



## FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) OLEH IBU RUMAH TANGGA DI NGANJUK, JAWA TIMUR

### *Factors Associated with Human Immunodeficiency Virus (HIV) Prevention Behavior by Housewife in Nganjuk, East Java*

Chahya Kharin Herbawani<sup>1\*</sup>, Dadan Erwandi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, UPN “Veteran” Jakarta

<sup>2</sup>Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas

\*Email: [cchahya@gmail.com](mailto:cchahya@gmail.com)

Naskah masuk 08 Agustus 2019; review 01 September 2019; disetujui terbit 05 November 2019

#### **Abstract**

**Background:** HIV/AIDS reports show an increasing number of AIDS cases and the cumulative number of AIDS among housewives at first rank.

**Objective:** To determine factors related to HIV/AIDS prevention efforts for housewives in the Bagor Health Center area.

**Method:** Quantitative research with cross-sectional design. Independent variable; age; education; family income; age at first sexual intercourse; knowledge of HIV/AIDS; risk perception; husband's work; history of VCT; access to condoms and information about HIV/AIDS. The dependent variable is HIV/AIDS prevention efforts. Total respondent were 150 housewives, data collection using a questionnaire that was adopted/modified from the Integrated Biological and Behavioral Surveillance questionnaire (STBP) 2011. Multivariate data analysis with multiple logistic regression.

**Results:** Factors related to HIV/AIDS prevention efforts in housewives were a history of VCT ( $p=0.028$ ) and exposure to information about HIV/AIDS ( $p=0.014$ ). History of VCT is the most influencing factor in HIV/AIDS prevention efforts in housewives ( $p$  value= $0.040$ ; OR= $3.79$  95% CI= $1.06-13.537$ ). Housewives who have done VCT are 3.79 times more likely to make HIV/AIDS prevention efforts than those who did not.

**Conclusion:** Providing education and VCT testing can provide better HIV prevention behavior for housewives. Historical factors of VCT and information exposure play a role in HIV prevention behavior in housewives.

**Key words:** HIV/AIDS, reproductive health, VCT

#### **Abstrak**

**Latar belakang:** Laporan HIV/AIDS menunjukkan peningkatan jumlah kasus AIDS dan jumlah kumulatif AIDS pada ibu rumah tangga yang menempati urutan pertama.

**Tujuan:** Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan upaya pencegahan HIV/AIDS pada ibu rumah tangga di wilayah Puskesmas Bagor.

**Metode:** Penelitian kuantitatif dengan desain *cross-sectional*. Variabel independen; umur; pendidikan; penghasilan keluarga; umur pertama kali berhubungan seksual; pengetahuan HIV/AIDS; persepsi berisiko; pekerjaan suami; riwayat VCT; akses terhadap kondom dan keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS. Variabel dependen adalah upaya pencegahan HIV/AIDS. Responden berjumlah 150 ibu rumah tangga. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang diadopsi/dimodifikasi dari kuesioner Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) Tahun 2011. Analisis data multivariate dengan *multiple logistic regression*.

**Hasil:** Faktor yang berhubungan dengan upaya pencegahan HIV/AIDS pada ibu rumah tangga adalah riwayat VCT ( $p=0,028$ ) dan keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS ( $p=0,014$ ). Riwayat VCT merupakan faktor paling mempengaruhi upaya pencegahan HIV/AIDS pada ibu rumah tangga ( $p$  value= $0,040$ ; OR= $3,79$  95% CI= $1,06-13,537$ ). Ibu rumah tangga yang telah melakukan VCT 3,79 kali lebih cenderung untuk melakukan upaya pencegahan HIV/AIDS baik dibandingkan yang tidak melakukan VCT.

**Kesimpulan:** Pemberian edukasi dan pemeriksaan VCT dapat memberikan perilaku pencegahan HIV yang lebih baik pada ibu rumah tangga. Faktor riwayat VCT dan keterpaparan informasi berperan dalam perilaku pencegahan HIV pada ibu rumah tangga.

**Kata kunci:** HIV/AIDS, kesehatan reproduksi, VCT

## PENDAHULUAN

*Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS)* merupakan penyakit defisiensi imun sekunder yang paling umum di dunia dan merupakan masalah epidemik dunia yang serius. Secara global, kasus HIV merupakan masalah kesehatan yang sangat serius dan harus ditangani. Hingga akhir tahun 2016 terdapat 36,7 persen juta penduduk di dunia yang mengidap penyakit HIV, 1,8 juta dari jumlah tersebut merupakan kasus baru.<sup>1</sup> Kasus HIV pada wanita hamil dan menyusui di dunia sepanjang tahun 2016 juga cukup tinggi, yaitu sebesar 76 persen. Kasus tersebut tentu membutuhkan penanganan yang tepat, terutama untuk mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu ke bayi. Penularan HIV dari ibu ke bayi dapat menjadi salah satu penyebab mengapa presentase kasus HIV terjadi hampir sama antara orang dewasa dan anak-anak di dunia, yaitu sebesar 54 pada orang dewasa dan 43 persen pada anak-anak.<sup>1</sup>

Di Asia dan Pasifik diketahui bahwa sebanyak 5,1 juta penduduk mengidap HIV hingga akhir tahun 2016, dimana 300.000 diantaranya merupakan kasus baru.<sup>2</sup> Sementara di Asia Selatan dan Tenggara terdapat kurang lebih 4 juta orang dengan HIV/AIDS dan 1,3 juta orang atau 37 persen adalah perempuan. Asia Tenggara menempati urutan kedua setelah Afrika untuk kasus terinfeksi HIV terbanyak di dunia pada tahun 2016, yaitu sebesar 3,5 juta kasus di Asia Tenggara dan 25,6 juta kasus di Afrika.<sup>1</sup> HIV bukan hanya meningkatkan angka kesakitan, tetapi juga dapat meningkatkan angka kematian.<sup>2,3</sup> Ditemukan 1 juta orang di dunia yang meninggal karena terinfeksi HIV.

Sejalan dengan perkembangan HIV/AIDS di dunia, kejadian HIV/AIDS di Indonesia juga berkembang pesat. Kasus HIV/AIDS di Indonesia telah tersebar di 407 kabupaten/kota (80%) dari 507 Kabupaten/Kota di seluruh provinsi di Indonesia pada saat itu. Provinsi DKI merupakan provinsi dengan jumlah infeksi HIV tertinggi Maret 2017 (46.758), diikuti Jawa Timur (33.043), Papua (25.586), Jawa Barat

(24.650) dan Jawa Tengah (18.038).<sup>4</sup> Pada Laporan Situasi Perkembangan HIV/AIDS & PMS di Indonesia yang diterbitkan pada periode Januari - Maret 2017 oleh Sub Bidang AIDS dan PMS, Direktorat P2P Kemenkes RI, menyebutkan bahwa provinsi yang menempati urutan 5 besar provinsi dengan kasus terinfeksi HIV terbesar di Indonesia pada periode Januari – Maret 2017 adalah Jawa Timur (1.614 kasus), Jawa Barat (1.505 kasus), DKI Jakarta (1.403 kasus), Jawa Tengah (1.171 kasus) dan Papua (861 kasus).<sup>4</sup>

Laporan Situasi Perkembangan HIV/AIDS & PMS di Indonesia tahun 2017 untuk jumlah kumulatif AIDS menurut pekerjaan/status menunjukkan bahwa ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS menempati urutan pertama dengan jumlah kasus AIDS terbanyak. Jumlah kasus ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS sampai dengan Maret 2007 adalah sebanyak 2.302 kasus.<sup>5</sup> Jumlah total kasus AIDS pada kelompok pekerjaan/status ibu rumah tangga ini jauh lebih besar jika dibandingkan dengan jumlah total AIDS yang dilaporkan pada kelompok pekerja seks yang hanya berjumlah 2.963 kasus. Perbandingan jumlah kasus AIDS pada pekerja seks dan ibu rumah tangga adalah 1: 6.<sup>5</sup> Hal tersebut dapat mengindikasikan bahwa ibu rumah tangga juga memiliki risiko untuk menderita AIDS. Penularan AIDS pada ibu rumah tangga dapat terjadi melalui penularan AIDS dari pekerja seks-pelanggan/suami-ibu rumah tangga. Misalkan 1 pekerja seks yang terinfeksi HIV menularkan kepada 10 pelanggannya/suami, maka akan ada 10 ibu rumah tangga yang akan memiliki risiko untuk terinfeksi HIV. Rantai penularan pekerja seks-pelanggan/suami-ibu rumah tangga ini dapat dapat terjadi jika suami yang merupakan pengidap HIV menularkan istrinya melalui hubungan seks tanpa kondom.<sup>2</sup> Bila para ibu rumah tangga ini hamil, maka kemungkinan akan melahirkan anak dengan HIV sehingga akan menambah daftar penduduk yang menderita HIV.

\* Corresponding author  
(Email: [cchahya@gmail.com](mailto:cchahya@gmail.com))

Data Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) tahun 2007-2015 menyebutkan bahwa kelompok pria risiko tinggi yang terinfeksi HIV didominasi oleh pria dengan status kawin. Jika dibandingkan dengan pria yang belum pernah menikah, perbandingannya adalah 2:1 untuk pria yang sudah menikah dan belum menikah.<sup>5,6</sup> Selain itu, data juga menyebutkan bahwa terjadi pergeseran dimana kelompok pria yang terinfeksi HIV didominasi oleh kelompok pria yang tinggal bersama pasangan tetap dengan persentasenya lebih dari 50 persen. Keinginan seksualitas yang lebih besar, pendidikan yang rendah, pengetahuan dan pemahaman yang rendah tentang HIV serta tidak menerima informasi tentang HIV pada laki-laki dapat menyebabkan laki-laki melakukan perilaku seksual berisiko HIV seperti melakukan hubungan seksual secara vaginal atau anal dengan pasangan yang tidak tetap atau lebih dari satu orang tanpa menggunakan kondom atau penggunaan kondom yang tidak konsisten.<sup>7</sup> Dampak dari fenomena tersebut adalah banyaknya ibu rumah tangga yang menderita AIDS. Ibu rumah tangga yang menderita AIDS saat mendapatkan HIV berasal dari suaminya yang melakukan hubungan seksual sembarangan dan tidak aman. Besarnya risiko perilaku seksual laki-laki yang berganti-ganti pasangan, terutama terhadap istrinya sendiri dapat semakin memperburuk kondisi perempuan, terutama ketika ibu rumah tangga terinfeksi HIV/AIDS meskipun dari suaminya sendiri<sup>8</sup>

Bagi ibu rumah tangga, realitas terkena HIV & AIDS berkaitan dengan konstruksi sosial budaya masyarakat yang menempatkan laki-laki dan perempuan dalam posisi yang tidak sama. Masih adanya ketimpangan sosial antara relasi kuasa laki-laki terhadap perempuan, membuat kondisi perempuan ibu rumah tangga menjadi buruk, walaupun tertular dari suaminya sendiri. Dalam beberapa kasus, bagi perempuan ibu rumah tangga yang terkena HIV & AIDS, mereka juga mempunyai beban ganda seperti merawat suami yang sakit, merawat anak yang kemungkinan juga tertular, mencari nafkah karena beban pengeluaran akan semakin besar, belum lagi adanya stigma dan diskriminasi yang terjadi dari masyarakat yang belum memahami HIV & AIDS secara komprehensif, seperti dijauhi dan mendapatkan penolakan oleh keluarga, teman bahkan masyarakat.<sup>9</sup>

Kurangnya pengetahuan mengenai penularan HIV serta kesadaran akan pentingnya memeriksakan diri terhadap infeksi HIV yang

masih rendah di kalangan ibu rumah tangga membuat mereka rentan terinfeksi HIV.<sup>10</sup> Padahal secara biologis perempuan lebih mudah tertular penyakit-penyakit melalui hubungan seksual dibanding laki-laki. Perempuan memiliki permukaan (mukosa) alat kelamin yang lebih luas sehingga mudah terpapar cairan sperma ketika berhubungan seksual. Selain itu, sperma yang terinfeksi HIV mempunyai konsentrasi virus yang lebih tinggi dibanding konsentrasi HIV pada cairan vagina. Kepercayaan kepada suami yang tidak mungkin menularkan HIV mengakibatkan tidak adanya kewaspadaan dalam mencegah penularan HIV.<sup>4</sup>

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan penularan HIV oleh ibu rumah tangga di Nganjuk, Jawa Timur.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *cross-sectional*. Dalam penelitian ini variabel independennya adalah umur, tingkat pendidikan, penghasilan keluarga, umur pertama kali melakukan hubungan seksual, pengetahuan tentang HIV/AIDS, persepsi berisiko, pekerjaan suami, riwayat VCT, akses terhadap kondom dan keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS. Sementara itu, variabel dependennya adalah upaya pencegahan HIV/AIDS pada ibu rumah tangga di wilayah Puskesmas Bagor, Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa Timur. Data dikumpulkan dengan melakukan pengisian kuesioner mandiri oleh responden. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dengan pertanyaan terstruktur yang diadopsi dari kuesioner STBP Tahun 2011 dan telah diuji validitas dan reabilitas sebelumnya.

Populasi target dalam penelitian ini adalah seluruh ibu rumah tangga di wilayah kerja Puskesmas Bagor, Kabupaten Nganjuk. Sampel penelitian adalah ibu rumah tangga di 2 kelurahan yaitu Kelurahan Kedondong dan Guyangan yang terletak di wilayah Puskesmas Kecamatan Bagor, Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa Timur. Pemilihan subyek penelitian pada penelitian ini dilakukan dengan teknik *purposive sampling*, yaitu memilih subyek diantara populasi target berdasarkan kategori atau sifat yang diinginkan peneliti dan dengan pertimbangan tertentu.

Kriteria inklusinya adalah ibu rumah tangga dalam usia reproduktif, memiliki suami, masih

aktif berhubungan seksual, ibu rumah tangga yang kooperatif, bersedia menjadi responden, dapat membaca dan menulis. Sementara itu kriteria eksklusinya adalah ibu rumah tangga yang sedang dalam program hamil dan ibu rumah tangga yang menggunakan kondom sebagai satu-satunya alat kontrasepsi.

Pada penelitian ini pemilihan subyek menggunakan prosedur pencuplikan acak sederhana dengan rumus ukuran sampel untuk studi *cross-sectional* adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2} \dots\dots (1)$$

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}^2 \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}^2 \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

.... (2)

Selain itu, karena penelitian ini juga melakukan analisis hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, dipakailah satu rumus besar sampel lagi sebagai rumus besar sampel kedua yaitu uji hipotesis untuk proporsi populasi tunggal pada satu sampel.

Perhitungan sampel menggunakan sample size Lameshow<sup>11</sup> dengan uji hipotesis untuk proporsi populasi tunggal pada satu sampel dengan hasil sampel minimal adalah 138 responden dan selanjutnya ditetapkan jumlah sampel penelitian ini adalah 150 responden. Wilayah kerja Puskesmas Bagor memiliki 12 Desa/Kelurahan. Penelitian ini di lakukan di 2 desa/kelurahan yakni Desa Kerep Kidul dan Kelurahan Guyangan yang ditentukan berdasarkan purposive sampling. Pemilihan sampling ibu rumah tangga dilakukan dengan metode *stratified random sampling* dari setiap RT dan RW dari 2 desa/kelurahan. Penelitian dilakukan pada bulan Maret-April 2018 dengan izin etik dari Komisi Etik Riset dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat FKM UI No. 53/UN2.F10/PPM.00.02/2018.

Pengelompokan upaya pencegahan merujuk pada teori “A B C D E” (*Abstinence, Be faithful, Condom, Don’t us drugs*). Kriteria upaya pencegahan HIV/AIDS dibagi menjadi dua kategori, yaitu baik dan tidak baik. Kategori baik meliputi melakukan minimal 3 upaya pencegahan dari 5 teori upaya pencegahan menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang dikenal dengan sebutan “Teori

upaya pencegahan ABCDE” yakni, A= *Abstinence*, tidak melakukan hubungan seksual di luar pernikahan, B= *Be faithful*, tetap setia pada satu pasangan seksual dan tidak berganti-ganti pasangan seksual, C= *Condom*, menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual, D= *Don’t use drugs*, tidak mengkonsumsi NAPZA, khususnya yang menggunakan suntikan dan menggunakan alat suntik secara bergantian dan E= *Education*, pernah mendapatkan pendidikan yang benar tentang HIV/AIDS sehingga mendapatkan pemahaman yang benar. Kategori tidak baik yaitu melakukan kurang dari 3 upaya pencegahan dari 5 teori upaya pencegahan menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang dikenal dengan sebutan “Teori upaya pencegahan ABCDE”<sup>7</sup>.

Sementara itu, dalam Karim et al<sup>12</sup> dalam penelitian berjudul *Preventing HIV Infection in Women: A Global Health Imperative* menyebutkan bahwa tindakan-tindakan yang termasuk dalam upaya pencegahan HIV adalah *Abstinence*, tidak melakukan hubungan seksual di luar pernikahan; *Monogamy*, hanya memiliki satu partner seksual; penggunaan kondom baik pada laki-laki maupun perempuan; *Voluntary Counseling and HIV Testing (VCT)*; dan sunat pada laki-laki. Pada penelitian ini, *VCT* tidak diikutsertakan dalam variabel penelitian, namun dianggap sebagai variabel independen. Sementara itu, sunat pada laki-laki tidak diteliti.

Adapun pengelompokan untuk variabel karakteristik adalah 1) Umur, adalah umur responden saat wawancara dikelompokkan dalam kategori Umur Muda (<35 tahun) dan Tua (35 tahun+); 2) Tingkat pendidikan merupakan jenjang pendidikan yang ditamatkan dikelompokkan dalam kategori Rendah (Tidak Bersekolah, tamat SD, tamat SMP) dan Tinggi (Tamat SMA, akademi, perguruan tinggi); 3) Penghasilan keluarga dikelompokkan berdasarkan UMR Kabupaten Nganjuk (Rp.1.660.444,69) dan dikelompokkan dalam dibawah UMR (kurang dari Rp. 1.660.444,69) dan UMR ke atas; 4) Umur pertama kali melakukan hubungan seksual berdasarkan pengakuan responden, dikelompokkan: < 21 tahun dan 21 tahun+<sup>+</sup>; 5) Pengetahuan tentang HIV/AIDS dikelompokkan dalam kategori “Kurang baik” jika dibawah nilai mean dan kategori “Baik” jika nilai sama dengan mean atau lebih; 6) Persepsi berisiko berdasarkan skor dan dikelompokkan dalam “Persepsi Risiko Negatif” bila dibawah nilai median dan

“Persepsi Risiko Positif” bila sama dengan nilai median atau lebih; 7) Pekerjaan suami : Pria Tidak Risti, Pria Potensial Risti (Pelaut, Tenaga Kerja Bongkar Muat/TKBM, Supir Truk dan Tukang Ojek); 8) Riwayat VCT berdasarkan pengakuan responden (Ya dan Tidak); 9) Akses terhadap kondom adalah tingkat kemudahan memperoleh kondom dikelompokkan dalam kategori “Sulit” dan “Mudah”; 10) Keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS yang dikelompokkan dalam kategori “Tidak terpapar” dan “Terpapar”.

Analisis data dilakukan dengan univariat, bivariat dengan chi-square dan regresi logistik multivariate.

## HASIL

Hasil penelitian pada Tabel 1 menunjukkan bahwa jumlah terendah ibu rumah tangga yang melakukan teori upaya pencegahan terdapat pada teori upaya pencegahan C, yakni penggunaan kondom saat berhubungan seksual dengan pasangan seksual atau suami. Hanya sebagian kecil (6%) ibu rumah tangga yang telah melakukan teori upaya pencegahan C. Pada Tabel 2 diketahui masih terdapat ibu rumah tangga yang memiliki upaya pencegahan HIV/AIDS tidak baik (34,0%).

**Tabel 1. Pencegahan HIV/AIDS Berdasarkan Teori “ABCDE”**

Upaya Pencegahan HIV/AIDS	Jumlah	Persentase
A= <i>Abstinence</i>	150	100,0
B= <i>Be faithful</i>	150	100,0
C= <i>Condom</i>	9	6,0
D= <i>Don't use drugs</i>	149	99,3
E= <i>Education</i>	98	65,3

**Tabel 2. Pencegahan HIV/AIDS Berdasarkan Jumlah Upaya Pencegahan yang Dilakukan**

Upaya Pencegahan HIV/AIDS	Jumlah	Persentase
<b>Tidak baik</b>		
Melakukan 1/5 upaya pencegahan	0	0
Melakukan 2/5 upaya pencegahan	0	0
Melakukan 3/5 upaya pencegahan	51	34
Jumlah	51	34
<b>Baik</b>		
Melakukan 4/5 upaya pencegahan	92	61,33
Melakukan 5/5 upaya pencegahan	7	4,67
Jumlah	99	66,0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Tabel 3 melaporkan bahwa lebih dari setengah responden pada penelitian ini termasuk dalam kategori berumur tua, memiliki tingkat pendidikan yang tinggi, penghasilan keluarga < UMR Kab. Nganjuk (Rp. 1.660.444,69), melakukan hubungan seksual pertama kali di usia  $\geq 21$  tahun, memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS yang baik (*Cut off point* pengetahuan

baik bila hasil kuesioner pengetahuan  $\geq mean$ ) diambil berdasarkan nilai *mean*) memiliki persepsi berisiko HIV/AIDS positif, pekerjaan suami responden tidak termasuk dalam kelompok pria risiko tinggi, tidak melakukan VCT, akses terhadap kondom mudah dan telah terpapar informasi tentang HIV/AIDS.

**Tabel 3. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat**

Variabel	Upaya Pencegahan HIV/AIDS		Total (%)	p-value	OR	95% CI
	Tidak Baik	Baik				
	N (%)	N (%)				
<b>Umur</b>						
Muda	28 (38,4)	45 (61,6)	73 (100)	*Ref	*Ref	*Ref
Tua	23 (29,9)	54 (70,1)	77 (100)	0,355	1,46	0,74-2,88
<b>Pendidikan</b>						
Rendah	23 (33,8)	45 (66,2)	68 (100)	*Ref	*Ref	*Ref
Tinggi	28 (34,1)	54 (65,9)	82 (100)	1,000	0,99	0,50-1,94
<b>Penghasilan</b>						
< UMR	34 (39,5)	52 (60,5)	86 (100)	*Ref	*Ref	*Ref
UMR+	17 (26,6)	47 (73,4)	64 (100)	0,138	1,81	0,90-3,66
<b>Umur Seks Pertama</b>						
< 21 tahun	28 (38,9)	44 (61,1)	72 (100)	*Ref	*Ref	*Ref
21 tahun +	23 (29,5)	55 (70,5)	78 (100)	0,297	1,52	0,77-3,00
<b>Pengetahuan</b>						
Kurang Baik	25 (36,8)	43 (63,2)	68 (100)	*Ref	*Ref	*Ref
Baik	26 (31,7)	56 (68,3)	82 (100)	0,633	1,25	0,64-2,47
<b>Persepsi Berisiko</b>						
Negatif	12 (48,0)	13 (52,0)	25 (100)	*Ref	*Ref	*Ref
Positif	39 (31,2)	86 (68,8)	125 (100)	0,165	2,04	0,85-4,86
<b>Pekerjaan Suami</b>						
Risti	5 (38,5)	8 (61,5)	13 (100)	*Ref	*Ref	*Ref
Tidak Risti	46 (33,6)	91 (66,4)	137 (100)	0,764	1,23	0,38-3,99
<b>Riwayat VCT</b>						
Tidak	48 (38,1)	78 (61,9)	126 (100)	*Ref	*Ref	*Ref
Ya	3 (12,5)	21 (87,5)	24 (100)	0,028	4,31	1,25-15,22
<b>Akses terhadap Kondom</b>						
Sulit	4 (33,3)	8 (66,7)	12 (100)	*Ref	*Ref	*Ref
Mudah	47 (34,1)	91 (65,9)	138 (100)	1,000	0,97	0,28-3,38
<b>Keterpaparan Informasi</b>						
Tidak Terpapar	13 (59,1)	9 (40,9)	22 (100)	*Ref	*Ref	*Ref
Terpapar	38 (29,7)	90 (70,3)	128 (100)	0,014	3,42	1,35-8,68

Selain itu, terdapat sebanyak 38,1 persen ibu rumah tangga dengan riwayat tidak pernah melakukan VCT yang melakukan upaya pencegahan HIV tidak baik. Sedangkan di antara ibu rumah tangga dengan riwayat pernah melakukan VCT, ada 87,5 persen yang melakukan upaya pencegahan HIV/AIDS baik. Hasil uji statistik penelitian menunjukkan bahwa  $p\text{ value} = 0,028$ . Sehingga, riwayat pernah melakukan VCT berhubungan bermakna dengan upaya pencegahan HIV/AIDS pada ibu rumah tangga. Ibu rumah tangga yang pernah melakukan VCT memiliki peluang 4,31 kali lebih tinggi untuk melakukan upaya pencegahan HIV/AIDS baik daripada ibu rumah tangga yang tidak pernah melakukan VCT.

Pada keterpaparan informasi diketahui bahwa ada sebanyak 59,1 persen ibu rumah tangga yang termasuk dalam kategori ibu rumah tangga yang tidak terpapar informasi tentang HIV/AIDS

yang melakukan upaya pencegahan HIV/AIDS tidak baik. Sedangkan di antara ibu rumah tangga yang terpapar informasi tentang HIV/AIDS, ada 70,3 persen yang melakukan upaya pencegahan HIV/AIDS baik. Hasil uji statistik penelitian menunjukkan bahwa  $p\text{ value} = 0,014$ . Sehingga, keterpaparan informasi berhubungan bermakna dengan upaya pencegahan HIV/AIDS pada ibu rumah tangga. Ibu rumah tangga yang terpapar informasi tentang HIV/AIDS memiliki peluang 3,42 kali lebih tinggi untuk melakukan upaya pencegahan HIV/AIDS baik daripada ibu rumah tangga yang tidak terpapar informasi tentang HIV/AIDS.

Pada penelitian ini juga mengidentifikasi sumber informasi tentang HIV/AIDS (Tabel 4). Adapun proporsi yang memperoleh informasi tentang HIV/AIDS dari teman lebih tinggi (40%) daripada dari saudara atau keluarga (22%), hal

ini dapat diakibatkan oleh masih adanya *cultural taboo* di masyarakat Indonesia.

Tenaga kesehatan menduduki peringkat ke 4 sebagai sumber informasi tentang HIV/AIDS

bagi ibu rumah tangga (30%), setelah poster/leaflet/booklet (53%) dan internet (51%) dan teman (40%).

**Tabel 4. Sumber Informasi pada Ibu Rumah Tangga**

Sumber Informasi	Persentase
Jenis sumber informasi	
Radio/ TV	24 (16%)
Koran/majalah	15 (10%)
Poster/leaflet/booklet	80 (53,3%)
Petugas kesehatan	45 (30%)
Teman	60 (40%)
Saudara	33 (22%)
Suami	11 (7,33%)
Pertunjukan/edutainment	0 (0%)
Internet	76 (50,6%)
Lain-lain	8 (5,33%)
Orang yang dinilai paling tepat untuk memberikan informasi tentang HIV/AIDS	
Suami	36 (24%)
Saudara	1 (0,67%)
Teman/tetangga	4 (2,67%)
Petugas kesehatan	93 (62%)
Lain-lain	16 (10,66%)

Hasil akhir analisis multivariat menghasilkan bahwa variabel yang paling dominan berhubungan dengan upaya pencegahan HIV/AIDS adalah riwayat VCT. Hasil analisis didapatkan *Odds Ratio* (OR) dari variabel keterpaparan informasi adalah 3,8, artinya ibu rumah tangga yang telah melakukan VCT akan mempunyai *odds* (peluang) melakukan upaya pencegahan baik sebesar 3,8 kali lebih tinggi dibandingkan ibu rumah tangga yang tidak pernah melakukan VCT.

## PEMBAHASAN

Penelitian Karim et al<sup>12</sup> menyebutkan bahwa VCT efektif dalam menurunkan perilaku seksual berisiko.<sup>12</sup> Selain itu, VCT juga dinilai merupakan salah satu intervensi pencegahan yang efektif secara biaya dalam menurunkan perilaku seksual HIV di Sub-Sahara Afrika dimana sebagian besar individu tidak mengetahui status HIV mereka. Pengetahuan akan status HIV dinilai sangat penting karena pengetahuan akan status HIV merupakan gerbang utama untuk mengakses pencegahan penularan maupun pengobatan HIV/AIDS.<sup>12</sup>

Penelitian lain yaitu penelitian Khosidah et al.<sup>13</sup> menyebutkan bahwa faktor pencetus untuk melakukan VCT adalah petunjuk untuk berperilaku atau keyakinan untuk melakukan upaya pencegahan HIV/AIDS berdasarkan informasi yang diperoleh baik dari media massa, teman maupun petugas kesehatan<sup>8</sup>. Sehingga, VCT pada dasarnya juga berhubungan erat dengan keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS.

Penelitian-penelitian tersebut sejalan dengan penelitian ini yang menunjukkan bahwa riwayat VCT merupakan faktor yang berhubungan dan merupakan faktor dominan dalam upaya pencegahan HIV/AIDS. Hal ini dapat terjadi karena pada saat ibu rumah tangga melakukan VCT, ibu rumah tangga juga akan mendapatkan konseling terkait informasi seputar HIV/AIDS dan pencegahannya dari tenaga kesehatan. Sehingga, ibu rumah tangga juga menjadi terpapar informasi akan HIV/AIDS yang kemudian besar kemungkinan hal ini mempengaruhi tingkat pengetahuan dan pemahaman ibu rumah tangga terkait HIV/AIDS, yang pada akhirnya juga

mempengaruhi upaya pencegahan HIV/AIDS yang dilakukan ibu rumah tangga.

Pada penelitian ini, meskipun riwayat VCT cukup rendah, namun keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS pada responden cukup tinggi. Hal ini dapat dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Seperti umur, pendidikan, sikap, keyakinan, nilai, persepsi, ketersediaan sumberdaya pelayanan kesehatan, aksesibilitas pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan, dll. Perlu upaya terobosan pemberian VCT dari ibu hamil diperluas menjadi VCT kepada para calon pengantin. Terobosan ini diharapkan mampu membuat seluruh calon pasangan suami istri terpapar informasi dan pemahaman yang tepat terkait dengan HIV/AIDS serta telah melakukan tes HIV sebelum pernikahan, sehingga pada akhirnya ibu rumah tangga dapat melakukan pencegahan penularan HIV/AIDS dengan baik dan kasus HIV/AIDS pada ibu rumah tangga di Indonesia dapat menurun.

Di sisi lain Puskesmas dan Tenaga Kesehatan di lapangan juga harus aktif memberikan penyuluhan atau sosialisasi terkait HIV/AIDS dengan bekerjasama dengan tokoh masyarakat dan tokoh agama dalam bentuk edukasi dan pendidikan kesehatan melalui kelompok PKK, pengajian, dll. Sehingga, ibu rumah tangga dapat terpapar dan mendapatkan informasi dan pemahaman yang tepat terkait dengan HIV/AIDS.

Pada faktor internal, keterpaparan informasi dapat dipengaruhi oleh usia, latar belakang sosial, tingkat penghasilan dan tingkat pendidikan responden. Sementara itu, faktor eksternal yang dapat mempengaruhi keterpaparan informasi tentang HIV/AIDS adalah dukungan keluarga dan dukungan tenaga kesehatan. Sebagian responden telah terpapar informasi kesehatan yang berasal dari berbagai sumber, seperti dari media elektronik dan cetak. Terdapat 16 persen ibu rumah tangga mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS dari radio atau televisi dan 10 persen mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS dari koran atau majalah. Terdapat 50,6 persen ibu rumah tangga yang mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS dari internet.

Hal tersebut sesuai dengan penelitian Ahmed<sup>14</sup> pada ibu rumah tangga di Khartoum North, Sudan yang menunjukkan bahwa 60 persen ibu rumah tangga memperoleh pengetahuan tentang

HIV/AIDS dari media dan 64 persen menyebutkan bahwa pengetahuan tentang HIV/AIDS diperoleh dari menonton televisi.<sup>14-9</sup> Penelitian lain dari Saleh et al<sup>15</sup> dalam penelitian berjudul *Reproductive Health and HIV Awareness among Newly Married Egyptian Couples without Formal Education* menunjukkan bahwa 46 persen wanita menyebutkan bahwa pada wanita yang tidak menduduki bangku sekolah, media massa (yaitu televisi, radio, surat kabar, dan internet) merupakan sumber informasi utama mereka dalam memperoleh informasi tentang pengetahuan seksual dan HIV/AIDS sebelum menikah. Sementara itu, pada wanita muda berpendidikan di Mesir, televisi (55%) dan internet (75%) adalah media yang paling sering digunakan untuk memperoleh informasi tentang HIV/AIDS. Meskipun informasi yang diperoleh dari media massa tidak selalu cukup dan terkadang tidak jelas. Pada penelitian (Tabel 4) menunjukkan bahwa sumber informasi tentang HIV/AIDS pada ibu rumah tangga dari teman lebih tinggi dibandingkan dari Saudara/keluarga (22%), hal ini dapat diakibatkan oleh masih adanya *cultural taboo* di masyarakat Indonesia. Seperti penelitian Saleh et al<sup>15</sup> di Mesir yang menunjukkan bahwa teman adalah sumber informasi kesehatan reproduksi yang signifikan dibandingkan dengan keluarga karena adanya tradisi melarang diskusi tentang subjek "tabu" di antara anggota keluarga. Sehingga, keluarga tidak dapat memainkan peran utama dalam mendidik remaja perempuan tentang kesehatan reproduksi, terutama HIV/AIDS.

Tabel 4 menunjukkan bahwa tenaga kesehatan merupakan sebagai sumber informasi tentang HIV/AIDS bagi ibu rumah tangga pada urutan keempat. Pada informasi lebih lanjut tentang siapa orang yang ideal untuk memberikan informasi tentang HIV/AIDS, sebagian besar masih menjawab teman atau saudara (masing-masing 67%) dan 62 persen menyatakan tenaga kesehatan sebagai sumber informasi yang ideal. Dengan demikian menjadi masukan bagi stake holder untuk meningkatkan peran petugas dalam memberikan informasi tentang HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi HIV/AIDS kepada ibu rumah tangga. Karena dalam penelitian Mudayatiningsih & Yuswanto yang menunjukkan bahwa pemberian penyuluhan tentang HIV/AIDS pada ibu rumah tangga dapat mengubah perilaku seksual berisiko.<sup>12,16</sup> Hasil analisis didapatkan ada perbedaan yang

signifikan, dimana konseling individu memberikan efek yang baik terhadap perubahan perilaku seksual yang sehat pada kelompok risiko. Untuk itu perlu disusun modul untuk pemberian konseling tentang HIV/AIDS. Modul ini diharapkan dapat membantu meningkatkan pengetahuan dan kesadaran terkait HIV/AIDS pada calon pasangan suami istri. Adanya modul yang telah terstandar ini dapat berjalan sejalan dengan program Kementerian Agama terkait "Kursus Pra Nikah". Pada penyampaian materi kepada peserta kursus tidak hanya dilakukan oleh petugas KUA ataupun pemuka agama, namun juga dapat melibatkan petugas kesehatan seperti petugas promosi kesehatan, dokter, bidan, dll.

## KESIMPULAN

Pemberian edukasi dan pemeriksaan VCT dapat memberikan perilaku pencegahan HIV yang lebih baik pada ibu rumah tangga. Pemberian edukasi dan pemeriksaan VCT ini memiliki peran penting dalam perilaku pencegahan HIV pada ibu rumah tangga karena keterpaparan informasi merupakan dasar utama sebelum variabel-variabel yang lain. Tidak peduli dari kelompok umur muda atau tua, tingkat pendidikan rendah atau tinggi, penghasilan keluarga rendah atau tinggi, pengetahuan tentang HIV/AIDS kurang baik atau baik, persepsi berisiko negatif atau positif dan pekerjaan suami yang termasuk dalam kelompok risi maupun tidak risi, jika ibu rumah tangga telah terpapar informasi yang benar tentang HIV/AIDS, sehingga mendapatkan pemahaman yang tepat tentang HIV/AIDS, maka akan mempengaruhi upaya pencegahan tentang HIV/AIDS yang dilakukan.

## SARAN

Kementerian Kesehatan sebaiknya 1) mempunyai program intervensi preventif dan promotif untuk program HIV/AIDS pada ibu rumah tangga; membuat suatu program/ modul yang distandarkan yang mencakup kesehatan reproduksi, terutama tentang risiko, metode penularan dan upaya pencegahan HIV/ AIDS bagi Calon Pengantin yang akan diberikan pada saat "Kursus Pra Nikah" atau "*Pre-Marital Counseling*". 2) Kementerian Kesehatan perlu menyusun kebijakan terkait peningkatan promosi VCT yang sebelumnya di Indonesia disarankan untuk ibu hamil untuk dapat

ditingkatkan agar disarankan dilakukan kepada menjadi kepada calon pasutri (Pasangan Suami Istri) dengan berkolaborasi dengan Jaringan Kementerian Agama.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kepada seluruh kader kesehatan, bidan dan seluruh staf Puskesmas Bagor, Kabupaten Nganjuk yang telah memberikan bantuan dalam penyelesaian penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. UNAIDS. Global AIDS UPDATE 2016 [Internet]. Vol. 17 Suppl 4, UNAIDS. 2016. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update-2016\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf)
2. UNAIDS. UNAIDS 2016 Reference - AIDS Data. 2016;1–80. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-AIDS-data\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-AIDS-data_en.pdf)
3. UNAIDS. GLOBAL REPORT UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2013 [Internet]. Vol. 21. 2013. Available from: [http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_en.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf)
4. Kemenkes RI. Laporan HIV/AIDS Triwulan 1 Tahun 2017. Jakarta: Depkes RI; 2017 [Internet]. 2017. Available from: [http://siha.depkes.go.id/portal/files\\_upload/Laporan\\_HIV\\_AIDS\\_TW\\_4\\_Tahun\\_2017\\_1\\_.pdf](http://siha.depkes.go.id/portal/files_upload/Laporan_HIV_AIDS_TW_4_Tahun_2017_1_.pdf)
5. Kemenkes RI. Situasi HIV/AIDS di Indonesia tahun 1987-2017. 2017.
6. Ditjen PP & PL Depkes Kemenkes RI. Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia. Jakarta; 2014.
7. Kemenkes RI. Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. 2014.
8. Dalimoenthe I. Perempuan dalam Cengkeraman HIV/AIDS: Kajian Sosiologi Feminis Perempuan Ibu Rumah Tangga. Komunitas [Internet]. 2011;5(1):41–8. Available from: [http://perpus.upstegal.ac.id/files/e\\_book/0](http://perpus.upstegal.ac.id/files/e_book/0)

- 1170414.pdf
9. Yulianti AP. Kerentanan Perempuan Terhadap Penularan HIV & AIDS : Palastren [Internet]. 2013;6(1):185–200. Available from: <http://journal.stainkudus.ac.id/index.php/Palastren/article/viewFile/983/896>
  10. Aswar S. Determinan Penggunaan Pelayanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) oleh Ibu Rumah Tangga Berisiko Tinggi HIV Positif di Kabupaten Biak Numfor Papua [Internet]. 2013. Available from: [http://digilib.unhas.ac.id/uploaded\\_files/temporary/DigitalCollection/MDU5MzI0Mjc3OTEwMjFiOTdkY2YwZWQzNzI1NmQ0ZTliN2E2MGFiYW==.pdf](http://digilib.unhas.ac.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/MDU5MzI0Mjc3OTEwMjFiOTdkY2YwZWQzNzI1NmQ0ZTliN2E2MGFiYW==.pdf)
  11. Lameshow S, Hosmer D LS. Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan. JOgjakarta: Gajahmada University Press; 1997.
  12. Karim QA, Humphries H. Reducing HIV Infection in Young Women in Southern Africa: the Key to Altering epidemic trajectories in a generalized , Hyperendemic Setting. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2008;1–7. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/5222/6819b648856987c64a6b6c218d71e4246455.pdf>
  13. Khosidah Amik; Purwanti Sugi. Persepsi Ibu Rumah Tangga Tentang Voluntarry Councelling and Testing ( Vct ) Terhadap Perilaku Pencegahan Hiv/Aids. J Ilm Kebidanan [Internet]. 2014;5(2):67–78. Available from: <http://ojs.akbidylpp.ac.id/index.php/Prada/article/view/105>
  14. Ahmed NKA. Household survey of knowledge, attitudes and practice of housewives regarding HIV/AIDS Khartoum North, Sudan February 2009. Sudan J Public Heal 2009 [Internet]. 2009;4(3):368–73. Available from: [http://applications.emro.who.int/imemrf/Sudan\\_J\\_Public\\_Health/Sudan\\_J\\_Public\\_Health\\_2009\\_4\\_3\\_368\\_373.pdf](http://applications.emro.who.int/imemrf/Sudan_J_Public_Health/Sudan_J_Public_Health_2009_4_3_368_373.pdf)
  15. Saleh WF, Gamaleldin SF, Abdelmoty HI, Raslan AN, Fouda UM, Mohesen MN, et al. Reproductive health and HIV awareness among newly married Egyptian couples without formal education. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2014;126(3):209–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.02.027>
  16. Mudayatiningsih S, Johan T, Yuswanto A. Individual Counseling to Improve Knowledge And Affecting Healthy Sex Behavior for housewives with High Risk of Hiv And Aids. IOSR J Nurs Heal Sci [Internet]. 2017;06(02):01–8. Available from: <https://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol6-issue2/Version-2/A0602020108.pdf>