatkan hasil *P-value* sebesar 0,35, dengan $PR > 1$ ($PR = 1,129$ 95% CI 0,897-1,420), walaupun secara statistik tidak bermakna (*P-value* $> 0,05$) namun variabel jumlah pasangan seks merupakan salah satu faktor risiko kejadian HIV.

3. Hubungan antara Faktor *Reinforcing* dengan Kejadian HIV pada LSL

Hasil uji bivariat antara faktor *Reinforcing* meliputi variabel paparan informasi tentang HIV AIDS dengan kejadian HIV dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut :

Tabel 5.9 Hubungan Variabel pada Faktor *Reinforcing* dengan Kejadian HIV pada LSL di Pulau Jawa dan Bali tahun 2017

Variabel	Kejadian HIV				Total N	<i>Pvalue</i>	PR (95%CI)
	Positif		Negatif				
	n	%	N	%			
Paparan informasi tentang HIV AIDS							0,698
Tidak terpapar informasi	46	22,1	162	77,9	208	0,010	(0,528-0,921)
Terpapar informasi	213	31,7	459	68,3	672		

Pada faktor *reinforcing*, variabel paparan informasi tentang HIV AIDS mendapatkan hasil statistik *Pvalue* sebesar 0,010 dengan $PR < 1$ ($PR = 0,698$ 95% CI 0,528-0,921). *Pvalue* $< 0,05$ menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara paparan informasi tentang HIV AIDS yang didapat oleh responden LSL di Pulau Jawa dan Bali terhadap kejadian HIV berdasarkan data sekunder STBP 2015. $PR < 1$ menunjukkan bahwa responden yang tidak terpapar informasi HIV AIDS menjadi faktor protektif sebesar 0,7 kali lebih rendah untuk mengalami kejadian HIV AIDS.

4. Hubungan antara Faktor *Enabling* dengan Kejadian HIV pada LSL

Pada tabel 5.10 dibawah ini, merupakan hasil uji statistik bivariat antara faktor *enabling* yang meliputi variabel akses kondom, jenis pelicin, dan tes HIV dengan variabel dependen kejadian HIV.

Tabel 5.10 Hubungan Variabel pada Faktor *Predisposing* dengan Kejadian HIV pada LSL di Pulau Jawa dan Bali tahun 2017

Variabel	Kejadian HIV				Total N	Pvalue	PR (95%CI)
	Positif		Negatif				
	N	%	N	%			
Akses Kondom							
Sulit	112	28,6	280	71,4	392	0,669	0,948
Mudah	147	30,1	341	69,9	488		(0,771-1,166)
Jenis Pelicin							
Minyak/baby oil, gel, cream/body lotion	66	34	128	66	194	0,355	1,6 (0,591-4,33)
Air biasa / air ludah	12	26,7	33	73,3	45	0,534	1,455 (0,446-4,743)
Pelicin berbahan dasar air	176	28,6	440	71,4	616	0,166	2,062 (0,741-5,743)
Tidak menggunakan pelicin/ lainnya/ tidak menjawab *reff	5	20	20	80	25		
Tes HIV							
Ya	210	31,5	457	68,5	667	0,023	1,369
Tidak	49	23	164	77	213		(1,045-1,793)

Berdasarkan tabel 5.10 diatas, hasil uji bivariat antara variabel akses kondom dan kejadian HIV didapatkan nilai *P-value* sebesar 0,669 dengan $PR < 1$ ($PR = 0,948$ 95%CI 0,771-1,166). Hasil uji statistik *Pvalue* $>$ alpha (0,05) menunjukkan bahwa hipotesa nol diterima yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel akses kondom terhadap kejadian HIV. Hasil uji statistik variabel jenis pelicin dengan kejadian HIV didapatkan *Pvalue* sebesar 0,166 untuk kategori jenis pelicin minyak/ baby oil, gel, cream/body lotion, dan 0,534 untuk kategori air biasa/ air ludah serta 0,355 untuk kategori pelicin berbahan dasar air, *Pvalue* tersebut lebih besar dari alpha (0,05) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan secara signifikan antara variabel jenis pelicin dengan kejadian HIV.

Pada tabel 5.10, didapatkan hasil uji bivariat antara variabel pernah tes HIV dengan kejadian HIV *Pvalue* sebesar 0,023 dengan $PR > 1$ ($PR = 1,369$ 95% CI 1,045-1,793). *Pvalue* $<$ alpha (0,05) menunjukkan ada hubungan asosiasi yang signifikan antara kedua variabel, dengan $PR > 1$ menunjukkan bahwa variabel tes HIV merupakan salah satu faktor risiko kejadian HIV. Responden yang pernah melakukan tes HIV berisiko 1,37 kali lebih besar untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan dengan responden yang tidak pernah tes HIV. Rentang CI yang sempit menunjukkan bahwa hasil

analisis bivariat tersebut akurat dan dapat mewakili populasi LSL di Pulau Jawa dan Bali secara umum sebesar 95% dan nilai CI mencangkup nilai 1 mutlak.

5.4 Analisis Multivariat

Menganalisis hubungan antara variabel independen utama dan beberapa variabel independen lainnya yang diduga sebagai confounding dengan variabel dependen merupakan tujuan dari analisis multivariat. Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik ganda faktor risiko, yang bertujuan untuk mengestimasi secara valid hubungan variabel dependen (kejadian HIV) dengan variabel independen utama (Konsistensi penggunaan kondom pada tiap pasangan) setelah dikontrol oleh variabel *confounding*. Tahapan dalam melakukan analisis multivariat adalah sebagai berikut :

1. Pemodelan Multivariat

Pada analisis ini tahapan pertama yang harus dilakukan yaitu menyusun model awal yang mencangkup seluruh variabel independen yang secara teoritis berhubungan dengan variabel dependen. Pemodelan awal multivariat dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5.11 Pemodelan Awal Analisis Multivariat

Variabel	Pvalue	PR Crude	95%CI
Konsistensi Kondom	0.043	0.716	(0.518-0.990)
Umur	0.43	1.145	(0.818-1.603)
Pendidikan			
Pendidikan Dasar *reff			
Pendidikan Menengah	0.607	1.196	(0.605-2.363)
Pendidikan Atas	0.326	1.362	(0.735-2.525)
Status Perkawinan	0.271	0.763	(0.472-1.234)
Status Tempat Tinggal	0.529	0.857	(0.531-1.384)
Sumber Pendapatan Utama	0.292	1.188	(0.862-1.638)
Umur Pertama Kali Berhubungan Seksual			
>15 tahun	0.919	1.075	(0.266-4.346)
≤15 tahun	0.705	1.318	(0.316-5.507)
Pengetahuan tentang HIV AIDS, risiko, dan pencegahannya	0.333	0.846	(0.602-1.188)

Persepsi Berisiko	0.020	0.656	(0.459-0.937)
Riwayat Gejala IMS	0.204	1.238	(0.891-1.721)
Konsumsi Alkohol	0.521	0.891	(0.627-1.267)
Penggunaan NAPZA	0.109	1.563	(0.905-2.701)
Jumlah Pasangan Seks	0.460	1.143	(0.802-1.629)
Paparan Informasi tentang HIV AIDS	0.164	0.741	(0.485-1.131)
Akses Kondom	0.626	1.082	(0.788-1.485)
Jenis Pelicin			
Tidak menggunakan pelicin/ lainnya/ tidak menjawab *reff			
Pelicin berbahan dasar air	0.715	1.214	(0.429-3.436)
Air biasa / air ludah	0.958	0.968	(0.282-3.322)
Minyak/baby oil, gel, cream/body lotion	0.274	1.812	(0.625-5.253)
Tes HIV	0.468	1.170	(0.765-1.790)

Berdasarkan tabel 5.11 diatas, dari pemodelan awal analisis multivariat yang digunakan untuk melihat hubungan antara variabel konsistensi penggunaan kondom (variabel independen utama) dengan kejadian HIV (variabel dependen) setelah dikontrol oleh beberapa kandidat variabel *confounding* didapatkan hasil $Pvalue < \alpha (0,05)$ yaitu $Pvalue (0.043)$ yang berarti ada hubungan yang signifikan antara konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian HIV.

Langkah selanjutnya adalah dengan melakukan pengujian *confounding*, dengan cara menyeleksi (dikeluarkan) variabel secara bertahap dimulai dari variabel yang memiliki $Pvalue$ terbesar ($Pvalue > 0,05$) diantara variabel lain. Jika nilai PR variabel independen utama (konsistensi penggunaan kondom) terjadi perubahan $> 10\%$ maka variabel tersebut merupakan *confounding* dan harus dimasukkan kembali ke dalam pemodelan. Lain halnya jika perubahan nilai PR $< 10\%$, maka variabel yang dikeluarkan tersebut bukan merupakan *confounding* dan tetap dikeluarkan dari pemodelan.

Setelah dilakukan penyeleksian didapatkan beberapa variabel *confounding*, dan beberapa variabel yang dikeluarkan karena perubahan $PR < 10\%$ pada variabel independen utama dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.12 Uji *Confounding*

Variabel Independen	Konsistensi Penggunaan Kondom		Perubahan Nilai PR	Keterangan
	PR Crude	PR		
		Adjusted		
Jenis Pelicin	0,716	0,737	3,08%	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)
Umur Pertama Berhubungan Seks	0,716	0,735	2,71%	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)
Konsumsi Alkohol	0,716	0,733	2,50%	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)
Tingkat Pendidikan	0,716	0,732	2,09%	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)
Status Tempat Tinggal	0,716	0,741	3,64%	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)
Tes HIV	0,716	0,742	3,75%	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)
Akses Kondom	0,716	0,751	4,98%	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)
Jumlah Pasangan Seks	0,716	0,753	5,3%	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)
Umur	0,716	0,75	4,79%	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)
Sumber Pendapatan Utama	0,716	0,737	3,05%	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)
Riwayat Gejala IMS	0,716	0,754	5,47	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)
Pengetahuan tentang HIV AIDS, risiko, dan pencegahannya	0,716	0,743	3,89	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)
Status Perkawinan	0,716	0,77	7,65%	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)
Penggunaan NAPZA	0,716	0,788	10,2%	Dimasukkan kembali (<i>confounding</i>)
Paparan Informasi tentang HIV AIDS	0,716	0,732	2,38%	Dikeluarkan (bukan <i>confounding</i>)

Pada tabel 5.12 diatas, menunjukkan semua variabel yang memiliki *Pvalue* >0,05 dan dikeluarkan secara berurutan tidak mengakibatkan perubahan PR>10% pada variabel independen utama, yang menunjukkan bahwa keempat belas variabel tersebut bukan merupakan *confounding* dan harus dikeluarkan, dan satu variabel yang menyebabkan perubahan PR>10% yaitu penggunaan NAPZA dan harus dimasukkan kembali ke dalam pemodelan. Setelah melakukan pengujian

confounding tahap selanjutnya adalah pemodelan akhir (*final model*). Model akhir dari penelitian ini dapat dilihat dari tabel 5.13 dibawah ini :

Tabel 5.13 Pemodelan Akhir Analisis Multivariat Konsistensi Penggunaan Kondom dengan Kejadian HIV pada LSL di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015

Variabel	<i>Pvalue</i>	PR	95% CI	
			Min	Maks
Konsistensi penggunaan kondom	0,044	0.733	0.542	0.991
Persepsi berisiko	0.002	0.594	0.425	0.832
Penggunaan NAPZA	0.066	1.601	0.970	2.645

Berdasarkan pemodelan akhir tersebut, diketahui bahwa variabel independen utama yaitu konsistensi penggunaan kondom memiliki *Pvalue* kurang dari alpha ($0,044 < 0,05$), yang berarti ada hubungan yang signifikan antara konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian HIV setelah dikontrol oleh variabel persepsi berisiko dan penggunaan NAPZA pada laki-laki seks dengan laki-laki di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015. Variabel konsistensi kondom dengan PR=0,733 sebagai faktor protektif kejadian HIV pada laki-laki seks dengan laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015).

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder STBP LSL tahun 2015 yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan RI dan bekerjasama dengan berbagai pihak, yang bertujuan untuk mengetahui prevalensi IMS dan HIV pada populasi berisiko salah satunya adalah Lelaki seks dengan Lelaki (LSL). Penelitian ini yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian HIV pada LSL di pulau Jawa dan Bali tahun 2015, dengan variabel independen utama meliputi konsistensi kondom yang dikategorikan dari 7 pasangan seks tetap maupun tidak tetap.

Desain penelitian yang digunakan dalam STBP yaitu *cross sectional*, dengan variabel independen dan dependen diukur secara bersamaan dalam satu waktu sehingga interpretasi hasil penelitian tidak cukup untuk menentukan arah hubungan sebab akibat antar variabel. Data variabel independen utama yang didapat dari data sekunder ini terbatas, untuk melihat konsistensi penggunaan kondom pada responden, peneliti hanya dapat menganalisis dari jawaban kuesioner apakah responden menggunakan kondom pada saat berhubungan seksual terakhir dan seberapa sering menggunakan kondom sebulan terakhir pada tiap pasangan seks. Sedangkan pada masa jendela yang berdurasi 2-6 minggu dan masa asimtomatik (5-10 tahun) seringkali penderita tidak mengetahui/ menyadari gejala-gejala HIV ada pada tubuhnya. Selain itu peneliti tidak dapat mengetahui arah hubungan sebab akibat antara konsistensi kondom dan kejadian HIV secara pasti pada tiap responden, ada kemungkinan sebaliknya dimana variabel kejadian HIV yang menyebabkan variabel konsistensi kondom, karena tidak mengetahui secara pasti, konsistensi penggunaan kondom terlebih dahulu atau diagnosis status HIV yang lebih dahulu.

Jumlah sampel yang disesuaikan dengan tujuan penelitian dan kriteria inklusi serta eksklusi, sehingga diperoleh jumlah sampel yang terbatas sehingga hasil analisis data kemungkinan kurang akurat. Dalam menganalisis data penelitian ini, dimana variabel independen utama yaitu konsistensi penggunaan

kondom, didapatkan dari pengkategorian 7 pasangan seksual, dan pada tiap pengkategorian pasangan seks tersebut terdapat 3 pertanyaan, yang menyebabkan banyaknya *missing values* pada analisis data. Selain itu beberapa responden tidak konsisten dalam menjawab pertanyaan antara hubungan seks terakhir dan seberapa sering menggunakan kondom pada sebulan terakhir, ketidakkonsistenan tersebut antara lain : pasangan tetap sebanyak 16 responden; pasangan tidak tetap pria sebanyak 13 responden; pasangan tidak tetap wanita sebanyak 8 orang; pasangan waria sebanyak 1 orang; pasangan membeli seks pria sebanyak 1 orang; pasangan menjual seks pada pria sebanyak 1 orang; dan pada pasangan menjual seks pada wanita sebanyak 6 responden. Untuk variabel konsistensi penggunaan kondom sendiri ada 288 *missing values* yang harus dieksklusikan dalam pengolahan data. Variabel lainnya yang banyak terdapat *missing values* yaitu variabel jenis pelicin (178 *missing values*) dan akses kondom (236 *missing values*), kedua variabel ini terdapat di blok 5, dimana sebelum responden melanjutkan ke blok tersebut, diberikan penjelasan sebelumnya bahwa “jika responden merasa tidak nyaman dan enggan untuk menjawab pertanyaan secara jujur, tolong beritahu kami bahwa anda tidak mau menjawabnya dan kami akan meneruskan ke pertanyaan selanjutnya”, pernyataan pada blok ini menyebabkan banyaknya responden yang tidak menjawab pada blok 5 sehingga banyaknya juga *missing values* pada kedua variabel ini. Total ada 616 responden (41%) yang harus dikeluarkan karena *missing values* dari berbagai variabel yang diteliti (tabel 5.1).

Bias informasi yang dapat terjadi dalam penelitian ini adalah bias misklasifikasi non-diferensial, yang terjadi karena ketidaksempurnaan alat ukur di dalam mendeteksi paparan, penyakit, atau variabel hasil yang diteliti, ataupun kesalahan dalam pengukuran tersebut yang bersifat sistematis (Hartini, 2016). *Recall bias*, *self reporting bias*, dan *missing data (values)* dalam penelitian ini dapat menyebabkan bias misklasifikasi non-diferensial yang dapat menghasilkan pembuktian *underestimate* (bias melintasi nol) antara variabel dependen dan independen, yang menghasilkan hubungan lemah atau bersifat protektif. Bias ini dapat menjelaskan hasil dari penelitian ini yang menunjukkan hubungan lemah atau bersifat protektif antara variabel dependen dengan variabel independen utama dan variabel penyerta lainnya.

6.2 Pembahasan

6.2.1 Prevalensi Status HIV pada LSL

Human Immunodeficiency Virus (HIV), virus yang menyerang dan menginfeksi sel darah putih sehingga menurunkan kekebalan tubuh penderita, dalam beberapa periode dapat menyebabkan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), kumpulan infeksi oportunistik / gejala penyakit yang timbul karena turunnya imunitas akibat virus tersebut. Umumnya, epidemik HIV menyebar pada populasi yang berperilaku risiko tinggi atau yang memiliki pekerjaan yang berisiko untuk terkena HIV seperti Wanita Pekerja Seks (WPS), Pengguna narkoba suntik (Penasun), dan populasi migran seperti supir truk. Populasi ini seringkali terpinggirkan dikarenakan status sosial atau ekonomi maupun kurangnya akses informasi maupun akses layanan kesehatan. HIV kemudian menyebar ke populasi umum melalui kontak seksual, transfusi darah yang terkontaminasi virus atau penularan dari ibu hamil yang terinfeksi HIV ke bayinya, dan berbagai jalur penyebaran lainnya. Jalur terbanyak transmisi HIV melalui hubungan heteroseksual (80-90 persen), penggunaan jarum suntik (5-10 persen), dan infeksi HIV dari ibu ke anak (1-5 persen) (Narain, Jai P., 2004).

Dewasa ini, di Asia HIV terkonsentrasi pada populasi kunci khususnya pada daerah perkotaan besar. Pertumbuhan epidemi tercepat berasal dari populasi Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) dan transgender (ASEAN Regional Report on HIV/AIDS, 2015). Berdasarkan penelitian ini, didapatkan prevalensi HIV positif pada LSL tahun 2015 sebesar 29,4 persen dari total 880 responden, penelitian ini dilakukan di Indonesia khususnya beberapa kota-kota besar yang terletak di pulau Jawa dan Bali. Penelitian yang sama dilakukan di salah satu kota di Republik Rakyat Tiongkok (China) yaitu Harbin, prevalensi HIV pada LSL di kota tersebut sebesar 9,5% dari total 463 responden pada tahun 2011, meningkat dari tahun 2008 yang memiliki presentase 4,4%. Harbin merupakan ibu kota di timur laut Tiongkok dengan perekonomian industri yang makmur.

Distribusi responden yang konsisten menggunakan kondom pada pasangan seks tetap sebesar 33,7%, pada pasangan seks tidak tetap pria sebesar 53,9% dan wanita sebesar 18,9%. Proporsi pasangan seks waria, pasangan membeli seks pada pria, menjual seks pada pelanggan pria, dan menjual seks pada pelanggan wanita

masing-masing memiliki sebaran sebesar 55,1%, 57,8%, 61,6%, dan 24%. Dimana proporsi konsistensi penggunaan kondom keseluruhan sebesar 36%.

Penelitian yang dilakukan di Kamboja pada tahun 2014, presentase proporsi yang dilaporkan selalu menggunakan kondom selama 3 bulan terakhir pada pasangan seks tetap (wanita) sebesar 55,1%, pasangan seks pria sebesar 64,2%, pasangan membeli seks pada perempuan (WPS) sebesar 75,9%, pasangan membeli seks pada pria sebesar 73%, dan konsistensi penggunaan kondom pada pelanggan pria serta pelanggan wanita masing-masing sebesar 78,1% dan 70,3%. Sedangkan persentase responden yang dilaporkan selalu menggunakan kondom pada 3 bulan terakhir lebih tinggi dari penelitian ini sebesar 62,3% (Yi S. *et al*, 2015).

Proporsi responden tertinggi pada penelitian ini pada kategori umur ≥ 25 tahun yaitu sebesar 66,9%, hampir sama dengan penelitian di Harbin, P.R. China tahun 2011 proporsi terbanyak pada kategori umur 21-34 tahun sebesar 60,3%. Status pendidikan responden pada penelitian ini terbanyak pada tingkat SMA/ sederajat baik itu tamat atau tidak tamat SMA/ sederajat sebesar 61,5%. Demikian halnya penelitian di Thaizhou, China Timur tahun 2013, status pendidikan responden terbanyak pada tingkat SMA keatas sebesar 52,9%.

Pada variabel status perkawinan, kebanyakan responden memiliki status belum menikah sebesar 80,5%, penelitian ini hampir sama dengan penelitian di Harbin, P.R. China dengan proporsi belum menikah (*single*) sebesar 73,7% dan penelitian di Kamboja sebesar 89,9%, tetapi berbeda pada penelitian di Thaizhou, China Timur dimana responden yang berstatus menikah dengan wanita terbanyak dengan proporsi 49,5%. Lelaki seks dengan Lelaki (LSL) yang telah berstatus menikah dengan wanita dapat menularkan risiko HIV pada pasangannya, dimana akan terjadi perubahan situasi epidemi HIV dari yang sebelumnya terkonsentrasi pada populasi berisiko menjadi populasi umum dengan perempuan berisiko rendah menjadi korban penularan HIV.

Kebanyakan responden bertempat tinggal bersama keluarga atau saudara kandung dengan sebaran 39,1%, penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan di Kamboja dimana sebanyak 71,4% responden tinggal bersama orang tua. Sumber pendapatan responden didominasi dari gaji karyawan sebanyak 56,4,

hal ini sedikit berbeda pada penelitian di Kamboja dimana sebaran pekerjaan utama responden didominasi *self-employed* sebesar 29,5%.

Pada penelitian ini, umur pertama kali berhubungan seks dengan wanita, pria ataupun waria minimum pada umur 10 tahun dan terbanyak pada umur 18 tahun, di Taizhou, China Timur didominasi pada umur 18-29 tahun dengan sebaran 63,2% untuk umur pertama kali berhubungan seksual sesama pria. Sebanyak 70% responden merasa dirinya berisiko untuk terkena HIV, hal ini sama dengan penelitian di Harbin, China dimana kesadaran akan risiko HIV AIDS sangat tinggi yaitu sebesar 86,8%.

Banyak alasan yang menyebabkan responden merasa berisiko tertular HIV, sebanyak 8,6% responden merasa berisiko karena pernah menggunakan narkoba / NAPZA, 96,6% menyadari dirinya berisiko tertular HIV dikarenakan pernah berhubungan seksual, dan sebanyak 5,7% responden merasa berisiko karena pernah mendapat transfusi darah sebelumnya. Kesadaran responden akan risiko tertular HIV tersebut membuat responden melakukan berbagai cara untuk mengurangi risiko tertular HIV, sebanyak 93% menjawab bahwa selalu menggunakan kondom dan pelicin merupakan salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko tertular HIV, sebanyak 77,9% responden setuju jika mengurangi jumlah pasangan seks merupakan salah satu upaya mengurangi risiko, kemudian 57,5% menjawab dengan kunjungan ke klinik IMS ketika memiliki gejala, dan 41,4% menjawab minum antibiotik sesuai anjuran dokter / petugas kesehatan untuk mengurangi risiko tertular HIV. Ada juga yang berpendapat bahwa hanya memiliki 1 pasangan saja, setia pada pasangan, dan mengurangi seks anal dapat mengurangi risiko tertular HIV. Upaya lainnya seperti ibadah, hindari seks bebas dengan selektif memilih pasangan dan tidak berganti-ganti pasangan juga merupakan upaya untuk mengurangi risiko tertular HIV.

Selama 3 bulan terakhir, sebanyak 8,3% responden pernah mengonsumsi obat-obatan (NAPZA) sebelum melakukan hubungan seksual, angka ini lebih tinggi dibandingkan penelitian di Harbin, China sebesar 1,5% pada 6 bulan terakhir. Pada penelitian ini banyak responden memiliki pasangan seks < 4 orang, dengan jumlah pasangan terbanyak yaitu 31 orang. Hal ini hampir sama dengan

penelitian di Harbin, jumlah pasangan seks terbanyak pada kategori 2-5 orang dengan sebaran 47,2%.

Selama setahun terakhir kebanyakan responden (76,4%) pernah terpapar informasi yang berkaitan dengan pencegahan penularan HIV dan IMS baik itu dari petugas layanan, pertemuan diskusi, dan media cetak maupun elektronik. Hal ini sama dengan penelitian di Kamboja dimana sebanyak 85% responden pernah mendapatkan edukasi tentang HIV baik itu dari media cetak dan elektronik, pejangkau atau petugas lapangan, diskusi atau pertemuan, dan konseling di VCT.

Untuk mengetahui seseorang tertular HIV adalah dengan memeriksakan darah untuk di tes HIV, sebanyak 75,8% responden pernah memeriksakan darahnya untuk di tes HIV. Angka ini hampir sama dengan penelitian di Kamboja yaitu sebesar 77,7%, dimana responden pernah tes HIV pada 6 bulan terakhir di tahun 2014. Tingginya angka responden yang pernah memeriksakan darahnya untuk di tes HIV dikarenakan kebanyakan responden merasa berisiko (53,8%), dan disarankan untuk tes oleh petugas lapangan atau petugas kesehatan (7,7%), serta beberapa responden (0,5%) melakukan tes HIV untuk izin menikah atau bertunangan, dan juga ada beberapa responden yang tes HIV untuk mengecek status nya secara rutin.

6.2.2 Hubungan Konsistensi Kondom dengan Kejadian HIV

Variabel konsistensi kondom sebagai variabel independen utama dikategorikan menjadi konsisten dalam menggunakan kondom dan tidak konsisten dalam menggunakan kondom. Kategori konsisten dalam menggunakan kondom apabila responden menjawab “ya” pada pertanyaan mempunyai pasangan seks/ melakukan hubungan seks pada tiap pasangan (pasangan tetap/ tidak tetap pria/ tidak tetap wanita/ waria/ membeli seks/ menjual seks dengan pria/ menjual seks dengan wanita), menjawab “ya” pada pertanyaan menggunakan kondom pada saat hubungan seks terakhir, dan menjawab “selalu” pada pertanyaan seberapa sering menggunakan kondom pada saat berhubungan seks sebulan terakhir.

Pada hasil penelitian ini, proporsi responden yang konsisten menggunakan kondom dan mengalami kejadian HIV positif untuk kategori pasangan seks tetap, pasangan seks tidak tetap pria, pasangan seks tidak tetap wanita, pasangan seks

waria, pasangan membeli seks pria, pasangan menjual seks dengan pelanggan pria, dan pasangan menjual seks dengan pelanggan wanita masing-masing sebesar 27,1% ; 32,7%; 26,7%; 19,4%; 10,5%; 37,7%; 21,1%. Dari ketujuh kategori pasangan ini , tiga diantaranya menghasilkan $PR > 1$ yang menunjukkan bahwa konsistensi penggunaan kondom pada pasangan seks tidak tetap wanita, pasangan seks waria dan pasangan menjual seks dengan pelanggan pria merupakan salah satu faktor risiko kejadian HIV pada Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa dan Bali.

Hasil penelitian yang hampir sama di Doula, Kamerun pada tahun 2011 dimana responden yang tidak konsisten menggunakan kondom ketika berhubungan seks dengan pasangan tetap selama 12 bulan terakhir 0,4 kali (95%CI 0,18-0,89) lebih rendah untuk mengidap HIV dibandingkan responden yang konsisten dalam penggunaan kondom. Sedangkan pada pasangan tetap pria menghasilkan hubungan yang tidak signifikan dengan $OR = 1,3$ (95% CI = 0,64-2,66), tetapi merupakan salah satu faktor risiko infeksi HIV.

Di Yaounde, Kamerun pada pasangan tetap pria didapatkan hasil hubungan yang tidak signifikan dimana responden yang tidak konsisten menggunakan kondom 0,76 kali lebih rendah (95% CI 0,36-1,59) untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang konsisten dalam menggunakan kondom, sedangkan pada pasangan tetap menghasilkan hubungan yang tidak signifikan dengan $OR = 1,55$ (95% CI 0,76-3,15), tetapi merupakan salah satu faktor risiko transmisi HIV. Pada penelitian di Kamerun oleh Park JN *et al*, responden yang tidak konsisten menggunakan kondom dengan pasangan tetap pria menghasilkan $PR = 1,30$ (95% CI= 0,64-2,66) terhadap kejadian HIV positif.

Sebaliknya pada penelitian yang dilakukan di Korea Selatan, dimana variabel penggunaan kondom pada seks anal terakhir menjadi variabel dependen dibandingkan dengan status HIV. Responden yang memiliki status HIV positif 2,73 kali lebih tinggi untuk menggunakan kondom pada saat seks anal terakhir dibandingkan responden berstatus HIV negatif. Berdasarkan penelitian ini, dapat diasumsikan bahwa variabel kejadian HIV (dependen) dapat menyebabkan terjadinya variabel konsistensi kondom (independen utama) dalam penelitian ini, dimana asumsi ini merupakan salah satu kelemahan dari desain penelitian *cross*

sectional yang tidak cukup untuk melihat arah hubungan sebab akibat dari hasil penelitian ini.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 tahun 2013, salah satu pencegahan transmisi HIV melalui hubungan seksual adalah dengan upaya menggunakan kondom secara konsisten (*condom used*), yang berarti selalu menggunakan kondom bila terpaksa berhubungan seksual pada penyimpangan terhadap ketentuan (tidak melakukan hubungan seksual dan setia pada pasangan) serta tidak berhubungan seks dengan pasangan yang telah terinfeksi HIV dan/ atau IMS.

Menurut *Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention USA*, pemakaian kondom yang konsisten dan benar dapat mengurangi (bukan meniadakan) risiko transmisi penyakit menular seksual termasuk HIV, pemakaian yang tidak konsisten walaupun hanya satu kali melakukan penetrasi dengan pasangan yang terinfeksi dapat berpeluang untuk terinfeksi, begitupun juga dengan pemakaian kondom yang harus benar atau tepat karena pemakaian kondom yang kurang tepat walaupun dipakai secara konsisten dapat mengurangi efek protektif dari penggunaan kondom. Secara teoritis tingkat efektifitas penggunaan kondom mencapai angka 98%, tetapi karena faktor kesalahan pengguna, efektifitasnya menjadi 90-95% (Jatmiko, Andri Catur *et al*, 2010).

Kondom berbahan latex jika digunakan secara konsisten dan tepat memiliki efektifitas yang tinggi dalam mencegah transmisi HIV, kemampuan kondom berbahan latex untuk mencegah infeksi HIV telah dibuktikan secara ilmiah melalui penelitian di laboratorium, dimana bahan dasar kondom ini mampu menahan partikel virus seukuran virus HIV (CDC, 2016). Salah satu penelitian di Eropa pada 123 pasangan, yang salah satunya terinfeksi HIV dan yang lainnya tidak terinfeksi HIV, didapatkan hasil bahwa responden yang secara rutin menggunakan kondom tidak ada satupun yang terinfeksi HIV, sedangkan pada 122 pasangan yang tidak rutin menggunakan kondom didapatkan hasil 12 pasangan diantaranya terinfeksi HIV (Jatmiko, Andri Catur *et al*, 2010).

Hasil yang didapatkan dari penelitian ini tidak sejalan dengan teori yang ada, dimana konsistensi dalam menggunakan kondom memiliki efektifitas yang

tinggi terhadap pencegahan transmisi HIV. Banyak hal yang dapat menyebabkan hasil yang berbeda dengan teori, salah satunya adalah bias dalam penelitian. Berdasarkan hasil kekuatan uji yang telah dihitung dalam penelitian ini menunjukkan bahwa kekuatan uji kurang dari 80%, yang membuktikan bahwa kurangnya sampel dalam penelitian ini mengakibatkan kurangnya kekuatan untuk menolak H_0 (ada hubungan antara konsistensi kondom dengan kejadian HIV), dan kemungkinan ada bias misklasifikasi diferensial yang menyebabkan pembuktian *underestimate* (bias melintasi nol) antara variabel dependen dan independen, yang menghasilkan hubungan lemah atau bersifat protektif.

Desain penelitian ini yang mengacu pada sumber data sekunder yang dipakai yaitu STBP menggunakan jenis penelitian *cross sectional*, dengan variabel independen dan dependen diukur secara bersamaan. Kemungkinan dalam penelitian ini adalah responden yang sudah pernah tes HIV dan mengetahui status HIV nya dapat lebih sadar untuk menggunakan kondom secara konsisten pada hubungan seksual selanjutnya, yang dibuktikan dengan hasil silang antara konsistensi penggunaan kondom dengan variabel tes HIV, untuk kategori pasangan seks tetap dengan $Pvalue = 0,018$, responden yang pernah tes HIV 1,46 kali lebih tinggi (95% CI 1,064-2,018) untuk menggunakan kondom secara konsisten dibandingkan responden yang belum pernah tes HIV, begitupun dengan kategori pasangan seks lainnya yang menghasilkan $PR > 1$ yang menunjukkan bahwa responden yang pernah tes HIV sebelumnya berpeluang lebih tinggi untuk konsisten dalam menggunakan kondom saat berhubungan seks (dapat dilihat pada lampiran 5).

Hasil analisis multivariat pada penelitian ini didapatkan bahwa responden LSL yang tidak konsisten dalam menggunakan kondom saat berhubungan seksual berisiko 0,73 (0,542-0,991) kali lebih rendah untuk terinfeksi HIV dibandingkan responden LSL yang konsisten dalam menggunakan kondom setelah dikontrol oleh variabel persepsi berisiko dan penggunaan NAPZA.

Penelitian yang dilakukan oleh Fachlaeli (2012) didapatkan hasil bahwa responden yang tidak konsisten dalam menggunakan kondom mempunyai peluang berisiko untuk menderita infeksi menular seksual 1,4 kali dibandingkan responden yang konsisten dalam menggunakan kondom setelah dikontrol oleh variabel lama

kerja, umur seks pertama, pernah menerima obat PBB, pernah tes HIV, peluang menggunakan kondom.

Pada penelitian Ling Zhang *et al* di Harbin, dari hasil analisis multivariat didapatkan hasil bahwa lamanya berperilaku homoseksual (PR= 1,1 95% CI 1,04-1,13 *Pvalue* = 0,0002), dan perilaku seks komersial (PR= 4,0 95% CI 1,2-13,7 *Pvalue* = 0,025) sebagai faktor risiko dari infeksi HIV, sedangkan melakukan hubungan seksual yang protektif menjadi faktor protektif dalam terjadinya infeksi HIV (PR= 0,4 95% CI 0,17-0,99 *Pvalue* =0,04).

Banyak hal yang dapat menjadi faktor asosiasi terjadinya infeksi HIV. Konsistensi dalam menggunakan kondom dapat menjadi salah satu faktor pencegah infeksi HIV pada saat berhubungan seks dengan pasangan. Penggunaan kondom yang konsisten harus dibarengi juga dengan cara penggunaan kondom yang benar. Kebanyakan homoseksual dan biseksual terinfeksi HIV melalui hubungan anal seks bersama pasangan yang terinfeksi HIV positif tetapi tidak menggunakan kondom dengan konsisten dan benar, dan tidak mengonsumsi obat yang dapat mencegah infeksi HIV yang disebut *pre-exposure prophylaxis* (PrEP) atau pasangan seks yang terinfeksi HIV tidak mengonsumsi ARV atau mengonsumsi tetapi tidak secara rutin.

Seks melalui anal merupakan tipe seks yang paling berisiko terinfeksi HIV, hubungan seks anal *receptive* (penerima/ bottom) berisiko 13 kali lebih tinggi untuk terinfeksi HIV dibandingkan hubungan anal seks *insertive*. Penggunaan kondom selalu (konsisten) setiap berhubungan seksual secara benar dan mengonsumsi obat pencegah PrEP dapat mengurangi risiko terinfeksi HIV (CDC, 2017)

Pre-exposure prophylaxis (PrEP) adalah salah satu jalan bagi orang yang berstatus HIV negatif tetapi berada dalam risiko tinggi tertular HIV, seperti memiliki pasangan yang berstatus positif HIV (sero-diskordan) atau memiliki pekerjaan yang berisiko tinggi tertular HIV. Pengonsumsi PrEP secara konsisten pada orang yang berisiko tinggi dapat menekan risiko hingga 92%, pengonsumsi PrEP yang tidak konsisten dapat mengurangi efektifitas dari obat tersebut dalam mencegah infeksi HIV. Seseorang yang sudah berkomitmen

mengonsumsi PrEP harus konsisten mengonsumsi obat tersebut satu pil sehari dan mengunjungi pelayanan kesehatan selama 3 bulan sekali (CDC, 2017).

Program PrEP ini baru diakui sebagai salah satu pencegahan HIV di Amerika pada Mei 2014, di Indonesia sendiri meski Kementerian Kesehatan telah menginisiasi diskusi tentang PrEP tetapi sampai sekarang belum ada program/kebijakan operasionalnya (Hananta, Putu Yuda, 2017). Hal-hal yang berhubungan dengan pencegahan penularan HIV ini dapat dikembangkan menjadi suatu penelitian lanjutan.

6.2.3 Hubungan antara Faktor *Predisposing* dengan Kejadian HIV

a. Hubungan Umur dengan Kejadian HIV pada LSL

Proporsi responden berumur ≥ 25 tahun yang mengalami kejadian HIV sebesar 30,9% lebih tinggi dibandingkan responden yang berumur < 25 tahun dengan proporsi 26,5%, memiliki selisih presentase 4,4%. Hubungan umur dengan kejadian HIV menghasilkan Pvalue sebesar 0,2 dengan PR= 1,168 (95% CI 0,931-1,465), yang menunjukkan tidak ada hubungan secara signifikan, tetapi variabel umur merupakan salah satu faktor risiko kejadian HIV dimana responden yang berumur ≥ 25 tahun memiliki risiko 1,16 kali lebih tinggi untuk mengalami kejadian HIV. Pada penelitian ini, selisih presentase antara prevalensi HIV pada kelompok terpajan dibandingkan dengan prevalensi HIV pada kelompok tidak terpajan hanya memiliki selisih yang sedikit, yang dapat diasumsikan bahwa angka tersebut mengakibatkan variabel umur tidak berhubungan secara signifikan dengan kejadian HIV.

Hasil penelitian yang sama oleh Abara *et al* pada penelitian di Lagos, Nigeria. Umur dengan kategori 26-40 berasosiasi signifikan untuk berisiko 3,8 (95%CI 1.5–9.7) kali lebih tinggi terhadap kejadian HIV dibandingkan responden yang berumur 18-25 tahun. Hasil penelitian yang hampir sama diketahui dari penelitian di Harbin, China dimana responden yang berumur ≥ 35 tahun memiliki risiko 4,7 kali lebih tinggi untuk terinfeksi HIV dibandingkan responden berumur ≤ 20 tahun (95% CI 1,07-20,762) dengan hubungan asosiasi signifikan (*Pvalue* = 0,026).

Menurut Purwarini (2010), umur > 25 tahun merupakan umur yang sudah cukup matang dalam menentukan sikap yang positif berdasarkan pengalamannya atau informasi yang pernah diterima terutama mengenai kesehatan. Umur berkaitan dengan pengalaman dan perilaku khususnya dalam hal perilaku hubungan seksual, umur yang bertambah berkaitan juga dengan banyaknya jumlah pasangan seks dan paparan terhadap HIV (Lung Vu *et al*, 2013). Hal ini sejalan dengan penelitian ini, dimana responden yang berumur lebih tua ≥ 25 tahun memiliki pasangan seksual lebih banyak (≥ 4 orang) (PR= 1,273 95% CI 0,976-1,666) (Lampiran 5).

b. Hubungan Pendidikan dengan Kejadian HIV pada LSL

Pada hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian HIV, proporsi responden yang berkategori pendidikan atas dan mengalami kejadian HIV sebesar 31%, responden yang berkategori pendidikan menengah dan berstatus HIV sebesar 26,5%, sedangkan responden yang berstatus positif HIV sebesar 21,6%. Selisih presentase antara responden berpendidikan atas dengan responden berpendidikan dasar sebesar 9,4% dan selisih presentase responden yang berpendidikan menengah dengan responden yang berpendidikan dasar sebesar 4,9%. Responden yang berpendidikan tinggi (SMA/ sederajat dan Perguruan tinggi / akademi) memiliki risiko 0,6 kali lebih rendah untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang berpendidikan dasar, tetapi variabel ini memiliki hubungan asosiasi sebesar 0,097 yang menunjukkan bahwa variabel pendidikan tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian HIV.

Hasil penelitian yang sama oleh Lung Vu *et al* di Abuja, Nigeria yang menghasilkan hubungan asosiasi tidak signifikan dengan OR Adj = 0,8 (95% CI=0,3-2,1) yang menunjukkan bahwa responden yang telah berpendidikan tinggi (diploma/ akademi/ *tertiary education*) berisiko 0,8 kali lebih rendah untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang berpendidikan rendah. Ada juga hasil penelitian yang tidak sejalan pada penelitian di Lagos, Nigeria dimana responden yang berpendidikan tinggi berisiko 2,9 kali lebih tinggi (95% CI=1,1-7,4) untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang berpendidikan rendah.

Tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi perilaku dan menghasilkan banyak perubahan, khususnya perilaku dan pengetahuan di bidang kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan formal semakin mudah menyerap informasi termasuk juga informasi tentang kesehatan, dan semakin tinggi pola kesadaran akan status kesehatan (Notoatmodjo, 2002). Teori ini sejalan dengan hasil penelitian yang didapat dimana responden yang berpendidikan tinggi menjadi faktor protektif.

c. Hubungan Status Perkawinan dengan Kejadian HIV pada LSL

Hubungan asosiasi pada variabel status perkawinan didapatkan *Pvalue* sebesar 0,516, dengan OR= 0,893 (95% CI 0,67-1,19) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kedua variabel, tetapi menunjukkan bahwa responden yang belum atau pernah menikah memiliki resiko 0,89 kali lebih rendah untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang berstatus menikah.

Hasil penelitian ini hampir sama dengan penelitian Ju Nyeong Park *et al* di Douala, Kamerun, dimana responden yang berstatus *single* atau tidak sedang berada pada suatu hubungan memiliki resiko 0,41 kali lebih rendah (95% CI 0,21-0,83) untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang berstatus menikah atau sedang berada dalam suatu hubungan. Sebaliknya pada penelitian di China, dari 47.231 LSL di 61 kota di China, LSL yang telah bercerai (pernah menikah) memiliki resiko 1,3 (95%CI 1,04-1,6) kali lebih tinggi dibandingkan LSL yang berstatus tidak menikah untuk mengalami kejadian HIV.

Menurut Bennet (1987), yang dimaksud perkawinan adalah suatu lembaga yang membangun keluarga dan pengaturannya berlandaskan pada faktor-faktor sosiokultural yang menentukan cara hidup suatu masyarakat serta mempengaruhi kesehatannya, berbagai fungsi dan sumbangsih keluarga kepada masyarakat dan sosietas sebagai suatu kesatuan harus menjadi pertimbangan. Perkawinan juga dipandang sebagai suatu ikatan hak, tugas, kewajiban, dan harapan bersama.

Responden yang belum menikah/ pernah menikah tidak memiliki suatu ikatan perkawinan/ ikatan terhadap pasangan yang menuntut seseorang untuk setia terhadap pasangannya, oleh sebab itu responden yang sedang tidak terikat

perkawinan berkemungkinan memiliki risiko yang lebih besar terhadap infeksi HIV dan juga berkemungkinan memiliki lebih dari satu pasangan (Ling Zhang, 2013).

Teori yang berbeda dari hasil studi yang menyatakan bahwa lelaki yang sudah atau dalam status hubungan menikah cenderung lebih menutup identitas seksualnya pada pasangan, petugas pelayanan kesehatan, dan tidak memiliki kemauan untuk memeriksakan serostatus HIV-nya dibandingkan dengan LSL yang membuka identitas seksualnya (Lung Vu *et al*, 2013).

d. Hubungan Status Tempat Tinggal dengan Kejadian HIV pada LSL

Berdasarkan penelitian ini, untuk variabel status tempat tinggal dengan kategori responden yang tinggal sendiri, bersama teman, keluarga, saudara ataupun tidak punya tempat tinggal berisiko 0,87 kali lebih rendah (95% CI=0,652-1,18) dibandingkan responden yang tinggal bersama pasangan tetap, waria, wanita, atau pria untuk mengalami kejadian HIV.

Hasil penelitian yang hampir sama pada penelitian Ling Zhang *et al* di Harbin, China, responden yang hidup bersama dengan pasangannya tetapi tidak menikah (*cohabitation*) memiliki risiko 6,9 kali lebih tinggi (95% CI=1,692-28,145) dibandingkan responden yang menikah untuk terinfeksi HIV.

Melihat faktor risiko yang berkontribusi terhadap kejadian HIV di Afrika, dengan alasan ekonomi pasangan yang sudah menikah seringkali berpisah, dimana suami mencari penghasilan di perkotaan besar dan istri yang tetap tinggal di rumah asal, suami yang jauh dari pasangannya melebihi 3 bulan lamanya dapat mengarahkan suami untuk mencari pasangan tidak tetap, pada tipe hubungan seperti ini penggunaan kondom seringkali dirasa tidak perlu (Ahmed S. Latif, 2004).

Hampir sama dengan variabel status perkawinan, responden yang tinggal sendiri dibandingkan tinggal bersama pasangan dapat menyebabkan risiko terinfeksi HIV lebih tinggi, dikarenakan responden yang tinggal sendiri tidak memiliki ikatan dan dituntut untuk setia pada pasangannya. Tetapi pada penelitian ini, hasil penelitian tidak sejalan dengan teori yang ada.

e. Hubungan Sumber Pendapatan Utama dengan Kejadian HIV pada LSL

Pada penelitian ini, variabel sumber pendapatan utama dikategorikan menjadi sumber pendapatan tetap dan tidak tetap. Hubungan asosiasi antara kejadian HIV dengan variabel sumber pendapatan utama menunjukkan hasil yang tidak berhubungan secara signifikan. Responden yang memiliki sumber pendapatan utama tetap (berasal dari gaji karyawan) memiliki risiko 1,13 kali lebih tinggi (95% CI=0,921-1,4) untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang bersumber pendapatannya tidak tetap (menjual seks, uang saku pelajar, wiraswasta, tidak bekerja dsb).

Hasil penelitian ini hampir sama dengan penelitian di Douala, Kamerun. Responden yang memiliki pekerjaan tetap berisiko 3,66 kali lebih tinggi (95%CI 1,9-7,04) untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang tidak memiliki pekerjaan. Berbeda dengan penelitian di Abuja, Nigeria, responden yang mendapatkan uang dari menjual seks berisiko 4,9 kali lebih tinggi (95%CI 1,8-13,6) untuk terinfeksi HIV dibandingkan responden yang tidak menjual seks. Responden yang mendapatkan penghasilan dari menjual seks lebih berisiko untuk terinfeksi HIV dan berbagai infeksi menular seksual dikarenakan seringnya berganti-ganti pasangan.

Menurut Notoatmodjo (2007), perubahan perilaku kesehatan didasari penambahan pengetahuan, sikap, atau keterampilan. Perubahan perilaku dan sikap tersebut tidak menjamin terjadinya perubahan perilaku utamanya apabila perubahan tersebut membutuhkan dukungan material. Keadaan sosial ekonomi yang mempengaruhi risiko terjadinya HIV dapat disebabkan oleh pendapatan yang kurang dari UMR menyebabkan responden menjual-belikan seks, tetapi pada responden yang menghasilkan pendapatan tinggi/ sosial ekonomi tinggi banyak juga yang menderita HIV AIDS dikarenakan perilaku mencoba-coba seks dan penggunaan narkoba (Susilowati, 2009).

Responden yang berpenghasilan tetap juga dianggap mampu untuk membeli kondom, mampu bernegosiasi dalam berhubungan seks, dan lebih berhati-hati dalam menerima seks karena tidak bermasalah dalam hal ekonomi (Purwarini, 2010). Kelemahan dari penelitian ini adalah tidak ada jumlah penghasilan dalam angka rupiah, banyak hal lain dalam aspek sosio-ekonomi

seperti tingkat kemiskinan, tidak memiliki tempat tinggal, akses pelayanan kesehatan yang dapat diasosiasikan secara langsung atau tidak langsung terhadap kejadian HIV, dalam penelitian ini responden yang memiliki sumber pendapatan utama merupakan salah satu faktor risiko kejadian HIV tetapi tidak berhubungan secara signifikan.

f. Hubungan Umur Pertama Kali Berhubungan Seks dengan Kejadian HIV pada LSL

Variabel umur pertama kali berhubungan seks dengan kejadian HIV tidak memiliki hubungan yang signifikan, responden yang berhubungan seks pertama kali saat umur ≤ 15 tahun memiliki risiko 0,73 kali lebih rendah (95%CI 0,188-2,886) untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang tidak mengingat umur pertama berhubungan seks, sedangkan pada responden yang berhubungan seks pertama kali pada umur >15 tahun berisiko 0,94 kali lebih rendah (95%CI 0,247-3,587) untuk terinfeksi HIV .

Hal yang sama pada penelitian Park JN *et al* di Douala dan Yaounde, Kamerun, dimana variabel umur pertama kali berhubungan seks dengan infeksi HIV tidak menunjukkan hubungan yang signifikan. LSL yang berhubungan seks pertama kali pada umur >18 tahun berisiko 0,66 kali lebih rendah (95%CI 0,35-1,26) untuk terinfeksi HIV dibandingkan LSL yang berhubungan seks pada umur 5-17 tahun di Douala. Sedangkan di Yaounde, hampir sama yaitu LSL yang berhubungan seks pertama kali pada umur >18 tahun berisiko 0,67 kali lebih rendah (95%CI 0,34-1,31) untuk terinfeksi HIV.

Berbeda pada penelitian oleh Ling Zhang di Harbin, China. Responden yang pertama kali berperilaku homoseksual pada umur <18 tahun memiliki risiko 1,4 kali lebih tinggi (95%CI 0,456-4,109) terinfeksi HIV dibandingkan responden yang pertama kali berperilaku homoseksual pada umur ≥ 25 tahun.

Umur pertama kali berhubungan seksual jika terlalu muda rentan terhadap kondisi biologis dan psikologis responden, perilaku seksual yang berisiko, kurangnya akses atau rendahnya pemakaian kondom saat berumur lebih muda dan/ atau hubungan dengan lamanya aktifitas seksual (Andrea L. Wirtz, 2013).

Pada penelitian ini, responden yang berhubungan seksual pertama kali pada umur ≤ 15 tahun bukan merupakan faktor risiko kejadian HIV, tidak sejalan dengan teori yang ada. Pada penelitian ini kebanyakan responden berhubungan seksual pertama kali pada umur 17-18 tahun dimana di hukum Indonesia, umur-umur tersebut merupakan batas usia seseorang memasuki tahap kedewasaan (Pasal 63 UU Administrasi Kependudukan dan Pasal 47 UU Perkawinan).

g. Hubungan Pengetahuan tentang HIV AIDS, risiko, dan pencegahannya dengan Kejadian HIV pada LSL

Pengetahuan komprehensif tentang HIV AIDS dengan kejadian HIV menghasilkan hubungan yang bermakna, proporsi responden yang memiliki pengetahuan kurang sebesar 24,7% lebih kecil dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan baik sebesar 32,8%, dengan selisih proporsi sebesar 8,1%. Dimana responden yang memiliki pengetahuan kurang terhadap HIV AIDS, risiko dan pencegahannya berisiko 0,75 kali lebih rendah (95% CI=0,604-0,934) untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan baik.

Sedikit berbeda dengan penelitian di Douala dan Yaounde, Kamerun, responden di Douala dengan pengetahuan komprehensif baik (median >85) memiliki risiko 0,81 kali lebih rendah (95% CI=0,49-1,33) untuk terinfeksi HIV dibandingkan responden yang memiliki skor pengetahuan kurang (median <85). Sedangkan di Yaounde tidak menunjukkan adanya hubungan antar pengetahuan responden dan kejadian infeksi HIV (1,00 95% CI 0,60-1,69).

Tingkat pengetahuan dapat mempengaruhi tingkah laku seseorang hingga perilaku kesehatan, berdasarkan indikator MDGs (*Millenium Development Goals*), pengetahuan komprehensif tentang HIV AIDS dilandaskan pada 5 pertanyaan : (1) menggunakan kondom dapat mencegah transmisi HIV; (2) setia dengan pasangan dapat mencegah penularan HIV; (3) menggunakan peralatan makan bersama dengan ODHA tidak akan menularkan HIV; (4) Gigitan nyamuk tidak akan menularkan HIV dan; (5) tidak dapat mengenali ODHA hanya dengan melihat saja. Kelima pertanyaan ini termasuk kedalam pertanyaan dalam kategori

pengetahuan tentang HIV, risiko, dan pencegahannya yang diteliti dalam penelitian ini.

Pengetahuan mengenai perilaku kesehatan terkait infeksi HIV akan memberikan pemahaman terhadap pencegahan dan memproteksi diri dan peningkatan kesehatan. Tingkat pengetahuan responden yang tinggi juga dapat dipengaruhi oleh paparan informasi mengenai HIV sebelumnya, dimana pada penelitian ini responden yang pernah terpapar informasi mengenai HIV 2,00 (1,638-2,444) kali lebih tinggi memiliki pengetahuan yang baik tentang HIV, risiko dan pencegahannya (Lampiran 5).

h. Hubungan Persepsi Berisiko dengan Kejadian HIV pada LSL

Persepsi berisiko akan tertularnya HIV pada penelitian ini didapatkan hasil hubungan yang signifikan dengan kejadian HIV. Proporsi responden LSL yang merasa berisiko sebesar 0,324 lebih tinggi dibandingkan proporsi LSL yang tidak merasa berisiko sebesar 0,223. Dimana responden yang tidak merasa berisiko memiliki risiko 0,68 kali lebih rendah (95%CI 0,535-0,886) mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang merasa berisiko.

Penelitian oleh Ling Zhang *et al* di Harbin, China menunjukkan hasil bahwa variabel kesadaran akan HIV AIDS (persepsi berisiko AIDS) tidak memiliki hubungan sama sekali dengan kejadian infeksi HIV (PR= 1,0 95%CI 0,381-2,369). Sedangkan penelitian oleh Xiaohong Pan *et al* di Zhejiang, China, kesadaran diri responden akan peluang infeksi HIV menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap infeksi HIV, dimana responden yang tidak memiliki kesadaran diri akan terinfeksi HIV memiliki risiko 0,58 kali lebih rendah daripada responden yang merasa berisiko terinfeksi HIV.

Responden yang tidak merasa berisiko akan tertular HIV berkemungkinan tidak memproteksi dirinya terhadap paparan risiko yang dapat mengakibatkan dirinya terinfeksi HIV. Tujuan dari paparan informasi mengenai HIV, risiko dan pencegahannya pada responden LSL tidak lain adalah untuk meningkatkan persepsi berisiko perilaku seksual yang tidak aman terhadap kejadian HIV, didapatkan hasil bahwa responden yang pernah terpapar informasi mengenai HIV 1,23 kali lebih tinggi (95% CI 1,088-1,386) untuk merasa dirinya berisiko

terhadap HIV. Peningkatan persepsi resiko dari paparan informasi HIV tersebut diasumsikan bahwa manusia adalah makhluk yang rasional dan akan bertindak rasional untuk memenuhi kepentingannya. Namun pada penelitian ini tingginya angka persepsi merasa berisiko tidak meningkatkan pencegahan dari perilaku seksual berisiko yang dapat menurunkan angka kejadian HIV.

i. Hubungan Riwayat Gejala IMS dengan Kejadian HIV pada LSL

Pada penelitian ini, hubungan riwayat gejala IMS tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan kejadian HIV, tetapi menunjukkan bahwa riwayat gejala IMS merupakan salah satu faktor risiko, dimana responden yang pernah mengalami gejala IMS berisiko 1,15 kali lebih tinggi (95% CI 0,932-1,436) untuk terinfeksi HIV dibandingkan responden yang tidak mengalami gejala IMS.

Hasil penelitian yang sama oleh Lung Vu di Abuja, Nigeria. Responden yang memiliki gejala IMS berisiko 3,4 kali lebih tinggi (95% CI 1,0-11,9) untuk terinfeksi HIV dibandingkan responden yang tidak memiliki gejala IMS. Hasil penelitian yang sama juga didapatkan dari penelitian di Douala dan Yaounde, Kamerun. Responden yang mengalami gejala IMS 12 bulan terakhir memiliki risiko 1,38 kali lebih tinggi untuk terinfeksi HIV (95%CI 0,70-2,74), sedangkan di Yaounde menunjukkan hasil yang sama dimana responden yang memiliki gejala IMS 12 bulan terakhir memiliki risiko 1,81 kali lebih tinggi (95%CI 0,96-3,4) untuk terinfeksi HIV. Hasil penelitian yang berbeda di Harbin, China, dimana responden yang memiliki gejala IMS satu tahun terakhir berisiko 0,7 kali lebih rendah (95% CI 0,285-1,724) dibandingkan responden yang tidak mengalami gejala IMS untuk terinfeksi HIV.

Infeksi menular seksual dapat menjadi pintu masuk bagi infeksi HIV karena adanya cairan tubuh atau darah pada luka akibat IMS (Kemenkes RI, 2012). Penemuan lain dari penelitian ini berdasarkan studi terkait bahwa responden yang memiliki gejala IMS seharusnya menjadi target promosi kondom, dikarenakan riwayat gejala IMS dapat diasosiasikan rendahnya penggunaan kondom dan konsistensi penggunaan kondom selanjutnya (Liu *et al*, 2012). Hal ini sejalan dengan penelitian ini, dimana responden yang memiliki riwayat gejala

IMS 1,2 (1,077-1,313) kali lebih tinggi tidak konsisten dalam menggunakan kondom saat berhubungan seks (Lampiran 5).

j. Hubungan Konsumsi Alkohol dengan Kejadian HIV pada LSL

Pada penelitian ini, variabel konsumsi alkohol menunjukkan tidak ada hubungan dengan kejadian HIV (PR=1,006). Berbeda dengan penelitian Souradet *et al* di India Selatan, responden yang pernah mengonsumsi alkohol sebulan terakhir memiliki risiko 2,61 kali lebih tinggi (95%CI 1,19-5,76) untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang tidak pernah mengonsumsi alkohol sebulan terakhir. Hal yang sama dihasilkan dari penelitian Koblin *et al* di 6 kota di Amerika Serikat, responden yang mengonsumsi alkohol atau obat-obatan sebelum melakukan hubungan seksual memiliki risiko 1,58 kali lebih tinggi (95%CI 1,09-2,29) untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang tidak mengonsumsi alkohol atau obat-obatan sebelum berhubungan seks. Didapatkan juga, jika responden yang memiliki kebiasaan berat mengonsumsi alkohol berisiko 2,75 kali lebih tinggi (95% CI 1,62-4,66) untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang tidak mengonsumsi alkohol.

Mengonsumsi alkohol sebelum berhubungan seksual dapat mempengaruhi perilaku seksual seseorang, bila dibawah pengaruh alkohol kesadaran akan berkurang dan akhirnya banyak yang melakukan seks tidak aman dan dapat berakibat meningkatkan resiko terjadinya infeksi menular seksual (Nurhayati, 2011), tetapi dalam penelitian ini variabel konsumsi alkohol tidak didapatkan hasil yang sejalan dengan teori yang ada.

k. Hubungan Penggunaan NAPZA dengan Kejadian HIV pada LSL

Berdasarkan hasil penelitian ini, variabel penggunaan NAPZA merupakan salah satu faktor risiko kejadian HIV pada LSL, dimana responden yang mengonsumsi NAPZA sebelum melakukan hubungan seksual selama 3 bulan terakhir berisiko 1,34 (0,982-1,828) kali lebih tinggi untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan responden yang tidak menggunakan NAPZA sebelum berhubungan seks.

Berbeda dengan penelitian Chengdu *et al* di Chengdu, China, LSL yang mengonsumsi obat-obatan terlarang berisiko 0,77 kali lebih rendah untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan LSL yang tidak mengonsumsi obat-obatan terlarang. Pada penelitian Koblin *et al* di Amerika Serikat, didapatkan hasil bahwa responden yang menggunakan NAPZA suntik dapat berisiko 2,23 kali lebih tinggi (95% CI 1,49-3,33) untuk terinfeksi HIV, sedangkan untuk jenis NAPZA non-suntik, responden yang mengonsumsi NAPZA paling berisiko yaitu NAPZA berjenis Amphetamine (sabu) memiliki risiko 3,98 kali lebih tinggi untuk terinfeksi HIV dibandingkan responden yang tidak mengonsumsi NAPZA.

Narkotika, Psikotropika, dan zat-zat adiktif lainnya dapat menjadi salah satu faktor yang berkorelasi meningkatkan perilaku seksual yang tidak aman, baik NAPZA jenis injeksi maupun non-injeksi. Salah satu dampak dari penyalahgunaan narkoba adalah timbulnya stimulan yang dapat merangsang fungsi tubuh dan meningkatkan gairah serta ketidaksadaran (BNN, 2015). Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang ada, dimana responden yang mengonsumsi NAPZA sebelum berhubungan seksual menjadi salah satu faktor risiko penularan HIV.

Salah satu studi menyatakan, jika pengguna amphetamine melakukan hubungan seksual dengan pasangan yang terinfeksi HIV dan juga mengonsumsi narkoba jenis amphetamine, pasangan ini dalam risiko yang tinggi terinfeksi HIV dikarenakan penurunan efek pengobatan antiretroviral, jika efek dari pengobatan ini berkurang maka jumlah virus dalam tubuh akan meningkat dan mengakibatkan tingginya risiko dalam penularan HIV (Koblin *et al*, 2006).

1. Hubungan Jumlah Pasangan Seks dengan Kejadian HIV pada LSL

Banyaknya jumlah pasangan seks dapat meningkatkan risiko transmisi HIV dan mempercepat penyebarannya (Ling Zhang *et al*, 2013). Pada penelitian ini, variabel jumlah pasangan seks tidak menghasilkan hubungan signifikan, tetapi merupakan salah satu faktor risiko dengan kejadian HIV. Responden LSL yang memiliki jumlah pasangan seks ≥ 4 orang berisiko 1,29 kali lebih tinggi (95% CI 0,897-1,420) dibandingkan responden yang memiliki jumlah pasangan seks < 4 orang untuk terinfeksi HIV.

Hasil penelitian ini hampir sama dengan penelitian Park JN *et al* di Yaounde, Kamerun, dimana responden yang memiliki jumlah pasangan seks laki-laki ≥ 4 orang berisiko 2,25 kali lebih tinggi (95% CI 1,19-4,28) untuk terinfeksi HIV dibandingkan responden yang memiliki jumlah pasangan seks laki-laki < 4 orang. Hasil penelitian yang sama juga oleh Feng *et al* di Chengdu, China, LSL yang memiliki pasangan anal seks laki-laki > 10 orang berisiko 3,6 kali lebih tinggi (95% CI 1,87-6,93) dibandingkan responden yang memiliki ≤ 10 pasangan. Pada penelitian di Harbin China, dalam hitungan 6 bulan terakhir, responden yang memiliki pasangan homoseksual ≥ 10 orang memiliki risiko 5,6 kali lebih tinggi (95% CI 1,857-17,11) dibandingkan responden yang memiliki pasangan homoseksual 0 atau 1 orang untuk terinfeksi HIV.

LSL cenderung memiliki banyak pasangan seks, baik laki-laki maupun perempuan dan banyak diantaranya yang menjual-belikan seks, jaringan komunitas LSL yang biasanya luas dapat menyebabkan seseorang LSL dapat memiliki banyak pasangan seks, semakin banyak jumlah pasangan seks, maka peluang penularan HIV pada komunitas dan antar pasangan seks LSL semakin besar.

6.2.4 Hubungan antara Faktor *Reinforcing* dengan Kejadian HIV

a. Hubungan Paparan Info tentang HIV AIDS dengan Kejadian HIV pada LSL

Paparan info yang berkaitan dengan pencegahan HIV yang didapatkan oleh responden LSL pada penelitian ini menghasilkan hubungan yang signifikan dengan kejadian HIV. LSL yang tidak mendapatkan paparan info mengenai HIV berisiko 0,69 kali lebih rendah (95% CI 0,528-0,921) untuk terinfeksi HIV dibandingkan LSL yang terpapar info HIV.

Paparan informasi mengenai HIV pada penelitian ini termasuk jika responden pernah menghadapi pertemuan atau berdiskusi dengan petugas layanan, petugas lapangan/ penjangkau terkait HIV, menerima informasi dalam bentuk media cetak dan juga media elektronik.

Penelitian di Douala, Kamerun didapatkan hasil bahwa responden yang pernah mengakses layanan terkait HIV pada LSL di LSM (mencangkup layanan

dari penjangkau) berisiko 4,88 kali lebih tinggi (95% CI 1,63-14,63) berstatus HIV positif, sedangkan penelitian di Harbin, China didapatkan hasil bahwa responden yang mendapatkan intervensi pelayanan kesehatan terkait HIV setahun terakhir berisiko 0,8 kali lebih rendah (96% 0,452-1,576) untuk terinfeksi HIV dibandingkan responden yang tidak mendapatkan intervensi satu tahun terakhir.

Paparan informasi mengenai HIV pada penelitian ini termasuk jika responden pernah menghadapi pertemuan atau berdiskusi dengan petugas layanan, petugas lapangan/ penjangkau terkait HIV, menerima informasi dalam bentuk media cetak dan juga media elektronik.

Dengan adanya paparan informasi yang berhubungan dengan persepsi bersiko, yang diasumsikan bahwa responden yang terpapar informasi mengenai HIV AIDS, risiko dan pencegahannya dapat bertindak rasional dalam mencegah perilaku seksual berisiko, hal ini dapat dibuktikan bahwa responden yang pernah terpapar informasi mengenai HIV AIDS 1,78 (1,36-2,324) kali lebih tinggi untuk konsisten dalam penggunaan kondom saat berhubungan seks terakhir kali dan dalam sebulan terakhir dibandingkan responden yang belum pernah terpapar informasi mengenai HIV (Lampiran 5).

6.2.5 Hubungan antara Faktor *Enabling* dengan Kejadian HIV

a. Hubungan Akses Kondom dengan Kejadian HIV pada LSL

Berdasarkan penelitian ini, variabel akses kondom menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kejadian HIV, responden yang dikategorikan susah dalam mendapatkan kondom berisiko 0,94 kali lebih tinggi (95% CI 0,771-1,166) untuk terinfeksi HIV dibandingkan responden yang dikategorikan mudah dalam mengakses kondom. Dikategorikan mudah apabila responden LSL selalu mendapatkan kondom secara gratis.

Hasil Penelitian yang hampir sama di Yaounde, Kamerun, menunjukkan hasil yang tidak signifikan antara variabel pernah mendapatkan kondom secara gratis dengan kejadian HIV (PR= 1,25 95% CI 0,62-2,49). Berbeda di kota Douala, Kamerun, dimana responden yang pernah mendapatkan kondom gratis berisiko 2,82 kali lebih tinggi (95% CI 1,22-6,53) dibandingkan responden yang tidak pernah mendapatk

an kondom gratis untuk mengalami kejadian HIV.

Menurut Green dalam Notoatmodjo (2007), ketersediaan kondom merupakan faktor pemungkin terjadinya perubahan perilaku kesehatan. Akses kondom juga berpengaruh terhadap penggunaan kondom yang konsisten, dalam penelitian ini didapatkan bahwa responden yang sulit dalam mendapatkan kondom 1,22 (1,109-1,349) kali lebih tinggi tidak konsisten dalam penggunaan kondom saat berhubungan seks dibandingkan responden yang mudah dalam mengakses kondom (Lampiran 5).

b. Hubungan Jenis Pelicin dengan Kejadian HIV pada LSL

Jenis pelicin pada penelitian ini dikategorikan menjadi 4 kategori, yang semuanya tidak menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dengan kejadian HIV. Responden yang memakai gel/ baby oil/ body lotion sebagai jenis pelicin berisiko 0,48 kali lebih rendah (95% CI 0,174-1,350) untuk mengalami kejadian HIV dibandingkan dengan responden yang tidak menggunakan pelicin.

Pada penelitian Feng *et al* di Chengdu, China, LSL yang menggunakan pelicin pada saat berhubungan seks menunjukkan tidak ada hubungan dengan kejadian HIV (PR=1,04 95% CI 0,45-2,41). Penelitian lain oleh Wirtz AL *et al* di Blantyre, Malawi, responden yang tidak menggunakan pelicin atau lainnya berisiko 2,8 kali lebih tinggi (95% CI 1,2-6,5) untuk terinfeksi HIV dibandingkan responden yang menggunakan petroleum jelly/ vaseline (gel / cream) saat berhubungan seks. Sedangkan responden yang menggunakan pelicin berbahan dasar air berisiko 1,8 kali lebih tinggi (95% CI 0,7-4,6) dibandingkan responden yang menggunakan petroleum jelly/ vaseline (gel / cream) untuk mengalami kejadian HIV.

Penggunaan pelicin ketika berhubungan seks anal dapat mencegah rusaknya kondom (pelicin yang kompatibel dengan kondom) dan mencegah timbulnya lesi akibat gesekan saat berhubungan seks anal. Pelicin berbahan dasar air adalah yang terbaik dibandingkan dengan pelicin berbahan dasar minyak, lotion, vaseline, dsb. karena dapat menyebabkan kondom sobek atau rusak (Kemenkes RI, 2010).

c. Hubungan Tes HIV dengan Kejadian HIV pada LSL

Hubungan tes HIV dengan kejadian HIV pada penelitian ini menunjukkan hubungan signifikan, dimana proporsi responden yang tes HIV berstatus positif HIV sebesar 0,314 lebih besar dibandingkan responden yang tidak tes HIV berstatus negatif sebesar 0,23. LSL yang pernah memeriksakan status HIV sebelumnya berisiko 1,36 kali lebih tinggi (95% CI 1,045-1,793) untuk terinfeksi HIV dibandingkan responden yang belum pernah memeriksakan status HIV nya.

Hasil penelitian yang sama di Abuja, Nigeria, dimana responden yang pernah tes HIV berisiko 5,6 kali lebih tinggi (95% CI 1,9-16,6) untuk terinfeksi HIV dibandingkan responden yang tidak tes HIV. Sedangkan pada penelitian di Harbin, China tidak menunjukkan hasil yang signifikan, dimana responden yang pernah tes HIV berisiko 0,7 kali lebih rendah (95% CI 0,385-1,341) dibandingkan responden yang tidak pernah tes HIV.

Seseorang yang dirasa berisiko untuk terinfeksi HIV harus dilakukan tes HIV untuk mengetahui statusnya. Pada saat tes HIV harus dilaksanakan *pre-test* dan *post-test* konseling. Orang yang berstatus negatif disarankan untuk mendapatkan konseling yang intensif agar tercegah dari infeksi HIV atau tetap berstatus negatif. Responden yang pernah memeriksakan serostatus HIV nya juga dapat merubah kebiasaan atau perilaku kesehatan/ seksual untuk mencegah meluasnya infeksi HIV (Ahmed S. Latif, 2004). Responden yang berstatus positif HIV harus mendapatkan konseling lanjutan dan perlakuan lanjutan seperti pemberian ARV untuk menurunkan virulensi dalam tubuh dan penggunaan kondom secara konsisten dan benar untuk mencegah transmisi infeksi HIV pada pasangan seksual.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hubungan konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian HIV pada LSL di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015 dari data sekunder STBP dapat ditarik kesimpulan bahwa:

1. Prevalensi HIV pada LSL di pulau Jawa dan Bali sebesar 29,4%, konsistensi penggunaan kondom sebesar 36%. Mayoritas responden berada dalam kategori umur ≥ 25 tahun, berpendidikan (sedang/ telah menamatkan) SMA/ sederajat, berstatus belum menikah, bertempat tinggal bersama keluarga atau saudara kandung, mendapatkan pendapatan utama bersumber dari gaji karyawan, pertama kali berhubungan seksual pada umur > 15 tahun, memiliki pengetahuan yang baik tentang HIV AIDS, risiko dan pencegahannya, merasa berisiko tertular HIV, kebanyakan tidak mengalami gejala IMS, tidak mengonsumsi alkohol sebelum berhubungan seks, tidak menggunakan NAPZA sebelum seks, dan kebanyakan memiliki pasangan seks berjumlah < 4 orang, pernah mendapatkan informasi mengenai HIV, mudah dalam mengakses kondom, menggunakan jenis pelicin berbahan dasar air, dan pernah tes HIV.
2. Pada penelitian ini didapatkan hasil analisis bivariat bahwa hubungan antara konsistensi penggunaan kondom dengan kejadian HIV sebesar 0,82. Variabel pengetahuan tentang HIV AIDS, persepsi berisiko, paparan info, dan tes HIV menghasilkan hubungan yang signifikan terhadap variabel dependen. Dimana variabel pengetahuan tentang HIV AIDS, persepsi berisiko, paparan info merupakan faktor protektif dan variabel tes HIV merupakan faktor risiko terhadap kejadian HIV pada LSL di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015.
3. Hasil analisis multivariat menunjukkan hubungan yang bermakna antara variabel konsistensi kondom dengan kejadian HIV, bahwa responden LSL yang tidak konsisten dalam menggunakan kondom saat berhubungan seks memiliki peluang 0,73 (0,542-0,991) kali lebih rendah untuk terinfeksi

HIV dibandingkan yang konsisten dalam menggunakan kondom setelah dikontrol oleh variabel persepsi berisiko dan penggunaan NAPZA pada LSL di Pulau Jawa dan Bali tahun 2015.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, pembahasan dan kesimpulan dari penelitian ini, dapat diambil saran sebagai berikut :

1. Disarankan bagi petugas kesehatan, masih rendahnya angka konsistensi dalam penggunaan kondom maka harus terus dilakukan upaya untuk meningkatkan penggunaan kondom secara konsisten dan benar melalui pemberian edukasi kesehatan dan pentingnya penggunaan kondom untuk meminimisir risiko infeksi HIV dan IMS lainnya di tempat-tempat yang sering didatangi oleh LSL, memudahkan akses kondom pada pelaku seksual berisiko dengan tidak melupakan upaya abstinensia atau tidak melakukan hubungan seks berisiko dan setia pada pasangan. LSL yang datang ke pelayanan kesehatan dan memiliki gejala IMS hendaknya disarankan untuk dilakukan tes HIV dengan memperhatikan prosedur pre-test dan pos-test konseling.
2. Diharapkan untuk pemerintah pusat dalam hal ini Kementerian Kesehatan RI untuk terus mengupayakan pencegahan transmisi HIV khususnya kepada populasi kunci agar tidak meluas ke populasi umum, terus mengupayakan program dan kebijakan pencegahan HIV seperti mempermudah akses kondom dan pengadaan akses obat *Pre-exposure prophylaxis* (PrEP) yang sudah diakui sebagai salah satu cara pencegahan infeksi HIV di Amerika sejak Mei 2014.
3. Banyaknya keterbatasan dalam hasil penelitian ini dapat dijadikan pembelajaran untuk peneliti selanjutnya, diharapkan kepada peneliti selanjutnya dapat lebih memperluas dan menambah informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pencegahan transmisi HIV pada populasi berisiko khususnya Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL).

DAFTAR PUSTAKA

- Abara *et al.* 2017. "Prevalence and correlates of condom use among sexually active men who have sex with men in the United States: findings from the National Survey of Family Growth, 2002, 2006-2010 and 2011-2013". pubmed.gov, 8 Juni 2017.
- ASEAN. 2016. *HIV in the ASEAN Region; Second Regional Report on HIV & AIDS 2011-2015* (On line). ASEAN dari <http://www.asean.org> (14 April 2017).
- Baral *et al.* 2007. "Elevated Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex With Men in Low and Middle Income Countries 2006: A Systematic Review." *PLoS Medicine*, Volume 4 Issue 12, December 2007.
- Bennet F. J. 1987. *Diagnosa Komunitas dan Program Kesehatan*. Yayasan Essentia Medica.
- BPS RI. 2011. *Data Statistik Indonesia 2011*. BPS dari <http://www.bps.go.id> (14 April 2017)
- Clark *et al.* 2008. "Risk Factors for the Spread of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men infected with HIV in Lima, Peru." *Sex Transm Infect* 2008; 84: 449-454.
- Crepaz *et al.* 2009. "The efficacy of HIV/STI behaviour intervention for african american females in United States: a meta-analysis." <http://gateway.nlm.nih.gov/abstracts/html>.
- Dachlia, D. 2000. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual Berisiko Terinfeksi Pada Pelaut/ Pekerja Pelabuhan di Jakarta, Manado, dan Surabaya (Analisis Data Survei Surveilans Perilaku 1999)*, (Tesis). Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.

- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA. Buku Pedoman untuk Petugas Kesehatan dan Petugas lainnya*. Jakarta: Ditjen PPM dan PL Depkes.
- Departemen Kesehatan RI. 2010. *Analisis Kecenderungan Perilaku Berisiko Terhadap HIV di Indonesia; Laporan Survei Terpadu Biologis dan Perilaku Tahun 2007*.
- Fatmala, Risanita Diah. 2016. "Faktor Predisposing, Enabling, dan Reinforcing dalam Pemanfaatan VCT oleh Laki-Laki Seks dengan Laki-laki (LSL)." *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol. 4, No. 1 Januari 2016: 138–150.
- Firdaus, Said, dan Agustin, Helfi. 2013. "Faktor Risiko Kejadian HIV pada Komunitas LSL (Lelaki Seks dengan Lelaki) Mitra Yayasan Lantera Minangkabau Sumatera Barat." *Jurnal Kesehatan Komunitas*, Vol 2, No 2, Mei 2013.
- Friedman et al. 2014. "HIV Infection and Sexual Risk among Men Who Have Sex With Men and Women (MSMW): A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS ONE*, Volume 9 Issue 1, January 2014.
- Green, Lawrence W. et al. 1980. *Health Education Planning a Diagnostic Approach*. Mayfield Publishing Company.
- GWL INA. 2012. *Sejarah dan Perkembangan Jaringan Gay, Waria, dan LSL lain di Indonesia* (On line). GWL-INA dari <http://www.gwl-ina.or.id> (15 April 2017).
- Hartono, Aput. 2009. *Faktor Risiko Kejadian Penyakit Menular Seksual (PMS) Pada Komunitas Gay Mitra Strategis Perkumpulan Keluarga Berencana (PKBI) Yogyakarta.*, (Skripsi). Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Hartono, Susanto Priyo. 2006. *Analisis Multivariat*. Departemen Biostatistik FKM UI.
- Hirshfield. D. *et,al*. 2003. "Risk Factors for Sexually Transmitted Diseases among

Men who have Sex with Men Recruited through the Internet.” *National Library of Medicine*. Vol 7. No 30.

Hutapea, Ronald. 2003. *AIDS, PMS, dan Perkosaan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Irianto, Koes. 2013. *Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular*. Bandung: Alfabeta.

Jin, M. *et al.* 2013. Correlates of consistent condom use among men who have sex with men recruited through the internet in Huzhou city. a cross-sectional survey. *BMC Public Health*,13.

Kambu, Yowel. 2012. *Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tindakan Pencegahan Penularan HIV oleh ODHA di Sorong.*, (Tesis). Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Kartika, Rahmi Dwi, dan Siregar, Kemal. 2014. “Determinan Penggunaan Kondom Konsisten Pada Laki-laki yang Seks dengan Laki-laki (LSL) di Pulau Jawa tahun 2011 (Analisis Data Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku 2011).”, (Jurnal). Departemen Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.

Kartono, K. 1989. *Psikologi Abnormal dan Abnormalitas Seksual*. Bandung: Mandar Maju.

Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Depkes RI.

Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS*. Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Laporan Survei Terpadu Biologis dan Perilaku 2013*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kemenkes RI.

- Kementerian Kesehatan RI, 2014. *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, Situasi dan Analisis HIV AIDS*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. *Laporan Survei Terpadu Biologis dan Perilaku 2015*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kemenkes RI.
- Koblin et al. 2006. "Risk Factors for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men." *AIDS*, Vol 20, No 5.
- Kumalasari, Ika Yuli. 2013. *Perilaku Berisiko Penyebab Human Immunodeficiency Virus (HIV) Positif (Studi Kasus di Rumah Damai Kelurahan Cepoko Kecamatan Gunungpati Kota Semarang.*, (Skripsi). Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan. Universitas Negeri Semarang.
- Lin et al. 2015. "High Prevalence of HIV Infection and Bisexual Network among a sample of Man Who Have Sex With Men in Eastern China." *PLOS ONE*. DOI:10.1371/journal.pone.0129300.
- Lung *et al.* 2013. "High HIV Prevalence Among Men Who Have Sex With Men in Nigeria: Implications for Combination Prevention". *J Acquir Immune Defic Syndr* Volume 63, Number 2, June 1, 2013
- Moorhead S. et al. 2004. *Nursing Outcomes Classification (noc)*. Third Edition. St. Louis, Missouri: Mosby.
- Najmah. 2011. *Managemen dan Analisa Data Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Najmah. 2015. *Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: Trans Info Media.

- Nehl *et al.* 2012. "Substance Use and Sexual Risks Among General MSM and Money Boys in Shanghai, China." *Journal of Drugs Issues*, 42 (3) 263-278.
- Nurhayati. 2011. *Pengaruh Pemberian Pengobatan Presuntif Berkala terhadap Kejadian Gonore dan Klamidia pada Wanita Penjaja Seks (Analisis Data Sekunder STBP Tahun 2007)*. (Tesis). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Nuswantari, Dyah. 1998. *Kamus Kedokteran Dorland Edisi 25*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Noviana, Nana. 2016. *Konsep HIV/AIDS Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Nursalam, dan Kurniawati, Ninuk Dian. 2007. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Park JN *et al.* 2013. "HIV Prevalence and Factors Associated with HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Cameroon." *Journal of the International AIDS Society* 2013.
- Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. 2015. *Kajian Dokumen Kebijakan HIV-AIDS dan Sistem Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: INSISTPress.
- Ratnaningsih, Dwi. 2015. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pencegahan HIV/AIDS Pada Wanita Pekerja Seks Komersial.*, (Tesis). Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Remis *et al.* 2014. "HIV Transmission among Men Who Have Sex with Men due to Condom Failure." *PLOS ONE*, Volume 9 Issue 9, September 2014.

- Rumana, Nanda Aula. 2013. "Infeksi Menular Seksual pada Gay di Tangerang, Jogjakarta dan Makasar tahun 2009 (Aspek Rekam Medis pada Analisis Data STBP)." *Jurnal Forum Ilmiah* Volume 10 Nomor 3.
- Setyoadi, dan Triyanto, Endang. 2012. *Strategi Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita AIDS*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Soedarto. 2009. *Penyakit Menular di Indonesia*. Jakarta: Sagung Seto.
- Stanhope, dan Lancaster. 2000. *Community and Public Health Nursing*. 5th ed. St Louis: Mosby.
- UNAIDS. 2009. *AIDS Epidemic update 2009*. Switzerland
- UNAIDS. 2016. *Global AIDS Update 2016*. Switzerland
- Zahid et al. 1997. "HIV/AIDS and its risk factors in Pakistan". *Journal Vol. 11, No 7*.
- Zhang et al. 2013. "Prevalence of HIV Infection and Associated Risk Factors among Men Who Have Sex With Men (MSM) in Harbin P.R. China." *PLOS ONE*, Volume 8 Issue 3.

\