

IMPLEMENTASI PENGENDALIAN PROGRAM TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU PENCEGAHAN PENYEBARAN HIV/AIDS PADA KELOMPOK RISIKO DI KABUPATEN MIMIKA, PAPUA

Adolfina Tandilangan¹, Marcellus Fatie²

¹Program Studi DIII Keperawatan Timika, Poltekkes Kemenkes Jayapura, Mimika, adolfinatandilangan80@gmail.com

²Program Studi DIII Keperawatan Timika, Poltekkes Kemenkes Jayapura, Mimika, marseliusfatie@gmail.com

Corresponding Author: Adolfina Tandilangan, adolfinatandilangan80@gmail.com

Abstrak

Kurangnya cakupan program intervensi pengendalian HIV dan AIDS di Kota Mimika disebabkan aspek perencanaan yang tidak maksimal, kurangnya dana dan adanya kendala-kendala sarana dan prasarana serta kondisi geografis. Penelitian ini bertujuan mengetahui perbedaan intervensi perubahan perilaku ODHA di puskesmas Timika dan Puskesmas Timika Jaya dan hubungan pengendalian program dengan implementasi pelaksanaan perubahan perilaku (IPP) pencegahan penyakit HIV/AIDS pada kelompok risiko. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional study*. Sampel sebanyak 52 orang yang diperoleh melalui teknik *purposive sampling*. Data dianalisis menggunakan uji statistik *mann whitney* untuk melihat perbedaan, uji *chi square* untuk melihat hubungan antara variabel *independen* dan *dependen*, dan *uji regresi logistik* untuk menentukan pemodelan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa: (1) pada uji *mann whitney* diperoleh $p=0,313$. Hal itu berarti, tidak ada perbedaan intervensi perubahan perilaku responden di puskesmas Timika dan Timika Jaya; (2) ada hubungan perencanaan, biaya, waktu, dan sosial budaya terhadap pelaksanaan IPP; (3) tidak ada hubungan spesifikasi dan ekonomi terhadap pelaksanaan IPP; dan (4) pelaksanaan IPP akan berjalan dengan baik apabila memiliki waktu yang baik dan efektif sebesar satu kati dibandingkan dengan pelaksanaan IPP yang buruk setelah dikontrol oleh perencanaan dan sosial budaya.

Key Word: Program, pengendalian, intervensi, perilaku, pendampingan, pencegahan, HIV-AIDS

PENDAHULUAN

Jumlah penderita HIV di dunia semakin meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2012 penderita HIV sebanyak 35.3 Juta orang. Indonesia bersama dengan India dan Pakistan merupakan Negara di Asia dengan laju epidemi HIV yang cepat (WHO, 2012). Sampai September 2014, jumlah kasus HIV ada 150.285 kasus, 55.799 kasus AIDS. Sedangkan Papua menempati urutan ketiga dengan jumlah HIV ada 16.051 kasus dan AIDS ada 10.184 kasus (Ditjen P2PL, 2013). Jumlah kasus HIV di Kabupaten Mimika tahun 2013 sebanyak 177 kasus dan AIDS 272 kasus, tahun 2014 jumlah HIV 208 kasus dan AIDS 206 kasus dan pada tahun 2015 juga mengalami peningkatan dengan jumlah HIV 204 kasus dan AIDS 232 kasus dengan cakupan intervensi perubahan perilaku hanya 34% (Dinkes Kabupaten Mimika, 2016; Kemenkes. R.I, 2012).

Berbagai upaya telah dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Mimika untuk mengendalikan epidemi HIV dan AIDS antara lain: menyediakan layanan konseling dan tes HIV, layanan pengobatan Antiretroviral (ARV), layanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA), layanan Infeksi menular seksual (IMS), layanan intervensi pada populasi kunci dalam hal ini wanita pekerja seks (WPS) hingga pada penyediaan logistik. Program pengendalian HIV dan AIDS masih mengalami kendala-kendala yang dialami dalam pelaksanaannya antara lain masih banyak masyarakat yang mempunyai pengetahuan kurang tentang penyakit HIV/AIDS (66%). Faktor penghambat lainnya adalah rendahnya perilaku pencegahan terkait HIV dan AIDS (masih tingginya seks bebas), kurangnya akses layanan kesehatan terutama layanan konseling dan test HIV sukarela (VCT) dan layanan anti retroviral terapi (ART). Dalam penanganan di lapangan Pemerintah Kabupaten Mimika belum maksimal dalam mendukung promosi kesehatan yang merupakan akses layanan bagi penderita HIV dan AIDS, serta terkendala dengan komitmen yang rendah para pengambil kebijakan di Kabupaten Mimika..

Kurangnya cakupan program intervensi pengendalian HIV dan AIDS di Kota Mimika disebabkan aspek perencanaan yang tidak maksimal, kurangnya dana dan adanya kendala-kendala sarana dan prasarana serta kondisi geografis. Hal ini seperti penelitian Rumbrapuk (2014), yang menyatakan pencapaian program kesehatan di Kabupaten Digoel masih rendah disebabkan proses perencanaan masih belum efektif, dan pelaksanaan kegiatan sering tidak terkendala beberapa hambatan sehingga waktunya

diundur atau dimajukan. Faktor lain adalah kurangnya dukungan, rendahnya pelayanan kesehatan dan kurangnya informasi, semuanya membatasi orang untuk akses hak, semuanya itu merupakan pemicu stigma informasi di pegunungan Papua sesuai dengan hasil survei (Leslie, 2012; Simamora, 2014). Penyebab rendahnya akses Antiretroviral (ARV) adalah karena geografis, transportasi dan komunikasi, rendahnya kemampuan pembiayaan serta faktor sosial budaya lain (Amibor & Ogurotifa, 2012).

Penelitian tentang upaya dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat, motivasi serta perubahan perilaku masyarakat berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor masyarakat dalam mencegah terjadi HIV dan AIDS (Mwisukha dkk., 2012). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengendalian program dengan pelaksanaan intervensi perubahan perilaku pencegahan penyebaran HIV/AIDS pada kelompok risiko di puskesmas Timika dan Puskesmas Timika Jaya Kabupaten Mimika.

METODE

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Timika dan puskesmas Timika Jaya Kabupaten Mimika Provinsi Papua. Jenis penelitian ini adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional study* (Sugiyono, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kelompok risiko di puskesmas Timika sebanyak 42 orang dan puskesmas Timika Jaya sebanyak 14 orang. Sampel adalah kelompok risiko yang ada di puskesmas Timika sebanyak 38 orang dan Puskesmas Timika Jaya sebanyak 14 orang, jadi jumlah sampel sebanyak 52 orang. Pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling*. Data primer diperoleh dengan cara melakukan wawancara langsung terhadap responden dengan berpedoman pada kuesioner. Data sekunder diperoleh dari instansi terkait yaitu Puskesmas Timika, Puskesmas Timika Jaya dan Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika. Analisa data dilakukan dengan program *SPSS 21 for Window* dan uji statistik dengan menggunakan uji univariat dengan frekuensi, bivariat chi square dan multivariat dengan regresi logistik berganda.

HASIL

Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi karakteristik ODHA

Karakteristik	Puskesmas				Jumlah	
	Timika		Timika Jaya		n	%
Kelompok Umur	n	%	n	%	n	%
16 – 25	11	28,9	4	28,6	15	28,8
26 – 45	22	57,9	9	64,3	31	59,6
>45	5	13,2	1	7,1	6	11,5
Jenis kelamin						
Laki-Laki	15	39,5	4	28,6	19	36,5
Perempuan	23	60,5	10	71,4	33	63,5
Pendidikan						
SD	6	15,8	0	0,0	6	11,5
SLTP	8	21,1	5	35,7	13	25,0
SLTA	20	52,6	7	50,0	27	51,9
Diploma III	0	0,0	1	7,1	1	1,9
S1	4	10,5	1	7,1	5	9,6
Pekerjaan						
Tidak ada	11	28,9	1	7,1	12	23,1
PNS	1	2,6	1	7,1	2	3,8
Mahasiswa	0	0,0	2	14,3	2	3,8
Karyawan	1	2,6	0	0,0	1	1,9
Status Perkawinan						
Menikah	30	78,9	10	71,4	40	75,0
Belum Menikah	8	21,1	4	28,6	12	23,1

Tabel 1 menunjukkan bahwa umumnya responden mempunyai kelompok umur 26–45 tahun yaitu sebanyak 31 responden (59,6%) lebih banyak perempuan yaitu 33 responden (63,5%), mempunyai tingkat pendidikan SLTA sebanyak 27 responden (51,9%), mempunyai pekerjaan IRT yaitu 23 responden (44,2%), sudah menikah yaitu 39 responden (75,0%). Responden di Wilayah Puskesmas Timika lebih banyak mempunyai kelompok umur 26–45 tahun yaitu sebanyak 22 responden (57,9%), perempuan yaitu 23 responden (60,5%), mempunyai tingkat pendidikan SLTA yaitu 20 responden (52,6%), bekerja sebagai

IRT sebanyak 16 responden (42,1%), sudah menikah sebanyak 30 responden (78,9%). Responden di Wilayah Puskesmas Timika Jaya lebih banyak mempunyai kelompok umur 26–45 tahun yaitu sebanyak 9 responden (64,3%), lebih banyak perempuan yaitu 10 responden (71,4%), pendidikan SLTA yaitu 7 responden (50,0%), bekerja sebagai IRT sebanyak 7 responden (50,0%), sudah menikah sebanyak 9 responden (64,3%).

Tabel 2. Distribusi ODHA Berdasarkan Variabel Penelitian

Variabel	Puskesmas				Jumlah	
	Timika		Timika Jaya		n	%
	n	%	n	%		
Intervensi Perubahan Perilaku						
Baik	34	89,5	12	85,7	46	88,5
Kurang	4	10,5	2	14,3	6	11,5
Perencanaan						
Baik	27	71,1	12	85,7	39	75,0
Kurang	11	28,9	2	14,3	13	25,0
Biaya						
Baik	3	7,9	4	28,6	7	13,5
Kurang	35	92,1	10	71,4	45	86,5
Waktu						
Sesuai	36	94,7	11	78,6	47	90,4
Tidak Sesuai	2	5,3	3	21,4	5	9,6
Kurang	17	44,7	7	50,0	24	46,2
Sosial budaya						
Pengaruh	23	60,5	8	57,1	31	59,6
Tidak berpengaruh	15	39,5	6	42,9	21	40,4

Tabel 2 menunjukkan bahwa responden umumnya mempunyai intervensi perubahan perilaku baik yaitu 46 responden (88,5%), mempunyai perencanaan baik yaitu 39 responden (75,0%), biaya program kurang yaitu 45 responden (86,5%), waktu pelaksanaan program sudah sesuai yaitu 47 responden (90,4%), spesifikasi program tidak berhasil sebanyak 47 responden (90,4%), mempunyai ekonomi baik sebanyak 28 responden (53,8%), dan sosial budaya berpengaruh sebanyak 31 responden (59,6%). Responden di Wilayah Puskesmas Timika lebih banyak mempunyai intervensi perubahan perilaku baik sebanyak 34 responden (89,5%), mempunyai perencanaan baik sebanyak 27 responden (71,1%), biaya program kurang sebanyak 35 responden (92,1%), waktu pelaksanaan program sesuai sebanyak 36 responden (94,7%), spesifikasi program tidak berhasil sebanyak 38 responden (100,0%), ekonomi baik sebanyak 21 responden (55,3%) dan sosial budaya berpengaruh sebanyak 23 responden (60,5%). Sedangkan responden di Wilayah Puskesmas Timika Jaya lebih banyak yang mempunyai intervensi perubahan perilaku baik sebanyak 11 responden (85,7%), mempunyai perencanaan baik sebanyak 12 responden (85,7%), biaya program kurang sebanyak 10 responden (71,4%), waktu pelaksanaan program sesuai sebanyak 11 responden (78,6%), spesifikasi program tidak berhasil 9 responden (64,3%), ekonomi sama antara baik dan kurang masing-masing 7 responden (50%), dan sosial budaya berpengaruh sebanyak 8 responden (57,1%).

Tabel 3. Perbedaan Intervensi Perubahan Perilaku (Pengetahuan, Perilaku, Pendampingan) ODHA

Puskesmas	n	Pengetahuan		p
		Mean	SD	
Timika	38	17,68	0,78	0,00
Timika Jaya	14	16,00	2,72	
		Perilaku		
Timika	38	19,47	1,90	0,010
Timika Jaya	14	21,07	1,86	
		Pendampingan		
Timika	38	22,03	1,46	0,506
Timika Jaya	14	21,07	1,53	
		Intervensi Perubahan Perilaku		
Timika	38	59,18	2,22	0,313
Timika Jaya	14	58,86	3,46	

Tabel 3 menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan responden di puskesmas Timika adalah 17,68 dan Timika Jaya 16, rata-rata perilaku responden di puskesmas Timika adalah 19,47 dan Timika Jaya 21,07, rata-rata pendampingan responden di puskesmas Timika adalah 22,03 dan Timika Jaya 21,79, rata-rata intervensi perubahan perilaku responden di puskesmas Timika adalah 59,18 dan Timika Jaya 58,86. Hasil uji Mann Whitney diperoleh ($p < 0,05$) yang berarti ada perbedaan pengetahuan dan perilaku responden di puskesmas Timika dengan puskesmas Timika Jaya. Sedangkan pendampingan dan intervensi perubahan perilaku tidak berbeda antara responden di puskesmas Timika dengan puskesmas Timika Jaya ($p > 0,05$).

Tabel 4. Hubungan perencanaan dengan intervensi perubahan perilaku ODHA pada klinik VCT

Variabel penelitian	Intervensi perubahan perilaku				Jumlah		X ²	p
	Baik		Kurang		n	%		
	n	%	n	%				
Perencanaan program								
Baik	37	94,9	2	5,1	39	100,0		
Kurang	9	69,2	4	30,8	13	100,0	4,019	0,045
Biaya								
Cukup	3	42,9	4	57,1	7	100,0	11,723	0,001
Kurang	43	95,6	2	4,4	45	100,0		
Waktu Pelaksanaan								
Sesuai	45	95,7	2	4,3	47	100,0		
Tidak sesuai	1	20,0	4	80,0	5	100,0	18,523	0,000
Spesifikasi Program								
Berhasil	4	80,0	1	20,0	5	100,0	0,000	1,000
Tidak Berhasil	42	89,4	5	10,6	47	100,0		
Ekonomi								
Baik	26	92,9	2	7,1	28	100,0	0,405	0,525
Kurang	20	83,3	4	16,7	24	100,0		
Sosial Budaya								
Pengaruh	30	96,8	1	3,2	31	100,0	3,376	0,066
Tidak berpengaruh	16	76,2	5	23,8	21	100,0		

Tabel 4 menunjukkan bahwa responden yang mempunyai intervensi perubahan perilaku baik lebih banyak mempunyai perencanaan baik (94,9%), biaya pelaksanaan program kurang (95,6%), waktu pelaksanaan sesuai (95,7%), spesifikasi program tidak berhasil (89,4%), mempunyai ekonomi baik (9,2%), sosial budaya berpengaruh (96,8%). Sedangkan responden yang mempunyai intervensi perubahan perilaku kurang lebih banyak mempunyai perencanaan kurang (30,8%), biaya pelaksanaan program cukup (57,1%), waktu pelaksanaan tidak sesuai (80,0%), spesifikasi program berhasil (20,0%), mempunyai ekonomi kurang (16,7%), sosial budaya tidak berpengaruh (23,8%). Hasil uji chi square diperoleh ($p < 0,05$) yang berarti ada hubungan perencanaan dan biaya program pengendalian HIV/AIDS, waktu pelaksanaan dan sosial budaya dengan pelaksanaan dengan intervensi perubahan perilaku. Sedangkan spesifikasi program pengendalian HIV/AIDS dan ekonomi responden tidak berhubungan dengan intervensi perubahan perilaku di puskesmas Timika maupun Timika Jaya.

Tabel 5. Hasil Analisis Pemodelan Akhir Regresi Logistik Variabel/Sub Variabel Perencanaan, Waktu, dan Sosial Budaya

Variabel	B	SE	Wald	p
Perencanaan	18,649	3,807	0,000	0,996
Waktu	36,843	6,410	0,000	0,995
Sosial budaya	36,438	6,410	0,000	0,995
Constant	-147,422	2,453	0,000	0,995

Tabel 5 menunjukkan bahwa Hasil uji regresi logistik berganda menunjukkan bahwa variabel yang paling berhubungan dengan pelaksanaan intervensi perubahan perilaku adalah waktu.

PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan ada perbedaan pengetahuan dan perilaku pengendalian HIV/AIDS antara puskesmas Timika dan Puskesmas Timika Jaya, sedangkan pendampingan tidak ada perbedaan. Ada hubungan perencanaan, biaya, waktu dan sosial budaya dengan intervensi perubahan perilaku di puskesmas Timika dan puskesmas Timika Jaya. Tidak ada hubungan spesifikasi program dan ekonomi dengan intervensi perubahan perilaku di puskesmas Timika dan puskesmas Timika Jaya.

Perencanaan yang baik akan menghasilkan kualitas pelayanan yang baik pula, sebab perencanaan proses penyusunan rencana yang digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan di suatu wilayah tertentu. Suatu perencanaan kegiatan perlu dilakukan setelah suatu organisasi melakukan analisis situasi, menetapkan prioritas masalah, merumuskan masalah, mencari penyebab masalah dengan salah satunya memakai metode *fishbone*, baru setelah itu melakukan penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) (Marquis & Huston, 2013).

Hasil penelitian ini juga di dukung penelitian Rachmadi (2015), juga mengatkan bahwa dalam menyusun perencanaan juga perlunya ada kerjasama, dukungan dan peran serta pemerintah yaitu Dinas Kesehatan. Penelitian Rumbiapuk (2014), di Boven Digul juga menyatakan pencapaian program kesehatan rendah karena proses perencanaan belum efektif.

Hasil uji ini juga di dukung dengan adanya pernyataan langsung dari responden yaitu Tn. M bahwa :
“biaya pengobatan di klinik VCT untuk pemeriksaan IMS, ARV dan Konseling memang diperoleh secara gratis namun untuk pemeriksaan lanjutan seperti pemeriksaan fungsi hati, foto rontgen dan semua pemeriksaan lanjutan yang dirujuk ke rumah sakit harus dibayar sendiri padahal mahal sehingga kami kadang malas untuk pemeriksaan lanjutan kalau kami disuruh”.

Begitu juga yang dikatakan oleh penyelenggara program dalam hal ini adalah perawat pelaksana yang mengatakan bahwa :

“biaya yang ada sangat tidak cukup karena kami hanya dibayarkan Rp. 250.000 perbulan kalau yang pegawai negeri sih memang tidak bermasalah tapi kami yang honorer sangat tidak cukup untuk membiayai kebutuhan oleh karena itu kami cari kerja sampingan untuk bekerja di klinik dan setiap kami turun ke tempat-tempat lokalisasi kalau dana belum turun maka kami harus menggunakan transportasi sendiri”.

Pendekatan terpadu sangat disarankan untuk menciptakan pengetahuan, sikap, dan kesadaran untuk mengendalikan penyebaran HIV/AIDS di kalangan anak muda. Dalam melakukan tindakan pencegahan maupun pengobatan HIV/AIDS dipengaruhi oleh *perceived cost* yaitu persepsi terhadap biaya/aspek negatif yang menghalangi individu untuk melakukan tindakan kesehatan termasuk melakukan pemeriksaan dan konseling HIV/AIDS.

Pengendalian program kesehatan dapat juga dimanfaatkan untuk meningkatkan tingkat *on time* suatu program kesehatan. Manajer program kesehatan tidak akan mampu mengetahui apakah program yang menjadi tanggung jawabnya telah direncanakan dan dilaksanakan dengan baik. Berbagai program kesehatan mengalami kegagalan karena tidak memenuhi tenggat waktu yang sudah direncanakan atau hilangnya peluang untuk dapat meningkatkan mutu kesehatan masyarakat karena program-program kesehatan yang dijalankan tidak dapat diselesaikan tepat waktu.

Hasil penelitian juga di dukung oleh Walensky *et al* (2013), bahwa ternyata efektifitas waktu sangat mempengaruhi penghematan biaya program karena apabila program dilaksanakan dengan efektif maka akan lebih menghemat biaya untuk pencegahan infeksi

Pengendalian atau kontrol untuk program kesehatan diperlukan untuk menentukan kualitas barang dan jasa yang dihasilkan. Oleh karena itu sistem kontrol itu akan memberikan umpan balik kepada manajer tentang sejauh mana pencapaian kualitas barang dan jasa yang dihasilkan oleh program kesehatan tersebut. Apabila sebuah program kesehatan menghasilkan output yang tidak sesuai dengan spesifikasi teknis yang sudah ditentukan dalam rencana awal, maka hal tersebut dapat menggambarkan sejauh mana kualitas program kesehatan yang telah dilaksanakan. Manajer program kesehatan seharusnya menciptakan suatu sistem kontrol yang secara konsisten dan berkesinambungan mampu memonitor kualitas barang dan jasa sehingga *continuous improvement* dapat dilakukan yang akan mengarahkan program kesehatan yang menjadi tanggung-jawabnya dapat berhasil atau sukses.

Hasil penelitian ini di dukung juga oleh Penelitian Soe (2013), menyatakan bahwa kebutuhan pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan mempromosikan penggunaan kondom yang konsisten seperti berhubungan dengan langkah pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS di Thailand sesuai dengan cakupan program. Kemudian ada juga penelitian yang dilakukan oleh Wijayati (2010), bahwa ada hubungan ketidak siapan petugas dalam pelaksanaan program karena petugas memiliki pengetahuan yang masih kurang sehingga pelaksanaan program belum mencapai standar pelayanan

Menurut Nasronudin (2012), kemiskinan, ketidaksetaraan sosial dan ekonomi, dan pengangguran meningkatkan risiko kurangnya akses ke pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan, oleh karena itu meningkatkan risiko penularan HIV. Karena faktor pendapatan yang rendah memungkinkan seseorang

untuk melakukan migran dari desa ke kota. *Mobile migrant population* ini memiliki pola dan tingkatan mobilitas yang berbeda-beda, yang mungkin turut menjadi faktor yang berpengaruh terhadap tingginya perilaku seksual berisiko.

Penyebab utama meningkatnya jumlah penderita HIV/AIDS di Papua adalah kurangnya informasi mengenai bahaya HIV/AIDS selain itu tingginya tingkat perilaku seksual berisiko di Papua juga memainkan peranan yang penting dalam peningkatan penderita penyakit berbahaya ini. Hal ini di tunjukkan dengan semakin maraknya tempat-tempat prostitusi di sejumlah daerah di Papua. Hal ini di perparah dengan kesadaran yang rendah dalam hal pemakaian kondom oleh masyarakat Papua. Perilaku seksual yang salah kiranya dapat menjadi faktor utama tingginya penyebaran HIV/AIDS dari bidang budaya. Mungkin saja masyarakat belum memiliki kesadaran untuk mengendalikan perilaku seksualnya. Faktor lain pun menjadi alasan mengapa perilaku seksual tidak dapat dikontrol dengan baik. Masuknya berbagai jenis miras, perjudian dan hiburan membuat masyarakat terlena. Glamor kehidupan modern dengan berbagai tawaran hedonistis dan materialistis membuat masyarakat lupa akan nilai-nilai luhur yang pernah ditanam lewat adat-istiadat dan ajaran agama. Akibatnya, kontrol terhadap kehidupan pun seakan sirna begitu saja.

Di lain pihak, ditemukan beberapa budaya tradisional yang ternyata meluruskan jalan bagi perilaku seksual yang salah ini. Meskipun kini tidak lagi nampak, budaya tersebut pernah berpengaruh kuat dalam kehidupan masyarakat. Misalnya saja, upacara *Ezam Uzum* pada suku Marind-Anim. Pada ritus adat ini kepala adat atau pemimpin upacara mengadakan hubungan seksual dengan ibu-ibu janda sebanyak tiga sampai lima orang ibu. Tujuannya ialah untuk mendapatkan sperma yang akan digunakan untuk kepentingan upacara, karena sperma melambangkan kesucian dan dapat mengusir setan (Dumatubun, 2003). Adanya budaya poligami dalam masyarakat pun menjadi salah satu faktor cepatnya penularan HIV/AIDS. Poligami mengandaikan adanya hubungan seksual berganti pasangan, ini merupakan penyebab timbulnya penyakit kelamin yang berujung pada HIV/AIDS. Aspek budaya ini setidaknya berhubungan dengan penghayatan hidup perkawinan. Jika budaya telah mencanangkan seperti itu, kesetiaan hidup perkawinan dipertaruhkan.

KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan ada perbedaan pengetahuan dan perilaku pengendalian HIV/AIDS antara puskesmas Timika dan Puskesmas Timika Jaya, sedangkan pendampingan tidak ada perbedaan, ada hubungan perencanaan, biaya, waktu dan sosial budaya dengan intervensi perubahan perilaku di puskesmas Timika dan puskesmas Timika Jaya. Tidak ada hubungan spesifikasi program dan ekonomi dengan intervensi perubahan perilaku di puskesmas Timika dan puskesmas Timika Jaya. Waktu pelaksanaan merupakan variabel yang paling berhubungan dengan intervensi perubahan perilaku. Disarankan perlunya perencanaan yang baik dan melibatkan penyelenggara program, Pelaksanaan intervensi perubahan perilaku (pengetahuan, perilaku, pendampingan) harus ditingkatkan, perlu dilakukan evaluasi pelaksanaan program secara rutin dan berkala, mempertahankan program yang ada serta perlu mengekspansi pelayanan program ke puskesmas lain, Perlu pengkaderan tenaga medis dan non medis yang menunjang pelaksanaan program sehingga pelaksanaan intervensi perubahan perilaku bisa dilakukan penambahan waktu pelayanan, agar penyelenggara program membuat aturan terkait dengan pemeriksaan kesehatan secara wajib kepada PSK dan PSK diwajibkan memiliki asuransi kesehatan (BPJS).

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kami sampaikan kepada Kabupaten Mimika yang memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan pengambilan data penelitian.

REFERENSI

- Amibor P. & Ogurotifa. (2012). Akses ART pada ODHA. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Bakara DM., Esmianti F. & Wulandari C. (2014). The Effect of Health Counseling on HIV / AIDS on The Knowledge Level of Students at SMA Negeri 1 Selupu Rejang in 2013), *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* – Vol. 17 No. 3 Juli 2014: 227–231.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika. (2016). *Laporan Penanggulangan AIDS Kabupaten Mimika tahun 2015*. Timika papua: Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Mimika.
- Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (DP2MPL). (2013). *Statistik Kasus HIV/ AIDS di Indonesia*. Jakarta: Kementerian RI.
- Dumatubun AE.(2003). Pengetahuan, Perilaku Seksual Suku Bangsa Marind-Anim. *Jurnal Antropologi Papua* Volume 1. NO. 3 April 2003
- Haerana BT. & Muslimah. (2015). Hubungan Pengetahuan, Sikap, Motivasi dan Peran Petugas LSM terhadap. *Jurnal Program Studi Kesehatan Masyarakat, STIKES Harapan Ibu*, 1(2), 1–6.
- Kemenkes RI. (2012). *Pedoman Nasional Manajemen Program Penanggulangan HIV dan AIDS*. Jakarta: Kementerian Republik Indonesia.

- Leslie B. (2012). *Penelitian Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan bagi ODHA di Papua*. Jayapura.
- Marquis BL & Huston CL. (2013). *Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan Teori Dan Aplikasi*. (E. K. Y. & A. O.T, Ed.) (4th ed.). Jakarta: EGC.
- Mwisukha A., Ndegwa I.N. & Wanderi PM. (2012). Factors Influencing Behaviour Change for the Prevention of the Spread of HIV/AIDS among Students in Githunguri Division, Githunguri District, *Kiambu County, Kenya*, 3(16), 313–324.
- Nasronudin. (2012). *Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis, dan Sosial HIV & AIDS*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Rachmadi T. (2015). Peran Dinas Kesehatan Dalam Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus - Acquired Immuno Deficiency Syndrome (HIV-Aids) Sesuai Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2013 (studi di Kabupaten Kebumen). *Jurnal Idea Hukum*, Vol. 1 no.
- Rumbrapuk IRF. (2014). *Efektifitas Penerapan Fungsi Manajemen Dalam Pencapaian Kinerja Puskesmas Di Kabupaten Boven Digoel*. Tesis FKM Unhas.
- Setiawati N. (2014). Pengetahuan dan Perilaku Mahasiswa Universitas Surabaya Terkait Upaya Pencegahan HIV/AIDS, *Jurnal Ilmiah mahasiswa Universitas Surabaya* 3(1),1–16.
- Simamora RS. (2014). Untuk Pencegahan HIV Pada Pekerja Seks Waria Di Lokalisasi Gor Kota Bekasi Tahun 2014, 2. Retrieved from file:///Users/suratno/Downloads/182-525-2-PB.pdf
- Soe HHK., Than NN., Madan SS. & Kumar S. (2013). High Risk Behavior, Knowledge and Attitude of HIV/AIDS among Workers in Factories Manufacturing Alcohol in Mandalay, Myanmar Khin Thiri Maung. *World Journal of AIDS*, 2013, 3, 147-153
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Walensky R. *et al.* (2013). Cost-effectiveness of HIV treatment as prevention in serodiscordant couples (Provisional abstract). *New England Journal of Medicine*, 369(18), 1715–1725. <http://doi.org/10.1056/NEJMsa1214720>
- WHO. (2012). *An analysis of HIV Prevention Pragraming to Preven HIV Transmision During Commercial Sex In Developing Countries* .
- Wijayati DT. (2010). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Manajemen Strategik pada Organisasi Non Profit (Studi Manajemen Strategik pada Dinas Propinsi Jawa Timur). *Jurnal Manajemen Dan Kewirausahaan*, 12(1) pp.24–32. Retrieved from <http://puslit2.petra.ac.id/ejournal/index.php/man/article/view/17986>