



UNIVERSITAS INDONESIA

***GENERALIZED STRUCTURAL EQUATION MODELLING:
KEPUTUSAN PEMERIKSAAN HIV/AIDS PADA WARIA
(Analisis Data Survei Terpadu Biologis dan Perilaku Tahun 2013)***

TESIS

**Zita Atzmardina
1306429723**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN BIostatistik
DEPOK
2015**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Zita Atzmardina

NPM : 1306429723

Tanda Tangan : 

Tanggal : 6 Juli 2015

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Zita Atzmardina
NPM : 1306429723
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : *Generalized Structural Equation Modelling: Keputusan Pemeriksaan HIV/AIDS pada Waria (Analisis Data Survei Terpadu Biologis dan Perilaku Tahun 2013)*

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

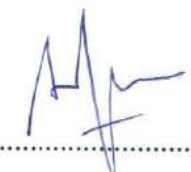
Pembimbing : Dr. drg. Indang Trihandini, M.Kes


(.....)

Penguji : dra. Caroline Endah Wuryaningsih, M.Kes


(.....)

Penguji : dr. Nurhalina Afriana, M.Epid


(.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal

: 6 Juli 2015

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya

Nama : Zita Atzmardina

NPM : 1306429723

Mahasiswa Program : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Biostatistika

Tahun Akademik : 2013

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

Structural Equation Modelling: Keputusan Pemeriksaan HIV/AIDS pada Waria (Analisis Data Survei Terpadu Biologis Dan Perilaku Tahun 2013)

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 6 Juli 2015

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat, berkat dan karuniaNya, penulis dapat diberikan kesempatan serta kekuatan untuk dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat. Saya menyadari bahwa penyelesaian tesis ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, karena itu saya ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dr. drg. Indang Trihandini, M.Kes sebagai pembimbing akademik yang telah dengan sangat sabar untuk memberikan bimbingan, saran, dukungan, serta bersedia menyediakan waktu yang cukup banyak sehingga penulis mendapatkan bimbingan yang sangat baik.
2. dra. Caroline Endah Wuryaningsih M.Kes atas saran yang diberikan serta kesediaan waktunya sebagai sebagai penguji dari seminar proposal, seminar hasil hingga sidang akhir.
3. dr. Nurhalina Afriana, M.Epid atas saran yang diberikan serta kesediaan waktunya untuk menjadi penguji pada sidang tesis penulis.
4. Subdirektorat AIDS dan PMS Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PP&PL) Kementerian Kesehatan RI yang telah mengizinkan dan membantu kelancaran penulis dalam memperoleh data.
5. Keluarga saya, khususnya kedua orang tua saya yang selalu memberikan doa, perhatian, dukungan, dan nasihat kepada saya. Tanpa itu semua, saya tidak berarti apa-apa. Spesial terimakasih buat Mama tercinta yang selalu setia menemani dan mengantar penulis kuliah ketika penulis kesulitan dalam mobilisasi.
6. Seluruh staf pengajar yang telah memberikan ilmunya kepada penulis dan juga dukungan moral kepada penulis ketika penulis membutuhkan alat bantu untuk mobilisasi selama proses belajar mengajar.
7. Staf sekretariat Departemen Biostatistika dan Kependudukan FKM UI yang selalu direpotkan oleh penulis.

8. Teman-teman seangkatan saya khususnya geng matriks (Mbak Intan, Mbak Galih, Mbak Ririn, Bangky, Omay, Omjul, Endah, Rike, Mbak Yeyen, Mbak Isti, Mbak Lia, Mbak Emma, Mbak Wiwin, Mbak Puji); semua anggota bios family, teman sepeminatan (khususnya Kak Ester, Sri dan Lolita); serta teman-teman satu bimbingan (Mbak Firli, Bu Suli, Bu Euis, Mbak Ira) yang telah sama-sama berjuang bersama penulis dari awal hingga akhir kuliah. Terimakasih atas bantuan dan support yang telah diberikan, karena dengan keterbatasan yang dimiliki, penulis dapat selesai tepat waktu.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu penulis.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna dan masih banyak kekurangan yang perlu diperbaiki. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dalam pengembangan tesis ini. Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini dapat berguna bagi semua kalangan.

Depok, 6 Juli 2015

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Zita Atzmardina
NPM : 1306429723
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Biostatistika dan Kependudukan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Structural Equation Modelling: Keputusan Pemeriksaan HIV/AIDS pada Waria (Analisis Data Survei Terpadu Biologis Dan Perilaku Tahun 2013)

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 6 Juli 2015
Yang menyatakan



(Zita Atzmardina)

ABSTRAK

Nama : Zita Atzmardina
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : *Generalized Structural Equation Modelling: Keputusan Pemeriksaan HIV/AIDS pada Waria (Analisis Data Survei Terpadu Biologis dan Perilaku Tahun 2013)*

Waria sering mendapatkan diskriminasi. Perilaku waria yang berisiko perlu tindakan pendeteksian dini sehingga tidak menjadi sumber penularan. Penelitian bertujuan untuk melihat model perilaku waria dalam memutuskan pemeriksaan HIV/AIDS di Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar tahun 2013. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*, menggunakan data STBP tahun 2013. Hasil analisis GSEM memperlihatkan faktor predisposing mempengaruhi keputusan pemeriksaan HIV/AIDS pada waria (koef. path=0,61). Peran petugas berpengaruh terhadap pengetahuan waria (koef. path=1,1) dan mempunyai pengaruh yang besar dalam pengambilan keputusan pemeriksaan HIV/AIDS pada waria (koef. path=3,5). Oleh sebab itu, penyuluhan melalui petugas kesehatan atau petugas lapangan sangat penting dalam pengambilan keputusan pemeriksaan HIV/AIDS.

Kata kunci: GSEM, waria, pemeriksaan HIV/AIDS

ABSTRAC

Name : Zita Atzmardina
Study Program : Public Health
Title : Generalized Structural Equation Modelling: Decision of HIV / AIDS Test among Transvestites (Data Analysis of Integrated Biological and Behavioral Survey 2013)

Transvestites often get discrimination. The risk behavior of transvestites needs an early detection so as not to be a source of transmission. This study examined the behavior of transvestites in deciding of HIV/AIDS test in Palembang, Pontianak, Samarinda and Makassar in 2013. The study design is cross sectional, using data Integrated Biological and Behavioral Survey (IBBS) 2013. The results of GSEM analysis showed predisposing factors affect the decision of HIV/AIDS test among transvestites (path coef. = 0.61). Health workers affect the knowledge of transvestites (path coef.= 1.1) and has a great influence on decision HIV/AIDS test in transvestites (path coef. = 3.5). Therefore, counseling via health workers is very important in the decision for HIV/AIDS test.

Key word: GSEM, Transvestites, HIV/AIDS test

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Pernyataan Orisinalitas.....	ii
Halaman Pengesahan.....	iii
Surat Pernyataan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi Tugas Akhir untuk Kepentingan Akademis.....	vii
Abstrak.....	viii
<i>Abstrac</i>	ix
Daftar Isi	x
Daftar Gambar	xiv
Daftar Tabel	xv
 BAB 1. Pendahuluan	 1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	5
1.3. Pertanyaan penelitian.....	6
1.4. Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1. Tujuan umum.....	6
1.4.2. Tujuan khusus	6
1.5. Manfaat penelitian.....	7
1.6. Ruang lingkup penelitian.....	7
 BAB 2. Tinjauan Pustaka	 9
2.1. HIV/AIDS.....	9
2.1.1. Definisi.....	9
2.1.2. Etiologi	9
2.1.3. Epidemiologi	10
2.1.4. Patogenesis	12
2.1.5. Gejala Klinis dan Kriteria Diagnosis.....	14

2.1.6. Pengobatan	16
2.1.7. Pencegahan	17
2.1.8. Dampak Sosial	18
2.1.9. Prognosis	19
2.2. Waria	20
2.2.1. Tinjauan Waria	20
2.2.2. Hak-hak waria	21
2.2.3. Diskriminasi pada waria	23
2.3. Teori Perilaku (Teori <i>Precede-Proceed</i> Model dari <i>Lawrence Green</i>).....	26
2.3.1. Faktor predisposing.....	28
2.3.2. Faktor Reinforcing.....	29
2.3.3. Faktor enabling	29
2.4. Pemeriksaan HIV/AIDS.....	30
2.4.1. Kegiatan layanan HIV di Fasilitas Layanan Kesehatan.....	30
2.4.2. Tes HIV	31
2.4.3. Model Layanan VCT.....	36
2.5. Faktor-faktor pengambilan keputusan.....	37
2.6. Hasil penelitian yang terkait.....	41
2.7. Kerangka Teori.....	46
 BAB 3. Kerangka Konsep, Hipotesis, dan Definisi Operasional.....	 47
3.1. Kerangka Konsep.....	47
3.2. Hipotesis.....	48
3.3. Definisi Operasional.....	49
 BAB 4. Metode Penelitian.....	 50
4.1. Rancangan Penelitian.....	50
4.2. Lokasi dan Waktu.....	51
4.3. Populasi dan Sampel Penelitian.....	51
4.4. Jenis dan Sumber Data.....	53
4.5. Pengolahan Data.....	54
4.6. Analisis Data.....	55

4.6.1. Analisis Unicariat.....	55
4.6.2. Analisis <i>Generalized Structural Equation Modelling</i> (GSEM).....	55
BAB 5. Hasil	58
5.1. Analisis Univariat.....	58
5.2. Analisis <i>Generalized Structural Equation Modelling</i> (GSEM)	60
5.2.1. Spesifikasi Model awal.....	60
5.2.2. Identifikasi Model.....	61
5.2.3. Estimasi Model Keseluruhan.....	63
5.2.4. Respesifikasi Model	64
5.2.5. Model Persamaan Struktural.....	65
5.3. Analisis Variabel Umur.....	65
BAB 6. Pembahasan	66
6.1. Keterbatasan Penelitian	66
6.2. Keterbatasan Data STBP.....	66
6.3. Determinan Keputusan Pemeriksaan HIV/AIDS	68
BAB 7. Kesimpulan	72
7.1. Kesimpulan	72
7.2. Saran.....	72
Daftar Pustaka	74

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Teori <i>Precede-Proceed</i> dari <i>Lawrence Green</i>	27
Gambar 2.2. Kerangka Teori (diambil dari Model <i>Precede-Proceed</i>).....	44
Gambar 3.1. Kerangka Konsep.....	47
Gambar 4.1 Teknik Pemilihan Sampel.....	53
Gambar 5.1 Model Awal Keputusan Pemeriksaan HIV/AIDS.....	61
Gambar 5.2. CFA Laten Faktor predisposing.....	62
Gambar 5.3. CFA Laten Faktor reinforcing.....	62
Gambar 5.5. Estimasi Model Awal Keputusan Pemeriksaan HIV/AIDS.....	63
Gambar 5.6 Model Akhir Keputusan Pemeriksaan HIV/AIDS.....	64

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel.....	48
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Waria (Analisis Data STBP 2013).....	58
Tabel 5.2 Tabel Nilai P dan 95 % Confidence Interval Variabel teramati.....	64
Tabel 5.3 Koefisien, Standar Error, P, dan 95% CI Variabel Umur.....	65

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Meskipun beragam perilaku seksual dan identitas gender telah dikenal di wilayah Nusantara pada masa-masa terdahulu, identitas homoseksual baru muncul di kota-kota besar pada awal abad ke-20. Baru pada akhir tahun 1960-an, gerakan LGBT (Lesbian, Gay, Biseksual, dan Transgender) mulai berkembang melalui kegiatan pengorganisasian yang dilakukan oleh kelompok wanita transgender, atau yang kemudian dikenal sebagai waria. Mobilisasi pria gay dan wanita lesbian terjadi pada tahun 1980-an, melalui penggunaan media cetak dan pembentukan kelompok-kelompok kecil di seluruh Indonesia. Mobilisasi ini semakin mendapatkan dorongan dengan maraknya HIV pada tahun 1990-an, termasuk pembentukan berbagai organisasi di lebih banyak lokasi (USAID, 2013).

Peraturan undang-undang di Indonesia hanya menetapkan 2 gender saja, yaitu pria dan wanita, seperti ditafsir dari Undang-undang Perkawinan (UU No.1/1974) dan ketentuan serupa mengenai isi kartu penduduk yang ditetapkan dalam Undang-undang Administrasi Kependudukan (UU No. 23/2006). Peraturan Pemerintah No. 54/2007 tentang adopsi secara tegas menetapkan bahwa orang tua yang mengadopsi tidak boleh berupa pasangan homoseksual. Adopsi oleh orang yang belum kawin tidak diperbolehkan. Ketentuan ini menjadi masalah bagi orang transgender (USAID, 2013).

Jika kita berbicara tentang waria, patut diketahui bahwa waria merupakan bagian dari kelompok LGBT. Waria juga dikenal dengan istilah transgender atau transeksual. Ada dua jenis transgender yaitu *male to female* (MTF) dan *female to male* (FTM), sehingga waria juga bisa disebut dengan istilah ‘trans MTF’ atau transwoman (Ariyanto, 2012). Waria (wanita pria) yang berarti pria yang bersifat dan bertingkah laku seperti wanita atau pria yang mempunyai perasaan sebagai wanita (KBBI, 2012).

Direktorat Jenderal Administrasi dan Kependudukan Kementerian Dalam Negeri pernah mendata jumlah waria di Indonesia pada 2005 mencapai 400 ribu

orang. Pada 2008 terdata oleh Yayasan Srikandi Sejati sebanyak 6 juta waria di Indonesia. Koordinator Arus Pelangi Dodo Budidarmo pada Seminar "Kekerasan Atas Nama Agama dan Masa Depan Toleransi di Indonesia", yang digelar di Gedung Mahkamah Konstitusi pada 8 Januari 2013 menyebutkan jumlah waria di Indonesia sebanyak 7 juta orang (bsp, 2013). Menurut Direktorat Rehabilitasi Sosial Tuna, pada tahun 2012 di Sulawesi Barat dan Jambi dilaporkan tidak ada waria. Menurut Yulianus Rettoblaut selaku Ketua Forum Waria Indonesia, pada survey 2008, di Jakarta terdapat sekitar 8.000 waria (Pos Kupang, 2015).

Kelompok waria termasuk yang rentan atau rawan mengalami diskriminasi dan intoleransi, mereka tidak mempunyai kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan di sektor formal, meskipun Undang-Undang Tenaga Kerja (No.13/2003) secara tegas melarang diskriminasi dalam bentuk apapun (USAID,2013). Hal tersebut membuat sebagian kelompok waria terpaksa menjadi Pekerja Seks Komersial (PSK). Tanpa disadari, mereka pun menerima bahwa sebagian besar dari mereka hanya bisa menjadi PSK. Situasi inilah yang akhirnya membuat sebagian kelompok waria terjebak dalam pekerjaan yang berdampak pada kondisi kesehatan mereka (Ariyanto, 2012). Salah satu kerentanan mereka dalam hubungan pekerjaan ini adalah terkena penyakit HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)/AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*). HIV merupakan virus yang menginfeksi sel-sel sistem kekebalan tubuh dan mengakibatkan defisiensi imun secara progresif. Defisiensi imun terjadi jika sistem kekebalan tubuh tidak mampu memerangi infeksi dari penyakit (WHO, 2013).

Lingkaran Survei Indonesia (LSI) mendapati bahwa 64,7 persen (2005) menjadi 80,6 persen (2012) dari 12.000 responden yang disurveinya merasa tidak nyaman hidup berdampingan dengan kelompok LGBT. Ini menandakan bahwa negara berpenduduk lebih dari 250 juta penduduk di Indonesia menjadi semakin intoleran (Lestari, 2013). Dalam survei yang dilakukan terhadap lebih dari 37.000 orang di 39 negara antara Maret dan Mei, sekitar 93 persen masyarakat Indonesia mengatakan bahwa masyarakat hendaknya tidak menerima kaum homoseksual. Hanya tiga persen dari masyarakat di negara Asia Tenggara ini yang mengatakan bahwa masyarakat hendaknya menerima waria. Indonesia merupakan negara

paling intoleran diantara negara-negara Asia-Pasifik yang disurvei, termasuk Pakistan dan Malaysia yang mayoritas muslim (Lestari, 2013).

Faktor-faktor risiko penularan HIV/AIDS dapat melalui beberapa cara, diantaranya adalah melalui hubungan seksual dengan orang yang telah terinfeksi HIV, baik melalui vagina, dubur atau mulut, penularan dari ibu yang terinfeksi HIV positif ke bayinya selama kehamilan, saat persalinan atau setelah melahirkan dan melalui ASI, jarum atau peralatan yang tajam, dan transfusi darah yang tercemar HIV (Kemenkes, 2012).

Sampai akhir tahun 2002, diperkirakan terdapat 42 juta orang hidup dengan HIV/AIDS. Dari jumlah ini, 28,5 juta (68%) hidup di Afrika sub-sahara dan 6 juta (14%) berada di Asia Selatan dan Asia Tenggara. Pada tahun 2002, diperkirakan 5 juta orang yang baru terinfeksi HIV dan diperkirakan 3,1 juta orang meninggal karena HIV/AIDS. Pada akhir tahun 2013, diperkirakan 4,8 juta orang dengan HIV di wilayah Asia Pasifik (UNAIDS, 2013). Wilayah Asia Pasifik memiliki jumlah penderita HIV dan AIDS kedua terbesar di dunia setelah Afrika dan tidak ada satupun negara di wilayah Asia Pasifik terbebas dari HIV/AIDS (Unesco, 2009). Banyak dokter dan ilmuwan mengatakan betapa pentingnya untuk mengambil tindakan karena tanpa upaya pencegahan yang menyeluruh, prevalensi HIV di wilayah Asia Pasifik akan meningkat hampir mencapai 10 juta penderita tahun 2020 (Kemendiknas, 2009).

Di Indonesia, pada tahun 2014, jumlah kasus HIV mencapai 22.869 kasus, dimana jumlah ini mengalami peningkatan dibandingkan pada tahun 2012 yang mencapai 21.511 kasus (Spiritia, 2014). Berdasarkan data UNAIDS *GAP Report* (2013) diketahui bahwa infeksi HIV baru di Indonesia meningkat sebesar 48% dimana jumlah infeksi HIV baru ini mencapai 23% di Asia Pasifik pada tahun 2013. Jumlah ini menempati Indonesia sebagai negara kedua setelah India (38%) dengan infeksi HIV baru terbesar di Asia Pasifik.

Waria merupakan salah satu populasi kunci yang berisiko tinggi terjangkit penyakit HIV/AIDS. Penerimaan masyarakat dan sulitnya mendapatkan identitas menjadi beberapa faktor yang menyebabkan mereka memilih untuk turun ke jalan dan bersinggungan dengan HIV/AIDS. Selain itu, terbatasnya lahan kerja juga membuat banyak dari waria terpaksa melakukan pekerjaan yang rentan

penyakit yang menyerang imun tubuh tersebut. Oleh karenanya, waria pun akan terus lahir dan meningkat jumlahnya (KEBAYA, 2010). Waria akan tetap terlihat negatif, jika pendampingan terhadap mereka tidak dibarengi dengan sosialisasi kepada masyarakat tentang lahirnya waria (Humas, 2010).

Menurut Kementrian Kesehatan, diskriminasi memaksa banyak waria menjadi pekerja seks, yang memicu kenaikan kasus HIV, yaitu dari enam menjadi 34 persen antara 1997 dan 2007 di kalangan waria di Jakarta. Menurut Iwama (Ikatan Waria Malang), jumlah waria yang terinfeksi HIV/AIDS sekitar 57 waria dari 400 jumlah waria yang terdata. Dinas kesehatan Kota Malang mencatat jumlah waria yang terdata menderita AIDS sebanyak 35 orang dari 2728 orang. Data ini diakumulasi sejak tahun 1997 hingga September 2013 (Fir, 2013). Menurut Ariyanto, pada tahun 2012 di Jakarta saja 35% ODHA (Orang yang hidup dengan HIV/AIDS) adalah waria. Persoalan ini ibarat lingkaran setan. Diskriminasi dan intoleransi, jebakan pekerjaan dan penyakit menjadikan penderitaan waria menjadi lengkap. Kehidupan malam waria dan pekerjaan yang dijalankannya banyak disebabkan oleh alasan ekonomi. Keputusan tersebut biasanya diambil setelah mendapat perlakuan pengucilan atau penyingkiran yang tidak adil dari keluarga dan lingkungannya (Ariyanto, 2012).

Sejak tahun 1990, di Indonesia epidemi HIV/AIDS awalnya disebabkan karena penggunaan jarum suntik, namun penyebab utama epidemi ini mulai bergeser ke faktor perilaku seksual berisiko yang tidak aman (Kemenkes, 2014). Hal ini juga sesuai dengan laporan Kementrian Kesehatan bahwa hubungan seks yang tidak aman pada heteroseksual merupakan faktor risiko tertinggi terjadinya HIV sebesar 48% (Kemenkes RI, 2012). Berdasarkan estimasi dan proyeksi yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk infeksi HIV baru pada populasi dewasa (usia ≥ 15 tahun) juga mengindikasikan penularan oleh homoseksual mengalami peningkatan dibandingkan dengan berbagi jarum suntik (Kemenkes, 2014). Proyeksi ini memiliki konsistensi yang sama dengan Komisi Penanggulangan AIDS di Asia dan negara-negara yang berada di region Asia bahwa laki-laki yang berperilaku heteroseksual lebih berisiko tertular dan menularkan virus HIV ke pasangannya (Morineau *et al*, 2011).

Kelompok waria yang menganggap diri mereka adalah seorang wanita dan melakukan hubungan seksual dengan pria, sehingga masuk ke dalam kelompok yang berisiko tinggi tertular HIV disebabkan perilaku seks mereka yang bersifat heteroseksual dan tidak menggunakan kondom pada saat seks anal (Jin et al, 2013). Perilaku seksual ini memudahkan penularan HIV/AIDS karena melalui seks anal, lapisan dubur sangat tipis mudah dirusakkan saat berhubungan seks, sehingga memudahkan virus HIV masuk ke tubuh. Ada juga kemungkinan HIV dapat memasuki penis melalui luka terbuka, melalui lapisan yang lembab pada lubang penis, atau melalui sel di selaput mukosa pada kulup atau kepala penis (Yayasan Spiritia, 2013).

Menurut STBP tahun 2011, perilaku membeli seks paling banyak dilakukan oleh waria (26 %), begitu pula dengan perilaku menjual seks tertinggi dilakukan oleh waria (81%). Meskipun menurut data 78 % waria menyadari bahwa perilakunya bisa menyebabkan terjadi penularan HIV pada dirinya, tetapi mereka seringkali tidak mempunyai pilihan lain. Diketahui bahwa prevalensi HIV tertinggi terdapat pada penasun (41%), diikuti waria (22%). Sehingga dapat dilihat bahwa waria menduduki peringkat kedua, dan angkanya cukup tinggi. Mayoritas waria adalah berpendidikan rendah yaitu tidak sekolah sampai dengan SMP. Sumber pendapatan utama waria adalah menjual seks dan bekerja di salon. Pada tahun 2011, Waria yang memiliki pengetahuan komprehensif hanya 32 %, menurun dari 36 % pada tahun 2009. Sebanyak 78 % waria merasa bahwa dirinya merasa berisiko tertular. Dan hanya 60 % waria yang pernah mendapatkan informasi dari petugas kesehatan (STBP, 2011).

Tes HIV merupakan “pintu masuk” yang terpenting pada layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan. Tes dan konseling HIV (TKHIV) akan mendorong seseorang dan pasangan untuk mengambil langkah pencegahan penularan infeksi HIV (Kemenkes, 2013). Angka ini bisa lebih besar sebab masih belum terdata dan belum menjalani VCT (*voluntary counselling and testing*). Sebanyak 6 dari 18 orang waria yang diperiksa di Puskesmas Selabatu, Kota Sukabumi menunjukkan hasil rapid tes HIV dan AIDSnya reaktif (ROL, 2013). Di Situbondo terdapat data bahwa 7 orang waria dinyatakan positif mengidap HIV/AIDS (Zaini, 2014). Sebanyak 110 waria di kota Cimahi, Jawa

Barat, dinyarakan terdeteksi mengidap penyakit HIV/AIDS, dua diantaranya meninggal dunia selama tahun 2009 (Amarullah, 2010).

Meskipun layanan TKHIV/VCT di Indonesia telah meningkat dengan pesat dan pelatihan terus dilaksanakan, cakupan layanan masih perlu terus ditingkatkan di masyarakat, terutama cakupan pada populasi kunci dan populasi rentan terinfeksi HIV, diantaranya waria (Kemenkes, 2013). Oleh karena berbagai permasalahan tersebut, maka sebaiknya waria secara rutin melakukan pemeriksaan HIV/AIDS atau yang dikenal dengan VCT. Menurut data STBP tahun 2011, hanya 72 % waria yang melakukan pemeriksaan HIV. Jumlah tersebut menurun menjadi 38,05 % di tahun 2013, sehingga penulis ingin melihat apa saja yang mempengaruhi keputusan waria dalam memutuskan menjalani pemeriksaan HIV/AIDS.

1.2. Rumusan Masalah

Di negara-negara berkembang, dalam menghadapi masalah kesehatan yang berkaitan dengan tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi pada umumnya berkaitan dengan keterbatasan tenaga kesehatan, biaya, fasilitas pemeriksaan dan penunjang lainnya. Demikian juga halnya dengan masalah pengendalian HIV/AIDS, selain hal tersebut di atas di beberapa negara atau daerah, pengobatan sendiri atau pengobatan kepada dukun, toko obat, apotek dan tenaga paramedis yang tidak mempunyai ketrampilan pengobatan yang benar. Selain itu tidak dilaksanakan pelaporan dari para dokter praktek pribadi. Kelompok waria yang lebih banyak berprofesi sebagai pelacur sangat beresiko terkena HIV/AIDS sehingga diperlukan tindakan untuk mengobati ataupun mencegah terjadinya HIV/AIDS yang berkelanjutan serta tidak menjadi sumber penularan kepada orang lain. Namun pada kenyataannya seringkali para waria tersebut tidak melakukan pemeriksaan HIV/AIDS karena ketidaktahuan maupun karena kurang terbukanya identitas waria tersebut. Padahal layanan pemeriksaan HIV (VCT) merupakan bagian dalam mengurangi laju epidemi HIV/AIDS. Tes HIV merupakan “pintu masuk” yang terpenting pada layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan. Dari uraian tersebut, peneliti ingin mengetahui

bagaimana pengambilan keputusan waria dalam memutuskan pemeriksaan HIV/AIDS.

1.3 Pertanyaan penelitian

Bagaimana model keputusan waria dalam melakukan pemeriksaan HIV/AIDS di 4 kota di Indonesia (Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar)

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan umum

Diketahui model keputusan waria dalam melakukan pemeriksaan HIV/AIDS di 4 kota di Indonesia (Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar)

1.4.2. Tujuan khusus :

1. Diketuinya pengaruh langsung dan tidak langsung dari faktor predisposing terhadap keputusan pemeriksaan HIV/AIDS di 4 kota di Indonesia (Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar)
2. Diketuinya pengaruh langsung dan tidak langsung dari faktor reinforcing terhadap keputusan pemeriksaan HIV/AIDS di 4 kota di Indonesia (Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar)

1.5. Manfaat penelitian:

1. Institusi pendidikan:

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menambah informasi dan kepustakaan yang berhubungan dengan proses pengambilan keputusan waria dalam memutuskan pemeriksaan HIV/AIDS

2. Pengelola Program

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam rangka menyusun kebijakan yang berkaitan dengan pemeriksaan HIV/AIDS dan pengembangan layanan HIV/AIDS khususnya pada waria

3. Masyarakat:

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi masyarakat sebagai bahan pertimbangan dalam penerimaan waria

4. Peneliti lain

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi peneliti lain yang memiliki ketertarikan di bidang yang sama.

1.6. Ruang lingkup penelitian

Penelitian ini dalam lingkup studi kesehatan masyarakat yang bertujuan mencari informasi tentang perilaku waria dalam memutuskan pemeriksaan HIV/AIDS di 4 kota di Indonesia (Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar). Penelitian ini menggunakan desain studi crosssectional. Data-data penelitian menggunakan data sekunder dari Surveilans Terpadu Biologi tahun 2013 yang dilakukan oleh Kementrian Kesehatan RI dengan jumlah sampel yang digunakan sebanyak 431 responden. Dengan demikian generalisasi dari hasil penelitian ini hanya menggambarkan populasi waria di Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar saja.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. HIV/AIDS

2.1.1. Definisi

HIV adalah virus yang melemahkan kekebalan tubuh manusia, artinya virus ini menyerang dan menghancurkan sistem kekebalan dalam tubuh manusia. Sistem kekebalan merupakan sistem pertahanan tubuh yang alami untuk melawan segala jenis infeksi dan bakteri (Unesco, 2009). *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) adalah kumpulan gejala yang timbul akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang didapat, disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Virus ini menyerang dan merusak sel-sel limfosit T CD4⁺ sehingga kekebalan penderita rusak dan rentan terhadap berbagai infeksi (Murtiastutik, 1998). Akibat kehilangan kekebalan tubuh, penderita AIDS mudah terkena berbagai macam jenis infeksi bakteri, jamur, parasit, dan virus tertentu yang bersifat oportunistik. Selain itu penderita AIDS seringkali menderita keganasan, khususnya sarkoma Kaposi dan limfoma yang hanya menyerang otak (Budimulja, 2007).

2.1.2. Etiologi

Walaupun sudah jelas dinyatakan bahwa HIV sebagai penyebab AIDS, tetapi asal-usul virus ini masih belum diketahui dengan pasti. Mula-mula dinamakan *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAW). Virus ini ditemukan oleh ilmuwan Institute Pasteur Paris, Barre-Sinoussi, Montagnier dan kolega-koleganya pada tahun 1983, dari seorang penderita dengan gejala “lymphadenopathy syndrome”. Pada tahun 1984, Popovic, Gallo dan rekan kerjanya dari *National Institute of Health*, Amerika Serikat, menemukan virus lain yang disebut *Human T Lymphotropic Virus Type III* (HTLV-III). Kedua virus ini oleh masing-masing penemunya dianggap sebagai penyebab AIDS, karena dapat diisolasi dari penderita AIDS di Amerika, Eropa, dan Afrika Tengah. Penyelidikan lebih lanjut membuktikan bahwa kedua virus ini sama dan saat ini dinamakan HIV-1 (Murtiastutik, 1998).

Sekitar tahun 1985, ditemukan retrovirus yang berbeda dari HIV-1 pada penderita yang berasal dari Afrika Barat. Virus ini oleh penderita dari Paris disebut sebagai LAV-2 dan yang terbaru disebut HIV-2, dan juga disebutkan berhubungan dengan AIDS pada manusia. Virus HIV-2 ini kurang virulen bila dibandingkan virus HIV-1, tetapi disebutkan 70 % individu yang terinfeksi virus HIV-2 akan terinfeksi oleh virus HIV-1. Virus HIV-1 memiliki 10 sub tipe yang diberi kode A sampai J. Virus sub tipe B merupakan prevalen di Amerika Serikat dan Eropa Barat, ditemukan terutama pada pria homoseksual dan pengguna obat suntik. Sub tipe C dan E ditularkan melalui hubungan seksual. Sub tipe C, merupakan prevalen di Afrika Sub-Sahara, juga ditemukan di Amerika Utara. Sub tipe E, yang merupakan penyebab epidemi di Thailand, memiliki daya afinitas yang lebih kuat terhadap sel epitel baik saluran reproduksi pria maupun wanita (Murtiastutik, 1998).

HIV adalah retrovirus yang mampu mengkode enzim khusus, *reverse transcriptase*, yang memungkinkan DNA ditranskripsi dari RNA. Sehingga HIV dapat menggandakan gen mereka sendiri, sebagai DNA, di dalam sel inang (*hospes = host*) seperti limfosit helper CD4. DNA virus bergabung dengan gen limfosit dan hal ini adalah dasar dari infeksi kronis HIV. Penggabungan gen virus HIV pada sel inang ini merupakan rintangan berat untuk pengembangan antivirus terhadap HIV. Bervariasinya gen HIV dan kegagalan manusia (sebagai *hospes*) untuk mengeluarkan antibodi terhadap virus menyebabkan sulitnya pengembangan vaksinasi yang efektif terhadap HIV (Murtiastutik, 1998).

2.1.3. Epidemiologi

Setelah kasus dini yang ditemukan oleh Gottlieb dkk, pada musim semi tahun 1981, CDC antara 1 Juni 1981 sampai September 1982 menerima laporan sejumlah 593 kasus sarkoma Kaposi, pneumonia *Pneumocystis carinii* dan lain-lain infeksi oportunistik yang membahayakan jiwa penderitanya. Penderita pada umumnya berumur antara 15-60 tahun tanpa penyakit imunodefisiensi maupun mendapat terapi obat imunosupresi. Sejumlah 41% atau 423 penderita telah meninggal dunia. Jumlah penderita meningkat demikian cepat sehingga sampai bulan Mei 1985 diperkirakan sudah mencapai 12.000 kasus (Budimulja, 2007).

Menurut laporan pada bulan September 1985, di AS kasus penyakit ini sudah mencapai 13.000 kasus, di Eropa peningkatan kasus juga sangat cepat. Pada akhir tahun 1984 di Perancis ditemukan 3 kasus baru per minggu. Di Jerman Barat dan Inggris angka ini 2 kasus tiap minggu, sedangkan di Swiss dan Belanda tiap minggu ditemukan 1 kasus AIDS. Di beberapa negara Afrika Tengah, misalnya Zaire, Rwanda, dan Burundi penyakit ini merupakan penyakit heteroseksual. Jumlah penderita sama dengan penderita wanita (Budimulja, 2007).

Menurut perkiraan WHO jumlah kasus AIDS jauh lebih banyak. Jumlah ini sampai 31 Desember 1990 ialah 800.000 kasus dewasa dan 400.000 kasus anak. Di samping ini masih terdapat 8 – 10 juta orang yang seropositif HIV tanpa gejala klinis. Menurut perkiraan para pakar epidemiologi WHO, sebagian besar kasus seropositif WHO ini berada di benua Afrika (budimulja, 2007).

Kasus AIDS pertama kali ditemukan di Indonesia pada tahun 1987 di Bali, penderita adalah seorang wisatawan asal Belanda. Setiap tahun jumlah penderita bertambah terus. Pada tahun 1991 sudah ditemukan 47 penderita. Pada tahun 1994 meningkat menjadi 274 penderita. Angka kumulatif sampai akhir tahun 2000 sudah 1500 kasus (HIV + dan AIDS). Jika dulu penyakit ini banyak ditemukan pada pelaku heteroseksual, dan terbatas pada kelompok risiko tinggi (WTS,PTS, mucikari, pramuria bar, diskotik dan pemakai obat-obatan/narkotika), sekarang penyakit ini sudah ada di tengah-tengah masyarakat luas, di sepanjang jalan, pantai, sungai di desa-desa dan kota besar/kecil (Murtiastutik, 1998).

Di Indonesia, jumlah AIDS dan seropositif HIV sampai Agustus 1998 masing-masing 207 sampai 537 kasus. Pada waktu ini keadaan tentu sudah banyak berubah. Kasus-kasus HIV dan AIDS sudah sangat meningkat. Hal ini disebabkan oleh deteksi yang makin canggih, termasuk diagnosis laboratorik yang lebih mudah dilakukan di daerah, dan yang terpenting adanya kesadaran penderita dan para pelayanan kesehatan (Daili, 2007).

Menurut catatan hingga 31 Maret 2006, jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS di seluruh Indonesia ialah HIV 4332, AIDS 5822, semuanya 10.154. Kasus HIV/AIDS yang terbanyak di DKI Jakarta 3601, peringkat II Papua 1633, peringkat III Jawa Timur 1031. Di seluruh dunia lebih dari 40 juta orang terkena

AIDS pada tahun 2004 (Budimulja, 2007). Hasil estimasi tahun 2009, di Indonesia terdapat 186.000 orang dengan HIV positif (Kemenkes, 2011).

2.1.4. Patogenesis

Cara penularan terutama melalui darah, cairan tubuh, dan hubungan seksual. Virus HIV ditemukan dalam jumlah besar dalam cairan sperma dan darah, sedangkan dalam jumlah kecil ditemukan dalam air liur dan air mata (Budimulja, 2007). HIV mampu melakukan kopi cetak dan menjangkiti sel-sel sistem kekebalan tubuh manusia (terutama CD4 positive T-sel dan macrophages yang merupakan komponen-komponen utama sistem kekebalan sel), serta menghancurkan atau mengganggu fungsinya, sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan sistem kekebalan yang terus menerus, yang akan mengakibatkan penurunan kekebalan tubuh (defisiensi). Orang yang kekebalan tubuhnya mengalami defisiensi (immunodeficient) menjadi lebih rentan terhadap berbagai ragam infeksi. Penyakit-penyakit yang berkaitan dengan penurunan kekebalan yang parah dikenal sebagai infeksi oportunistik karena infeksi-infeksi tersebut memanfaatkan sistem kekebalan tubuh yang melemah (Kemenkes, 2011).

Menurut Murtiastutik, perjalanan infeksi virus HIV melalui beberapa tahapan, yaitu:

(1) Infeksi HIV akut

Keadaan ini disebut sebagai infeksi primer HIV atau serokonversi akut. Antara 40-90% infeksi baru HIV memberikan keluhan. Waktu dari paparan virus sampai timbulnya keluhan antara 2-4 minggu. Beberapa akan menunjukkan keluhan seperti demam pada influenza yang antara lain: demam, keluar ruam merah di kulit, arthralgia, nyeri otot, sakit kepala, nyeri telan, badan lesu dan limfadenopati. Kadang-kadang terdapat sindroma neurologi akut yang biasanya sembuh sendiri. Gejala-gejalanya seperti meningitis aseptis, neuropati perifer, ensefalitis, dan mielitis. Keluhan yang berat merupakan petanda buruk untuk penyakit pada masa selanjutnya. Pada masa ini, diagnosis jarang dapat ditegakkan.

(2) Infeksi seropositif HIV asimtomatis

Pada orang dewasa terdapat periode laten infeksi HIV yang bervariasi dan lama untuk timbulnya penyakit yang terkait HIV dan AIDS. Seseorang yang terinfeksi HIV bisa tidak mengalami keluhan apa pun selama 10 tahun atau lebih. Pada anak-anak, masa infeksi asimtomatis ini lebih pendek daripada orang dewasa. Beberapa bayi menjadi sakit dalam beberapa minggu pertama. Kebanyakan anak-anak menjadi sakit sebelum usia 2 tahun. Sebagian kecil bisa tetap sehat untuk beberapa tahun kemudian. Pada masa ini, meskipun penderita tidak tampak keluhan apa-apa, tetapi bila diperiksa darahnya akan menunjukkan seropositif. Hal ini akan sangat berbahaya dan berpotensi tinggi menularkan infeksi HIV pada orang lain.

(3) *Persisten Generalized Lymphadenopathy* / PGL

Pada masa ini ditemukan pembesaran limfonodi yang meliputi sedikitnya dua tempat selain limfonodi inguinal dan tidak ada penyakit lain atau pengobatan yang menyebabkan pembesaran limfonodi. Pada saat ini, jaringan limfe berfungsi sebagai tempat penampungan utama HIV. PGL terjadi pada sekitar sepertiga orang yang terinfeksi HIV tanpa gejala. Pembesaran limfonodi menetap, menyeluruh, simetri dan tidak nyeri tekan. Pada kondisi ini, hasil biopsi pembesaran limfonodi akan memberikan gambaran hiperplasia reaktif yang tidak spesifik. Bila pada pembesaran limfonodi terdapat gejala konstitusional, nyeri tekan, asimetri, mendadak, dan adanya limfadenopati menyeluruh/generalisata, maka perlu pemeriksaan biopsi untuk mengetahui penyebab lainnya.

(4) Gejala-gejala yang berkaitan dengan HIV/AIDS

Hampir semua orang yang terinfeksi HIV, jika tidak diterapi akan berkembang menimbulkan gejala yang berkaitan dengan HIV dan AIDS. Progresivitas infeksi HIV ini tergantung pada karakteristik virus dan hospes. Pada fase ini terbagi menjadi 4 sub-grup, yaitu sebagai berikut:

1. Gejala konstitusi

Kelompok ini sering disebut sebagai *AIDS related complex*. Gejala tersebut berupa:

- a. Demam terus-menerus lebih dari 37°C
- b. Kehilangan berat badan 10 % atau lebih
- c. Radang kelenjar getah bening yang meliputi 2 atau lebih kelenjar getah bening di luar daerah inguinal
- d. Diare yang tidak dapat dijelaskan sebabnya
- e. Berkeringat banyak pada malam hari yang terus menerus

2. Gejala neurologis

Stadium ini memberikan gejala neurologis yang beraneka ragam seperti kelemahan otot, kesulitan berbicara, gangguan keseimbangan, disorientasi, halusinasi, mudah lupa, psikosis, dan dapat sampai koma (gejala radang otak)

3. Gejala infeksi

Infeksi oportunistik merupakan kondisi dimana daya tahan tubuh penderita sudah sangat lemah sehingga tidak ada kemampuan melawan infeksi sama sekali bahkan terhadap patogen yang normal yang ada di tubuh manusia. Infeksi yang sering ditemukan antara lain:

- a. *Pneumocystic carinii pneumonia* (PCP)
- b. Tuberkulosis
- c. Toksoplasmosis
- d. Infeksi Mukokutan (Herpes simpleks, Herpes zooster, Kandidiasis)

4. Gejala tumor

Tumor yang sering menyertai penderita AIDS adalah sarkoma Kaposi dan limfoma maligna non-Hodkin. Penderita AIDS dengan limfoma maligna memiliki prognosis paling buruk.

2.1.5. Gejala Klinis dan Kriteria Diagnosis

Menurut Budimulja, pembagian tingkat klinis penyakit infeksi HIV dibagi sebagai berikut:

(1)Tingkat klinis 1 (asimptomatik/ Limfadenopati Generalisata Persisten (LGP))

1. Tanpa gejala sama sekali
2. LGP

Pada tingkat ini, penderita belum mengalami kelainan dan dapat melakukan aktivitas normal

(2)Tingkat klinis 2 (dini)

1. Penurunan berat badan kurang dari 10 %
2. Kelainan mulut dan kulit yang ringan, misalnya dermatitis seboroik, prurigo, onikomikosis, ulkus pada mulut yang berulang dan keilitis angularis.
3. Herpes zooster yang timbul pada 5 tahun terakhir
4. Infeksi saluran nafas bagian atas berulang, misalnya sinusitis.

Pada tingkat ini, penderita sudah menunjukkan gejala, tetapi aktivitas tetap normal.

(3)Tingkat klinis 3 (menengah)

1. Penurunan berat badan lebih dari 10%
2. Diare kronik lebih dari 1 bulan, tanpa diketahui sebabnya
3. Demam yang tidak diketahui sebabnya selama lebih dari 1 bulan, hilang timbul maupun terus menerus
4. Kandidosis mulut
5. Bercak putih berambut di mulut (Hairy leukoplakia)
6. Tuberkulosis paru setahun terakhir
7. Infeksi bakterial berat, misalnya pneumonia

(4) Tingkat klinis 4 (lanjut)

1. Badan menjadi kurus *HIV wasting syndroma*, yaitu berat badan turun lebih dari 10% dan diare kronik tanpa diketahui sebabnya selama lebih dari 1 bulan atau kelemahan kronik dan demam tanpa diketahui sebabnya lebih dari 1 bulan.
2. Pneumonia *Pneumocystis carinii*
3. Toksoplasmosis otak
4. Kriptokosis dengan diare lebih dari 1 bulan
5. Kriptokokosis di luar paru
6. Infeksi sitomegalovirus pada organ tubuh kecuali di limpa, hati atau kelenjar getah bening
7. Infeksi virus herpes simpleks di mukokutan lebih dari 1 bulan atau di alat dalam (viseral) lamanya tidak dibatasi.
8. Mikosis apa saja (misalnya histoplasmosis, koksidiomikosis) yang endemik, menyerang banyak organ tubuh (diseminata).
9. Kandidosis esofagus, trakea, bronkus, atau paru
10. Mikobakteriosis atipik diseminata
11. Septikemia salmonella non tifoid
12. Tuberkulosis di luar paru
13. Limfoma
14. Sarkoma Kaposi
15. Ensefalopati HIV, sesuai kriteria CDC, yaitu gangguan kognitif atau disfungsi motorik yang mengganggu aktivitas sehari-hari, progresif sesudah beberapa minggu atau bulan, tanpa dapat ditemukan penyebab lain kecuali HIV.

2.1.6. Pengobatan

Bila dahulu pengobatan HIV/AIDS sangat tidak memberikan banyak harapan, pada waktu sekarang sudah dapat memberikan harapan khususnya pada penderita HIV dan awal tingkat klinis AIDS. Semua infeksi oportunistik pada penderita AIDS umumnya diobati terutama bila dimulai sedini mungkin.

Di RSCM Jakarta, pengobatan HIV/AIDS dilakukan oleh Pokdisus RSCM. Obat yang digunakan ialah kombinasi 3 obat aniretroviral, yakni: Zidovudin, Lamivudin, dan Nevirapin (Budimulja, 2007).

2.1.7. Pencegahan

Menurut Budimulja (2007), berbagai cara yang dapat ditempuh untuk mengurangi penularan penyakit HIV/AIDS adalah:

1. Kontak seksual harus dihindari dengan orang yang diketahui menderita AIDS dan orang yang sering menggunakan obat bius secara intravena
2. Mitra seksual multipel atau hubungan seksual dengan orang yang mempunyai banyak teman kencan seksual, memberikan kemungkinan lebih besar mendapat AIDS.
3. Cara hubungan seksual yang dapat merusak selaput lendir rektal, dapat memperbesar kemungkinan mendapatkan AIDS. Sanggama anal pasif yang pernah dilaporkan pada beberapa penelitian menunjukkan korelasi tersebut. Walaupun belum terbukti, kondim dianggap salah satu untuk menghindari penyakit kelamin, cara ini masih merupakan anjuran.
4. Kasus AIDS pada orang yang menggunakan obat bius intravena dapat dikurangi dengan cara memberantas kebiasaan buruk tersebut dan melarang penggunaan jarum suntik bersama
5. Semua orang yang tergolong berisiko tinggi AIDS seharusnya tidak menjadi donor. Di AS soal ini sudah dipecahkan dengan adanya penentuan zat anti-AIDS dalam darah melalui cara *Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay* (ELISA) di RSCM Divisi Hematologi Departemen Penyakit Dalam, uji ini sudah dapat dikerjakan.
6. Para dokter harus ketat mengenai indikasi medis transfusi darah autolog yang dilanjutkan untuk dipakai

Menurut Kemenkes (2011), program penanggulangan AIDS di Indonesia mempunyai 4 pilar, yang semuanya menuju pada paradigma *Zero New Infection*, *Zero AIDS related death* dan *Zero Discrimination*. Empat pilar tersebut adalah:

1. Pencegahan (*prevention*); yang meliputi pencegahan penularan HIV melalui transmisi seksual dan alat suntik, pencegahan di lembaga pemasyarakatan dan

rumah tahanan, pencegahan HIV dari ibu ke bayi (*Prevention Mother to Child Transmission*, PMTCT), pencegahan di kalangan pelanggan penaja seks, dan lain-lain

2. Perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP); yang meliputi penguatan dan pengembangan layanan kesehatan, pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik, pengobatan antiretroviral dan dukungan serta pendidikan dan pelatihan bagi ODHA. Program PDP terutama ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan rawat inap, angka kematian yang berhubungan dengan AIDS, dan meningkatkan kualitas hidup orang terinfeksi HIV (berbagai stadium). Pencapaian tujuan tersebut dapat dilakukan antara lain dengan pemberian terapi antiretroviral (ARV).
3. Mitigasi dampak berupa dukungan psikososioekonomi
4. Penciptaan lingkungan yang kondusif (*creating enabling environment*) yang meliputi program peningkatan lingkungan yang kondusif adalah dengan penguatan kelembagaan dan manajemen, manajemen program serta penyelarasan kebijakan dan lain-lain

2.1.8. Dampak Sosial

Pencegahan HIV harus menjadi prioritas utama dalam kerangka respons nasional terhadap HIV/AIDS, di satu sisi dampak yang kompleks dari penyebaran virus HIV/AIDS, di satu sisi dampak yang kompleks dari penyebaran virus HIV di masyarakat harus dapat dimengerti dan ditindaklanjuti. Salah satu konsekuensi terburuk dari HIV/AIDS adalah stigma dan diskriminasi yang dihadapi para penderita atau mereka yang dinyatakan terinfeksi. Stigma dan diskriminasi ini bukan hanya berbahaya bagi pada penderita HIV/AIDS, tetapi juga memicu epidemi virus tersebut. Karena orang takut akan reaksi orang lain jika diketahui mengidao virus HIV, maka mereka tidak mau melakukan tes dan tidak mau mempelajari kondisi tubuhnya. Mereka kemungkinan terinfeksi dan tanpa sadar menularkan HIV kepada orang lain (Kemendiknas, 2009).

Diskriminasi terhadap hal tersebut, mengakibatkan penderita yang telah sadar dengan kondisinya akan merahasiakan keadaannya, menarik diri dan terisolasi. Hal ini dapat menurunkan harga dirinya dan berakibat buruk terhadap

kesehatannya. Stigmatisasi diri atau perasaan malu yang dialaminya dapat menyebabkan penderita menjadi depresi, menyediri atau melakukan bunuh diri. Dalam kasus yang lebih ekstrim, beberapa penderita bahkan dibunuh oleh masyarakat sekelilingnya. Orang cenderung takut kepada hal yang belum diketahuinya. Stigma ini juga hasil dari ketakutan yang tidak masuk akal tentang HIV. Oleh karena itu pendidikan tentang HIV dan AIDS dapat membantu mengurangi stigma tersebut (Kemendiknas, 2009).

Riset tentang diskriminasi berkaitan dengan HIV/AIDS di Asia yang dilakukan oleh Jejaring Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) se-Asia Pasifik menembukan bahwa penyebab utama diskriminasi terletak di sektor pelayanan kesehatan, di mana pengobatan ditolak, kerahasiaan dilanggar serta penundaan pelayanan kesehatan. Dalam keluarga dan masyarakat ditemukan bahwa penderita wanita secara signifikan lebih menderita akibat diskriminasi daripada pria. Mereka sering menjadi obyek emooohan, pelecehan, kekerasan fisik dan beberapa diantaranya dipaksa untuk pindah tempat tinggal (Kemendiknas, 2009).

2.1.9. Prognosis

Sepuluh tahun setelah HIV 50 % penderita mengalami AIDS, prognosis AIDS buruk karena HIV menginfeksi sistem imun terutama sel CD4 dan akan menimbulkan destruksi sel tersebut, akibatnya banyak sekali penyakit yang dapat menyertainya. Di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta hasil penelitian pada tahun 2005, kematian berjumlah 34 % pada tahun I.

2.2. Waria

2.2.1. Tinjauan Waria

Transgender adalah seseorang yang mempunyai ekspresi gender yang berbeda dari yang bagaimana seharusnya menurut masyarakat. Untuk mencapai ekspresi gender tersebut, transgender dapat dibantu dengan operasi, hormon ataupun tidak dibantu sama sekali. Ciri khas seorang transgender tidak seragam, bahkan tidak ada batasnya, apa saja bisa (Luciana, 2010). Dengan kata lain, transgender seseorang yang penampilan gendernya berbeda dengan apa yang dianggap masyarakat normal/seharusnya. Transgender adalah gabungan dari berbagai istilah *crossdresser*, *she-male*, *lady-boy*, *transvestite*, *transexual*, *intersex*, dll. *Transsexual* adalah seorang yang merasa terdorong untuk menjadi seseorang dengan kelamin berlawanan. Namun dia bisa saja memilih atau tidak untuk menjalankan operasi penyesuaian alat kelamin. Pada umumnya, transgender dan transeksual menjalankan satu proses transisi atau '*transitioning*', yaitu merubah penampilannya mengarah ke gender yang lain.

Segala keragaman istilah mencerminkan keragaman cara '*transitioning*', seperti mulai dari hanya menggunakan make-up, berpakaian, menggunakan obat hormonal, operasi payudara, sampai operasi penyesuaian kelamin (*sex, reassignment surgery*); tidak semua transgender melakukan semuanya. Namun langkah *transitioning* ini yang kerap kali menimbulkan reaksi keras dari orang-orang di sekitarnya. Sehingga patut kita menelaah dimana sebenarnya hak-hak seorang waria (Ariyanto, 2012).

Jika kita membandingkan kelompok LGBT dengan kelompok heteroseksual, kita sebenarnya mengacu kepada fenomena orientasi seksual dan/atau identitas gender (SOGI) seseorang. Orientasi seksual dipahami sebagai kemampuan seseorang untuk merasa tertarik secara emosional, mental dan fisik kepada sesama jenis dan/atau lawan jenisnya. Dalam hal ini kita terbiasa membedakan antara heteroseksual, biseksual dan homoseksual, seperti gay dan lesbian (Ariyanto, 2012).

Homoseksual dan lesbian, suatu orientasi seksual seseorang yang seharusnya hak-haknya dihormati dan dilindungi, sementara pelacuran adalah suatu bentuk profesi atau pekerjaan yang terpaksa dilakukan karena pemerintah

gagal menyediakan lapangan pekerjaan untuk memenuhi hak atas pekerjaan bagi orang-orang yang membutuhkannya. Pembuatan kebijakan dan peraturan yang masih diskriminatif terhadap kelompok minoritas, dalam hal ini waria, juga dibekali pandangan dan stigma yang dominan di tengah-tengah masyarakat yang sangat berpengaruh efeknya atas perlakuan yang setara bagi setiap orang. Waria (wanita pria) dikatakan tidak normal, sampah masyarakat dan bahkan kelompok ini selalu dikatakan sebagai kelompok pendosa. Sikap seperti inilah yang mengakibatkan kelompok waria menjadi sasaran cemoohan sehingga tidak pantas disejajarkan dengan kelompok masyarakat lainnya (Ariyanto, 2012).

Di sisi lain, identitas gender diartikan sebagai sesuatu yang mengarah kepada pengalaman pribadi dan internal yang sangat mendalam dirasakan oleh setiap orang tentang gendernya yang dapat saja atau tidak sesuai dengan jenis kelamin yang ditetapkan saat kelahiran, termasuk perasaan pribadi terhadap tubuh (yang mungkin melibatkan – jika dipilih dengan bebas – perubahan penampakan fisik atau fungsi secara medis atau cara lain), secara ekspresi lain gender termasuk cara berpakaian, cara bertutur-kata dan lagak-lagu (Ariyanto, 2012).

2.2.2. Hak-hak waria

Definisi biner dari seks dan gender yang masih berlaku hingga sekarang adalah eksklusionis. Manusia yang tidak sesuai dengan definisi biner ini akan didiskriminasi dengan alasan moral, sosial, kultural dan keyakinan dan praktek keagamaan. Tidak ada kaitan mutlak yang dibutuhkan antara anatomi tubuh, jenis kelamin, identitas gender, ekspresi gender dan sebagainya. Studi yang dilakukan terhadap para transgender yang cenderung menunjukkan bahwa adanya dua “gender” yang dilintasi oleh para transgender, namun paradigma tersebut terlalu disederhanakan. Dengan begitu, pendekatan jenis kelamin lewat kacamata biner menyebabkan kita mengabaikan adanya fakta spektrum variasi jenis kelamin manusia. Sementara ada kecenderungan masyarakat untuk menerima para transgender sebagai opsi jenis kelamin ketiga, ada pula perkembangan di antara kaum interseks untuk menerima istilah yang digunakan untuk identitas mereka (Luciana, 2010).

Wacana hak-hak sebagai manusia tampaknya sudah diterima sebagai bagian dari pikiran bangsa Indonesia. Negara Republik Indonesia telah menjadi salah satu dari negara-negara peserta karena sudah menandatangani dan meratifikasi semua perjanjian internasional hak-hak manusia (*international bill of human rights*) yang utama sebagai bagian dan kebijakan nasionalnya. Indonesia terikat secara hukum dan kebijakan dalam menunaikan kewajiban untuk menghormati, melindungi dan memenuhi hak-hak manusia. Satu kewajiban tambahan adalah mempromosikan hak-hak manusia supaya dapat diketahui umum (Ariyanto, 2012).

Selain itu, UUD 1945 juga sudah mencantumkan dalam pasal 28 yang lebih rinci untuk menghormati hak-hak manusia sejak pertama kali dilakukan amandemen pada 1999. UU lainnya adalah UU no. 39/1999 tentang Hak Asasi Manusia. Bahkan RI berusaha mengakomodasi kebutuhan keadilan bagi korban yang menderita karena suatu kejahatan serius – kejahatan terhadap kemanusiaan dan genosida – melalui UU No. 26/2000 tentang Pengadilan Hak Asasi Manusia (Ariyanto, 2012).

Menurut Louise Arbour, mantan Komisioner PBB untuk Hak Asasi Manusia, “Baik hukum nasional maupun kelaziman adat tidak membenarkan pelecehan, penyerangan, penyiksaan apalagi pembunuhan terhadap para gay, lesbian, biseksual dan transgender hanya karena anggapan terhadap mereka atau siapa mereka. Karena adanya stigma yang melekat pada isu orientasi seksual dan identitas gender, kekerasan terhadap para LGBT jarang sekali dilaporkan, tidak didokumentasikan, dengan sendirinya tidak diadili. Sangat jarang isu itu menimbulkan debat dan kemarahan publik. Kebisuan yang memalukan ini disebabkan karena adanya penolakan terhadap prinsip-prinsip dasar dari keuniversalan hak asasi”

Populasi Indonesia sebagian besar adalah pemeluk agama Islam, Katholik dan Kristen. Pada umumnya ajaran agama-agama ini ditafsirkan secara konservatif sehingga tidak setuju homoseksualitas dan mempengaruhi pandangan masyarakat secara keseluruhan dengan cara yang negatif, meskipun ada sejumlah individu religius yang lebih progresif dan bersikap menerima. Tercatat ada berbagai perbedaan dalam pengembangan komunitas dan kegiatan LGBT di

tingkat daerah, dengan tantangan lebih besar dihadapi di provinsi-provinsi yang konservatif karena dominasi ajaran Islam dan Kristen. Kegiatan pengorganisasian juga lebih mudah di kota besar dan menghadapi tantangan lebih besar di daerah yang penduduknya jarang, sehingga timbul kesulitan dalam hal komunikasi dan transportasi. Khusus di provinsi Aceh, kegiatan pengorganisasian LGBT menghadapi tantangan besar karena hak khusus provinsi tersebut untuk menetapkan hukum berdasarkan Syariah, sehingga menimbulkan kesulitan secara umum dalam mengangkat permasalahan LGBT dan besar kemungkinan pemberlakuan Perda setempat yang bersifat anti-LGBT. Sebagai catatan akhir sehubungan dengan hak-hak LGBT di Indonesia adalah pandangan masyarakat Indonesia terhadap hukum dan penegakannya sebagai hal yang sarat korupsi. Konteks ini secara luas berdampak negatif pada upaya pengembangan hak-hak LGBT di Indonesia, karena para aktivis dan individu bisa jadi merasa tidak yakin bahwa peraturan undang-undang dan kebijakan mampu melindungi mereka. Di samping itu mereka juga enggan mengupayakan melalui jalur hukum dan lembaga peradilan atau melakukan advokasi untuk memperjuangkan perubahan di bidang ini, karena adanya faktor persepsi korupsi ataupun korupsi nyata yang mereka hadapi (USAID, 2013).

2.2.3. Diskriminasi pada waria

Orang dengan transgender menghadapi tingginya stigma dan diskriminasi dengan melakukan ekspresi gender yang berbeda dari jenis kelamin yang mereka dapatkan ketika lahir. Kerentanan mereka adalah semakin diperparah dengan kurangnya akses terhadap informasi, layanan dan peluang ekonomi. Akibatnya, orang-orang transgender sering mengandalkan kerja seks sebagai sumber pendapatan untuk kelangsungan hidup mereka. (USAID, 2012). Diskriminasi memaksa banyak waria menjadi pekerja seks, yang memicu kenaikan kasus HIV dari enam menjadi 34 persen antara 1997 dan 2007 di kalangan waria di Jakarta, demikian data Kementerian Kesehatan (Afp, 2013). Perilaku hubungan seksual yang berisiko tinggi pada kelompok waria merupakan portal transmisi berbagai penyakit kelamin. Waria rentan terhadap penyebaran HIV/AIDS dan berisiko tinggi dikarenakan mobilitas kaum tersebut tergolong tinggi. Waria sering

berpindah-pindah dari satu kota ke kota lain untuk memenuhi kebutuhan hidupnya (Sumariyah dkk, 2011).

Pada tanggal 26 – 29 Juli 2006 diadakan sebuah konferensi International tentang Hak-hak Manusia Lesbian, Gay, Bisexual, and Transeksual (LGBT) di Montreal, Kanada. Konferensi ini diakhiri dengan pembacaan Deklarasi Montreal oleh Martina Navrativola. Dalam deklarasi montreal tersebut tercantum rekomendasi agar semua negara dan PBB mengakui dan mempromosikan tanggal 17 Mei setiap tahunnya untuk dijadikan sebagai Hari International Melawan Homofobia dan Transfobia yang juga dikenal sebagai IDAHO. Tanggal 17 Mei dipilih karena pada hari yang sama di tahun 1980, WHO mencabut homoseksualitas dari daftar penyakit mental. Namun sampai saat ini, ada sekitar 80 negara yang mengkriminalisasi homoseksualitas dan mengutuk perilaku seks sejenis dengan persetujuan dengan hukuman penjara. Bahkan 9 dari 80 negara tersebut memberikan sanksi hukuman mati (Ariyanto, 2012).

Sikap sosial budaya terhadap beragam orientasi seksual dan identitas gender mencerminkan kontras antara mereka yang bersikap progresif dan bersedia menerima dengan populasi jauh lebih besar yang biasanya tidak memiliki pengetahuan tentang masalah-masalah tersebut. Orang transgender mempunyai visibilitas yang lebih besar. Sebagian besar masyarakat tidak mengenal orang LGBT yang membuka diri. Orang dengan orientasi seksual atau identitas gender yang beragam mungkin mendapatkan sekedar toleransi dari pada penerimaan, meskipun hal ini hampir mustahil dapat diharapkan dari anggota keluarga (UNDP & USAID, 2013).

Diskriminasi dan intoleransi, jebakan pekerjaan dan penyakit menjadikan penderita waria menjadi lengkap. Kehidupan malam waria dan pekerjaan yang dijalankannya banyak disebabkan oleh alasan ekonomi. Keputusan tersebut biasanya diambil setelah mendapat perlakuan pengucilan atau penyingkiran yang tidak adil dari keluarga dan lingkungannya. Apabila diamati, stigma dan pandangan stereotip sebagai bagian dari persoalan diskriminasi dan intoleransi yang berkembang di masyarakat terhadap kelompok waria, awalnya disebabkan oleh konstruksi sosial berbasis gender yang tidak mengakui keberagaman. Kemudian, kegagalan atau ketidakmampuan negara untuk menghormati dan

melindungi keberagaman orientasi seksual tanpa diskriminasi, serta ketidakmampuan pemerintah untuk memenuhi hak atas pekerjaan di sektor formal (Ariyanto, 2012).

Kurangnya ruang publik karena tidak ada perlindungan hukum, kriminalisasi terhadap hubungan seksual yang “tidak wajar”, meluasnya homofobia dan transfobia di kalangan golongan heteroseksis, menjadikan masyarakat yang homoseksual, biseksual, transgender atau interseks untuk hidup bersembunyi-sembunyi. Sebuah kehidupan yang sering diwarnai oleh rasa malu dan diasingkan. Keterpaksaan untuk hidup dalam pricasi serta ketersembunyian seperti ini merupakan masalah paling besar bagi hak-hak SOGI (Orientasi Seksual dan Identitas Seksual/ Gender) dan mereka yang membela hak ini (Kirven, et all, 2010).

Profesi informal yang dipilih sebagai PSK merupakan pilihan profesi yang terpaksa harus mereka ambil. Dari semua waria yang mencari penghidupan informal di jalan sebagai PSK, banyak diantara mereka yang pernah mengenyam pendidikan formal sampai di tingkat SMU. Bahkan, ada beberapa dari mereka yang telah mengenyam pendidikan S-1 dan S-2. Mereka mempunyai potensi yang sama sebagaimana kelompok masyarakat lainnya. Namun hal yang biasa terjadi ketika mereka melamar pekerjaan di suatu instansi, baik di sektor pemerintahan maupun swasta, orientasi seksual mereka sebagai waria selalu dipermasalahkan. Dalam beberapa kasus, bahkan pihak perusahaan dengan tegas menolak mereka karena orientasi seksual berbeda itu. Padahal mereka telah memenuhi semua persyaratan yang dikehendaki oleh pihak perusahaan (Ariyanto, 2012).

Penderitaan setiap orang karena pelanggaran atau pengingkaran hak-hak manusia – apapun kategorinya, seharusnya mendapatkan perhatian, solidaritas dan penanganan. Terlebih lagi karena waria termasuk kelompok yang rentan, sudah seharusnya pemerintah mengambil langkah-langkah yang bersifat afirmatif untuk membantu mereka keluar dari pengucilan, sempitnya kesempatan dan pelecehan atau perlakuan tidak manusiawi. Semua ini diharapkan supaya watak diskriminatif dalam konstruksi sosial yang dominan, yang terus menerus menempatkan waria sebagai kasta yang paling hina dalam masyarakat kita akan hilang (Ariyanto, 2012).

2.3. Teori Perilaku (Teori *Precede-Proceed* Model dari *Lawrence Green*) (Green, 2005)

Dari aspek biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari segi biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007).

Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau *Stimulus Organisme Respons*. Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku.

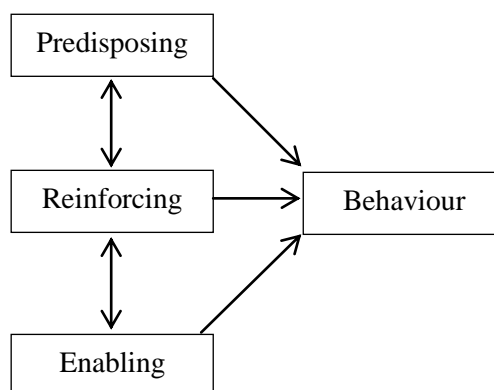
Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultan dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Secara garis besar, perilaku manusia dapat dilihat dari 3 aspek, yakni aspek fisik, psikis, dan sosial. Akan tetapi, dari ketiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terinci, perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala

kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap, dan sebagainya.

Perilaku adalah tanggapan seseorang terhadap segala sesuatu yang berbeda di sekitarnya. Perilaku juga dapat dirumuskan sebagai respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus, oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut meresponnya. Berdasarkan stimulus tersebut, perilaku dibedakan menjadi 2 bagian yaitu perilaku terbuka dan tertutup. Perilaku tertutup dalam bentuk pengetahuan, persepsi dan sikap. Sedangkan perilaku terbuka dalam bentuk tindakan nyata (Notoatmodjo, 2007).

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori reason action behavior (1980), teori Shehandu B. Kar (1983), WHO (1984), teori Precceed-Proceed dari Lawrence Green (2005), dan teori Health Belief Model. Pada penelitian ini menggunakan teori Precceed Proceed dari Lawrence Green.

Proses dari *The Precede-Proceed Model* seperti memecahkan misteri yang membutuhkan kombinasi induktif logika deduktif, dimulai dengan visi dari tujuan yang diinginkan dan bekerja kembali untuk menemukan kekuatan yang mempengaruhi pencapaian visi tersebut.



Gambar 2.1. Teori *Precede-Proceed* dari Lawrence Green

Gambar 2.1. menunjukkan Gambaran umum dari *Precede-Proceed Model*. Ada 3 kategori faktor yang dapat mempengaruhi perilaku individu atau kelompok yaitu Predisposing, Reinforcing, dan Enabling.

2.3.1. Faktor predisposing

Faktor predisposing meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai dan persepsi mengenai kebutuhan dan kemampuan hubungannya dengan motivasi seseorang individu atau kelompok untuk bertindak.

Peningkatan pengetahuan belum tentu menyebabkan perubahan perilaku atau organisasi, tetapi diketahui adanya hubungan yang positif dengan perubahan pada perilaku dan variabel organisasi. Pandangan yang sesuai adalah adanya suatu keseimbangan: pengetahuan diperlukan tetapi tidak selalu menjadi faktor yang memadai dalam mengubah perilaku individu atau kelompok. Perubahan kesadaran dan pengetahuan seperti perubahan sebuah sistem yang kompleks dari faktor predisposing, selalu membawa perubahan pada area lainnya karena keinginan manusia terhadap konsistensi. Mucchielli menjelaskan sikap sebagai tekanan dari pikiran atau perasaan yang tetap terhadap kategori objek, orang atau situasi tertentu. Sedangkan Kirscht memandang sikap sebagai kumpulan kepercayaan yang selalu memasukkan aspek evaluasi artinya sikap selalu dapat diukur dalam range positif atau negatif.

Kepercayaan adalah keyakinan bahwa suatu fenomena atau objek benar atau nyata. Budaya, pandangan antargenerasi dalam hal konsekuensi merefleksikan nilai yang dipegang seseorang. Nilai adalah dasar seseorang melakukan pembenaran tindakan seseorang dalam hal moral dan etika. Nilai-nilai mendukung benar dan salah, dimensi baik dan buruk dari sudut pandang seseorang terhadap perilaku tertentu. Hubungan antara perilaku dan konstruk seperti sikap, kepercayaan dan nilai, walaupun tidak dipahami secara lengkap namun memberikan bukti yang cukup untuk hubungan keduanya.

2.3.2. Faktor reinforcing

Faktor reinforcing adalah konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah perilaku menerima umpan balik positif atau negatif dan didukung oleh masyarakat, seperti dukungan sosial, pengaruh teman sebaya, nasehat serta umpan balik dari petugas kesehatan, dan konsekuensi fisik dari perilaku yang dapat dipisahkan dari konteks sosial (misalkan, perasaan sehat atau nyeri karena latihan fisik). Keuntungan sosial, keuntungan fisik, keuntungan yang dapat dilihat (keuntungan ekonomi, atau pengurangan biaya) dan keuntungan yang tidak dapat dilihat (meningkatkan penampilan, penghormatan diri, hubungan dengan seorang yang menunjukkan perilaku tersebut) semuanya adalah faktor reinforcing. Faktor reinforcing juga termasuk konsekuensi yang merugikan atau hukuman yang menggiring kepada hilangnya perilaku positif. Negative reinforcement adalah keuntungan perilaku dengan menghilangkan sesuatu yang tidak diinginkan. Contohnya pada individu, menghilangkan rasa nyeri yang mendorong penggunaan obat, peningkatan tekanan darah sebagai akibat merokok atau menahan emosi yang berdampak menahan makan. Masyarakat atau dukungan sosial dapat menguatkan tindakan seseorang untuk ikut serta dalam kelompok advokasi yang mencari pengaruh dari perubahan yang ada.

2.3.3. Faktor enabling

Faktor enabling termasuk ketrampilan baru yang diperlukan seseorang, organisasi atau masyarakat untuk menghasilkan perubahan perilaku atau lingkungan serta mengandung sumber daya. Ketrampilan baru diperlukan untuk menunjukkan perilaku kesehatan dan perilaku organisasi yang memerlukan modifikasi lingkungan. Sumber daya termasuk organisasi dan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, petugas, sekolah, klinik atau sumber daya lainnya. Kondisi lingkungan dapat mempengaruhi faktor risiko perilaku untuk penyakit, baik menyehatkan maupun merugikan. Contoh faktor enabling lingkungan yang bisa melawan pengaruh merugikan adalah ketersediaan dan rendahnya biaya dari program berhenti merokok, fasilitas olahraga, makanan sehat dan kekuatan hukum untuk melarang penjualan alkohol kepada remaja, atau selama waktu pertandingan olahraga.

Ketrampilan yang dimaksud disini adalah kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas yang dapat meningkatkan kesehatan yang berhubungan dengan perilaku, seperti: ketrampilan untuk promosi kesehatan, ketrampilan menggunakan pelayanan kesehatan yang sesuai dan ketrampilan mengubah lingkungan. Sumber daya pelayanan kesehatan seperti klinik, rumah sakit, unit gawat darurat, penyedia pelayanan kesehatan, kelas perawatan sendiri. Dan fasilitas program atau petugas lainnya. Biaya, jarak, ketersediaan transportasi, jam buka, juga merupakan faktor enabling yang mempengaruhi ketersediaan dan akses pelayanan kesehatan. Contoh faktor enabling lingkungan yang bisa melawan pengaruh yang merugikan adalah ketersediaan dan rendahnya biaya dari program berhenti merokok, fasilitas olahraga, makanan sehat, dan kekuatan hukum untuk melarang penjualan alkohol kepada remaja, atau selama waktu pertandingan olahraga.

2.4. Pemeriksaan HIV/AIDS

2.4.1. Kegiatan layanan HIV di Fasilitas Layanan Kesehatan

Layanan terkait HIV meliputi upaya dalam menemukan pasien HIV secara dini dengan melakukan tes dan konseling HIV pada pasien yang datang ke fasyankes, perawatan kronis bagi odha dan dukungan lain dengan sistem rujukan ke berbagai fasilitas layanan lain yang dibutuhkan ODHA. Layanan perlu dilakukan secara terintegrasi, paripurna, dan berkesinambungan. Infeksi HIV merupakan infeksi kronis dengan berbagai macam infeksi oportunistik yang memiliki dampak sosial terkait stigma dan diskriminasi serta melibatkan berbagai unsur dengan pendekatan tim (Kemenkes, 2011).

Konseling dan Tes HIV atas inisiasi pemberi layanan kesehatan dan konseling (KTIP) adalah Tes HIV yang dianjurkan atau ditawarkan oleh petugas kesehatan kepada pasien pengguna layanan kesehatan sebagai komponen pelayanan standar layanan kesehatan di fasilitas tersebut. Tujuan umum dari KTIP adalah untuk melakukan diagnosis HIV secara lebih dini dan memfasilitasi pasien untuk mendapatkan pengobatan HIV serta untuk memfasilitasi pengambilan keputusan klinis atau medis terkait pengobatan Antiretroviral (ARV), yang

dibutuhkan dimana hal tersebut tidak mungkin diambil tanpa mengetahui status HIV nya (Kemenkes, 2014)

Berdasarkan kemenkes (2011), setiap daerah diharapkan menyediakan semua komponen layanan HIV yang terdiri dari:

1. *Informed consent* untuk tes HIV seperti tindakan medis lainnya.
2. Mencatat semua kegiatan layanan dalam formulir yang sudah ditentukan
3. Anamnesis dan pemeriksaan fisik lengkap oleh dokter
4. Skrining TB dan infeksi oportunistik
5. Konseling bagi odha perempuan usia subur tentang KB dan kesehatan reproduksi termasuk rencana untuk mempunyai anak
6. Pemberian obat kotrimoksazol sebagai pengobatan pencegahan infeksi oportunistik
7. Pemberian ARV untuk odha yang telah memenuhi syarat
8. Pemberian ARV profilaksis pada bayi segera setelah dilahirkan oleh ibu hamil dengan HIV
9. Pemberian imunisasi dan pengobatan pencegahan kotrimoksazol pada bayi yang lahir dari ibu dengan HIV positif
10. Anjuran rutin tes HIV, malaria, sifilis dan IMS lainnya pada perawatan antenatal (ANC)
11. Konseling untuk memulai terapi
12. Konseling tentang gizi, pencegahan penularan, narkoba dan konseling lainnya sesuai keperluan
13. Menganjurkan tes HIV pada pasien TB, Infeksi Menular Seksual (IMS), dan kelompok risiko tinggi beserta pasangan seksualnya, sesuai dengan ketentuan yang berlaku
14. Pendampingan oleh lembaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien

Sesuai dengan unsur tersebut maka perlu terus diupayakan untuk meningkatkan akses pada perangkat pemantau kemajuan terapi, seperti pemeriksaan CD4 dan tes *viral load*. Komponen layanan tersebut harus disesuaikan dengan ketersediaan sumber daya setempat. Semakin dini ODHA

terjangkau di layanan kesehatan untuk akses ARV, maka semakin kurang risiko untuk mendapatkan penyakit infeksi oportunistik maupun menularkan infeksi HIV

2.4.2. Tes HIV

Terdapat dua macam pendekatan untuk tes HIV:

1. Konseling dan tes HIV secara sukarela (KTS-VCT = *Voluntary Counseling and Testing*)
2. Tes HIV dan konseling atas inisiatif petugas kesehatan (KTIP – PITC = *Provider-Initiated Testing and Counseling*)

KTIP merupakan kebijakan pemerintah untuk dilaksanakan di layanan kesehatan yang berarti semua petugas kesehatan harus menganjurkan tes HIV setidaknya pada ibu hamil, pasien TB, pasien yang menunjukkan gejala dan tanda klinis yang diduga terinfeksi HIV, pasien dari kelompok berisiko (penasun, PSK-pekerja seks komersial, LSL-lelaki seks dengan lelaki), pasien IMS dan seluruh pasangan seksualnya. Kegiatan memberikan anjuran dan pemeriksaan tes HIV perlu disesuaikan dengan prinsip bahwa pasien sudah mendapatkan informasi yang cukup dan menyetujui untuk tes HIV dan semua pihak menjaga kerahasiaan (Kemenkes, 2013).

Langkah-langkah dalam melaksanakan KTIP di fasilitas pelayanan Kesehatan (Kemenkes, 2014) :

A. Pemberian Informasi tentang HIV dan AIDS sebelum tes

Pemberian Informasi ini terdiri atas beberapa sasaran sebagai berikut:

1. Sesi informasi pra-tes secara kelompok

Sesi ini dapat dilaksanakan sebagai pilihan bila sarana memungkinkan. Semua pasien atau klien yang datang ke layanan kesehatan terutama di layanan TB, IMS, PTRM, LASS, KIA, KB, layanan untuk populasi kunci/orang yang berperilaku risiko tinggi (penasun, pekerja seks, pelanggan atau pasangan seks dari pekerja seks, waria, LSL dan warga binaan pemasyarakatan) dan pada kelompok pekerja yang berisiko ataupun klien yang datang ke layanan KTS untuk mencari layanan Tes HIV secara sukarela, dapat diberikan KIE secara kelompok di ruang tunggu sebelum

bertatap muka dengan petugas yang bersangkutan sambil menunggu gilirannya dilayani.

KIE tersebut hendaklah diselenggarakan secara rutin dan berkala sesuai kondisi tempat layanan dengan topik kesehatan secara umum dan masalah yang berkaitan dengan HIV dan AIDS. Metode penyampaian dapat berupa edukasi dengan alat Audio-Visual (AVA) seperti TV, video atau bahan KIE lain seperti poster maupun brosur atau lembar balik oleh petugas yang ditunjuk sesuai dengan kondisi setempat. Informasi kelompok hendaknya meliputi komponen penting yang dibutuhkan pasien atau klien seperti:

- a) Informasi dasar HIV dan AIDS,
- b) Upaya pencegahan yang efektif, termasuk penggunaan kondom secara konsisten, mengurangi jumlah pasangan seksual, penggunaan alat suntik steril dan lainnya.
- c) Keuntungan dan pentingnya tes HIV sedini mungkin.
- d) Informasi tentang proses pemeriksaan laboratorium HIV
- e) Membahas konfidensialitas, dan konfidensialitas bersama
- f) Membahas pilihan untuk tidak menjalani tes HIV
- g) Tawaran untuk menjalani tes pada masa mendatang bila klien belum siap
- h) Pentingnya pemeriksaan gejala dan tanda penyakit TB selama konseling pra dan pasca-tes
- i) Rujukan ke layanan yang terkait dengan HIV, seperti misalnya konsultasi gizi, pemeriksaan dan pengobatan TB, pemeriksaan IMS, pemeriksaan CD4, tatalaksana infeksi oportunistik dan stadium klinis.

2. Sesi informasi pra-tes secara individual

Pada sesi individual, pasien/klien mendapatkan informasi edukasi dari petugas kesehatan/konselor tentang HIV untuk menguatkan pemahaman pasien/klien atas HIV dan implikasinya agar ia mampu menimbang perlunya pemeriksaan. Edukasi meliputi:

- a) Informasi dasar tentang HIV dan AIDS;

- b) Penularan dan pencegahan;
- c) Tes HIV dan konfidensialitas;
- d) Alasan permintaan tes HIV;
- e) Ketersediaan pengobatan pada layanan kesehatan yang dapat diakses;
- f) Keuntungan membuka status kepada pasangan dan atau orang dekatnya;
- g) Arti tes dan penyesuaian diri atas status baru; dan
- h) Mempertahankan dan melindungi diri serta pasangan/keluarga agar tetap sehat.

Edukasi juga disertai dengan diskusi, artinya tersedia kesempatan pasien/klien bertanya dan mendalami pemahamannya tentang HIV dan status HIV. Petugas kesehatan/Konselor juga memberi dukungan atas keadaan psikologik klien. Sesudah edukasi dan menimbang suasana mental emosional, pasien/klien dimintai persetujuan untuk tes HIV (*informed consent*) dan dilanjutkan pemeriksaan laboratorium darah. Informasi di atas akan memudahkan pasien menimbang dan memutuskan untuk menjalani tes serta memberikan persetujuannya untuk tes HIV yang harus dicatat oleh petugas kesehatan. Dengan demikian penerapan tes HIV memenuhi prinsip 5C (*informed consent, confidentiality, counseling, correct testing and connection to care, treatment and prevention services*). Pada umumnya, komunikasi verbal sudah cukup memadai untuk memberikan informasi dan mendapatkan *informed-consent* pelaksanaan tes-HIV.

3. Sesi informasi Pra-Tes Pada Kelompok Khusus

Ada beberapa kelompok masyarakat yang lebih rentan terhadap dampak buruk seperti diskriminasi, pengucilan, tindak kekerasan, atau penahanan. Dalam hal tersebut maka perlu diberi informasi lebih dari yang minimal di atas, untuk meyakinkan *informedconsentnya*.

B. Persetujuan Tes HIV (*Informed Consent*)

Informed consent bersifat universal yang berlaku pada semua pasien apapun penyakitnya karena semua tindakan medis pada dasarnya membutuhkan persetujuan pasien. *Informed consent* di fasilitas layanan kesehatan diberikan secara lisan atau tertulis. Aspek penting di dalam persetujuan adalah sebagai berikut:

- a) Klien telah memahami tentang maksud dan tujuan tes, serta risiko dan dampaknya;
- b) Informasi bahwa jika hasil tes positif, akan dirujuk ke layanan HIV termasuk pengobatan ARV dan penatalaksanaan lainnya;
- c) Bagi mereka yang menolak tes HIV dicatat dalam catatan medik untuk dilakukan penawaran tes dan atau konseling ulang ketika kunjungan berikutnya;
- d) Persetujuan untuk anak dan remaja di bawah umur diperoleh dari orangtua atau wali/pengampu; dan
- e) Pada pasien dengan gangguan jiwa berat atau hendaya kognitif yang tidak mampu membuat keputusan dan secara nyata berperilaku berisiko, dapat dimintakan kepada isteri/suami atau ibu/ayah kandung atau anak kandung/saudara kandung atau pengampunya.

C. Pengambilan Darah untuk Tes

Tes HIV idealnya dilakukan di laboratorium yang tersedia di fasilitas layanan kesehatan. Jika layanan tes tidak tersedia di fasilitas tersebut, maka tes dapat dilakukan di laboratorium rujukan. Metode tes HIV yang digunakan sesuai dengan Pedoman Pemeriksaan Laboratorium HIV Kementerian Kesehatan. Tes HIV wajib menggunakan reagen tes HIV yang sudah diregistrasi dan dievaluasi oleh institusi yang ditunjuk Kementerian Kesehatan, dapat mendeteksi baik antibodi HIV-1 maupun HIV-2. Tes cepat harus dilakukan sesuai prosedur yang ditetapkan oleh pabriknya (ada dalam kotak reagensia). Hasil tes cepat dapat ditunggu oleh pasien. Tes cepat dapat dilakukan di luar sarana laboratorium, tidak memerlukan peralatan khusus dan dapat

dilaksanakan di fasilitas kesehatan primer oleh paramedis terlatih. Tes cepat tidak dianjurkan untuk jumlah pasien yang banyak.

2.4.3. Model Layanan VCT

Pelayanan VCT dapat dikembangkan di berbagai layanan terkait yang dibutuhkan, misalnya klinik IMS, klinik TB, ART, dan sebagainya. Lokasi layanan VCT hendaknya perlu petunjuk atau tanda yang jelas hingga mudah diakses dan mudah diketahui oleh klien VCT. Nama klinik cukup mudah dimengerti sesuai dengan etika dan budaya setempat dimana pemberian nama tidak mengundang stigma dan diskriminasi.

Layanan VCT dapat diimplementasikan dalam berbagai setting, dan sangat bergantung pada kondisi dan situasi daerah setempat, kebutuhan masyarakat dan profil klien, seperti individual atau pasangan, perempuan atau laki-laki, dewasa atau anak muda.

Model layanan VCT terdiri dari:

1. Mobile VCT (Penjangkauan dan keliling)

Layanan konseling dan testing HIV/AIDS sukarela model penjangkauan dan keliling (mobile VCT) dapat dilaksanakan oleh LSM atau layanan kesehatan yang langsung mengunjungi sasaran kelompok masyarakat yang memiliki perilaku beresiko atau beresiko tertular HIV/AIDS di wilayah tertentu. Layanan ini diawali dengan survey atau penelitian atas kelompok masyarakat di wilayah tersebut dan survey tentang layanan kesehatan dan layanan dukungan lainnya di daerah setempat.

2. Statis VCT (Klinik VCT tetap)

Pusat Konseling dan Testing HIV/AIDS Sukarela terintegrasi dalam sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya, artinya bertempat dan menjadi bagian dari layanan kesehatan yang telah ada. Sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya harus memiliki kemampuan memenuhi kebutuhan masyarakat dan konseling dan testing HIV/AIDS, layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan terkait dengan HIV/AIDS.

2.5. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan

Keputusan adalah sebuah kesimpulan yang dicapai sesudah dilakukan pertimbangan, yang terjadi setelah satu kemungkinan dipilih, sementara yang lain dikesampingkan (Salusu, 2003). Sedangkan menurut McGrew dan Wilson (1985), suatu keputusan adalah keadaan akhir dari suatu proses yang lebih dinamis yang diberi label pengambilan keputusan. Ia dipandang sebagai proses karena terdiri atas satu seri aktifitas yang berkaitan dan tidak hanya dianggap sebagai tindakan bijaksana.

Pengambilan keputusan, ialah proses memilih suatu alternatif cara bertindak dengan metode yang efisien sesuai dengan situasi. Sekali keputusan dibuat harus diberlakukan, dan kalau tidak sebenarnya ia bukan keputusan, tetapi lebih tepat dikatakan suatu hasrat atau niat (Salusu, 2003). Faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang adalah sebagai berikut:

1. Karakteristik sosiodemografi

a. Umur

Umur adalah salah satu dari sekian banyak karakteristik individu yang berpengaruh terhadap perilaku kesehatan. Umur dapat secara tidak langsung menunjukkan kematangan atau kedewasaan seseorang dalam berperilaku (Notoatmojo, 2007). Seseorang yang memiliki umur yang lebih dewasa biasanya akan lebih menyadari tindakannya dalam pengambilan keputusan, dalam hal ini keputusan melakukan pemeriksaan HIV/AIDS.

b. Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang penting yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena adanya kecenderungan seseorang yang memiliki pendidikan yang tinggi akan bersikap ke arah yang positif karena mempunyai daya nalar dan kemampuan berpikir ke arah yang lebih baik dibanding dengan seseorang yang tidak berpendidikan. Pendidikan dapat secara tidak langsung menunjukkan kemampuan seseorang dalam berperilaku (Notoatmojo, 2007). Seseorang yang memiliki pendidikan yang lebih baik, biasanya akan lebih menyadari tindakannya dalam pengambilan keputusan, dalam hal ini keputusan melakukan pemeriksaan HIV/AIDS.

c. Pekerjaan

Setiap individu mempunyai perbedaan struktur sosial dan mempunyai perbedaan gaya hidup, dan akhirnya mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan. Pada tahap individu membuat keputusan bahwa di dalam dirinya ada suatu gejala penyakit, yang didasarkan pada adanya suatu gejala penyakit, yang didasarkan pada adanya ketidakenakan pada badannya, individu tersebut harus membuat keputusan terhadap dirinya (Notoatmodjo, 2007). Setiap individu yang merasa dirinya memiliki pekerjaan yang berisiko, maka individu tersebut harus membuat keputusan terhadap dirinya, dalam hal ini keputusan untuk melakukan pemeriksaan HIV/AIDS.

2. Persepsi/keyakinan

Faktor yang memungkinkan untuk memutuskan melakukan pemeriksaan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai suatu kebutuhan (Notoatmodjo, 2007) Seseorang yang merasa dirinya memiliki risiko tertular, maka ia menyadari bahwa ia harus melakukan suatu keputusan untuk bertindak melakukannya, dalam hal ini pemeriksaan HIV/AIDS.

3. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu : indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Pengetahuan dapat diartikan juga sebagai Informasi yang telah diproses dan diorganisasikan untuk memperoleh pemahaman, pembelajaran dan pengalaman yang terakumulasi sehingga bisa diaplikasikan ke dalam masalah. Berdasarkan hasil pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan seseorang tentang HIV/AIDS menjadi determinan utama dalam suatu perubahan perilaku. Hal ini dikarenakan pengetahuan sebagai upaya dasar untuk membuat seseorang mampu mengubah perilakunya dengan memberikan informasi dan konsep yang benar tentang hal tersebut.

Pengetahuan HIV/AIDS yang baik umumnya akan menyebabkan seseorang untuk berperilaku sehat sehingga tidak rentan terhadap penularan HIV, seperti menggunakan jarum suntik tidak steril, melakukan hubungan seks dengan banyak pasangan tanpa menggunakan kondom, dll. Pengetahuan HIV/AIDS mengenai definisi HIV/AIDS, cara penularan, cara pencegahan, dan risikonya sangat penting untuk kelompok berisiko seperti LSL. Pengetahuan dapat dijadikan salah satu modal dasar agar mereka dapat mengurangi perilaku beriskonya. Pengetahuan mengenai HIV/AIDS ini dapat membantu dalam mempromosikan program pencegahan penularan HIV pada kelompok berisiko tersebut. Selain itu, pengetahuan yang benar tentang cara penularan HIV dapat mengurangi sikap dan diskriminasi terhadap orang yang sudah terinfeksi.

Sesuai dengan indikator MDGs (Millenium Development Goals), tingkat pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS diukur berdasarkan lima komponen, yaitu (Kemenkes, 2011):

1. Menggunakan kondom dapat mencegah penularan HIV
 2. Setia dengan satu pasangan seks dapat mencegah penularan HIV
 3. Menggunakan alat makan bersama tidak menularkan HIV
 4. Gigitan nyamuk tidak menularkan HIV
 5. Tidak bisa mengenali ODHA hanya dengan melihat saja
4. Pengguna napza

Setiap individu mempunyai perbedaan struktur sosial dan mempunyai perbedaan gaya hidup, dan akhirnya mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan. Pada tahap individu membuat keputusan bahwa di dalam dirinya ada suatu gejala penyakit, yang didasarkan pada adanya suatu gejala penyakit, yang didasarkan pada adanya ketidakenakan pada badannya, individu tersebut harus membuat keputusan terhadap dirinya (Notoatmodjo, 2007). Seseorang yang mempunyai gaya hidup dalam mengkonsumsi narkoba, seharusnya memiliki kesadaran untuk selalu melakukan pemeriksaan apakah dia berisiko atau tidak dalam tindakannya tersebut.

5. Penggunaan kondom

Pada tahap individu membuat keputusan bahwa di dalam dirinya ada suatu gejala penyakit, yang didasarkan pada adanya suatu gejala penyakit, yang

didasarkan pada adanya ketidaknakan pada badannya, individu tersebut harus membuat keputusan terhadap dirinya (Notoatmodjo, 2007). Seseorang yang merasa dirinya memerlukan tindakan pencegahan akan menggunakan kondom.

6. Peran petugas

Faktor reinforcing merupakan konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah perilaku menerima umpan balik positif atau negatif dan didukung oleh masyarakat, seperti dukungan sosial, pengaruh teman sebaya, nasehat serta umpan balik dari petugas kesehatan, dan konsekuensi fisik dari perilaku yang dapat dipisahkan dari konteks sosial (Green, 2005). Karena itu peran petugas juga termasuk faktor yang berperan dalam pengambilan keputusan apakah seseorang akan melakukan pemeriksaan HIV/AIDS.

7. Ketersediaan Fasilitas Kesehatan

Individu yang sudah mulai berhubungan dengan fasilitas kesehatan yang tersedia, maka individu tersebut akan memanfaatkan kecepatan pelayanan kesehatan tersebut (Green, 2005). Karena itu, kecepatan dalam melakukan pelayanan sangat dibutuhkan oleh seorang individu dalam membuat suatu keputusan dalam pemilihan layanan kesehatan.

8. Akses

Terjangkaunya fasilitas kesehatan adalah ketersediaan fasilitas kesehatan yang terkait dengan tindakan yang diambil seseorang (Notoatmodjo, 2007). Karena itu akses ke tempat pemeriksaan HIV/AIDS merupakan faktor yang memungkinkan seseorang dalam membuat keputusan atau tindakan tersebut.

2.6. Hasil penelitian yang terkait

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wahyuddin tahun 2010 menunjukkan bahwa faktor-faktor dalam diri yang mempengaruhi keputusan waria dalam melakukan tes HIV/AIDS adalah tekanan sosial, karakteristik gender, pengaruh orang lain, kebudayaan, kepentingan waria sendiri dan pengalaman, sedangkan faktor dari luar adalah pelayanan klinik IMS dan VCT Veteran yang merupakan layanan yang paling sering diakses komunitas waria.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Selvy Agustin; poiihgghu na pada tahun 2010 menunjukkan adanya perbedaan ketersediaan tes HIV antara mereka yang datang dengan inisiatif sendiri dan petugas kesehatan dengan mereka yang datang dengan inisiatif LSM ($p=0,02$, $OR=0,725$, $CI=0,613-0,859$). Selain itu tidak ada perbedaan kesediaan tes HIV antara mereka yang didampingi LSM waria dan LSM pengguna jarum suntik ($p=0,592$). Sehingga disimpulkan bahwa terdapat perbedaan hubungan asal inisiatif dengan kesediaan tes HIV pada orang berisiko terinfeksi di Surakarta.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh I Gusti Ayu Ary Anggraini pada tahun 2014 tentang Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pemeriksaan VCT pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas II Melaya Kabupaten Jembrana Provinsi Bali menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan perilaku pemeriksaan VCT dan ada hubungan antara pendidikan dan pekerjaan dengan perilaku pemeriksaan VCT pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas II Melaya Kabupaten Jembrana Provinsi Bali.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Riesparia Magi Awang tahun 2002 menunjukkan bahwa pengetahuan informan pada umumnya rendah terutama yang menyangkut penularan, pencegahan, jenis-jenis, gejala serta penyebabnya. Sikap yang ditunjukkan informan adalah negatif untuk penggunaan kondom, dan bersikap positif untuk mengobati sendiri dengan antibiotik yang tidak rasional, minum obat antibiotik secara teratur dan mencari pertolongan kesehatan kepada petugas kesehatan. Sumber utama informasi IMS dan HIV/AIDS adalah petugas kesehatan dan teman. Informan menganggap bahwa dirinya termasuk golongan yang rentan terhadap IMS dan juga mereka menganggap bahwa IMS adalah penyakit yang berbahaya. Kecuali biaya, karena waktu jarak, perilaku petugas

tidak menjadi hambatan informan dalam mencari pengobatan. Upaya mencari pengobatan IMS yang dilakukan dalam empat tahap yaitu mengobati dengan obat tradisional, minum obat-obatan antibiotik dengan dosis yang tidak rasional. Jika belum sembuh, upaya lain yang ditempuh adalah mencari bantuan tenaga kesehatan modern baik yang swasta, pemerintah dan jika tidak ada perubahan akan kembali ke pengobatan tradisional.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ratih Virta Gayatri tahun 2008 menunjukkan bahwa karakteristik, pengetahuan, sikap, persepsi terhadap kerentanan dan kegawatan tidak berkaitan dengan pola perilaku informan (waria) dalam mencari pengobatan IMS yang dideritanya. Masih buruknya perilaku pencarian pengobatan di kalangan waria dinyatakan dengan mendiagnosis saja (tidak berbuat apa-apa) dan mengobati sendiri IMS yang dideritanya. Selain itu penelitian ini mengungkapkan bahwa dukungan kelompok sebaya yang dirasakan cukup efektif dalam mempengaruhi perilaku waria dalam pencarian pengobatan IMS.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ruth Yogi tentang Pengaruh Metode Komunikasi Interpersonal dan Ceramah Konvensional terhadap Pengetahuan, Sikap dan Niat Ibu Hamil dalam Keputusan Tes HIV di Kabupaten Kota Jayapura Tahun 2013 menunjukkan pada kedua kelompok sebelum intervensi memiliki pengetahuan, sikap dan niat yang sama. Sesudah intervensi terdapat perbedaan pengetahuan, sikap dan niat ibu hamil pada kelompok komunikasi interpersonal. Sesudah intervensi ada perbedaan pengetahuan, sikap dan niat antara kedua kelompok. Ada perbedaan keputusan untuk tes HIV antara kelompok metode komunikasi interpersonal dan kelompok metode ceramah konvensional ($p=0,006$). Metode komunikasi interpersonal lebih efektif dibanding metode ceramah konvensional (86,7%:50%), terkait pengaruhnya dalam meningkatkan keputusan ibu hamil untuk tes HIV.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Primasari, Retri and Fajar, Nur Alam and Misnaniarti, Misnaniarti tahun 2010 menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara umur ($p\text{-value} = 0,035$; $RP=3,636$), pendidikan ($p\text{-value} = 0,020$; $RP=7,083$), pengetahuan ($p\text{-value} = 0,000$; $RP=19,286$), persepsi kerentanan ($p\text{-value} = 0,000$; $RP=15,086$), dan persepsi tentang keseriusan yang dirasakan ($p\text{-value} = 0,000$; $RP=15,086$), dan persepsi tentang keseriusan yang dirasakan ($p\text{-value} = 0,000$; $RP=15,086$).

value = 0,035; RP=3,636) terhadap perilaku seksual berisiko terinfeksi PMS di kalangan waria. Tidak ada hubungan antara pekerjaan (p-value = 0,799; RP = 1,486) terhadap perilaku seksual berisiko terinfeksi PMS di kalangan waria.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ayu Indriani L (2012) tentang gambaran dan faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di rumah tahanan negara kelas IIA Pondok Bambu tahun 2012 menunjukkan tingkat partisipasi VCT sebesar 28,4% dan faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT yaitu jenis tindak pidana (OR=0,085, 95%, CI=0,019-0,387), pengetahuan (OR=2,898, 95% CI=0,978-8,582), dan dukungan tenaga kesehatan (OR=2,5333, 95% CI=0,997-6,436). Klien VCT yang datang ke klinik VCT rutan sebagian besar atas rujukan dokter.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Yulia Purwarini tahun 2010 menunjukkan bahwa PSK waria yang mencari pengobatan IMS kepada bukan tenaga kesehatan sebesar 28,5%, sedangkan yang berobat kepada petugas kesehatan sebesar 71,5%. Hubungan pencarian pengobatan dengan penggunaan kondom menunjukkan bahwa PSK waria yang mencari pengobatan kepada bukan petugas kesehatan mempunyai peluang konsisten menggunakan kondom 1,57 kali dibandingkan yang mencari pengobatan kepada petugas kesehatan

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Vicca Rahmayani, Akmal M. Hanif, dan Susila Sastri tahun 2013 menunjukkan bahwa 65 % waria penaja seks memiliki tindakan yang baik, 70 % memiliki pengetahuan yang tinggi, dan 52, 5 % menunjukkan sikap sedang terhadap pencegahan penularan HIV/AIDS.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ratna Rabudiarti (2007) tentang perilaku seks waria dalam upaya pencegahan HIV/AIDS di kota Pontianak, Kalimantan Barat tahun 2007 menunjukkan pengetahuan tentang HIV/AIDS subyek sudah mengetahui pengertian, gejala, penularan, pencegahan, cara berhubungan seks yang aman dari penularan HIV/AIDS, pengobatan dan cara minum obat HIV/AIDS serta pengetahuan subyek tentang kondom, Sikap subyek dalam upaya pencegahan HIV/AIDS tetap bergaul dengan teman yang menderita HIV/AIDS tapi tetap berhati-hati. Pemakaian kondom ada subyek yang setuju dan ada subyek yang tidak setuju karena sakit dan kurang nyaman. Praktek subyek dalam pencegahan HIV/AIDS: jumlah berhubungan sek dalam satu bulan setiap

subyek berbeda-beda, upaya yang dilakukan dengan menggunakan kondom, menjaga kebersihan, berobat ke dokter apabila ada keluhan, perasaan waktu menggunakan kondom ada yang merasa aman dan lega tetapi ada juga mengatakan tidak nyaman dan sakit, Memperoleh kondom dari dinas kesehatan dan PKBI serta membeli sendiri, Adanya keluhan pasangan jika melakukan hubungan seks dengan menggunakan kondom, Anal seks, oral seks dan jepit merupakan cara subyek melakukan seks, tidak selalu terjadi ejakulasi jika melakukan oral seks, sedangkan dengan anal seks terjadi ejakulasi, sarana pelayanan kesehatan untuk memeriksakan HIV mudah dijangkau dan sudah dimanfaatkan oleh subyek, tes VCT dilakukan dengan sukarela oleh subyek dan adanya dukungan dari teman bagaimana cara melindungi diri dari virus HIV/AIDS.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Jeffrey D. Schulden, et all, tentang *Rapid HIV Testing in Transgender Communities by Community-Based Organization in Three Cities*, menunjukkan bahwa karakteristik waria yang datang untuk melakukan Tes HIV adalah paling banyak berusia 20 – 29 tahun (36,1%); 37,4 % berpendidikan SMA; lebih dari 50 % memiliki risiko tertular; 32,7 % mengkonsumsi obat-obatan terlarang; 45,8 % dikunjungi petugas dalam waktu 12 bulan; 44,2 % mempunyai fasilitas kesehatan yang sering dikunjungi.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sri Mulyanti tahun 2012 tentang Faktor-faktor yang berkontribusi pada perilaku Ibu hamil trimester 2 dan 3 dalam pemeriksaan HIV di empat puskesmas Kota Pontianak tahun 2012 menunjukkan sebanyak 7 % ibu hamil trimester 3 dan 3 melakukan pemeriksaan HIV. Variabel kerentanan dan sumber informasi berhubungan dengan pemeriksaan HIV ($p < 0,05$). Variabel yang paling dominan adalah sumber informasi tentang HIV-AIDS dimana Ibu hamil trimester 2 dan 3 yang memiliki sumber informasi banyak mempunyai peluang 12,03 kali melakukan pemeriksaan HIV.

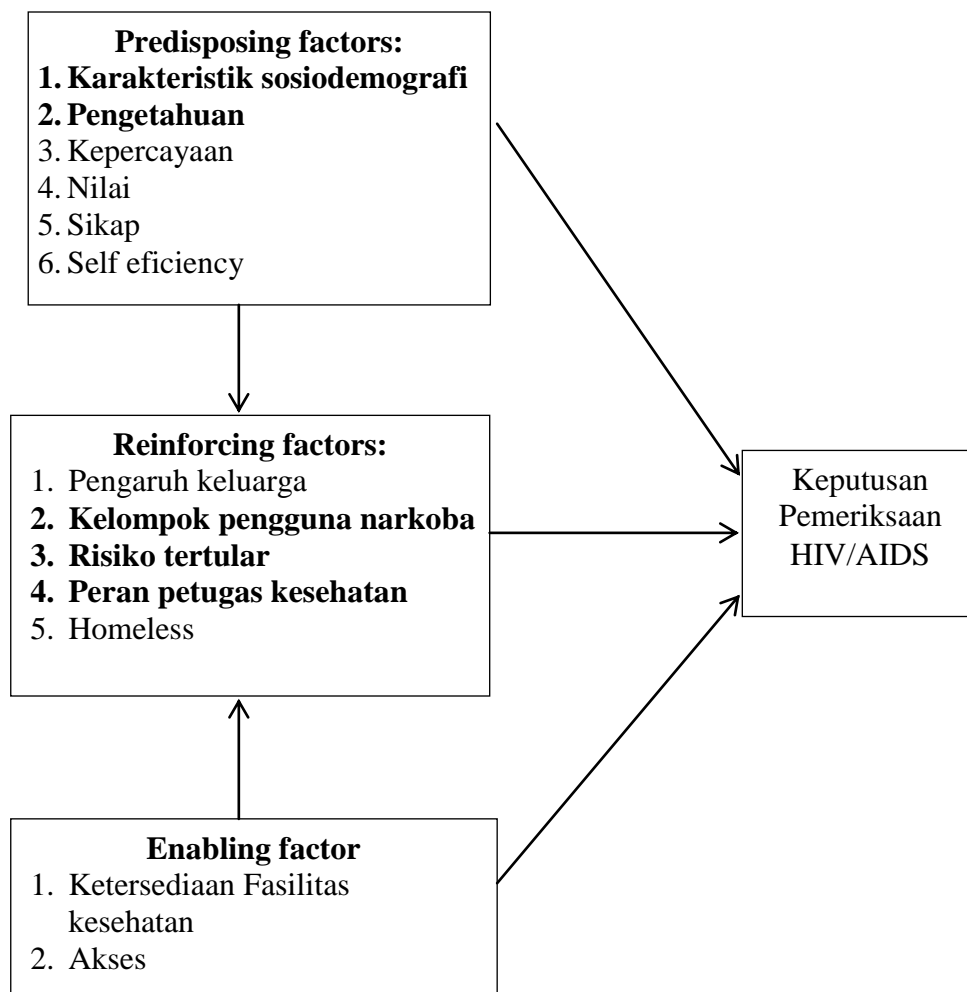
Hasil penelitian yang dilakukan oleh Jilia Roza tentang Faktor yang berhubungan dengan status HIV klien VCT (*Voluntary Counseling and Testing HIV*) di RSUD Mandau Kabupaten Bengkalis tahun 2012 didapatkan 4,2 % klien VCT yang terinfeksi HIV dan pekerjaannya berhubungan dengan status HIV, dimana klien yang pekerjaannya terkait dengan faktor risiko hampir 16 kali untuk

terinfeksi HIV dibandingkan klien yang pekerjaannya tidak terkait dengan faktor risiko. Sehingga diperlukan perhatian, pencegahan serta penanggulangan dari seluruh pihak baik pemerintahan, tenaga kesehatan maupun masyarakat.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Palupi Triwahyuni tahun 2008 menunjukkan Pengetahuan waria masih rendah tentang pentingnya penggunaan kondom dalam upaya pencegahan penularan HIV/AIDS. Mayoritas waria yang menjadi informan pada penelitian ini hanya menamatkan pendidikan dasar 9 tahun, sehingga tidak menutup kemungkinan wawasan waria menjadi sempit. Perilaku menelan sperma pasangannya masih dilakukan oleh waria pekerja seks maupun waria non pekerja seks. Kebersihan diri hanya sekedar dilakukan setelah melakukan hubungan seksual. Kesimpulan yang diambil adalah Waria di Yogyakarta sangat berpotensi terhadap penularan HIV/AIDS melalui perilaku seksual yang dilakukan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Nur Hidayat, M. Rusli Ngatiin, dan Watief A. Rachman dalam interaksi sosial khususnya di pelayanan kesehatan, waria yang merupakan kelompok minoritas sering mendapatkan perlakuan negatif dari masyarakat maupun petugas kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua informan pernah ke pelayanan kesehatan dengan kepentingan yang beragam. Hal ini terlaksana dalam bentuk ajakan kepada sesama waria untuk memanfaatkan layanan kesehatan, terutama ketika mengalami gangguan kesehatan dan terdapat pendamping yang bertugas ketika waria menjalani layanan terkait HIV. Proses akomodasi pada waria belum sepenuhnya terjadi, waria memilih untuk acuh ataupun menghindari interaksi dengan masyarakat saat di layanan kesehatan. Sedangkan dengan petugas kesehatan, sikap baik petugas membuat waria merasa nyaman menerima layanan dan memotivasi mereka untuk tetap menggunakan layanan yang tersedia. Untuk proses asimilasi waria memilih untuk tidak berpakaian wanita ketika berada di tengah masyarakat dan tidak menggunakan bahasa waria saat berkomunikasi dengan mereka. Namun, kontradiksi dalam bentuk respon negatif masih sering dialami oleh waria, begitupun konflik dengan layanan kesehatan masih terjadi, terutama saat menggunakan layanan umum. Kesimpulan penelitian ini adalah waria melakukan berbagai interaksi sosial saat di pelayanan kesehatan.

2.7. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2.5. Kerangka Teori (diambil dari Model *Precede-Proceed*)

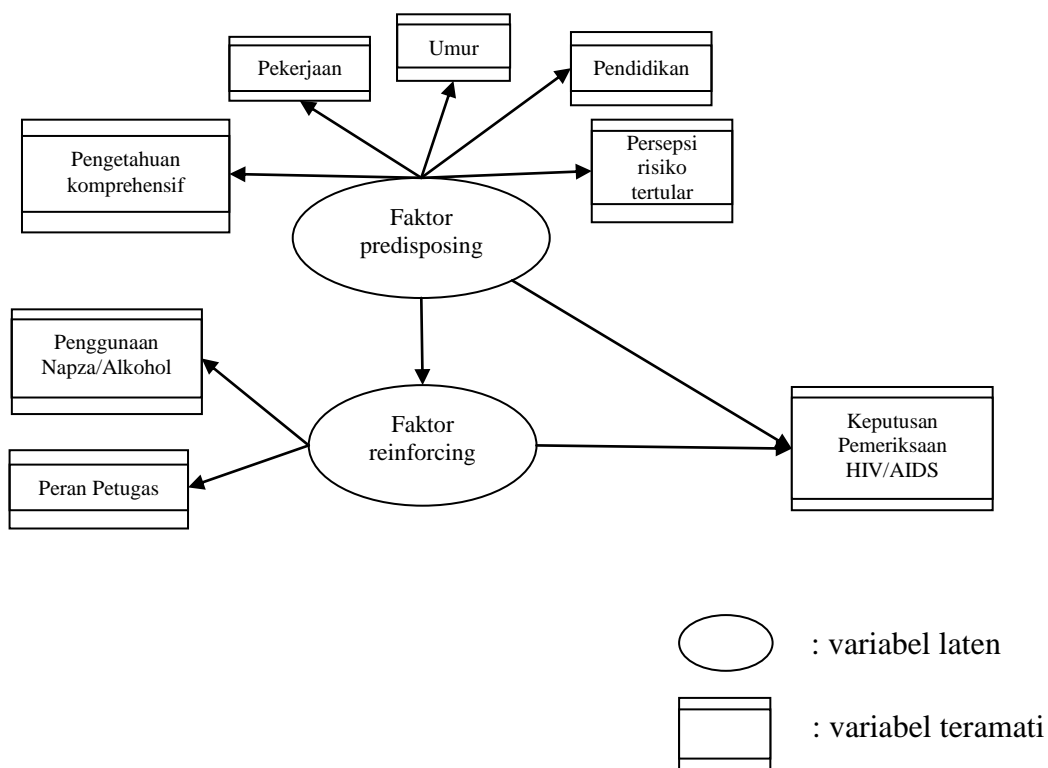
BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori dan telah disesuaikan dengan ketersediaan data STBP 2013, maka dibuat kerangka konsep sebagai berikut:

Kerangka konsep berikut berlaku untuk waria yang pernah menjalani pemeriksaan HIV/AIDS. Variabel yang akan diteliti dapat dilihat pada kerangka konsep tersebut. Variabel dependen adalah keputusan pemeriksaan HIV/AIDS. Variabel laten adalah faktor predisposing dan faktor reinforcing. Faktor enabling tidak diteliti dikarenakan jika responden tidak pernah memeriksakan pemeriksaan HIV/AIDS, maka data yang dibutuhkan hilang karena pertanyaannya tidak ditanyakan.



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

3.2. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini yaitu adanya pengaruh antara faktor predisposing dan faktor reinforcing baik langsung maupun tidak langsung dengan keputusan menjalani pemeriksaan HIV/AIDS pada waria di Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar pada tahun 2013

3.3. Definisi Operasional

Penelitian ini menggunakan definisi operasional dan skala ukur yang digunakan pada survei STBP tahun 2013.

Tabel 3.1. Definisi operasional Variabel

NO	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Kategori	Skala ukur
1.	Keputusan pemeriksaan HIV/AIDS	Keputusan waria apakah melakukan pemeriksaan HIV/AIDS atau tidak	Kuesioner Waria STBP 2013 Blok 9 No. 904	0 = tidak 1 = ya (STBP, 2013)	Nominal
2.	Umur	Lama hidup responden yang dihitung dari sejak lahir sampai wawancara STBP dilaksanakan	Kuesioner STBP kelompok Waria nomor 301	0 = \leq 19 tahun 1 = 20 – 24 tahun 2 = 25 – 29 tahun 3 = 30 – 34 tahun 4 = 35 – 39 tahun 5 = 40 – 44 tahun 6 = \geq 45 tahun	Ordinal
3.	Tingkat pendidikan	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang pernah dicapai responden	Kuesioner STBP kelompok Waria nomor 302	0 = \leq SD/ Sederajat 1 = SMP/ Sederajat 2 = SMU/ Sederajat 3 = Akademi/ perguruan tinggi	Ordinal
4.	Pengetahuan komprehensif	Pengetahuan sesuai dengan indikator MDGs (<i>Millenium Development Goals</i>) (Kemenkes, 2011)	Kuesioner STBP tahun 2013 untuk Waria nomor 403 - 407	0 = tidak 1 = ya	Nominal

NO	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Kategori	Skala ukur
		yaitu tentang penggunaan kondom dan setia dengan satu pasangan dapat mencegah penularan HIV/AIDS; penggunaan alat makan dan gigitan nyamuk tidak dapat menularkan HIV/AIDS; dan tidak bisa mengenali ODHA hanya dengan melihat saja			
5.	Pekerjaan	Sumber pendapatan utama responden dalam sebulan terakhir	Kuesioner STBP kelompok Waria nomor 308	0 = pekerjaan tidak beresiko 1 = pekerjaan beresiko	Ordinal
6.	Persepsi risiko tertular	Persepsi responden tentang risiko tertular HIV	Kuesioner Waria STBP 2013 nomor 422	0 = tidak 1 = tidak tahu 2 = ya (STBP tahun 2013)	ordinal
7.	Pengguna napza	Konsumsi napza	Kuesioner Waria STBP 2013 nomor 608	0 = Tidak 1 = Ya (STBP tahun 2013)	Nominal
8.	Peran Petugas	Tawaran untuk tes HIV oleh teman/ LSM	Kuesioner STBP kelompok Waria nomor 957	0 = tidak pernah 1 = pernah	Nominal

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Penelitian mengenai perilaku waria dalam mengambil keputusan melakukan pemeriksaan HIV/AIDS di 4 kota di Indonesia (Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar) pada tahun 2013 menggunakan data sekunder dari STBP Waria tahun 2013 oleh Kementerian Kesehatan RI. STBP 2013 dilaksanakan untuk mendapatkan gambaran besaran masalah, faktor risiko, pengetahuan dan cakupan program HIV sehingga dapat diketahui dinamika epidemi HIV di Indonesia. STBP bertujuan untuk (1) menentukan kecenderungan prevalensi Gonore, Klamidia, Sifilis, dan HIV di antara populasi paling beresiko di sembilan kota di Indonesia; (2) Menentukan kecenderungan tingkat pengetahuan dan persepsi tentang penularan dan pencegahan HIV pada populasi paling beresiko dan populasi rawan (remaja) di sembilan kota di Indonesia; (3) Menentukan kecenderungan tingkat perilaku berisiko tertular/menularkan HIV di antara populasi paling beresiko; dan (4) mengukur cakupan intervensi pengendalian HIV dan Infeksi Menular Seksual serta dampaknya pada kelompok sasaran program-program Kementerian Kesehatan

Jenis dan desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian analitik kuantitatif dengan desain penelitian *crossectional*. Jenis penelitian analitik kuantitatif dipilih karena ingin diketahui hubungan antara variabel eksogen dan variabel endogen. Sedangkan desain penelitian *crossectional* dipilih karena merujuk pada desain penelitian yang digunakan pada pengumpulan data STBP 2013, yang dipakai sebagai data penelitian ini yang pada hakekatnya merupakan data survei.

Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah Metode *Cluster Random Sampling* merupakan teknik memilih sebuah sampel dari kelompok-kelompok unit yang kecil. Populasi dari cluster merupakan subpopulasi dari total populasi dan pengelompokan pada cluster ini menghasilkan unit elementer yang bersifat heterogen seperti halnya populasi sendiri. Metode ini biasanya digunakan

jika populasi tidak terdiri dari individu-individu, melainkan terdiri dari kelompok-kelompok individu atau cluster. Rancangan sampling yang digunakan adalah rancangan sampling dua tahap, tahap pertama memilih sampel lokasi dan tahap kedua memilih responden yang memenuhi persyaratan (*eligible*) sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi pada setiap lokasi terpilih. Pada tahap pemilihan sampel lokasi, kerangka sampel yang digunakan berupa daftar lokasi hasil pengolahan. Lokasi sebagai *Primary Sampling Unit* (PSU) dipilih dengan secara *Probability Proportional to Size* (PPS) dengan “size” adalah banyaknya populasi dalam setiap lokasi. Mekanisme perekrutan responden pada STBP 2013 adalah sebagai berikut : (1) Membuat daftar lokasi sesuai dengan kelompok sasaran (nomor, nama, dan alamat/lokasi serta jumlah populasi); (2) Memilih lokasi dengan *Primary Sampling Unit* (PSU) dipilih secara *proportional to size* (pps) berdasarkan banyaknya populasi dalam setiap lokasi. Memilih sebanyak 20 PSU; (3) Tata cara penarikan PSU dengan Program Csurvey/Excel; (4) Pada PSU yang terpilih, pilih secara random (SRS dengan tabel random/excel) sejumlah responden yang telah ditentukan; (5) Apabila jumlah responden yang telah ditentukan lebih banyak daripada total sasaran yang ada maka responden diambil semua. Cluster untuk waria adalah tempat mangkal waria (jalanan/ pojok jalan/ taman, Bar/diskotik/pub/cafe, Salon/spa dan Organisasi/tempat pertemuan)

4.2. Lokasi dan Waktu

Sumber data penelitian dengan menggunakan data STBP tahun 2013 pada kelompok waria di kota Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar. Pengumpulan data dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan tim pada bulan Juli – Agustus 2013. Pengolahan data untuk penelitian tesis dilakukan di Jakarta pada bulan April-Juni 2015.

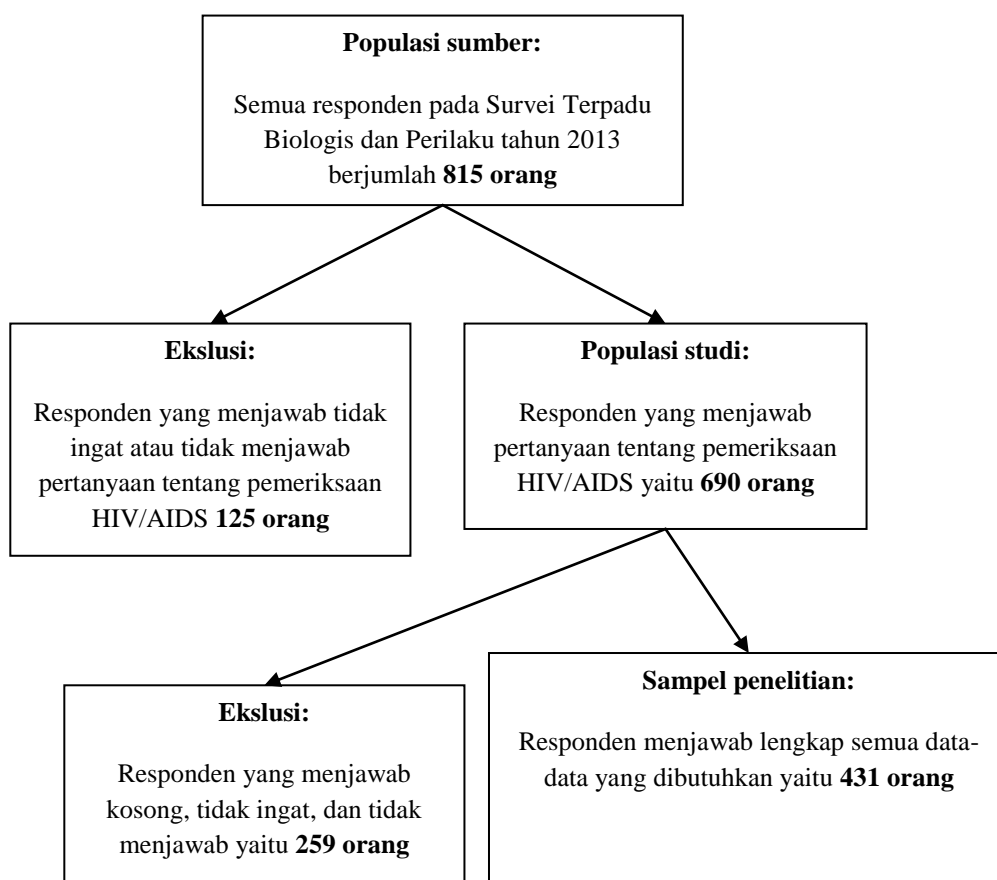
4.3. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua waria yang menjadi sampel pada STBP 2013 di 4 kota di Indonesia (Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar). Kriteria responden untuk waria adalah seorang yang secara biologis laki-laki, berumur 15 tahun atau lebih dan telah tinggal di kota

survei selama paling tidak satu bulan, serta dikenali oleh teman seprofesi, “mami”, atau para pekerja LSM sebagai seorang waria. Lalu dipilih daftar lokasi para waria, baik yang menjadi pekerja seks maupun yang bekerja di salon, yang dilengkapi dengan perkiraan banyaknya populasi waria dalam setiap lokasi, informasi orang kunci yang bisa dihubungi di setiap lokasi tersebut, baik nama maupun nomor telepon atau handphone, dan informasi tentang waktu kunjungan yang tepat untuk wawancara. Data waria tersebut diperoleh dari hasil inventarisasi dan penelusuran lapangan pada saat pendaftaran lokasi.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah semua waria yang menjadi responden. Sedangkan kriteria ekslusinya adalah data-data yang dibutuhkan tidak lengkap

Besar sampel ideal yang dibutuhkan dalam sebuah penelitian menggunakan SEM sebagai teknik analisis adalah 20:1 konstruk. Namun, besar sampel untuk analisis SEM dengan asumsi 10:1 juga masih dapat diterima (Kline, 2011). Pada penelitian ini terdapat 11 variabel teramati sehingga besar sampel minimal yang dibutuhkan agar analisis SEM dapat digunakan adalah $9 \times 10 = 90$ sampel. Kline (2011) juga menyatakan bahwa besar sampel yang biasanya digunakan pada penelitian yang menggunakan SEM adalah 200 sampel. Pada penelitian ini sampel yang akan digunakan adalah semua responden pada populasi Survei Terpadu Biologi dan Perilaku yang akan diambil berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang telah ditetapkan.



Gambar 4.1 Teknik Pemilihan Sampel

4.4. Jenis dan Sumber Data

Data yang digunakan pada penelitian ini adalah data sekunder yang diambil dari STBP pada waria di kota Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar tahun 2013. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara terarah menggunakan kuesioner. Instrumen kuesioner berisi pertanyaan-pertanyaan antara lain:

- a. Blok 1. Pengenalan Tempat
- b. Blok 2. Keterangan Pewawancara
- c. Blok 3. Karakteristik
- d. Blok 4. Pengetahuan tentang HIV/AIDS, Risiko dan Pencegahannya
- e. Blok 5. Kondom dan Pelicin
- f. Blok 6. Perilaku Seks
- g. Blok 7. Minuman Beralkohol dan Penggunaan Napza

- h. Blok 8. Perilaku Berisiko Lainnya
- i. Blok 9. Cakupan Program
- j. Blok 10. Catatan tentang proses wawancara

Pada penelitian ini data diperoleh melalui data sekunder dari Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) Waria tahun 2013. Data yang digunakan, yaitu data karakteristik responden, data pengetahuan tentang HIV/AIDS, risiko, dan pencegahannya, data mengenai perilaku seks, data mengenai minuman beralkohol dan penggunaan napza, dan cakupan program

4.5. Pengolahan Data

Dari data STBP 2013 yang telah dikumpulkan dan dientri dalam database, diperiksa dan dilakukan seleksi terhadap variabel, kelengkapan dan konsistensinya, lalu dilakukan pengkodean ulang sesuai dengan tujuan dari penelitian ini. Pengolahan data dilakukan dengan bantuan perangkat lunak, dengan memanfaatkan program komputer yang sesuai. Proses pengolahan data dimulai dengan (Hastono, 2007) :

a. *Editing*

Tahap ini merupakan kegiatan penyuntingan data yang telah terkumpul, yaitu memeriksa kelengkapan dan kebenaran isi kuesioner STBP Waria 2013, serta mempelajari struktur pada masing-masing variabel yang akan digunakan.

b. *Coding*

Merupakan kegiatan mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. *Coding* juga merupakan pemberian label dan pengkodean ulang (*recording*) sesuai dengan klasifikasi yang dikehendaki peneliti dan berguna untuk mempermudah saat analisis data.

c. *Processing*

Tahap untuk memproses data agar data yang sudah dimasukkan dapat dianalisis. Pada processing dapat dilakukan seleksi populasi studi. Populasi studi didapat setelah melakukan seleksi variabel sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini.

d. *Cleaning*

Pada tahap ini dilakukan pembersihan data, yaitu merupakan pengecekan kembali data yang dibutuhkan dalam penelitian. Bila terdapat *missing value*, maka data tersebut tidak diikutsertakan dalam analisis data.

4.6. Analisis Data

Variabel yang telah dipilih dan tersimpan dalam bentuk program *data base* untuk selanjutnya dianalisis dengan menggunakan perangkat lunak komputer dan dilakukan dalam beberapa tahap.

4.6.1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk memperoleh gambaran karakteristik dari masing-masing variabel penelitian (Hastono, 2007). Analisis ini akan mendeskripsikan variabel umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengetahuan komprehensif, risiko tertular, konsumsi alkohol/napza, peran petugas kesehatan, akses, dan lama pemeriksaan.

Analisis data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi kemudian diinterpretasikan. Sebelum dilakukan analisis univariat, peneliti akan melakukan uji normalitas data pada data kontinyu. Uji normalitas data digunakan untuk mengetahui apakah data yang dipakai berdistribusi normal atau tidak. Data kontinyu seperti variabel umur dan biaya menggunakan nilai mean dan standar deviasi jika data berdistribusi normal atau nilai median dan *range* jika data berdistribusi tidak normal. Data ordinal seperti tingkat pendidikan akan dilihat proporsi masing-masing kategorinya.

4.6.2. Analisis *Generalized Structural Equation Modelling* (SEM)

Generalized Structural Equation Modelling (SEM) digunakan untuk menguji dan memperkirakan hubungan kausalitas dengan menggunakan kombinasi dari data statistik dan asumsi kualitatif kausalitas (Pearl, 2000). Teknik GSEM mampu menjelaskan hubungan antara beberapa variabel. GSEM memeriksa struktur keterkaitan yang dinyatakan dalam serangkaian persamaan. Persamaan-persamaan tersebut menggambarkan seluruh hubungan di antara

konstruk-konstruk, baik variabel dependen dan juga variabel independen yang terlibat dalam analisis (Hair, et.al, 2006 dalam Timur 2011).

Wijanto (2008) menyatakan bahwa keunggulan GSEM dibandingkan regresi atau multivariat yang lain adalah penerapan prosedur GSEM secara sekaligus pada model hybrid/full GSEM, yakni kombinasi antara model pengukuran dan model struktural. Di dalam GSEM terdapat dua jenis variabel dan dua jenis model. Dua jenis variabel tersebut ialah: variabel laten dan variabel teramati. Variabel teramati adalah variabel yang dapat diamati atau dapat diukur secara empiris atau biasa disebut dengan indikator. Pada sebuah kuesioner, setiap pertanyaan mewakili sebuah variabel teramati. Sementara variabel laten ialah konstruksi abstrak yang tidak dapat diamati secara langsung. Variabel laten terbagi dua menjadi:

1. Variabel eksogen, yaitu variabel yang selalu muncul sebagai variabel bebas pada persamaan di dalam suatu model
2. Variabel endogen, yaitu variabel terikat dalam suatu model.

Di dalam GSEM terdapat dua jenis model, yaitu model struktural dan model pengukuran. Model struktural menggambarkan hubungan yang ada di antara variabel laten, sedangkan model pengukuran menggambarkan indikator-indikator sebagai efek atau refleksi dari variabel latennya. Tahapan dalam GSEM ialah:

1. Spesifikasi model (*model specification*)

Tahap ini berkaitan dengan pembentukan model awal persamaan struktural, sebelum dilakukan estimasi. Model awal ini diformulasikan berdasarkan suatu teori seperti terlihat pada gambar 3.1

2. Identifikasi Model

Setelah spesifikasi model, dilakukan identifikasi model. Pada tahap ini ditentukan apakah model *unidentified*, *just identified*, atau *over identified*. Analisis GSEM hanya bisa dilanjutkan jika model *over identified*. Syarat suatu model menjadi *over identified* adalah bila jumlah parameter lebih sedikit dari data point.

- a. Jumlah parameter > data point $\{k(k+1)/2\}$, k = jumlah variabel teramati \rightarrow *unidentified* \rightarrow parameter tidak dapat dihitung

- b. Jika jumlah parameter = data point $\{k(k+1)/2\}$, \rightarrow *just identified* \rightarrow model fit sempurna dengan data \rightarrow uji model fit tidak dapat dilakukan
- c. Jumlah parameter < data point $\{k(k+1)/2\}$ \rightarrow *over identified* \rightarrow model tidak fit sempurna \rightarrow dapat dilakukan uji model fitness

Adapun perhitungan parameter berdasarkan ketentuan berikut :

- a. Semua varians pada variabel independen adalah parameter (e)
- b. Semua kovarian antar variabel independen adalah parameter (kecuali dinyatakan tidak ada kovariasi)
- c. Semua faktor loading adalah parameter
- d. Semua koefisien regresi antara variabel terobservasi atau laten adalah parameter (λ, β, γ)
- e. Varians dari dan kovarian antara variabel dependen dan kovarian variabel dependen dengan variabel independen tidak pernah menjadi parameter
- f. Untuk tiap variabel laten, satuan ukuran harus ditetapkan, dengan cara membuat variansnya menjadi 1 atau salah satu factor loading menjadi 1

3. Estimasi Parameter

Tahap ini berkaitan dengan estimasi terhadap model untuk menghasilkan nilai-nilai parameter. Estimasi parameter yang ditampilkan bisa dalam bentuk unstandarized, standarized dan uji t. Pemilihan metode estimasi ditentukan berdasarkan karakteristik dari variabel-variabel yang dianalisis.

4. Respesifikasi

Ketika model yang terbentuk tidak fit dengan data, maka dilakukan respesifikasi untuk meningkatkan nilai index kecocokan. Namun apabila sejak model pertama, model sudah fit dengan data, maka tetap perlu dilakukan respesifikasi guna mendapatkan model yang lebih parsimoni dan lebih fit.

BAB 5

HASIL

5.1. Analisis Univariat

Proporsi Waria yang melakukan pemeriksaan HIV di kota Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar memiliki karakteristik yang berbeda-beda.

Tabel 5.1. Tabel Distribusi Frekuensi Waria (Analisis Data STBP 2013)

Variabel	n	%
Keputusan Pemeriksaan HIV		
Tidak	164	38,05
Ya	267	61,95
Umur		
< 19 tahun	23	5,34
20 - 24 tahun	87	20,19
25 – 29 tahun	105	24,36
30 – 34 tahun	88	20,42
35 – 39 taun	53	12,30
40 – 44 tahun	40	9,28
> 45 tahun	35	8,12
Tingkat Pendidikan		
< SD/ sederajat	44	10,21
SMP/ sederajat	94	21,81
SMU/ sederajat	258	59,86
Akademi/ Perguruan tinggi	35	8,12
Pekerjaan		
Tidak Beresiko	92	21,35
Berisiko	339	78,65
Persepsi Risiko tertular		
Tidak	111	25,75
Tidak Tahu	26	6,03
Ya	294	68,21
Pengetahuan tentang menggunakan kondom dapat mencegah penularan HIV		
Salah	62	14,39
Benar	369	85,61
Pengetahuan setia dengan satu pasangan seks		

Variabel	n	%
dapat mencegah penularan HIV		
Salah	91	21,11
Benar	340	78,89
Pengetahuan tentang menggunakan alat makan bersama tidak menularkan HIV		
Salah	139	32,25
Benar	292	67,75
Pengetahuan tentang gigitan nyamuk tidak menularkan HIV		
Salah	155	35,96
Benar	276	64,04
Pengetahuan tentang tidak bisa mengenali ODHA hanya dengan melihat saja		
Salah	138	32,02
Benar	293	67,98
Pengetahuan Komprehensif		
Tidak	298	69,14
Ya	133	30,86
Konsumsi Napza		
Tidak	336	77,96
Ya	95	22,04
Peran Petugas		
Tidak pernah	280	64,97
Pernah	151	35,03
Total	431	100

Berdasarkan tabel 5.1, responden yang melakukan pemeriksaan HIV sebanyak 267 orang (61,95 %). Responden terbanyak berada direntang usia 25-29 tahun sebanyak 105 orang (24,36%). Untuk tingkat pendidikan paling banyak memiliki tingkat pendidikan terakhir paling banyak SMU/ sederajat sebanyak 258 orang (59,86%). Responden yang memiliki pekerjaan yang berisiko sebanyak 339 orang (78,65%). Persepsi bahwa responden memiliki risiko tertular atau tidak paling banyak responden yang mengatakan bahwa memiliki risiko tertular sebanyak 294 orang.

Responden lebih banyak yang tidak memiliki pengetahuan komprehensif sebesar 69,14 %, dengan jawaban benar terbanyak pada pengetahuan tentang penggunaan kondom dapat mencegah penularan HIV.

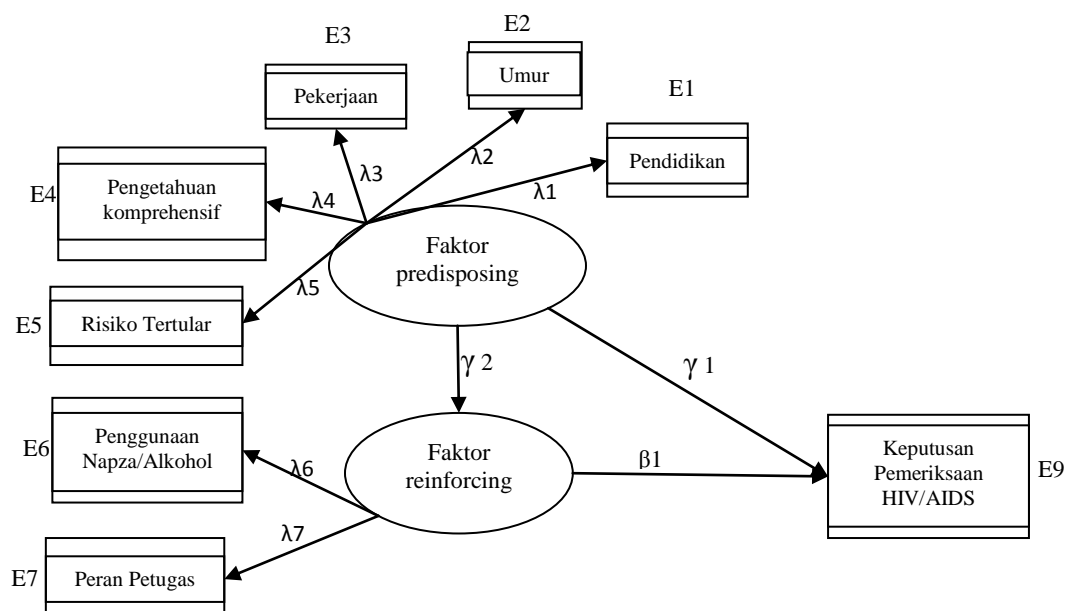
Responden yang tidak mengkonsumsi napza sebanyak 336 orang (77,96%) dan responden yang tidak pernah disarankan untuk melakukan pemeriksaan HIV sebanyak 280 orang (64,97%)

5.2. Analisis Generalized Structural Equation Modelling (GSEM)

Pada penelitian ini, terdapat tiga buah variabel laten, yang terdiri dari dua variabel endogen yaitu variabel faktor faktor reinforcing dan keputusan pemeriksaan HIV, serta satu variabel eksogen yaitu faktor predisposing. Variabel teramati pembentuk variabel laten secara keseluruhan berjumlah 8 variabel.

5.2.1. Spesifikasi Model awal

Model awal dibuat berdasarkan hasil analisis faktor terhadap kerangka konsep yang telah dibangun enurut kerangka konsep penelitian. Hasil analisis faktor akan meringkas konstruk (faktor) untuk setiap variabel laten. Adapun diagram sem untuk model awal dapat dilihat pada gambar 5.1 berikut ini:



Gambar 5.1 Model Awal Keputusan Pemeriksaan HIV/AIDS

5.2.2. Identifikasi Model

Pada SEM diperlukan kecukupan antara jumlah parameter yang akan diestimasi dengan jumlah data point yang ada (*over identified*). Identifikasi model digunakan untuk mengetahui apakah model *over identified*, *just identified* atau *under identified*. Jumlah parameter harus sama atau lebih sedikit dari data point. Parameter dihitung berdasarkan jumlah e , λ , β dan γ pada spesifikasi model awal di atas. Adapun keterangan dari notasi matematik tersebut adalah sebagai berikut :

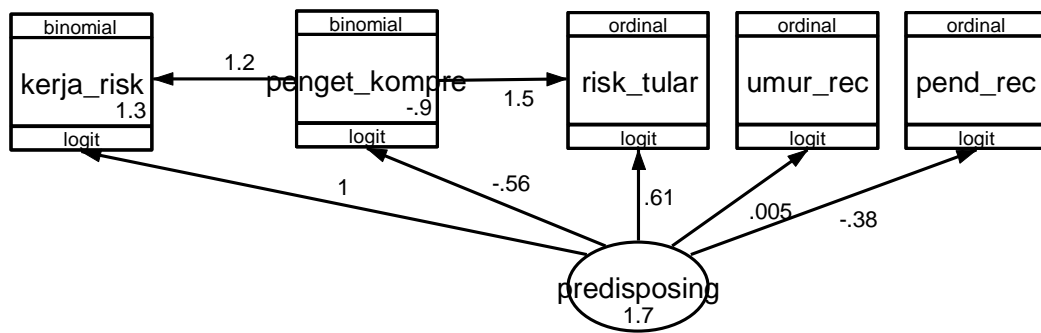
1. e = kesalahan pengukuran (varians) yang ditambahkan pada setiap variabel teramati
2. λ = muatan-muatan faktor atau factor loadings yang menghubungkan antara variabel laten endogen dan eksogen dengan variabel-variabel teramati
3. β = koefisien regresi antara variabel laten endogen dan variabel laten endogen
4. γ = koefisien regresi antara variabel laten eksogen dan variabel laten endogen

Data point adalah jumlah varians dan kovarians dari variabel (variabel teramati atau indikator).

Dengan 11 variabel teramati, maka:

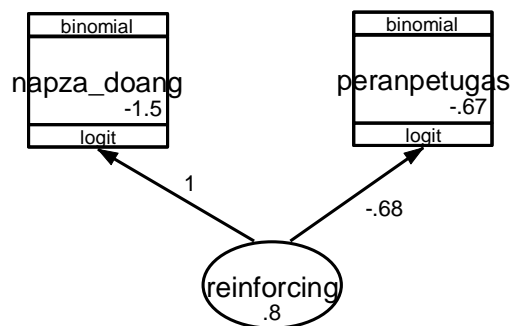
$$\begin{aligned}\text{Data Point} &= \{k(k+1)\}/2 \\ &= \{8(8+1)\}/2 = 36 \\ \text{Parameter} &= E + \lambda + \beta + \gamma \\ &= 8 + 7 + 1 + 2 = 18\end{aligned}$$

Dari hasil perhitungan diatas didapat jumlah parameter lebih sedikit dari data point, berarti model yang akan diuji termasuk katagori *over identified*. Setelah diketahui bahwa model yang akan diuji termasuk kategori *over identified*, maka tahap identifikasi selanjutnya adalah akan dilakukan *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) untuk menentukan apakah variabel teramati merupakan pembentuk variabel laten, prosesnya adalah sebagai berikut :



Gambar 5.2. CFA Laten Faktor predisposing

Gambar 5.2 menunjukkan bahwa variabel yang mempunyai pengaruh paling besar adalah variabel jenis pekerjaan (koef = 1). Kemudian loading factor pada masing-masing variabel juga cukup kuat yaitu $> 0,05$ yang artinya semua variabel teramati valid untuk membentuk variabel latennya.

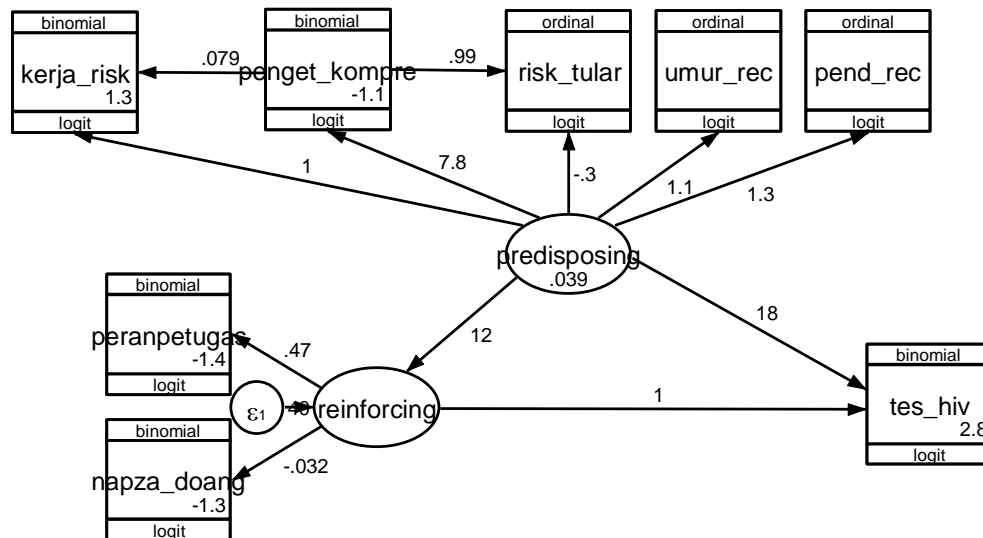


Gambar 5.3. CFA Laten Faktor reinforcing

Gambar 5.3 menunjukkan bahwa variabel yang mempunyai pengaruh paling besar terhadap faktor reinforcing adalah variabel penggunaan napza (koef = 1). Kemudian loading factor pada masing-masing variabel juga cukup kuat yaitu $> 0,05$ yang artinya semua variabel teramati valid untuk membentuk variabel latennya.

5.2.3. Estimasi Model Keseluruhan

Langkah berikutnya adalah memeriksa hasil estimasi. Estimasi parameter yang digunakan dalam analisis ini adalah maksimum likelihood. Berikut adalah model awal setelah dilakukan pengujian data:



Gambar 5.4. Estimasi Model Awal Keputusan Pemeriksaan HIV/AIDS

Gambar 5.5 menunjukkan bahwa variabel yang mempunyai pengaruh terbesar terhadap pemeriksaan HIV/AIDS adalah variabel predisposing (koefisien 2,7). Kemudian loading factor pada masing-masing variabel laten juga cukup kuat yaitu $> 0,05$ yang artinya semua variabel laten valid untuk membentuk variabel keputusan pemeriksaan HIV/AIDS. Meskipun telah dilakukan 50 iterasi, model ini belum konvergen, sehingga dilakukan respesifikasi model untuk tahap berikutnya, dengan melihat nilai kemaknaannya.

Tabel 5.2 Tabel nilai P dan 95 % Confidence Interval Variabel teramati

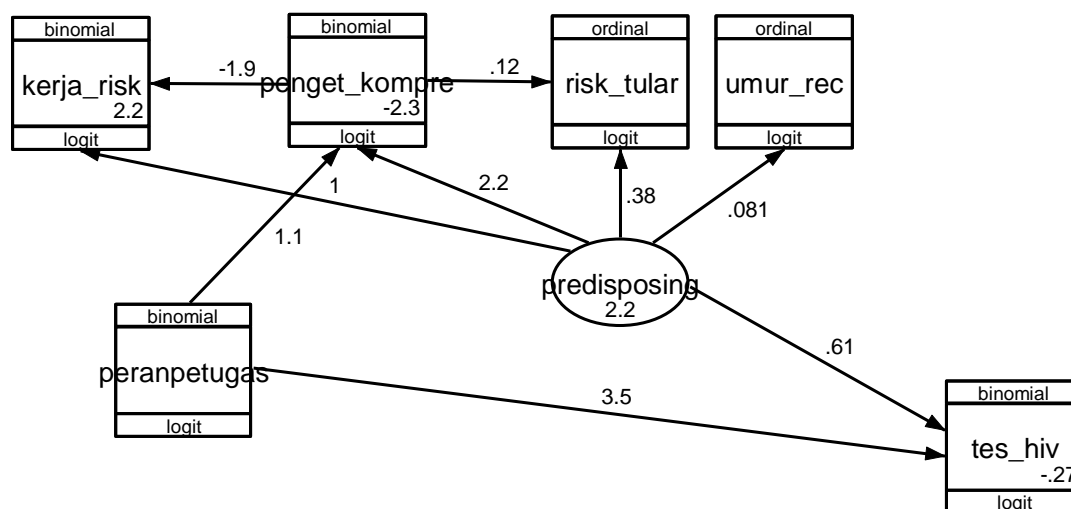
Variabel Teramati	Nilai P	95 % Conf. Interval
1. Tes HIV	0,037	1,109 ; 34,25
2. Pengetahuan Komprehensif	0,199	-4,07 ; 19,577
3. Persepsi Risiko Tertular	0,008	0,260 ; 1,721
4. Umur	0,000	-3,32 ; -2,476

5. Pendidikan	0,207	-0,706 ; 3,25
6. Penggunaan Napza	0,136	-0,074 ; 0,010
7. Peran petugas	0,000	0,250 ; 0,688

Dari tabel 5.2, dapat dilihat bahwa yang memiliki nilai P terbesar untuk faktor predisposing adalah pendidikan dan untuk faktor reinforcing adalah penggunaan napza, maka variabel pendidikan dikeluarkan dari model, dan ternyata masih belum fit, maka selanjutnya variabel penggunaan napza dikeluarkan dari model. Ternyata, setelah dilakukan iterasi sebanyak 50 kali, model masih belum fit, maka dilakukan dengan mencoba menghubungkan masing-masing variabel teramati.

5.2.4. Respesifikasi Model

Dikarenakan model nya tidak konvergen, maka model dilakukan respesifikasi model sebagai berikut:



Gambar 5.5 Model Akhir Keputusan Pemeriksaan HIV/AIDS

Dari gambar 5.5 yang merupakan hasil respesifikasi model menunjukkan bahwa variabel yang mempunyai pengaruh terbesar terhadap pemeriksaan HIV/AIDS adalah variabel teramati peran petugas (koefisien 3,5) dibandingkan dengan faktor predisposing dan penggunaan kondom. Kemudian loading factor pada masing-masing variabel juga cukup kuat yaitu $> 0,05$ yang artinya semua variabel laten valid untuk membentuk variabel keputusan pemeriksaan HIV/AIDS.

5.2.5. Model Persamaan Struktural

Model struktural yang diperoleh dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$\begin{aligned} &\text{Keputusan pemeriksaan HIV/AIDS} \\ &= 0,61 * \text{faktor predisposing} + 3,5 * \text{peran petugas} \end{aligned}$$

5.3. Analisis Variabel Umur

Tabel 5.3 Koefisien, Standar Error, P, dan 95% CI Variabel Umur

Variabel Umur	Koefisien	Std. Err.	P	95% Conf. Interval
20 - 24 tahun	-2,883	0,215	0,000	-3,304 ; -2,462
25 – 29 tahun	-1,074	0,111	0,000	-1,292 ; -0,857
30 – 34 tahun	-0,004	0,097	0,969	-0,193 ; 0,186
35 – 39 taun	0,867	0,106	0,000	0,660 ; 1,075
40 – 44 tahun	1,566	0,128	0,000	1,315 ; 1,816
> 45 tahun	2,435	0,177	0,000	2,088 ; 2,781

Berdasarkan tabel 5.3 dapat dilihat bahwa semakin tinggi usia seseorang, koefisien semakin meningkat hal ini menunjukkan dengan bertambahnya usia seseorang, maka kesadaran waria dalam memutuskan pemeriksaan HIV/AIDS mengalami peningkatan sekitar dua kali.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Penulis menyadari bahwa terdapat keterbatasan dalam penelitian ini yang dapat mempengaruhi hasil penelitian. Penggunaan data sekunder dalam suatu penelitian menyebabkan penulis tidak dapat mengontrol kualitas data dalam hal pengumpulan data, sehingga peneliti perlu menyesuaikan penelitiannya berdasarkan data yang ada agar hasil yang diperoleh dapat mendekati kenyataan yang ada di lapangan. Ada data yang dibutuhkan oleh penulis, tetapi tidak ada di pertanyaan kuesioner STBP 2013, seperti ketika membutuhkan data mengenai fasilitas kesehatan dan akses, tetapi hilang karena ketika responden menjawab tidak untuk pertanyaan pemeriksaan HIV/AIDS, maka pertanyaan tersebut tidak ditanyakan.

Penelitian ini menggunakan analisis GSEM, dimana akhirnya hubungan antara variabel ditentukan oleh penulis dan belum banyak dilakukan oleh orang lain. Pada analisis GSEM, penulis dapat menspesifikasikan model dengan indikator-indikator yang dianggap dapat menggambarkan variabel yang dapat dan tidak dapat diukur langsung. Oleh karena itu, tingkat subjektivitas yang tinggi sangat mempengaruhi hasil penelitian. Keterbatasan alat pengolahan data ini dan ketersediaan data yang ada menyebabkan kerangka konsep penelitian ini terbatas pada variabel yang tersedia di dalam data sekunder yang bersangkutan dan kemungkinan masih banyak variabel lain yang belum diamati namun mempengaruhi keputusan pemeriksaan HIV/AIDS.

6.2. Keterbatasan Data STBP

Data STBP memiliki keterbatasan, diantaranya bias informasi, yang dapat terjadi karena petugas lapangan (pewawancara dan LSM) dan responden. Bias informasi pada petugas lapangan bisa disebabkan oleh karena subjektivitas petugas. Hal ini dikarenakan kelompok waria merupakan kelompok yang beresiko tertular HIV masih sulit untuk dijangkau. Orang-orang yang dapat berinteraksi dengan mereka dengan lebih baik hanyalah orang-orang tertentu yang telah

dipercayai seperti LSM, sehingga pewawancara biasanya bekerjasama dengan LSM untuk lebih berinteraksi dengan baik sehingga informasi yang didapatkan dapat dijawab dengan lebih jujur.

Pengumpulan data STBP 2013 tentang waria yang digunakan dalam tulisan ini menggunakan desain studi potong lintang (*cross-sectional*). Desain ini mempunyai keterbatasan yaitu hanya dapat memberikan gambaran kejadian pada saat pengambilan data saja dan tidak dapat menunjukkan kejadian yang lalu hingga saat ini. Selain itu, desain studi ini hanya menyebabkan hasil penelitian hanya dapat memperlihatkan adanya hubungan atau keterkaitan antara variabel eksogen/variabel endogen dengan variabel eksogen/variabel endogen, sehingga tidak dapat menunjukkan adanya hubungan kausal.

Jawaban dari beberapa variabel yang ada memiliki potensi bias ingatan (*recall bias*), karena adanya beberapa pertanyaan yang menanyakan kondisi masa lalu dan juga terkait tentang penggalian informasi yang sensitif dan bersifat pribadi berkaitan dengan pertanyaan yang sensitif.

Hal lain yang sangat disayangkan yaitu terdapat beberapa pertanyaan pada kuesioner STBP yang dapat mendukung penelitian ini, akan tetapi tidak ditanyakan kepada seluruh responden, sehingga pertanyaan tersebut tidak dapat digunakan pada penelitian ini. Selain itu, banyak pertanyaan yang *missing*, tidak tahu, dan tidak menjawab, sehingga sangat banyak data yang harus dieksklusi dari sampel penelitian yang akan dianalisis.

Karena hal-hal tersebut diatas, maka hasil penelitian ini tidak dapat digunakan untuk membuat kesimpulan umum di luar populasi sasaran karena sampel yang digunakan pada penelitian ini hanya difokuskan pada waria di 4 kota (Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar) sehingga hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisir secara luas kepada semua populasi waria.

6.3. Determinan Keputusan Pemeriksaan HIV/AIDS

Penelitian ini tentang faktor predisposing yang terdiri dari karakteristik, pengetahuan dan persepsi responden berhubungan dengan keputusan pemeriksaan HIV/AIDS. Dalam penelitian ini faktor predisposing memberi pengaruh terhadap keputusan pemeriksaan HIV/AIDS dengan koef path=0,61. Hal tersebut juga sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wahyuddin tahun 2010 menunjukkan bahwa faktor-faktor dalam diri yang mempengaruhi keputusan waria dalam melakukan tes HIV/AIDS adalah karakteristik responden dan pengalaman waria itu sendiri.

Sebanyak 164 orang (38,05 %) tidak melakukan pemeriksaan HIV. Semakin tinggi usia seseorang, pengalaman yang didapat akan semakin banyak. Dalam penelitian ini didapatkan bahwa semakin tinggi usia waria tersebut maka kesadaran untuk melakukan tes HIV meningkat sekitar dua kali lipat untuk setiap kelompok umur. Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh I Gusti Ayu Ary (2014) bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan perilaku pemeriksaan VCT.

Tingkat Pendidikan paling banyak SMU/ sederajat sebanyak 258 (59,86%). Meskipun tingkat pendidikan sudah cukup baik, namun tingkat pengetahuannya masih cukup kurang yaitu sebanyak 298 orang (69,14 %) tidak memiliki pengetahuan yang komprehensif.

Pengetahuan tentang penggunaan kondom dan setia dengan satu pasangan dapat mencegah penularan HIV cukup baik yaitu sebanyak 369 orang (85,61%) mengetahui bahwa penggunaan kondom dapat mencegah penularan HIV dan sebanyak 340 orang (78,89 %) mengetahui bahwa setia dengan satu pasangan seks dapat mencegah penularan HIV, meskipun begitu tetapi masih banyak waria yang memilih pekerjaan yang beresiko yaitu sebanyak 339 orang (78,65 %). Waria juga mengetahui bahwa mereka memiliki persepsi bahwa mereka merasa dirinya tertular. Sebanyak 294 orang (68,21 %) merasa dirinya beresiko tertular, meskipun begitu banyak waria yang tidak mempunyai pilihan lain sehingga 339 orang (78,65 %) memilih pekerjaan yang berisiko.

Waria termasuk kelompok yang tidak menggunakan narkoba. Hal ini dapat dilihat bahwa sebanyak 336 orang (77,96 %) tidak mengkonsumsi napza. Ini merupakan hal yang positif dari waria.

Pengetahuan yang diuji disini adalah pengetahuan komprehensif yang terdiri dari menggunakan kondom dapat mencegah penularan HIV, setia dengan satu pasangan seks dapat mencegah penularan HIV, menggunakan alat makan bersama tidak menularkan HIV, gigitan nyamuk tidak menularkan HIV, dan tidak bisa mengenali ODHA hanya dengan melihat saja. Dalam membentuk keputusan di model akhir, pengetahuan memiliki koefisien yang paling tinggi (koef path=2,2) dalam membentuk variabel laten, dalam hal ini faktor predisposing. Karena itu pengetahuan memiliki peranan yang sangat penting dalam keputusan pemeriksaan HIV/AIDS.

Dalam penelitian ini, pada model akhir, variabel teramati pengetahuan, memberikan pengaruh terhadap pekerjaan waria apakah berisiko atau tidak (koef path=-1,9) serta persepsi atau keyakinan responden apakah dirinya merasa tertular atau tidak (koef path=0.12). Koefisien path pengetahuan terhadap pekerjaan berisiko ini memiliki nilai yang negatif, berarti bahwa semakin tinggi pengetahuan seseorang, maka keputusan semakin kecil memutuskan untuk melakukan pekerjaan yang berisiko. Sedangkan koefisien path pengetahuan terhadap persepsi responden memiliki nilai yang positif, hal ini berarti bahwa semakin tinggi pengetahuan waria, maka persepsi waria bahwa pekerjaannya memiliki risiko semakin baik.

Kalau kita lihat, peran petugas berpengaruh terhadap pengetahuan komprehensif waria (koef path=1,1), hal ini berarti semakin besar peran petugas tersebut, maka semakin tinggi juga pengetahuan waria. Peran petugas juga secara langsung berpengaruh yang cukup besar terhadap keputusan pemeriksaan HIV/AIDS (koef path=3,5), hal ini berarti semakin tinggi peran petugas terhadap waria, maka semakin tinggi juga tingkat kesadaran waria untuk melakukan pemeriksaan HIV/AIDS. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh yang mengungkapkan bahwa dukungan kelompok sebaya yang dirasakan cukup efektif dalam mempengaruhi perilaku waria dalam pencarian pengobatan

dan juga penelitian yang dilakukan oleh Ayu Indriani L (2012) bahwa Klien VCT yang datang ke klinik VCT sebagian besar atas rujukan dokter.

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang penting dan karena peran petugas disini memberikan pengaruh yang positif terhadap pengetahuan waria itu sendiri, maka sebaiknya dinas kesehatan atau LSM sering memberikan penyuluhan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada waria yang juga sebagai salah satu program mendeteksi dini yang seharusnya diberikan secara tepat, kreatif, dan menarik, baik dari sisi materi maupun dari sisi metode penyampaian, dan berkelanjutan. Penyuluhan mengenai HIV/AIDS pada waria perlu dilakukan secara intensif dan tepat sasaran, sehingga waria dapat segera menyadari bahwa perilakunya merupakan perilaku yang berisiko. Penyuluhan sebaiknya juga dilakukan secara berkala, karena penyuluhan yang berkala, dapat memberikan dampak positif terhadap perubahan perilaku individu itu sendiri.

Program-program yang baik juga diperlukan guna meningkatkan kesadaran waria dalam melakukan pemeriksaan HIV/AIDS. Karena itu sebaiknya Dinas Kesehatan atau instansi terkait mengadakan pembinaan dan pelatihan terhadap tenaga kesehatan yang bertugas di lapangan maupun petugas lapangan yang lain, sehingga tenaga kesehatan dan petugas lapangan mempunyai kemampuan yang lebih baik dalam memberikan pengaruh yang positif kepada waria.

Berdasarkan hasil penelitian ini, peran petugas memiliki koefisien yang cukup tinggi, sehingga petugas sebaiknya dapat memberikan penyuluhan dan pendekatan kepada waria. Tetapi pada kenyataannya, meskipun waria telah mengerti penjelasan petugas, namun masih banyak perilaku waria yang menyimpang oleh karena mereka nurut kepada atasannya, dalam hal ini mucikari (atau dikenal dengan sebutan “mami”), karena itu sebaiknya petugas juga memberikan penyuluhan dan pendekatan kepada mucikari atau “mami” sehingga para mucikari atau “mami” tersebut dapat memberikan dampak yang positif kepada waria tersebut.

Peran dari petugas memiliki peran yang sangat penting, maka penulis menyarankan agar diadakan penjangkauan pelayanan kesehatan seperti tes HIV dan konseling yang lebih luas terhadap waria dengan teknik *snowball* (jemput bola) yaitu dengan mendatangi mereka ke tempat mereka biasa berkumpul

bersama kelompoknya karena waria juga merupakan kelompok yang agak sulit untuk dijangkau atau dengan mengintegrasikan kedua layanan tersebut di puskesmas atau klinik swasta. Dengan demikian, waria yang tertutup banyak pula yang terjangkau oleh program tersebut. Layanan Pemeriksaan HIV/AIDS yang sudah ada juga harus memberikan dukungan medis kepada waria sehingga dapat terus berjalan dan menjangkau semua waria.

Kenyamanan dan kepuasan dari waria juga harus diperhatikan, sehingga waria merasa nyaman dalam melakukan pemeriksaan, karena itu disarankan agar pihak terkait dapat juga membuat tempat pelayanan kesehatan yang terjangkau agar waria selalu mendapatkan pelayanan yang baik sehingga dapat selalu memeriksakan kondisi kesehatannya tanpa merasa terasingkan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Nur Hidayat, et al mengatakannya sikap baik petugas membuat waria merasa nyaman menerima layanan dan memotivasi mereka untuk tetap menggunakan layanan yang tersedia.

Waria memang dianggap sebagai kelompok masyarakat yang mempunyai perilaku yang tidak seperti manusia normal, tetapi mereka punya hak untuk diperlakukan sebagai manusia normal dan punya hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik seperti masyarakat lainnya. Karena itu sudah sebaiknya pemerintah memfasilitasi hak waria tersebut sehingga waria bisa mendapatkan hak yang lebih baik.

BAB VII

KESIMPULAN

7.1. Kesimpulan

Hasil penelitian yang telah dilakukan pada 202 responden waria di Palembang, Pontianak, Samarinda, dan Makasar tahun 2013 dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebanyak 61,95 % responden pernah melakukan pemeriksaan HIV/AIDS.
2. Variabel pengetahuan memiliki pengaruh yang paling besar dalam membentuk variabel laten predisposing (koef path=2,2)
3. Faktor predisposing mempengaruhi keputusan pemeriksaan HIV/AIDS dengan koef path=0,61
4. Faktor reinforcing, dalam hal ini peran petugas dapat secara langsung mempengaruhi pengambilan keputusan melakukan pemeriksaan HIV/AIDS (koef path = 3,5).

7.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka penulis berpendapat bahwa masih diperlukan program-program guna meningkatkan kesadaran waria dalam melakukan pemeriksaan HIV/AIDS.

a. Bagi Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan

1. Layanan Pemeriksaan HIV/AIDS yang sudah ada harus memberikan dukungan medis kepada waria sehingga dapat terus berjalan dan menjangkau semua waria.
2. Kebijakan pelayanan kesehatan untuk kelompok berisiko seperti waria, sebaiknya bersifat inklusif, sesuai dengan kode etik medis dan kesehatan. Pelayanan yang inklusif memiliki arti pelayanan yang sama untuk semua populasi baik populasi umum maupun populasi berisiko
3. Kementerian Kesehatan perlu meningkatkan kualitas data survei STBP 2013 khususnya mengenai penularan HIV/AIDS di kalangan waria, seperti dalam hal teknik pengambilan sampel dan alat ukur, sehingga dapat menjangkau seluruh waria dan didapatkan informasi yang lebih baik.

Dengan demikian, data tersebut dapat digunakan dalam penelitian-penelitian berikutnya dan untuk melakukan analisis lanjutan.

b. Bagi Dinas Kesehatan

1. Perlu adanya penjangkauan pelayanan kesehatan seperti tes HIV dan konseling yang lebih luas terhadap waria dengan teknik *snowball* (jempuit bola) yaitu dengan mendatangi mereka ke tempat mereka biasa berkumpul bersama kelompoknya karena waria juga merupakan kelompok yang agak sulit untuk dijangkau atau dengan mengintegrasikan kedua layanan tersebut di puskesmas atau klinik swasta. Dengan demikian, waria yang tertutup banyak pula yang terjangkau oleh program tersebut
2. Pemberian informasi mengenai program pemeriksaan HIV/AIDS sebagai salah satu program mendeteksi dini sebaiknya diberikan secara tepat, kreatif, dan menarik, baik dari sisi materi maupun dari sisi metode penyampaian, dan berkelanjutan
3. Penyuluhan mengenai HIV/AIDS kepada waria perlu dilakukan secara intensif dan tepat sasaran sehingga waria menyadari bahwa perilakunya merupakan perilaku yang beresiko.
4. Diadakan pembinaan dan pelatihan terhadap tenaga kesehatan dan petugas lapangan secara berkala, sehingga tenaga kesehatan dan petugas lapangan mampu menyebarkan informasi mengenai adanya pelayanan pemeriksaan HIV/AIDS.

c. Bagi bidang penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan karena dalam penelitian ini menggunakan data sekunder dengan desain studi potong lintang (*cross sectional*). Untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat dan lebih memperlihatkan model keputusan pemeriksaan HIV/AIDS diperlukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan data primer dan dengan menggunakan desain studi yang lebih tepat, misalkan dengan kasus kontrol. Perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan pemeriksaan HIV/AIDS sehingga dapat diketahui lebih baik dan lebih detail mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan pemeriksaan HIV/AIDS.

DAFTAR PUSTAKA

- Afp. A transexual law graduate earns another victory against prejudice. <http://www.ucanews.com/news/a-transexual-law-graduate-earns-another-victory-against-prejudice/67453> (25 Maret 2015)
- Agustina, Selvy. “ Hubungan Asal Inisiatif dan Ketersediaan Tes HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) pada Orang Berisiko Tinggi Terinfeksi HIV di Surakarta”. Skripsi: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret, 2010
- Amarullah. Ratusan Waria di Cimahi Mengidap HIV/AIDS, Viva News, 2010. http://nasional.news.viva.co.id/news/read/119670-110_waria_di_cimahi_mengidap_hiv_aids (22 Mei 2015)
- Antara, Niam M. (2014) Ikuti Jejak Surabaya, Malang Tutup Lokalisasi. Malang: NU Online.Sabtu, 06 September 2014
- Anggraini, I GAA. “Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pemeriksaan VCT pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas II Melaya Kabupaten Jebrana Provinsi Bali.
- Arbour Louise, Panduan Perlindungan untuk Pembela LGBTI. Jakarta: Arus Pelangi, 2010, hal 15 - 17
- Ariawan, Iwan. 1998. *Besar Dan Metode Sampel Pada Penelitian Kesehatan*. Depok: FKM UI.
- Ariyanto, Triawan R. 2008. Jadi, kau tak merasa bersalah!? Studi kasus Diskriminasi dan kekerasan terhadap LGBTI, Jakarta: Citra Grafika
- Ariyanto, Triawan R. Hak Kerja Waria Tanggung Jawab Negara, Jakarta : Arus Pelangi, 2012
- Awang, Riesparia Magi. “Perilaku Waria dalam Mencari Pengobatan Infeksi Menular Seksual (IMS) di Jakarta Timur tahun 2002”. Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2002
- Badan Pusat Statistik. 2009. *Survei Surveilans Perilaku 2009 Pedoman Pelaksanaan Lapangan Kelompok Gay, Waria, dan Penasun*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.(25 Maret 2015)
- Bsp. 2013. Jumlah Waria di Indonesia Diklaim 7 Juta Orang. <http://edisinews.com/berita-jumlah-waria-di-indonesia-diklaim-7-juta-orang.html>
- Budimulja Unandar. Daili S.F. *Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan Aquired Immune Defficiency Syndrome (AIDS)* dalam Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin hal 427-432. Jakarta: FKUI 2007
- Daili SF., Tinjauan Penyakit Menular Seksual (PMS) dalam Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin hal 363-368. Jakarta: FKUI 2007

- Departemen Kesehatan RI. *AIDS dan Penanggulangannya*. Jakarta: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Departemen Kesehatan RI, 1997.
- _____ dan Kesejahteraan Sosial. *Kajian dan Masalah HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987-2000 (Juli)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI dan Kesejahteraan Sosial, 2000.
- _____ dan Ditjen PPM & PPL. *Pedoman Program Pencegahan dan Pemberantasan IMS termasuk AIDS di Indonesia (1995)*
- Dermatoto, Argyo, 2010. Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Seksual Laki-Laki Yang Berhubungan Seks Dengan Laki-Laki (LSL) Dalam Kaitannya Dengan HIV dan AIDS. <http://argyo.staff.uns.ac.id/2012/12/15/pengetahuan-sikap-dan-perilaku-seksual-laki-laki-yang-berhubungan-seks-dengan-laki-laki-lsl-dalam-kaitannya-dengan-hiv-dan-aids/>
- Durman, Edyana. *Diagnosis Serologis Infeksi Human Immunodeficiency Virus*, Majalah Kedokteran FK UKI 2012 Vol XXVIII No.3.
- Dzulkamain, Iskandar. "Perilaku Homoseksual di Pesantren". Tesis, Program Studi Ilmu-ilmu Sosial, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 2006
- Esti, Prima Kartika. "Peran Perilaku Seks pada Kelompok Lelaki Berisiko Tinggi dengan Kejadian Infeksi HIV: Perbedaan Risiko berdasarkan Keberadaan Penyakit Sifilis pada 12 Kabupaten/Kota di Indonesia (Análisis Data Survei Terpadu Biologis dan Perilaku 2011)". Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, 2013.
- Eva. Di Banjar, Waria dan Pasangannya Lakukan Tes HIV. *Harapan Rakyat*, 2014. <http://www.harapanrakyat.com/2014/11/di-banjar-waria-dan-pasangannya-lakukan-tes-hiv/> (22 Mei 2015)
- Fachlaeli, Evi. "Hubungan Konsistensi Penggunaan Kondom Satu Bulan Terakhir dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS) pada Wanita Penjaja Seks Langsung (WPSL) di Kabupaten Bekasi dan Kota Bandung Provinsi Jawa Barat tahun 2011 (Analisis Data Sekunder Survei Terpadu Biologis dan Perilaku 2011)". Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2012
- Fadli, Khalikul. "Faktor-faktor yang berhubungan dengan Konsistensi Perilaku Pemakaian Kondom pada Seks Anal Kelompok Gay di Surabaya (Análisis Data Survei Surveilans Perilaku 2004-2005)". Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, 2008.
- Fadhali Andi, Amiruddin Ridwan, Ansar Jumriani. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Pencegahan HIV dan AIDS di Kalangan Pramusaji Kafe di Tanjung Bira Kabupaten Bulukumba*. Bagian Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. 2012
- Francis, Nangoi Priscilla. *Peranan Orang Tua terhadap Proses Pembentukan Indetitas Jender pada Waria*. Tesis: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, 2006
- Fir, cw3. *Dari 7 waria, 1 kena HIV/AIDS*. Jawa Pos, Radar Malang, 2013. <http://radarmalang.co.id/dari-7-waria-1-kena-hiv-aids-301.htm> (22 Mei 2015)

- GARPR. 2014. Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. Geneva: UNAIDS
- Gayatri, Ratih Vitra. "Perilaku Waria dalam Pencarian Pengobatan Infeksi Menular Seksual (Studi Kualitatif di Gelanggang Olahraga Remaja Kota Bekasi tahun 2008)" Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2008
- Gray, Victor. C. *MSM in DC: A Life Long Commitment to Stay HIV Free*. Columbia: Government of the District of Columbia Department of Health HIV/AIDS, Hepatitis, STD, & TB Administration. 2013
- Green LW., Kreuter MW. *Health Program Planning. An Educational; and Ecological Approach. Fourth Edition*. New York: Mc-Graw-Hill: 2005
- _____. *Health Promotion Planning An Education and Environmental Approach. Second Edition*. New York: Mc-Graw-Hill: 2000
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate Data Analysis (7ed)*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Hakim, Lukman., *Epidemiologi Infeksi Menular Seksual dalam Infeksi Menular Seksual Edisi ketiga*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Indonesia: 2007
- Hartanti, Asih. "Faktor-faktor yang berhubungan dengan Infeksi Sifilis pada Populasi Transgender Waria di 5 kota Besar di Indonesia (Analisis Data STBP Kementerian Kesehatan tahun 2011). Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2012
- Hartanto, H. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan, 2004.
- Hastono, Sutanto Priyo. *Modul Analisis Data Kesehatan*. Depok: FKM UI, 2007.
- Heniwati, Sry. "Determinan Perilaku Waria dalam Menawarkan Penggunaan Kondom kepada Pasangan Seks di 5 kota Besar di Indonesia (Analisis Data STBP Kementerian Kesehatan 2011) Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2013
- Hidaya Nur, Ngatimin M.R., Rachman W.A., *Interaksi Sosial Waria terhadap Pelayanan Kesehatan di Kota Makassar*. Departemen PKIP Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
- Humas. Waria, populasi kunci terjangkit HIV/AIDS risiko tinggi, UMY, 2010. <http://www.umi.ac.id/waria-populasi-kunci-terjangkit-hivaidis-risiko-tinggi.html> (22 Mei 2015)
- Hutapea-R. *AIDS&PMS Dan Prostitusi*. Jakarta: Rineka Cipta, 2005.
- Indriyani L. Ayu. "Gambaran dan Faktor yang berhubungan dengan partisipasi VCT pada warga binaan pemasyarakatan di Rumah Tahanan Negara Kelas IIA Pondok Bambu tahun 2012. Skripsi: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, 2012.
- Jin, M., Yang, Z., Dong, Z., & Han, J. 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.

JSA. 2012 Jakarta Stop Aids. Perlukah Melakukan Tes HIV/AIDS?. <https://jakartastopaid.wordpress.com/2012/10/22/perlukah-melakukan-tes-hivaid/> (30 Mei 2015)

Kementerian Kesehatan RI. *STBP 2011: Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011.

_____. *Buku Manual Aplikasi Sistem Informasi HIV-AIDS dan IMS*. Jakarta: Ditjen PP & PL, 2013.

_____. *Estimasi Jumlah Populasi Kunci Terdampak HIV Tahun 2012*. Jakarta: Ditjen PP & PL, 2014

_____. *Laporan Situasi Perkembangan HIV&AIDS di Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Ditjen PP & PL, 2014.

_____. *Modul Pelatihan Intervensi Perubahan Perilaku Tahun 2009*. Jakarta: Ditjen PP & PL, 2010.

_____. *Pedoman Nasional Tes dan Konseling HIV dan AIDS*. Jakarta: World Health Organization/Ikatan Dokter Anak Indonesia 2014.

_____. *Panduan Penanggulangan AIDS*. Jakarta: Ditjen PP&PL. 2011.

_____. *Pedoman Penerapan Terapi HIV pada Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013.

_____. *Pedoman Umum STBP MARS 2013 TOT*. Jakarta: Ditjen PP & PL, 2013.

_____. *Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada orang dewasa*. Jakarta: Ditjen PP&PL. 2011.

_____. *Pedoman Nasional Manajemen Program HIV dan AIDS*. Jakarta: Ditjen PP&PL. 2012.

_____. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV*. Jakarta: Kemnterian Kesehatan, 2014.

_____. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS*. Jakarta: Kemnterian Kesehatan, 2013.

_____. *Perkembangan Pengendalian HIV-AIDS di Indonesia. Lembar Fakta HIV 2014*. Jakarta: Ditjen PP & PL, 2014.

STBP 2011. Jakarta: Ditjen PP & PL, 2011.

_____. *STBP Pada Kelompok Berisiko Tahun 2013*. Jakarta: Ditjen PP & PL, 2013.

Komisi Nasional Indonesia untuk UNESCO. *Pendidikan Pencegahan HIV*. Jakarta: Kementerian Pendidikan Nasional Republik Indonesia, 2009

- Khan, A & Hyder, AA. HIV/AIDS Among Men Who Sex With Men In Pakistan. Sexual Health Exchange No. 2, 1998.
- Kirvem Shaun, Eguren Luis Enrique, Caraj Marie. Panduan Perlindungan untuk Pembela LGBTI. Protection International dan Perkumpulan Arus Pelangi, Indonesia 2010
- Kline, Rex B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Third addition. New York : The Guilford Press.* Page 12-13.
- KPAN. *Situasi HIV & AIDS di Indonesia. Jakarta: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2009.*
- _____. *Strategi Dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010 – 2014. Jakarta: KPAN, 2010*
- Lavigne Luciana, Mempromosikan denaturalisasi Pemikiran Biner dalam Panduan Perlindungan untuk Pembela LGBTI. Jakarta: Arus Pelangi, 2010 hal 11 – 14
- Lestari K R., Eks-PSK Waria Katolik tangani isu intoleransi. <http://indonesia.ucanews.com/2013/12/16/eks-psk-waria-katolik-tangani-isu-intoleransi/> (25 Maret 2015)
- Morineau, G., Nugrahini, N., Riono, P., Nurhayati, Girault, P., & Magnani, R. 2011. Sexual Risk Taking, STI and HIV Prevalence Among Men Who Have Sex with Men in Six Indonesian Cities. *AIDS Behav*, 1033-1044.
- Mulyanti, Sri. :Faktor-faktor yang berkontribusi pada perilaku Ibu Hamil Trimester 2 dan 3 dalam Pemeriksaan HIV di empat Puskesmas Kota Pontianak tahun 2012. Skripsi: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2012
- Murtiastutik, Dwi. Buku Ajar Infeksi Menular Seksual. Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo Surabaya. Airlangga University Press: Surabaya, 2008
- Nai. Dirjen P2PL Ingatkan Penderita IMS agar Lebih Waspada HIV/AIDS. Jakarta: Analisa Daily, 29 Agustus 2009. <http://aids-ina.org/modules.php?name=News&file=print&sid=1712> (20 Maret 2015)
- Nandipinta. “Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan pada Pria/Klien yang Menderita Penyakit Menular Seksual yang Berkunjung ke Lokalisasi/Tempat Prostitusi di Kabupaten Indramayu tahun 2000”. Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2000
- NN, Hidup sebagai LGBT di Asia: Laporan Nasional Indonesia, USAID, UNDP (2012)
- NN. Jumlah Waria di Indonesia diklaom 7 juta orang, <http://edisinews.com/berita-jumlah-waria-di-indonesia-diklaim-7-juta-orang.html#ixzz3UewrnnbJ> (20 Maret 2015)
- Notoadmodjo, Soekidjo. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta, 2003.*
- _____. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta, 2007.*

- _____. *Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta, 2010
- Nugroho Agung. *Pedoman Praktis Diagnosis dan Penatalaksanaan HIV/AIDS pada keadaan Sumber Daya Terbatas*. Manado: Divisi Penyakit Tropik dan Infeksi SMF Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Samratulangi / RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou :
- Organisasi Perburuhan Internasional/Organisasi Kesehatan Dunia (ILO/WHO). *Pedoman Bersama ILO/WHO tentang*.
- Pawiro, Suliyani Suwardi. “Hubungan Jumlah Pasangan Seks Anal dengan Kejadian Proktitis Gonore dan/atau Proktitis Klamidia pada Lelaki Seks Lelaki di Jakarta, Bandung, dan Surabaya (Analisis Data Sekunder Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku Tahun 2011)”. Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia, Depok, 2013.
- Pratidina, Suksmagita. “Proporsi Indeks Chlamydia Trachomatis Orofaring dan Rektum pada Waria dengan Metode Polymerase Chain Reaction”. Tesis: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2006
- Primasari, Retri, Fajar, Nur Alam, Misnaniarti (2010). Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perilaku Seksual Berisiko Terinfeksi PMS di Kalangan Waria Binaan PKBI Sumatera Selatan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*. 1 (03). Pp 194-200. ISSN 20866380
- Purwarini, Yulia. “Hubungan Pencarian Pengobatan Infeksi Menular Seksual dengan Penggunaan Kondom pada Pekerja Seks Komersial Waria di Beberapa Kota di P. Jawa. Analisis Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku tahun 2007”. Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2010
- Pusat Data dan Informasi (Pusdatin). *Situasi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987-2006*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan RI, 2007.
- Rabudiarti Ratna. “Perilaku seks waria dalam upaya pencegahan HIV/AIDS di kota Pontianak, Kalimantan Barat tahun 2007.
- Rahmayani V., Hanif AM, Sastri S. Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan Pencegahan Penularan HIV-Aids pada Waria di Kota Padang Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Andalas*: 2014
- Regita, Yarra. “Pergulatan Identitas dalam Komunitas Waria di Jakarta”. Tesis: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, 2013
- Riyanto, Agus. *Pengolahan Dan Analisis Data Kesehatan (Dilengkapi Uji Validitas Dan Reliabilitas Serta Aplikasi Program SPSS)*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2009.
- Rol. Waria dan Gay Sukabumi Jalani Pemeriksaan HIV/AIDS. *Republika Online*, 2013 <http://www.republika.co.id/berita/nasional/jawa-barat-nasional/13/05/30/mnlh61-waria-dan-gay-sukabumi-jalani-pemeriksaan-hiv-aids>. (22 Mei 2015)
- Roza Jilia. “Faktor yang berhubungan dengan status HIV klien VCT (*Voluntary Counseling and Testing HIV*) di RSUD Mandau Kabupaten Bengkalis tahun 2012. Skripsi: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2013.

- Sabri, Luknis dan Sutanto P. *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada, 2007.
- Salusu. M.A., Pengambilan Keputusan Stratejik. PT Gramedia: Jakarta, 2003
- Schulden Jeffrey D., et all. *Rapid HIV Testing in Transgender Communities by Community Based Organization in Three Cities*
- Setiawan, Agus Dwi. “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seks Beresiko terhadap Penularan HIV dari Pengguna Narkoba Suntik kepada Pasangan Seksnya di Jakarta, Bandung dan Surabaya (Analisis Data Beviour Surveillance Survey, 2002)” Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2007
- Simamora, Rotua Suriany. Alternatif Kebijakan Perilaku Penggunaan Kondom untuk Pencegahan HIV pada Pekerja Seks Waria di Lokalisasi GOR Kota Bekasi Tahun 2014. Jakarta: Jurnal Ilmiah Widya Volume 2 Nomor 3 Agustus – Oktober 2014
- Sumariyah, Latif RVN, Purnomo I., 2011. *Studi Kualitatif Perilaku Seksual Waria Pekerja Seks dalam Pencegahan Penyakit Menular Seksual (PMS) di Kota Pekalongan*. Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pekalongan. Pekalongan: Pena Medika Jurnal Kesehatan
- Tobing, Easter Borny Uliarta, “ Eskalasi Hubungan Percintaan Pasangan Homoseksual (Tahapan Pengembangan Komunikasi Antar Pribadi Gay Timur dan Barat) “ Tesis: Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia, 2003
- Triwahyuni, Palupi. “Fenomena perilaku seksual dan potensi penularan HIV/AIDS pada Waria di Kota Yogyakarta” Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada, 2008.
- USAID. UNDP. Hidup Sebagai LGBT di Asia: Laporan Nasional Indonesia. Tinjauan dan Analisa Partisipatif tentang Lingkungan Hukum dan Sosial bagi Orang dan Masyarakat Madani Lesbian, Gay, Biseksual dan Transgender (LGBT). USAID. UNDP : 2013
- Wahyuddin. “Keputusan Waria Melakukan Tes HIV/AIDS Pasca Konseling di Klinik Infeksi Menular Seksual dan Voluntary Counselling and Testing Veteran Medan tahun 2009” Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan, 2010
- Warta Kota. Ternyata Ada 7 juta Waria di Indonesia. Kupang. Pos Kupang. <http://kupang.tribunnews.com/2015/03/03/ternyata-ada-7-juta-waria-di-indonesia> (20 Maret 2015).
- Wijanto. (2008). *Structural Equation Modeling dengan lisrel 8.8*. Yogyakarta: Graha Ilmu Yogyakarta
- Yana, Meili. “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian IMS (+) pada Kalangan Lelaki Suka Seks dengan Lelaki (LSL) di Indonesia Tahun 2011 (Analisis Data STBP Tahun 2011)”. Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, 2014.

- Yayasan Spiritia. “Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia (dilaporkan s/d Desember 2013)”. <http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.php?lang=id> (25 Mei 2015).
- Yeni, “Analisis Structural Equation Modelling: Model Perilaku Seksual Berisiko pada Pengguna Narkoba Suntik yang memiliki Pasangan Seks Tidak Tetap di Indonesia tahun 2011” Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2013
- Yogi, “Pengaruh Metode Komunikasi Interpersonal dan Ceramah Konvensional terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Niat Ibu Hamil dalam Keputusan Tes HIV di Kabupaten Kota Jayapura Tahun 2013. Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dipenogoro, 2014
- Yusnita, Erna. “Prediksi Perilaku Penggunaan Kondom dengan Menggunakan Health Belief Model pada PSK Waria di Jakarta Barat Tahun 2002”. Tesis: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2002
- Zaini Zain, Tujuh Waria Mengidap HIV AIDS, Dinkes Sediakan Puskesmas Khusus. Radio Bhasa FM, 2014 <http://www.bhasafm.co.id/tujuh-waria-mengidap-hiv-aids-dinkes-sediakan-puskesmas-khusus/> (22 Mei 2015)