

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Seperti diketahui meskipun angka prevalensi HIV pada kelompok populasi umum di Indonesia pada umumnya < 1% kecuali di Papua dan Papua Barat prevalensi 2,4% di tahun 2006, namun pada beberapa kelompok populasi berisiko tinggi telah menunjukkan peningkatan yang signifikan sejak tahun 1990-an, terbesar pada kelompok Pengguna Napza Suntik (Penasun), WPS, dan Waria.

Adanya interaksi ganda antara infeksi HIV pada kelompok Penasun dan kelompok populasi kunci lainnya, banyak memberikan kontribusi terhadap terjadinya peningkatan epidemi ganda di Indonesia pada "most-at-risk-groups" (MARG) khususnya antara Penasun dan industri seks komersial yang meluas. Hasil STBP tahun 2007 menunjukkan sebesar 30% Penasun pernah membeli seks dalam 1 bulan terakhir dan 3% Penasun pernah menjual seks. Walaupun persentase Penasun yang menjual seks masih rendah tetapi hal ini penting untuk diwaspadai mengingat prevalensi HIV pada Penasun yang tinggi berdasarkan STBP 2007 sebesar 52,4%.

Epidemi di Papua dan Papua Barat berbeda dengan wilayah lain di Indonesia, dimana relatif tidak ada Penasun di kedua provinsi tersebut. Di Papua dan Papua Barat penularan utama adalah melalui hubungan seksual pada kelompok heteroseksual. Kebiasaan minum alkohol diduga juga menjadi salah satu faktor yang berkontribusi utama dalam penularan melalui seksual. Hal ini yang menyebabkan perbedaan pola penularan di Papua dan Papua Barat. Data-data yang ada menunjukkan bahwa telah terjadi penularan pada kelompok populasi umum di beberapa wilayah di Papua dan Papua Barat.

Seperti diketahui, pelaksanaan Surveilans HIV generasi kedua di Indonesia telah dimulai dengan pelaksanaan Sero Surveilans HIV tahun 1988 dan Surveilans Perilaku mulai dilaksanakan tahun 1996.

Untuk mengetahui pola epidemi dan faktor-faktor utama terkait penularan HIV, tahun 2006 telah dilaksanakan Surveilans Terpadu HIV dan Perilaku (STHP) pada masyarakat umum di Papua dan Papua Barat, tahun 2007 STBP pada populasi berperilaku risiko tinggi di 19 Kabupaten/Kota dan SSP pada remaja di Jakarta dan Surabaya. Dengan data STBP tersebut kita mendapatkan gambaran yang lengkap tentang besaran masalah yang ada, faktor-faktor penyebab, pengetahuan dan seberapa jauh respon yang telah ada dan diketahui oleh masyarakat.

Oleh karena itu untuk dapat memberikan gambaran epidemi yang terjadi pada Kelompok Populasi Paling Berisiko dalam terjadinya epidemi HIV di Indonesia, maka perlu dilakukan Surveilans Terpadu Biologi dan Perilaku yang berkesinambungan.

Keberhasilan upaya pencegahan infeksi *Human Immuno-deficiency Virus* (HIV) bergantung pada perubahan perilaku berisiko, dari risiko tinggi ke risiko yang lebih rendah. Perubahan ini antara lain mencakup peningkatan penggunaan kondom dan pengurangan jumlah pasangan seksual di antara mereka yang aktif secara seksual, penurunan pemakaian bersama/bergantian alat/jarum suntik pada kelompok pemakai narkoba psikotropika dan zat adiktif lainnya (Napza Suntik), dan penundaan hubungan seksual pertama kali pada kalangan remaja.

Dengan semakin meluasnya penyebaran HIV di banyak negara, termasuk di Indonesia, upaya pencegahan semakin mengarah pada upaya perubahan perilaku. Oleh karena itu diperlukan informasi tentang perubahan perilaku yang dapat dijadikan dasar dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan keberhasilan program intervensi.

Kelompok Populasi Paling Berisiko yang akan dicakup dalam STBP ini adalah Wanita Penjaja Seks Langsung, Wanita Penjaja Seks Tidak Langsung, Laki-laki Berisiko (ojek motor, supir angkutan umum kota, ABK, TKBM, buruh), Penasun, Waria, Lelaki Seks Lelaki, dan Remaja.

Agar kegiatan STBP dapat dilaksanakan sesuai yang diharapkan maka disusun dua jenis pedoman, yaitu:

- Buku 1 Pedoman Pelaksanaan Lapangan untuk Kelompok Sasaran WPS dan Pria
- Buku 2 Pedoman Pelaksanaan Lapangan untuk Kelompok Sasaran Gay, Waria, Penasun, dan Remaja

Buku ini merupakan Pedoman Penyelenggara yang memuat petunjuk umum penyelenggaraan STBP 2009 dan dimaksudkan sebagai pedoman bagi para penanggungjawab survei dalam mengelola STBP 2009 baik di pusat maupun di daerah.

Tujuan

Tujuan dari pelaksanaan STBP ini adalah :

- Menentukan tingkat prevalensi Gonore, Klamidia, Sifilis, dan HIV di antara Populasi Paling Berisiko di beberapa kota di Indonesia
- Menentukan tingkat pengetahuan dan persepsi tentang penularan dan pencegahan HIV pada populasi paling berisiko dan populasi rawan (remaja)
- Menentukan tingkat perilaku berisiko tertular/menularkan HIV di antara Populasi Paling Berisiko di beberapa kota di Indonesia
- Mengukur cakupan intervensi pengendalian HIV dan IMS serta dampaknya pada kelompok sasaran program GF-AIDS R 4

1.2. HIV dan AIDS: Pengertian, Cara Penularan, Epidemi, Implikasi dan Pencegahan

1.2.1. Pengertian HIV dan AIDS

AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) yakni sekumpulan gejala yang didapat akibat menurunnya kekebalan tubuh manusia yang disebabkan oleh virus.

HIV (*Human Immuno-deficiency Virus*) yaitu sekumpulan jasad renik yang sangat kecil (virus) yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Dalam jumlah besar virus terdapat pada cairan otak, darah, cairan vagina, dan sperma penderita.

HIV menyerang sel darah putih dengan cara merusak dinding sel darah putih, kemudian masuk ke dalam sel dan merusak bagian yang memegang peran penting di sistem kekebalan tubuh manusia. Sel darah putih yang telah dirusak tersebut menjadi tidak dapat mengenal bibit penyakit yang menyerang tubuh manusia. Bahkan virus tersebut merusak sel darah putih yang lain di dalam tubuh manusia. Lambat laun sel darah putih yang sehat akan sangat berkurang, sehingga kekebalan tubuh menjadi sangat rendah.

1.2.2. Cara-Cara Penularan HIV

Virus HIV dapat ditularkan melalui:

- Hubungan seksual dengan pengidap HIV, terutama ano-genital dan genito-genital.
- Melalui darah dan produk darah yang terkontaminasi (misalnya melalui transfusi darah)
- Transplantasi organ tubuh
- Penggunaan alat tusuk yang terkontaminasi (alat suntik, tindik, tatto, dll)
- Penularan secara perinatal yaitu penularan dari ibu pengidap HIV kepada bayi yang dikandungnya, yang terjadi pada saat didalam kandungan, pada saat melewati jalan lahir atau selama menyusui

Disamping penularan melalui hal-hal tersebut diatas, penularan juga bergantung antara lain pada jumlah virus, jenis kontak, kondisi yang memudahkan penularan (misal: luka, radang), intensitas, dan frekuensi kontak.

HIV dapat menular kepada siapapun, tanpa memandang kebangsaan, ras, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, status ekonomi maupun orientasi seksualnya. Namun bila melihat cara penularan HIV di atas, maka dapat diketahui kelompok orang yang termasuk ke dalam kelompok populasi berisiko tinggi terinfeksi HIV yaitu:

- Wanita penjaja seks
- Pelanggan penjaja seks

- Pasangan penjaja seks
- Pria berhubungan seks dengan pria (pria penjaja seks, waria, gay)
- Pelanggan pria penjaja seks, waria, gay
- Pasangan pria penjaja seks, waria, gay
- Pengguna napza suntik
- Pasangan pengguna napza suntik
- Tenaga kesehatan/pekerja laboratorium

1.2.3. Pendapat Tidak Tepat Mengenai Cara Penularan HIV dan AIDS

Berikut merupakan pendapat-pendapat yang tidak tepat mengenai cara penularan HIV dan AIDS, antara lain:

- HIV dapat menular melalui kontak sosial dengan Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) seperti; berjabat tangan, penderita bersin, berpelukan, makan dan minum bersama, tinggal serumah dengan ODHA
- HIV dapat menular melalui makanan yang disiapkan oleh ODHA
- HIV dapat menular melalui gigitan nyamuk
- HIV dapat menular melalui penggunaan WC, kamar mandi, pakaian, atau telepon bersama dengan ODHA
- HIV dapat menular melalui kontak dengan keringat, atau airmata ODHA

1.2.4. Cara Pencegahan

1. Pencegahan penularan melalui hubungan seksual dengan :
 - A (*Abstinensi*) yaitu dengan melakukan puasa seksual,
 - B (*Be faithful*) yaitu saling setia pada pasangannya, dan
 - C (*Condom*) yaitu menggunakan kondom apabila melakukan hubungan seksual yang berisiko.
2. Mencegah penularan melalui darah dan produk darah dengan skrining darah donor, dan tindakan kewaspadaan umum yang harus dilaksanakan pada setiap tindakan medis (*universal precaution*)
3. Sterilisasi alat suntik, tusuk dan tatto
4. Mencegah penularan dari ibu pengidap HIV ke bayi (*Prevention from Mother to Child Transmition –PMTCT*)
5. Jangan menggunakan NAPZA.

1.2.5. Gejala-gejala Infeksi HIV

Tahap pertama dimulai dengan masuknya HIV ke dalam tubuh seseorang, dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- Hampir tidak bergejala dan kadang-kadang hanya seperti flu dan akan sembuh beberapa hari kemudian
- Tes antibodi darah pada periode ini masih belum dapat menunjukkan adanya infeksi HIV. Periode ini disebut juga dengan periode jendela (*window period*) yaitu periode dimana seseorang telah terinfeksi (virus HIV sudah ada didalam tubuhnya) dan telah dapat menularkan virus tersebut ke orang lain, namun hasil tes laboratoriumnya negatif. Dengan kata lain periode jendela adalah periode dimana hasil pemeriksaan laboratorium negatif, tetapi orang tersebut telah terinfeksi dan dapat menularkan.
- Setelah 1 – 3 bulan barulah tes darah positif (antibodi terbentuk)
- Pada tahap ini orang masih nampak sehat
- Keadaan nampak sehat ini dapat berlangsung 5 – 15 tahun
- Orang tersebut dikenal sebagai pengidap HIV atau disebut ODHA

Pada tahap berikutnya sudah mulai nampak gejala tapi masih seperti gejala umum yang terjadi pada penyakit lain, yaitu :

- Demam berkepanjangan (lebih dari 3 bulan)
- Selera makan hilang
- Diare terus-menerus tanpa sebab (lebih dari 1 bulan)
- Pembengkakan kelenjar getah bening
- Bercak-bercak di kulit
- Berat badan turun drastis (lebih dari 10 % dalam 3 bulan).

Pada tahap lanjut, sistem kekebalan tubuh sudah semakin menurun sehingga perlawanan terhadap penyakit lain sudah sangat rendah. Pengidap HIV telah berkembang menjadi penderita AIDS, dengan gejala:

- Radang paru
- Radang saluran pencernaan
- Kanker kulit
- Radang karena jamur di mulut dan kerongkongan
- Gangguan susunan syaraf
- TBC

1.2.6. Infeksi Menular Seksual (IMS)

Infeksi Menular Seksual (IMS) atau biasa disebut penyakit kelamin adalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual. Yang termasuk dalam IMS adalah sifilis, gonore, bubo, jengger ayam, herpes, keputihan tidak seperti biasanya dengan bau dan warna yang berbeda, dan lain-lain.

Tanda-tanda atau gejala IMS:

- Keluarnya cairan dari alat kelamin laki-laki atau perempuan yang berwujud cairan atau nanah dengan warna dan bau yang berbeda dari biasanya
- Perluasan pada alat kelamin
- Benjolan pada lipatan paha
- Pembengkakan buah zakar laki-laki
- Tumor, kutil, jengger ayam atau bunga kol pada alat kelamin
- Nyeri perut bagian bawah pada perempuan

Perilaku yang mempengaruhi penyebaran IMS:

- Melakukan hubungan seks berisiko yaitu berganti-ganti pasangan seksual tanpa menggunakan kondom
- Mempunyai pasangan yang juga mempunyai pasangan lain
- Berhubungan seksual dengan pasangan yang tidak dikenal tanpa menggunakan kondom
- Melakukan hubungan seksual meskipun menderita IMS
- Tidak memberi tahu pasangannya untuk mendapatkan pengobatan IMS

IMS dapat mengakibatkan:

- Peradangan menahun
- Gangguan pada syaraf
- Gangguan jiwa
- Kemandulan
- Gangguan kehamilan
- Kematian
- Keganasan, misalnya kanker leher rahim
- Tertular HIV

1.2.7. Testing HIV

Testing HIV adalah suatu tes terhadap darah/serum untuk mengetahui keberadaan antibodi HIV dalam tubuh. Antibodi adalah zat yang dihasilkan oleh sistem kekebalan tubuh sebagai perlawanan terhadap zat asing (antigen). Antigen adalah materi yang dianggap oleh tubuh sebagai zat asing (contoh: virus, bakteri, jamur) sehingga tubuh memproduksi antibodi untuk melawannya. Tes antibodi

adalah metode yang paling umum, paling efisien dan paling luas pemakaiannya untuk mengetahui status HIV seseorang.

Testing HIV dilakukan dengan 3 tujuan:

1. Testing untuk tujuan penapisan atau skrining, tujuannya adalah untuk memberikan perlindungan kepada masyarakat dengan memastikan bahwa darah, produk darah dan organ tubuh yang akan ditransfusikan atau ditransplantasikan tidak tercemar.
2. Testing untuk tujuan surveilans, adalah suatu test dengan tujuan untuk memantau kecenderungan prevalensi HIV dari waktu ke waktu pada suatu populasi tertentu, yang digunakan untuk mengetahui besaran masalah di suatu kelompok dan digunakan untuk perencanaan program, advokasi dan evaluasi program. Testing ini dilakukan secara *unlinked anonymous*.
3. Testing untuk tujuan diagnostik, adalah suatu tes untuk memastikan apakah seseorang terinfeksi HIV, dilakukan atas permintaan sendiri atau karena adanya indikasi medis, yang disertai dengan konseling sebelum dan setelah tes.

1.2.8. Konseling HIV

Konseling HIV adalah dialog - diskusi tertutup (*confidential*) antara klien dengan konselor yang bertujuan memberdayakan klien untuk menghadapi aspek psiko-sosial-medis dan membantu untuk mengambil keputusan pribadinya sehubungan dengan HIV dan AIDS.

1.2.8.1. Konseling dan Testing HIV Secara Sukarela (VCT)

VCT (*Voluntary Counselling & Testing*) adalah gabungan dua kegiatan yaitu konseling dan testing HIV dalam satu jaringan pelayanan untuk dapat memberikan manfaat yang besar bagi klien dan juga untuk kepentingan program pengendalian HIV dan AIDS

Tujuan VCT:

1. Mencegah terjadinya penularan HIV
2. Akses kepada pelayanan yang ada di tempatnya sesuai kebutuhan
3. Memberikan layanan secara dini kepada masyarakat sesuai kebutuhan

Manfaat VCT:

1. Secara Individu:
 - Mengurangi perilaku berisiko untuk terinfeksi HIV
 - Membantu seseorang untuk dapat menerima status HIV-nya
 - Membantu memfasilitasi ODHA untuk dapat mengakses layanan yang dibutuhkan.

2. Di tingkat masyarakat:

- Memutus rantai penularan HIV dalam masyarakat
- Mengurangi reaksi takut, stigma, diskriminasi, dan mitos yang ada terhadap HIV
- Mempromosi dukungan pada ODHA melalui mobilisasi masyarakat dan kerjasama antar pihak terkait

VCT merupakan pintu masuk untuk mendapatkan layanan lanjutan dengan kata lain VCT adalah satu titik awal dan bukan titik akhir

1.2.9. Epidemi HIV dan AIDS

Dilaporkan pertama kali di Indonesia pada tahun 1987 di Bali pada seorang wisatawan Belanda yang di diagnosa sebagai kasus AIDS. Sejak itu perkembangan kasus secara cepat terus meningkat. Dan pada saat ini perkembangan epidemi HIV di Indonesia termasuk yang tercepat di Asia.

Sebagian besar infeksi baru diperkirakan terjadi pada beberapa sub-populasi berisiko tinggi (dengan prevalensi > 5%), yaitu pada pengguna Napza suntik (Penasun), wanita penaja seks (WPS), dan waria. Situasi demikian menunjukkan bahwa pada umumnya Indonesia berada pada tahap epidemi terkonsentrasi (*concentrated epidemic*). Dari beberapa tempat sentinel, pada tahun 2006, prevalensi HIV berkisar antara 21% - 52% pada Penasun, 1% - 22% pada WPS, dan 3% - 17% pada waria. Sejak tahun 2000 prevalensi HIV mulai konstan di atas 5% pada beberapa sub-populasi berisiko tinggi tertentu.

Berdasarkan laporan rutin Departemen Kesehatan tahun 2008, terjadi laju peningkatan kasus baru AIDS yang semakin cepat terutama dalam 3 tahun terakhir ini. Hal ini terlihat dari jumlah kasus baru AIDS dalam 3 tahun terakhir lebih dari 3 kali lipat dibanding jumlah yang pernah dilaporkan pada 15 tahun pertama epidemi AIDS di Indonesia. Dari jumlah kumulatif 16.964 kasus AIDS yang dilaporkan pada akhir Maret 2009, dengan proporsi 74.5% adalah laki-laki, 25% perempuan dan 0,5% tidak diketahui. Cara penularan kasus AIDS paling banyak karena heteroseksual (48,4%) dan Penasun 42%.

Seiring dengan penambahan total kasus AIDS, jumlah daerah yang melaporkan kasus AIDS pun bertambah. Pada akhir tahun 2000, terdapat 16 provinsi yang melaporkan kasus AIDS, dan kemudian pada akhir tahun 2003 jumlah tersebut meningkat menjadi 25 provinsi. Jumlah ini meningkat tajam pada tahun 2006, yaitu

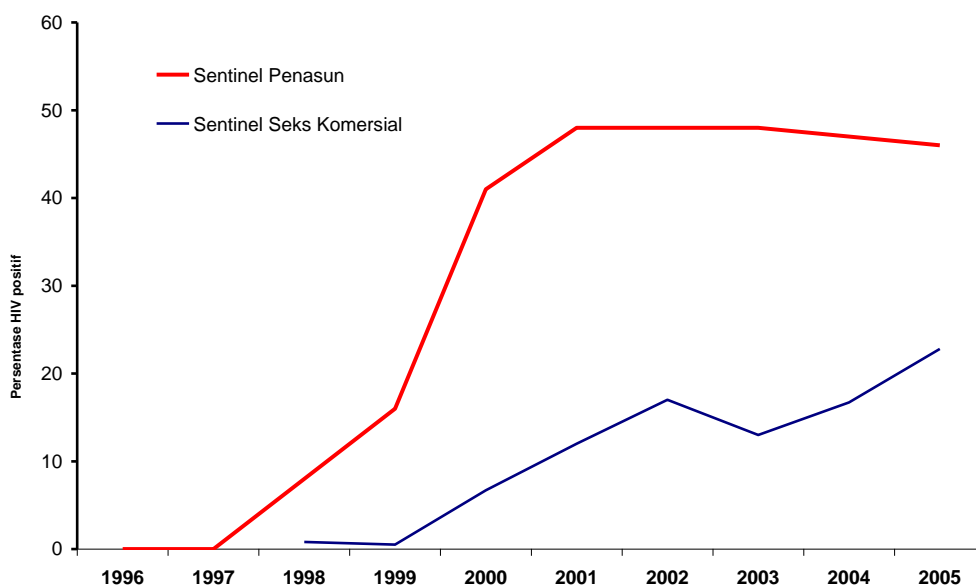
sebanyak 32 dari 33 provinsi yang ada di Indonesia yang sudah melaporkan adanya kasus AIDS.

Hasil Pemodelan epidemi di Indonesia memproyeksikan jumlah ODHA usia 15-49 tahun yang terus meningkat dari 277,700 pada tahun 2008 menjadi 501.400 pada tahun 2014. Hasil tersebut dengan asumsi bahwa tidak ada perubahan yang signifikan dari upaya pengendalian HIV dan AIDS pada kurun waktu tersebut.

Sebagai dampaknya, kebutuhan pengobatan ARV untuk populasi usia 15-49 tahun juga meningkat dari 30.100 pada tahun 2008 hingga hampir tiga kali lipat pada tahun 2014. Begitu juga dengan jumlah kematian terkait AIDS pada populasi 15-19 tahun meningkat hingga lebih tiga kali lipat dari 10.400 pada tahun 2008 menjadi 32.900 di tahun 2014. Proyeksi kematian terkait AIDS tersebut dihasilkan dengan asumsi cakupan pengobatan ARV tahun 2009 hingga 2014 sama dengan tahun 2008.

Gambar 1 adalah grafik yang menunjukkan adanya peningkatan prevalensi HIV yang terjadi pada penularan melalui penggunaan alat suntik secara bergantian dan melalui hubungan seks yang tidak aman. Namun kecepatan penularan pada Penasun jauh lebih cepat dibandingkan dengan penularan melalui seks berisiko.

Gambar 1: Beda Cara Penularan Menghasilkan Kecenderungan yang Berbeda.



Sumber data: Surveilans Sentinel HIV, DepKes RI

Tingkat penularan HIV dapat berbeda karena Penasun juga mempunyai perilaku seks berisiko yaitu sebagian membeli jasa seks pada wanita penjaja seks. Sehingga ada peluang tingkat penularan HIV yang tinggi pada Penasun akan mendorong juga terjadinya peningkatan penularan HIV yang lebih cepat pada kelompok perilaku seks komersial.

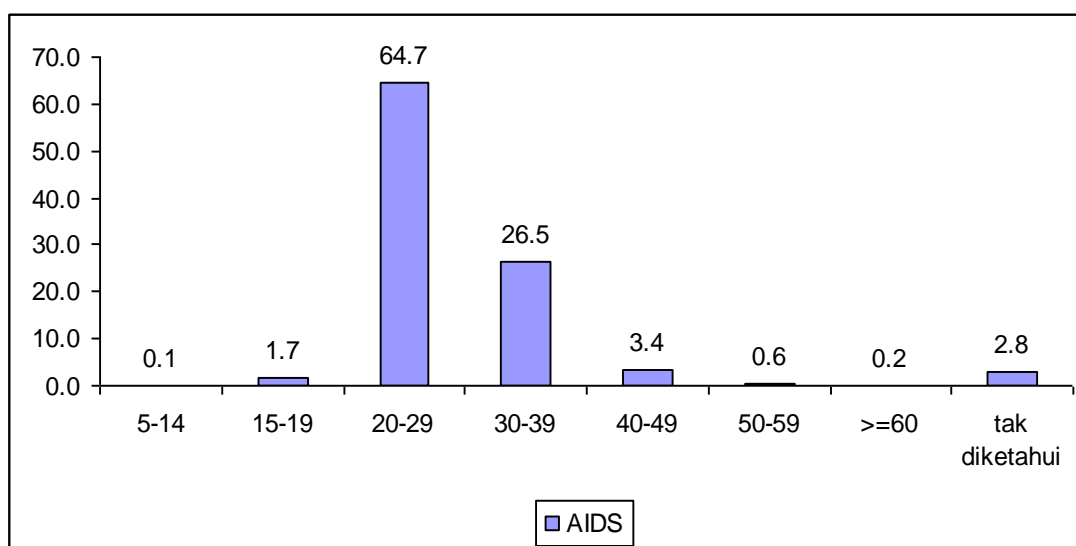
Penularan HIV pada Penasun lebih mudah dibanding penularan melalui hubungan seks yang tidak aman

Epidemi HIV dan AIDS pada Penasun

Penularan HIV (dan virus Hepatitis C) terus terjadi dengan cepat pada penggunaan alat suntik secara bergantian, terutama pada Penasun. Penularan HIV lebih mudah dan cepat terjadi pada subpopulasi Penasun dapat dijelaskan dari hasil STBP tahun 2007 pada Penasun yang di survei pada 6 kota, untuk kota Jakarta dan Surabaya menunjukkan bahwa 57% menggunakan jarum suntik secara bersama-sama dalam 1 minggu terakhir sedangkan untuk 4 kota lainnya, yaitu Medan, Bandung, Semarang, dan Malang sebesar 12 - 28% yang menggunakan jarum suntik secara bersama-sama dalam 1 minggu terakhir. Menurut banyak penelitian penularan melalui alat suntik dinyatakan sebagai suatu cara penularan yang sangat efisien, cepat, dan membuat epidemi menjadi lebih sulit dikendalikan.

Perkembangan peredaran NAPZA di tanah air mengakibatkan terjadinya peningkatan jumlah Penasun dalam jumlah cukup besar pada akhir-akhir ini. Kecenderungan usia mereka yang menggunakan NAPZA suntik juga semakin muda sehingga mereka akan terinfeksi HIV lebih awal dan sulit dijangkau. Para pengguna NAPZA selain suntikan juga mempunyai kecenderungan untuk beralih menggunakan alat suntik (yang tidak steril dan bergantian).

Gambar 2. Persentase Kasus AIDS pada Penasun Berdasarkan Golongan Umur sampai dengan Maret 2009



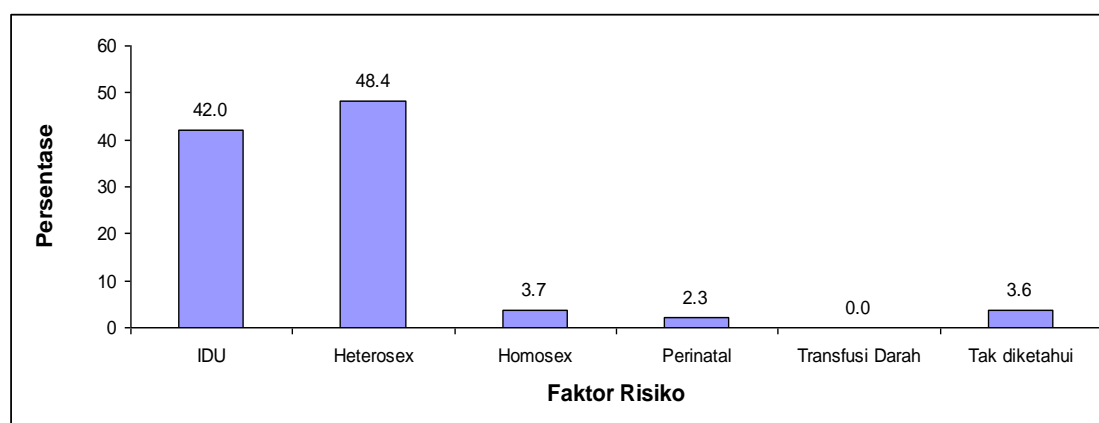
Hasil STPB 2007, Prevalensi HIV tertinggi ada pada populasi Penasun (52.4 persen) diikuti oleh Waria (24.4 persen), WPS Langsung (10.4 persen), LSL (5.2 persen), WPS Tak Langsung (4.6 persen), dan yang terendah adalah Pelanggan Penjaja Seks (0.8 persen).

Perilaku pencegahan penularan HIV Penasun menjadi sangat penting untuk diperhatikan mengingat prevalensi HIV pada populasi ini adalah yang tertinggi diantara semua populasi berisiko lainnya. Selain itu, perilaku berisiko Penasun seperti menggunakan jarum suntik bersama dan berbagi Napza yang sudah dicairkan dalam satu alat suntik memiliki kemungkinan penularan HIV lebih tinggi dari kemungkinan penularan melalui hubungan seks.

Epidemi HIV dan AIDS Berdasarkan Perilaku Seks Berisiko

Berdasarkan laporan kasus AIDS di Indonesia sampai dengan Maret 2009 menunjukkan cara penularan melalui heteroseksual sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan Penasun sebagaimana grafik di bawah.

Gambar 3 Kumulatif Kasus AIDS di Indonesia berdasarkan Cara Penularan s/d Maret 2009



Frekuensi kontak seks komersial merupakan salah satu hal yang dapat mempercepat penularan HIV yaitu banyaknya kontak seks komersial yang terjadi. Jumlah kontak seks komersial dapat diindikasikan dari jumlah pelanggan yang membeli jasa seks dari penjaja seks dan frekuensi Pelanggan dalam membeli seks.

STBP 2007 menunjukkan penjaja seks yang mempunyai pelanggan terbanyak dalam seminggu adalah WPS Langsung sekitar hampir 9 orang, sedangkan Waria dan WPS Tidak Langsung sekitar 3-4 orang perminggu. Sementara rata-rata pelanggan LSL yang menjajakan seks dalam satu bulan terakhir adalah 1,2 orang.

Frekuensi membeli seks Pelanggan Penjaja Seks dan Penasun dalam satu tahun terakhir adalah 4,5 dan 4,2 orang.

Gonore dan Klamidia serta beberapa penyakit kelamin lain dapat menyebabkan limfosit CD 4 (limfosit T Helper) berkumpul di daerah lokasi terinfeksi untuk melawan infeksi. Sedangkan CD 4 adalah sasaran utama HIV, itu yang menyebabkan orang berpenyakit Gonore dan klamidia lebih mudah tertular HIV. Begitu juga dengan penderita sifilis akan lebih mudah tertular HIV karena adanya perlukaan (infeksi) di

penis yang bisa menjadi jalan masuk HIV ke dalam aliran darah. Penularan sifilis lebih mudah daripada HIV

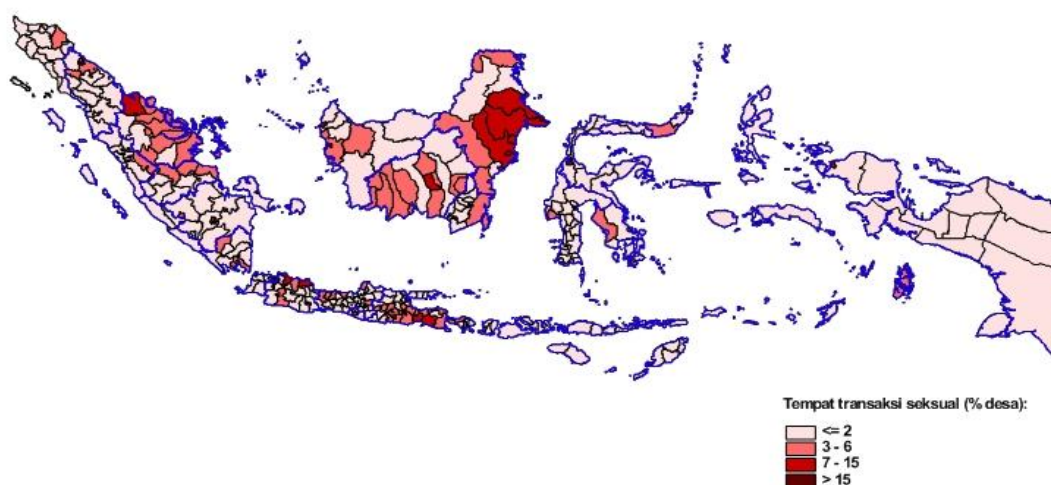
Prevalensi Gonore dan atau infeksi Klamidia tertinggi dari kelompok berisiko yang disurvei ada pada WPS Langsung (49 persen), diikuti oleh Waria (46 persen), WPS Tak Langsung (35 persen), LSL (35 persen), Penasun (6 persen) dan Pelanggan (5 persen).

Prevalensi HIV dan Sifilis pada populasi berisiko yang dilihat secara bersamaan juga dapat menggambarkan model penularan HIV, dimana hanya pada populasi Penasun prevalensi HIV dan Sifilisnya berbeda cukup jauh. Hal ini menggambarkan bahwa pada Penasun penularan HIV tidak melalui hubungan seks berisiko tetapi melalui pertukaran jarum suntik.

Persentase WPS Tak Langsung dan Pelanggan Penjaja Seks dalam menggunakan kondom pada seks komersial terakhir tidak banyak berubah dari waktu ke waktu bahkan cenderung menurun pada kelompok Pelanggan. Sedangkan pada WPS Langsung, Waria dan Penasun cenderung meningkat cukup signifikan dan sebaliknya pada LSL yang menurun dari 63 persen pada SSP 2004 menjadi 52 persen pada STBP 2007.

Hasil Survei Potensial Desa (Podes) yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik pada tahun 2002 dan 2005 menunjukkan adanya peningkatan jumlah lokasi kegiatan seks komersial yang menyebar di seluruh wilayah Indonesia

Gambar 4 : Ragam Jumlah Tempat Transaksi Seks Komersial Per desa



Sumber: Badan Pusat Statistik 2005

Gambaran tempat transaksi seks dapat mengindikasikan potensi penyebaran IMS dan HIV di wilayah tersebut. Apabila tidak ada upaya pencegahan yang serius, antara lain dengan peningkatan penggunaan kondom pada kegiatan seks komersial maka penularan IMS dan HIV akan terus meningkat.

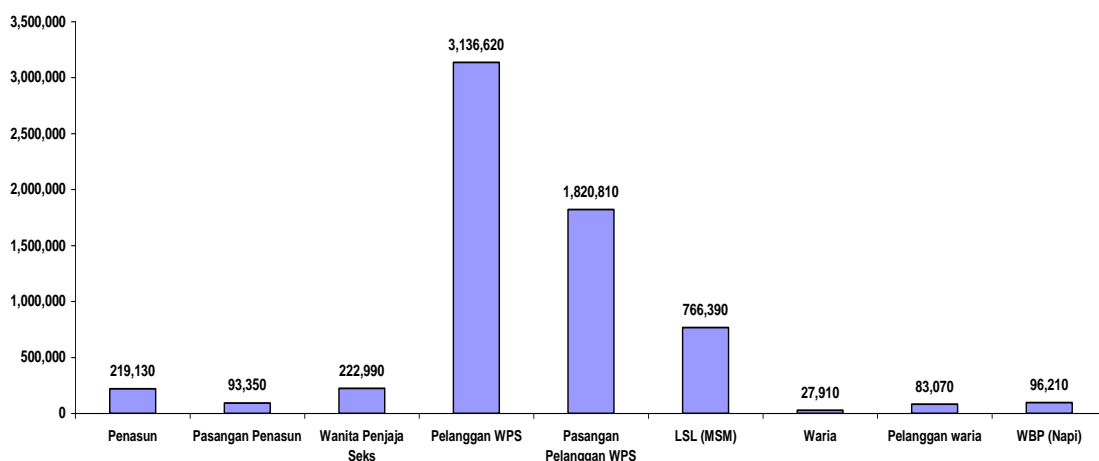
Pada peta hasil Podes di atas terlihat bahwa sebagian besar Wanita Pekerja Seks (WPS) langsung berasal dari wilayah Jawa Timur, Jawa Barat, dan Jawa Tengah, dan Minahasa, sedangkan berdasarkan STBP 2007 WPS Langsung yang di survei di 15 Kota sebagian besar berasal dari Jawa Timur (42%), Jawa Barat (21%), Jawa Tengah (20%) dan Sumatera Utara (5%). Untuk WPS Tak Langsung sebanyak 26% berasal dari Jawa Timur, Jawa Barat (24%), Jawa Tengah (22%), dan Sulawesi Utara (8%). Dilihat dari daerah asalnya, sebagian besar penjaja seks berasal dari Jawa Timur, Jawa Barat dan Jawa Tengah.

Daerah asal pelanggan juga sangat penting dalam melihat situasi penyebaran HIV karena pelanggan WPS kemungkinan juga melakukan hubungan seks dengan perempuan lain, baik dengan istri atau pacarnya, maupun berhubungan seks komersial dengan WPS di tempat lain dan tempat asalnya. Menurut informasi dari WPS Langsung maupun Tak Langsung di semua kota/Kabupaten yang disurvei kecuali Kota Batam, sebagian besar pria pelanggannya adalah pendatang WNI (46 – 48%) dan penduduk setempat (30 – 35%).

Estimasi Populasi Rawan Tertular HIV dan ODHA di Indonesia tahun 2006

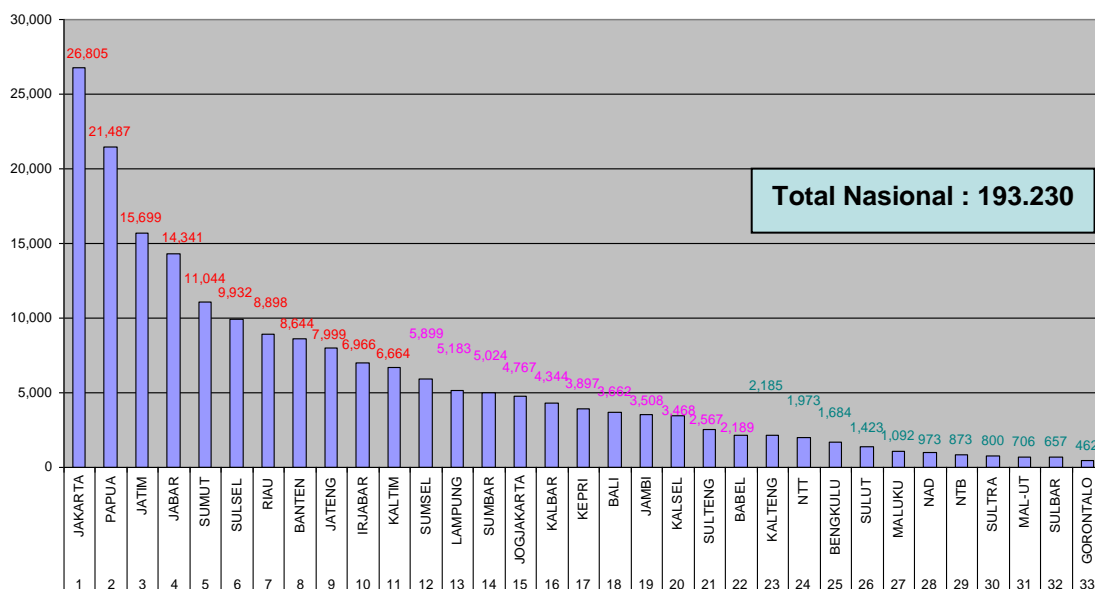
Di negara dengan epidemi terkonsentrasi seperti Indonesia, upaya penanggulangan hendaknya dilakukan lebih terfokus pada populasi yang rawan tertular HIV. Pada tahun 2006, diperkirakan ada 4,8–8,0 juta orang yang sangat berisiko tertular HIV di Indonesia. Jumlah terbesar adalah lelaki pelanggan penjaja seks sebesar lebih dari 3,1 juta serta 1,8 juta pasangannya. Seperti yang disebutkan sebelumnya diperkirakan jumlah ODHA di Indonesia saat ini berkisar antara 169.230 – 216.820 orang. Jumlah estimasi Penasun 190.000 – 247.000 dan diperkirakan juga memberikan risiko pada pasangan seksualnya yang berjumlah sekitar 93.000 orang.

Gambar 5: Estimasi Populasi Rawan Tertular HIV



Sumber: Ditjen PP&PL, DepKes 2006

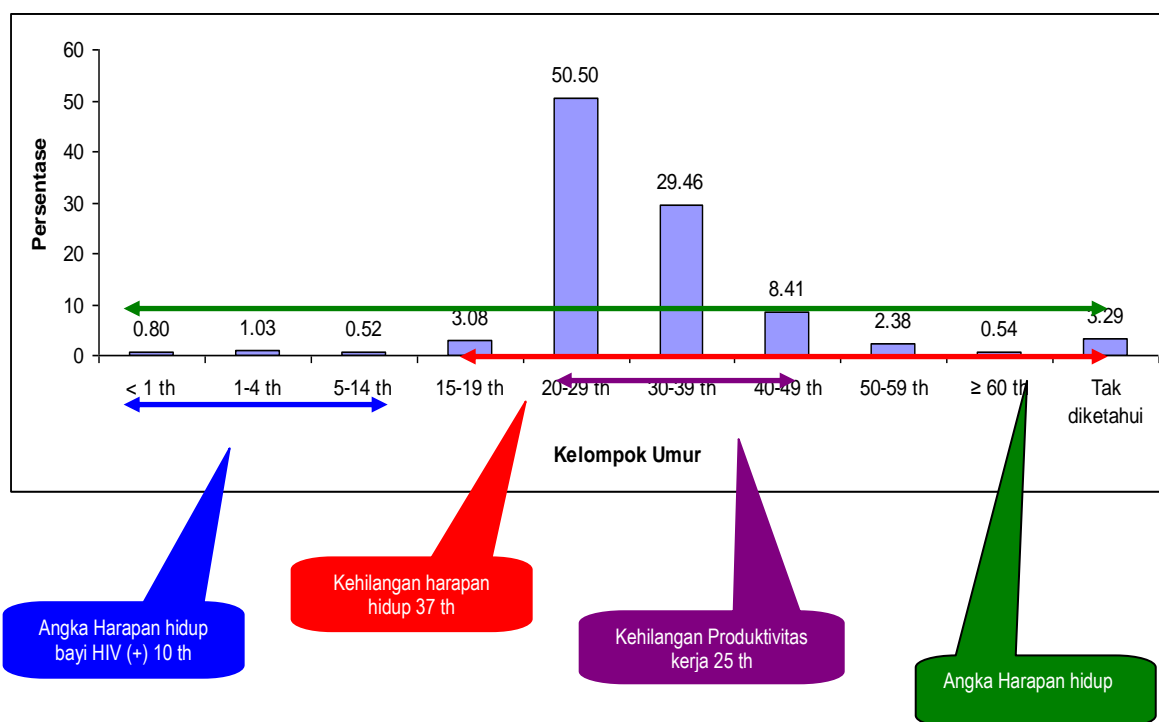
Gambar 6: Estimasi Nasional ODHA



Sumber: Ditjen PP&PL, DepKes 2006

Implikasi Epidemi HIV dan AIDS

Gambar 5: Kumulatif kasus AIDS berdasarkan kelompok umur dan dampaknya



Sumber: Ditjen PP&PL, sampai akhir Maret 2009

Diagram di atas menunjukkan bahwa sebagian kasus AIDS mayoritas pada kelompok umur 20-39 tahun. Berbagai dampak epidemi AIDS yang dapat timbul sebagai berikut:

1. **Dampak harapan hidup** : sampai saat ini telah meninggal 80.000 orang dengan mayoritas pada usia dibawah 30 tahun, kehilangan Usia Harapan Hidup 40 tahun untuk setiap orangnya yang meninggal karena HIV DAN AIDS.
2. **Dampak Ekonomi** : sampai saat ini telah meninggal 80.000 orang dengan mayoritas pada umur 30 tahun, kehilangan masa produktif 25 tahun untuk setiap orang yang telah meninggal karena HIV DAN AIDS, total hilang masa produktif 2.400 tahun .
3. **Dampak sosial** : banyak orang tua kehilangan anaknya, banyak anak kehilangan orang tuanya, banyak orang kehilangan pasangan hidupnya.
4. **Dampak pada beban pelayanan** : lima sampai sepuluh tahun ke depan diperlukan pelayanan pengobatan untuk AIDS dari orang yang terinfeksi HIV saat ini. Dari estimasi 2006 ada sekitar 193 ribu orang terinfeksi HIV yang akan menjadi AIDS dan memerlukan sarana dan prasarana serta sumber daya manusia untuk merawat, mengobati dan memberikan dukungan.

Terjadinya epidemi HIV DAN AIDS telah menyebabkan berbagai dampak negatif baik terhadap individu, keluarga, masyarakat maupun pemerintah:

Dampak negatif terhadap individu dan keluarga, antara lain:

- Jam dan produktivitas kerja berkurang karena sakit
- Hilangnya/berkurangnya pendapatan
- Meningkatnya pengeluaran rumah tangga untuk biaya kesehatan, pengobatan dan perawatan
- Keluarga kehilangan waktu sekolah/bekerja karena harus mengurus ODHA

Dampak negatif terhadap ekonomi dan negara, antara lain:

- Berkurangnya SDM usia produktif
- Produktivitas kerja rendah karena rendahnya ketersediaan tenaga kerja
- Menurunnya kegiatan ekonomi baik di sektor formal maupun informal
- Menurunnya pendapatan negara
- Pengeluaran pemerintah untuk biaya kesehatan meningkat

Determinan Epidemi HIV dan AIDS

Berbagai faktor dapat berperan dalam mendorong penyebaran HIV dan menentukan tingkat kegawatan epidemi di suatu negara, diantaranya adalah :

- Kemungkinan penularan dari orang ke orang
- Jumlah populasi dalam kelompok berperilaku risiko tinggi

- Berganti pasangan seksual
- Penggunaan jarum suntik secara bersama-sama
- Kemiskinan
- Tingkat pendidikan yang rendah
- Insidens IMS yang tinggi
- Adanya industri seks
- Migrasi penduduk yang tinggi
- Tingkat penggunaan kondom yang rendah, dan
- Rendahnya pengetahuan masyarakat tentang pendidikan kesehatan reproduksi

Faktor-faktor yang Mendorong Terjadinya Epidemi HIV dan AIDS

Ada beberapa faktor yang mendorong terjadinya epidemi HIV dan AIDS yaitu:

- Berkembangnya industri seks
- Praktek melakukan hubungan seksual berisiko
- Tingkat penggunaan kondom yang rendah
- Prevalensi IMS yang tinggi
- Penggunaan napza suntik, dan
- Tindakan medis/operatif yang kurang/tidak higienis

1.2.10. Rencana Aksi Pengendalian HIV DAN AIDS di Indonesia (Sektor Kesehatan)

A. Visi

Masyarakat Indonesia hidup sehat dan rendah risiko penularan HIV.

B. Misi

Menciptakan masyarakat berperilaku hidup sehat dan responsif dalam kegiatan pengendalian penularan HIV dan penanganan AIDS.

C. Tujuan Umum dan Khusus

Tujuan umum adalah mengendalikan penularan HIV, meningkatkan kualitas hidup orang yang terinfeksi HIV, serta menurunkan tingkat kesakitan dan kematian masyarakat akibat HIV dan AIDS.

Tujuan khusus:

1. Terkendalinya penularan IMS dan HIV pada populasi berisiko.
2. Tersedianya program komunikasi kesehatan yang terfokus pada peningkatan perilaku seks aman, pemakaian alat dan jarum suntik steril pada pengguna napza suntik, dan perilaku pemeriksaan serta pengobatan terkait IMS, HIV dan AIDS.

3. Meningkatnya kerjasama dengan organisasi profesi kesehatan dan kemitraan lintas program, sektor dan masyarakat dalam program pengendalian IMS, HIV dan AIDS
4. Tersedianya layanan kesehatan IMS, HIV dan AIDS yang komprehensif, bermutu dan terjangkau
5. Meningkatnya pengelolaan dan pembiayaan program pengendalian IMS, HIV dan AIDS

D. Sasaran Utama

Sasaran dalam pelaksanaan Rencana Aksi Pengendalian HIV dan AIDS sektor kesehatan 2009-2014 ini secara umum adalah mendekatkan akses program pencegahan, layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan terkait IMS, HIV dan AIDS

E. Strategi

1. Perencanaan

Perencanaan akan memberdayakan fungsi-fungsi yang sudah ada dalam POKJA pengendalian HIV dan AIDS Departemen Kesehatan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1197/Menkes/SK/XI/2007.

Perencanaan program akan dilakukan berbasis pada data terutama yang dikumpulkan secara nasional antara lain melalui Survei Terpadu Biologi Perilaku (STBP), Survei Demografik Kesehatan Indonesia (SDKI), Surveilans HIV, Laporan Kasus AIDS, serta data internal yang dimiliki Depkes tentang fasilitas kesehatan, pelayanan medis dan data lainnya.

2. Pengorganisasian

Pelaksanaan program pengendalian HIV dan AIDS mengikuti peraturan perundangan desentralisasi yang berlaku. Kegiatan pengendalian pada hakekatnya akan dilaksanakan pada jajaran kabupaten dan kota. Pemerintah pusat dan provinsi berkewajiban melaksanakan kebijakan nasional pengendalian HIV dan AIDS serta melakukan monitoring dan supervisi. Pemerintah provinsi wajib mengembangkan rencana strateginya sesuai dengan kondisi dan keadaan HIV dan AIDS di wilayahnya serta kemampuan sumber daya yang ada.

Pengendalian pada tingkat kecamatan diselenggarakan oleh Puskesmas yang merupakan unit pelaksana dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

3. Monitoring dan Evaluasi

Pelaksanaan program akan berbasis pada pengumpulan dan analisa data yang efektif yang dilakukan melalui surveilans, monitoring program dan penelitian.

4. Pembiayaan

Strategi pembiayaan utama tetap menggunakan sumber dana dalam negeri yang berasal dari pemerintah pusat dan daerah, namun diusahakan untuk meningkatkan proporsi pembiayaan program dari APBN dan APBD. Pemerintah pusat seyogyanya dapat mengalokasikan biaya yang memadai untuk kegiatan nasional, regional, dan kabupaten/kota.

F. Program-Program

1. Peningkatan pengetahuan dan pemahaman masyarakat

Program ini bertujuan meningkatkan pengetahuan dan pemahaman sikap serta perilaku masyarakat mengenai HIV dan AIDS, memberikan layanan yang berkualitas dan menyetarakan hak sosial pada setiap orang termasuk ODHA agar dapat memberikan pengaruh pada usaha menekan terjadinya infeksi baru HIV dan dampak sosial dan ekonomi yang ditimbulkannya.

2. Pengendalian IMS

Program ini bertujuan menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat Infeksi Menular Seksual dan Infeksi Saluran Reproduksi yang bisa dicegah dan diobati.

3. Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Napza Suntik

Program ini bertujuan untuk mengurangi penularan HIV dan infeksi terkait akibat penggunaan Napza Suntik.

4. Layanan Konseling dan Testing HIV

Program ini bertujuan meningkatnya skala cakupan konseling dan testing HIV pada populasi berisiko sebagai upaya membantu masyarakat untuk sedini mungkin mengetahui status HIV nya.

5. Pengamanan Darah Donor dan Produk Darah

Program ini bertujuan mencegah penularan HIV melalui transfusi darah dan produk darah lainnya.

6. Kolaborasi TB-HIV

Program ini bertujuan menurunkan beban infeksi TB pada ODHA dan meningkatkan jumlah pasien TB yang mengetahui status HIV-nya.

7. Pencegahan Infeksi HIV dari Ibu ke Anaknya

Program ini bertujuan memutus mata rantai penularan HIV dari ibu ke anaknya.

8. Program Kewaspadaan Universal

Program ini bertujuan meningkatkan penerapan kewaspadaan universal secara merata di seluruh jajaran petugas kesehatan.

9. Perawatan dan Pengobatan AIDS

Program ini bertujuan menurunkan tingkat kesakitan dan kematian akibat AIDS dan meningkatkan kualitas hidup ODHA.

10. Pelayanan Kefarmasian

Program ini bertujuan tersedianya ARV dan IO yang berkesinambungan, terlaksananya kerasionalan penggunaan ARV dan IO serta tercapainya keberhasilan terapi ARV dan IO.

11. Dianostik Penunjang

Program ini bertujuan meningkatkan peran diagnostik penunjang dalam mendukung pengendalian HIV dan AIDS.

12. Program Dukungan Gizi Bagi ODHA

Program ini bertujuan meningkatkan kualitas hidup ODHA melalui dukungan gizi.

13. Pencegahan Penularan HIV dan Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA

Program ini bertujuan memaksimalkan upaya pengendalian HIV dan AIDS dengan cara melakukan penapisan terhadap penyakit gigi dan mulut yang berkaitan dengan HIV dan AIDS.

14. Penguatan Informasi Strategis

Program ini bertujuan bagi tersedianya informasi strategis yang bermanfaat untuk penyusunan kebijakan, perencanaan, pengalokasian sumberdaya, manajemen program, pelayanan kesehatan, dan akuntabilitas.

15. Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan

Program ini bertujuan meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan termasuk SDM kesehatan, serta pemberdayaan profesi kesehatan, sesuai dengan kebutuhan pengendalian HIV dan AIDS.

16. Perencanaan dan Penganggaran Terpadu

Program ini bertujuan meningkatkan keterkaitan program/kegiatan pengendalian HIV dan AIDS pada satuan kerja di departemen kesehatan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

Dengan percepatan upaya pengendalian HIV dan AIDS maka kita mampu mencegah lebih dari 1 juta orang tertular HIV

1.3. Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku

1.3.1. Mengapa Perlu dilakukan Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku

Untuk menunjang upaya pengendalian HIV, kegiatan surveilans selama ini lebih terfokus pada pemantauan angka kasus AIDS dan HIV. Padahal dengan memantau angka tersebut maka kita hanya melakukan pengamatan pada penyakit/infeksi saja. Hal ini kurang memadai untuk digunakan dalam konteks upaya pencegahan. Hal disebabkan karena infeksi HIV mempunyai masa laten (gejala tidak terlihat dan tidak dirasakan) yang sangat panjang, belum ada obat yang bisa menyembuhkan, dan mematikan.

Gambaran peningkatan prevalensi HIV mengindikasikan kegagalan program pencegahan, tetapi tidak dapat digunakan untuk mengukur mengapa terjadi peningkatan prevalensi dan mengapa pula program penanggulangan gagal. Sebaliknya kecenderungan prevalensi HIV yang tetap atau menurun dapat berarti penurunan kasus infeksi baru, tetapi dapat pula berarti adanya peningkatan jumlah kematian. Karena seseorang yang terinfeksi HIV dapat hidup bertahun-tahun dengan HIV dan tidak diketahui sampai suatu saat terdiagnosa, maka sebetulnya angka prevalensi HIV menggambarkan campuran infeksi baru dan lama, sehingga angka prevalensi HIV kurang dapat menggambarkan perubahan terkini adanya infeksi baru.

Di samping hal tersebut diatas, surveilans serologi HIV kurang bermanfaat pada situasi di mana tingkat epidemi HIV masih sangat rendah. Angka prevalensi HIV yang rendah dapat berarti populasi di mana sampel diambil memang tidak berperilaku risiko tinggi karena keberhasilan program, atau virus pada populasi tersebut baru pada awal penyebaran, belum sampai pada tingkat yang memadai untuk terdeteksi dengan mudah. Dengan adanya dasar perilaku yang diketahui dan yang terdokumentasikan, maka data tersebut akan dapat dipakai untuk perencanaan program penurunan risiko pada populasi tertentu pada saat virus belum menyebar luas.

Menyadari bahwa surveilans serologi-HIV tidak sepenuhnya menyediakan informasi yang dibutuhkan bagi upaya pencegahan HIV, maka beberapa organisasi dunia, seperti UNAIDS (Badan Dunia Penanganan AIDS), WHO (Badan Kesehatan Dunia), FHI (*Family Health International*) telah mengembangkan suatu kerangka baru sistem surveilans HIV yang dikenal dengan Sistem Surveilans HIV Generasi Kedua. Sistem ini dapat dipakai sesuai dengan tingkatan epidemi yang dihadapi, dan memberikan prioritas sumber daya surveilans kepada kelompok-kelompok populasi/sub-populasi di mana HIV kemungkinan akan terkonsentrasi. Sistem surveilans HIV generasi kedua menekankan pentingnya penggunaan data perilaku untuk menjelaskan kecenderungan HIV dan AIDS pada populasi/sub-populasi, dan

untuk perencanaan dan evaluasi program pencegahan HIV. Sistem ini cocok untuk Indonesia di mana angka HIV pada populasi umum masih relatif rendah, tetapi terkonsentrasi pada kelompok-kelompok risiko tinggi.

Dalam upaya mengumpulkan data dan informasi perilaku kelompok-kelompok berisiko tersebut, Badan Pusat Statistik (BPS) --selaku lembaga yang diberikan wewenang didalam mengelola data statistik-- pada tahun 2002/2003 telah mendapat kepercayaan dari Departemen Kesehatan, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (PP & PL), untuk melakukan survei surveilans perilaku atas biaya USAID yang disalurkan melalui lembaga non pemerintah Family Health Internasional (FHI) dalam Program Aksi Stop AIDS (ASA).

SSP 2002/2003 dilaksanakan dalam 2 tahap. Tahap pertama, sekaligus dimaksudkan sebagai uji coba, dilaksanakan di tiga daerah yaitu Kota Jakarta Utara dan Jakarta Pusat (DKI Jakarta), Kabupaten Deli Serdang dan Kota Medan (Sumatera Utara), dan Kabupaten Kepulauan Riau (Riau). Tahap kedua dilaksanakan di tujuh (7) Provins, yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sumatera Selatan, Sulawesi Utara, Maluku, dan Papua. Khusus untuk Papua diteliti tiga kota/kabupaten yaitu Kota Jayapura, Kabupaten Merauke, dan Sorong. Hasil survei dari ke-12 lokasi tersebut telah dilaporkan dan didiseminasikan kepada pihak-pihak terkait pada tahun 2003.

SSP 2004/2005 juga dilaksanakan dalam 2 tahap, tahap pertama mencakup Sumatera Utara, Riau (Kep. Riau), DKI Jakarta, Jawa Barat (Karawang-Bekasi), Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Utara. Untuk tahap kedua dilaksanakan awal tahun 2005 akan mencakup Riau (Batam), Sumatera Selatan, Jawa Barat (Bandung), Maluku, dan Papua (Jayapura, Merauke, dan Sorong).

STHP 2006 pada masyarakat umum dilaksanakan di Tanah Papua, yang meliputi Provins Papua dan Papua Barat

STBP 2007 dilaksanakan pada 13 Popinsi di 21 Kabupaten/Kota, yaitu Provins Sumatra Utara (Medan, Deli Serdang), Kepulauan Riau (Batam), Lampung (Kota Bandar Lampung), Jakarta (Jakut, Jabar, Jakpus), Jawa Barat (Bandung, Kerawang/Bekasi), Jawa Tengah (Semarang, Batang), Jawa Timur (Surabaya, Banyuwangi, Malang), Kalimantan Tengah (Kota Palangkaraya), Kalimantan Selatan (Kota Banjarmasin), Sulawesi Tenggara (Kota Kendari), Gorontalo (Kota Gorontalo), Papua Barat (Sorong), Papua (Jayapura, Merauke). Tahun 2007 juga dilaksanakan SSP remaja pada 2 kota yaitu DKI Jakarta (5 wilayah) dan Kota Surabaya

1.3.2. Definisi Surveilans HIV

Surveilans adalah suatu kegiatan sistematis dan kontinyu dalam pengumpulan, analisis, dan diseminasi informasi epidemiologis yang memadai dalam kelengkapan dan keakuratan tentang distribusi dan penyebaran infeksi HIV yang relevan dengan perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan program pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS.

1.3.3. Karakteristik Sosial HIV

HIV memiliki karakteristik yang berbeda dengan penyebab penyakit lainnya. HIV memiliki tingkat epidemi yang khas, belum ada vaksin dan obat yang dapat menyembuhkan, memiliki periode laten yang sangat panjang 5-10 tahun). Penyakit yang ditimbulkan oleh HIV/AIDS sangat fatal yang dapat menyebabkan kematian dan menyebabkan implikasi yang berat baik secara individu maupun sosial.

1.3.4. Orientasi Pengendalian HIV

Dengan makin meluasnya penyebaran HIV maka upaya pencegahan semakin mengarah kepada upaya perubahan perilaku, yaitu dengan merubah perilaku berisiko menjadi perilaku kurang berisiko, seperti:

- Mengurangi jumlah pasangan seksual, meningkatkan penggunaan kondom setiap kali berhubungan seksual, menunda usia pertama kali dalam berhubungan seksual.
- Bagi pengguna jarum suntik, antara lain mengurangi penggunaan jarum suntik secara bergantian atau tidak menggunakan jarum suntik bersamaan.

Karena kepentingan inilah maka informasi perubahan perilaku yang diperoleh dapat dijadikan dasar dalam perencanaan dan pemantauan keberhasilan program intervensi. Informasi tentang perubahan perilaku dari waktu ke waktu terutama pada kelompok berisiko tinggi dapat diperoleh melalui Survei Surveilans Perilaku.

1.3.5. Penggunaan Surveilans Perilaku

Sistem surveilans perilaku memiliki peranan antara lain sebagai:

- Sistem peringatan dini
- Dasar perencanaan program
- Membantu evaluasi program
- Membantu menjelaskan perubahan prevalensi HIV

Penjelasan:

- Data perilaku bisa menunjukkan tingkat risiko dalam populasi umum, serta dapat menunjukkan jalur "jembatan" antara kelompok risiko tinggi dengan kelompok risiko rendah dalam populasi. Semua jenis informasi bisa dipakai oleh berbagai pihak; politisi, tokoh agama, dan bahkan oleh mereka yang rentan, sebagai alat peringatan dini adanya bahaya HIV dan untuk memulai menanggulangi HIV, bahkan di daerah dimana HIV belum nampak jelas.
- Data perilaku bisa mengindikasikan siapa saja yang paling rentan untuk tertular atau menularkan HIV, dan mengapa. Data perilaku juga bisa membantu masyarakat dan perencana program untuk mengembangkan

berbagai inisiatif untuk menghentikan atau menghambat mata rantai penyebaran virus pada suatu kelompok, daerah, atau negara. Tanpa informasi perilaku risiko, akan sulit bagi penentu kebijakan membuat prioritas program intervensi yang paling berdampak dalam menghambat penyebaran HIV.

- Perubahan-perubahan ini dapat mengindikasikan keberhasilan serangkaian kegiatan yang ditujukan untuk mempromosikan perilaku aman dan menghambat penyebaran HIV, baik pada populasi umum maupun kelompok-kelompok risiko tinggi.
- Perubahan perilaku dan konsekuensi penurunan infeksi baru hanyalah salah satu alasan dari perubahan prevalensi HIV. Hal seperti ini tentu saja diharapkan oleh mereka yang terlibat dalam program upaya pencegahan HIV. Tetapi, tanpa mengumpulkan data yang bisa menunjukkan tren perubahan perilaku dari waktu ke waktu, maka kita tidak mungkin untuk memastikan bahwa perubahan perilaku telah berkontribusi terhadap perubahan prevalensi HIV.

1.3.6. Pendekatan Pengumpulan Data Perilaku

Banyak cara dapat digunakan untuk mengumpulkan data perilaku yang terkait dengan penyebaran HIV. Cara-cara tersebut saling terkait saling menunjang, tetapi masing-masing dengan kelebihan dan kekurangan tersendiri. Suatu sistem surveilans, pemantauan dan evaluasi HIV yang komprehensif akan menggunakan beberapa metode atau semua metode tersebut di atas, walaupun kombinasi metode tergantung kepada tingkat epidemi yang dihadapi.

Berikut adalah beberapa cara/pendekatan pengumpulan data perilaku

- Survei rumah tangga
- Survei Ad-hoc dan studi kualitatif terkait dengan intervensi
- Survei surveilans perilaku

Penjelasan:

- Survei rumah tangga dipakai untuk menilai sejauh mana pengetahuan masyarakat terhadap HIV dan bagaimana sikap mereka terhadap epidemi. Survei rumah tangga bisa memberikan gambaran perilaku berisiko pada masyarakat populasi umum. Namun survei demikian memerlukan waktu lama dan mahal, apalagi jika melibatkan sampel acak rumah tangga yang perlu mewakili seluruh penduduk. Survei rumah tangga hanya bisa dilakukan secara berkala empat atau lima tahun sekali.
- Data kualitatif sangat penting bagi perencanaan program pencegahan HIV yang baik. Studi kualitatif mendalam (*in-depth*) dengan metode antropologi

diperlukan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan 'mengapa'. Suatu intervensi yang efektif hanya dapat direncanakan apabila pekerja/petugas program memahami aspek struktural, kultural, dan berbagai faktor lain yang menghambat masyarakat/keompok masyarakat dalam mengadopsi perilaku yang lebih aman. Namun demikian, studi kualitatif tidak dapat dipakai untuk mengukur perubahan perilaku dari waktu ke waktu. Studi kuantitatif yang dirancang secara baik dapat memberi jawaban mengenai perilaku yang bagaimana yang ada pada populasi sasaran, seberapa biasa perilaku tersebut, dan apakah perilaku tersebut bertahan atau berubah dari waktu ke waktu. Namun studi kuantitatif ini tidak dapat menjelaskan mengapa perilaku tersebut terjadi, atau mengapa perilaku tersebut tidak berubah.

1.3.7. Frekuensi Pengumpulan Data dan Biaya

Frekuensi pengumpulan data ditentukan oleh banyak faktor seperti; upaya pencegahan dimana pada situasi tidak ada upaya program pencegahan, prevalen HIV akan berubah dari waktu ke waktu, kemungkinan terus menaik, tetapi tidak demikian dengan perilaku. Apabila tidak ada program pencegahan, perilaku seksual atau penggunaan narkoba suntik cenderung tidak akan berubah dari waktu ke waktu. Faktor lain adalah pertimbangan biaya dan kompleksitas.

Biaya pengumpulan SSP berbeda dari antara daerah dengan daerah lainnya, tergantung kepada jumlah responden, cakupan demografis, rancangan sampling, frekuensi, dan metode pengumpulan data.

1.3.8. Sistem Surveilans HIV Generasi Kedua

Surveilans generasi pertama yang berorientasi pada sero surveilans HIV memiliki kekurangan yaitu, hanya mampu memberikan gambaran peningkatan prevalensi HIV yang mengindikasikan kegagalan program tetapi tidak menjawab mengapa prevalen meningkat dan mengapa program gagal, demikian pula sebaliknya tren prevalensi yang menetap atau menurun dapat berarti penurunan kasus infeksi baru, tetapi dapat pula peningkatan jumlah kematian. Karena seseorang dapat hidup bertahun-tahun dengan HIV sampai suatu saat terdeteksi, maka angka prevalensi HIV menggambarkan campuran infeksi baru dan lama, sehingga angka prevalensi HIV kurang dapat menggambarkan perubahan terkini dari angka infeksi baru. Kekurangan ini mengakibatkan surveilans generasi pertama belum dapat menjawab persoalan epidemi yang ada.

Surveilans generasi pertama tidak sepenuhnya menyediakan informasi yang dibutuhkan bagi upaya pencegahan HIV, karenanya beberapa organisasi terutama UNAIDS, WHO, dan FHI telah mengembangkan suatu kerangka baru sistem surveilans HIV yang dikenal dengan sistem surveilans HIV generasi kedua.

Surveilans perilaku merupakan hal penting dalam sistem surveilans HIV generasi kedua. Tujuan utama surveilans perilaku adalah memantau perubahan perilaku seksual dan perilaku penyuntikan berisiko dari waktu ke waktu pada kelompok-kelompok populasi/sub populasi.

Ciri-ciri Surveilans HIV Generasi Kedua:

- Tidak baru, tetapi perbaikan
- Dibangun berdasarkan pengalaman surveilans HIV satu dekade sebelumnya
- Berupaya menangkap keragaman epidemi HIV di berbagai tempat
- Mempertimbangkan stadium epidemi prioritas pada kelompok risiko tinggi
- Mengintegrasikan surveilans biologis (HIV) dengan surveilans risiko (perilaku, IMS)
- Inovasi metode dan cara memanfaatkan data epidemiologi HIV
- Meningkatkan minat masyarakat

Gambaran Sistem Surveilans HIV di Indonesia saat ini

- Mendekati Surveilans generasi kedua
- Dikendalikan Dit. P2ML, Ditjen. PP & PL Depkes
- "*Unlinked anonymous*"
- Menyajikan data HIV secara periodik
- Survei/Surveilans IMS
- Survei/Surveilans perilaku (tetapi belum dipadukan)

Penjelasan:

Pada dasarnya kegiatan surveilans dikendalikan oleh Ditjen PP&PL, Depkes RI. Berbagai kegiatan surveilans di Indonesia telah mendekati model survei generasi kedua, seperti:

- "*Unlinked anonymous*" adalah pendekatan survei dengan memutuskan rantai identitas mengenai responden, sehingga segala kerahasiaan tetap terjaga.
- Pada beberapa tempat seperti PMI dan panti rehabilitasi narkoba, juga mempunyai informasi mengenai prevalen HIV dari penapisan darah donor dan pecandu narkoba.
- Secara teratur tersedia laporan kasus IMS, HIV, dan AIDS walaupun data yang dihasilkan belum lengkap. Karena berbagai faktor tidak semua kasus IMS, HIV dan AIDS dilaporkan.

- Pelaksanaan dan hasil kegiatan surveilans perilaku belum dipadukan ke dalam sistem surveilans nasional, sehingga informasi yang dihasilkan kurang dimanfaatkan dalam perencanaan program penanggulangan, baik di tingkat lokal maupun nasional.

BAB 2. METODOLOGI

2.1. Pemilihan Sampel

Pemilihan dilakukan dua tahap, yaitu (i) pemilihan sekolah, dan (ii) pemilihan kelas. Pemilihan sekolah dilakukan secara sistematis dengan *probability proportional to size* (pps) sampling, dengan ukuran banyaknya murid laki-laki dan murid perempuan di setiap sekolah, sedangkan pemilihan kelas dari setiap sekolah terpilih dilakukan secara acak (random) dari jumlah kelas 3 yang ada di sekolah terpilih.

Dalam rangka pemilihan sekolah dibentuk kerangka sampel, yaitu daftar seluruh SLTA di wilayah survei, lengkap dengan jumlah kelas dan jumlah murid laki-laki dan murid perempuan di setiap sekolah. Daftar sekolah tersebut disusun/diurutkan menurut jenis sekolah sekolah umum, dan sekolah kejuruan. Dengan perhitungan target sampel minimal sebanyak 1000 murid, mempertimbangkan proporsi murid laki – laki dan perempuan mendekati sama, maka jumlah SLTA terpilih ditentukan sebanyak 35 sekolah di masing-masing kota (dengan perkiraan rata-rata murid per kelas sebanyak 30 orang), kemudian dari setiap sekolah terpilih dipilih 1 (satu) kelas 3 secara acak. Seluruh murid kelas 3 dari kelas terpilih merupakan sampel SSP remaja.

2.2. Rancangan Penarikan Sampel dan Prosedur Estimasi

Rancangan penarikan sampel yang digunakan dalam survei ini adalah *stratified two stage sampling design*. Tahap pertama adalah memilih sejumlah sekolah secara *probability proportional to size* (pps) dengan *size* jumlah murid kelas 3, dan tahap kedua adalah memilih satu kelas secara acak pada seluruh sekolah yang terpilih. Seluruh murid di kelas terpilih dijadikan sebagai responden. Penarikan sampel antar strata dilakukan secara terpisah (*independent*). Ukuran sampel sekolah pada setiap strata sebanding dengan akar jumlah murid kelas 3 pada masing-masing strata. Seluruh siswa pada kelas terpilih akan menjadi responden.

Dari rancangan penarikan sampel tersebut maka penghitungan peluang penarikan sampel (*sampling probability*) untuk unit sampel dalam suatu kelas adalah sebagai berikut:

$$p_{hi} = \left(n_h \times \frac{M_{hi}}{M_h} \right) \times \left(\frac{1}{K_{hi}} \right)$$

dengan,

p_{hi} adalah peluang penarikan terpilihnya kelas ke- i strata h ,

M_{hi} adalah *measure of size* (*mos*), yaitu jumlah murid kelas 3 di sekolah terpilih ke- i strata h

M_h adalah total *mos* untuk seluruh sekolah dalam strata h

K_{hi} adalah banyaknya kelas 3 di sekolah terpilih ke- i strata h .

Selanjutnya *sampling weight* (penimbang) dapat dihitung dengan menggunakan rumus,

$$w_{hi} = \frac{1}{p_{hi}}$$

Misalkan y_{hij} dan x_{hij} adalah masing-masing menyatakan nilai karakteristik Y dan X responden ke- j , pada sekolah/kelas terpilih ke- i dalam strata h , maka estimasi bagi rasio anatar Y dan X dirumuskan sebagai berikut:

$$r = \frac{\sum_s w_{hi} y_{hij}}{\sum_s w_{hi} x_{hij}}$$

Catatan: Rata-rata dan proporsi adalah merupakan bentuk khusus dari rasio.

2.3. Tata Cara Penarikan Sampel Kelas

Penarikan sampel klas dilakukan pada saat sosialisasi dengan memanfaatkan Daftar VSP09.REMAJA-DSS dan Daftar VSP09.REMAJA-K yang telah diisi oleh pihak sekolah terpilih. Pada Daftar VSP09.REMAJA-DSS kolom (9) telah dicantumkan angka random pemilihan sampel kelas.

Daftar VSP09.REMAJA-K adalah merupakan Lampiran surat yang dikirim kepada sekolah terpilih. Informasi yang terdapat pada Daftar VSP09.REMAJA-K adalah daftar klas 3 berikut jumlah siswa laki-laki, perempuan, laki-laki dan perempuan yang dirinci menurut jurusan.

Misalkan angka random yang tercantum pada Daftar VSP09.REMAJA-DSS kolom (9) adalah A , sedangkan jumlah kelas pada sekolah terpilih adalah B , angka random pemilihan sampel kelas adalah $C = A - k.B$, dengan k adalah bilangan 0, 1, 2, 3, R . Nilai k ditentukan sedemikian rupa sehingga C lebih kecil terdekat atau sama dengan B .

Contoh Daftar VSP09.REMAJA-K yang telah diisi oleh pihak sekolah adalah sebagai berikut:

Tabel 2 Jumlah Siswa Klas 3 menurut Kelas/Rombel/Jurusan Sekolah Menengah Atas Negeri LVI

No.	Kelas/Rombel/Jurusan	Jumlah Siswa		
		Laki-laki	Perempuan	Jumlah
1.	III IPA-1	15	16	31
2.	III IPA-2	17	18	35
3.	III IPS-1	19	12	31
4.	III IPS-2	22	12	34
5.	III Bahasa-1	14	26	40
6.	III Bahasa-2	18	12	30

Misalkan angka random yang tercantum pada Daftar VSP09.REMAJA-DSS kolom (9) pada SMA LVI adalah 41, sedangkan jumlah kelas pada Daftar SSP99.K adalah 6, maka angka random pemilihan kelas adalah $C = 41 - 6 \times 6 = 5$. Ini berarti kelas terpilih adalah kelas nomor 5, yaitu kelas II Bahasa-1.

Salinlah angka random pemilihan sampel kelas dan kelas terpilih pada masing-masing pada kolom (10) dan kolom (11) Daftar VSP09.REMAJA-DSS. Seluruh siswa kelas III Bahasa-1 adalah merupakan responden SSP09.

2.4. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data surveilans perilaku ini dilaksanakan dengan cara langsung (tatap muka), antara petugas pengumpul data dengan responden. Petugas memberikan kuesioner kepada setiap murid yang ada dalam kelas terpilih, lalu membacakan pertanyaan satu per satu dan responden langsung menjawab satu-persatu.

BAB 3. ORGANISASI SURVEI

3.1. Struktur Organisasi

Struktur organisasi mulai dari tingkat pusat sampai dengan tingkat daerah adalah sebagai berikut:

a. Di Tingkat Pusat

- Pengarah adalah Deputi Bidang Statistik Sosial BPS dan Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan.
- Penganggung jawab merangkap koordinator teknis adalah (i) Direktur Statistik Kesejahteraan Rakyat BPS dan (ii) Direktur Pengendalian Penyakit Menular Langsung (P2ML) Departemen Kesehatan.
- Tim teknis merangkap tim instruktur, mencakup Kepala Subdirektorat/Seksi teknis dari Direktorat Statistik Kesra BPS, Direktorat Pengembangan Metodologi Sensus dan Survei BPS, dan Direktorat P2ML Departemen Kesehatan.

b. Di Tingkat Daerah

- Kepala BPS Provinsi serta Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, Banten, D.I. Yogyakarta, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Selatan, Papua Barat, dan Papua
- Kepala BPS dan Kepala Dinas Kesehatan dari Kota Palembang, Kota Tangerang, Kota Yogyakarta, Kota Pontianak, Kota Samarinda, Kota Bitung, Kota Makassar, Kabupaten Sorong, dan Kabupaten Mimika
- Kepala Seksi Statistik Sosial - BPS Kabupaten/Kota terpilih sebagai penanggung jawab/ koordinator lapangan.
- Petugas lapangan.

3.2. Petugas Lapangan

Petugas lapangan STBP 2009 kelompok remaja terdiri dari; a) koordinator lapangan dan b) petugas lapangan. Koordinator lapangan adalah Kepala Seksi Statistik Sosial BPS Kabupaten/Kota terpilih atau pejabat yang ditunjuk oleh penanggung jawab survei di daerah. Petugas lapangan/fasilitator diharapkan merupakan kombinasi dari staf BPS Kabupaten/Kota atau mantri statistik (yang ditunjuk sebagai pengawas survei) dan staf Dinas Kesehatan setempat. Seluruh petugas lapangan hendaknya memenuhi persyaratan berikut:

- Berpendidikan minimal SLTA, khusus untuk staf Dinas Kesehatan diharapkan berpendidikan sarjana kesehatan masyarakat (SKM)
- Berpengalaman sebagai petugas survei/penelitian, diutamakan yang berpengalaman dengan isu sensitif,
- Siap untuk bekerja secara tim yang terdiri dari dua (2) orang, dan mentaati peraturan/ kesepakatan yang telah ditentukan.

3.3. Koordinasi dengan Instansi Terkait

Di tingkat pusat, Direktorat P2ML-Departemen Kesehatan adalah partner kerja utama BPS dalam penyelenggaraan STBP 2009. Di daerah di tingkat kabupaten/kota, partner kerja utama BPS Daerah adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, khusus Bidang/Subdinas/Seksi yang menangani masalah HIV/AIDS. Untuk setiap bagian kegiatan di daerah, mulai dari rekrutmen petugas, penyelenggaraan pelatihan, dan pelaksanaan lapangan, kantor BPS di daerah hendaknya melibatkan/bekerja sama dengan unit terkait di Dinas Kesehatan setempat. BPS Kabupaten/Kota juga melakukan koordinasi/komunikasi dengan Koordinasi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD), serta dengan Dinas Pendidikan setempat guna menjamin suksesnya pelaksanaan STBP.

3.4. Tugas dan Tanggung Jawab

Sebagai pedoman kerja, berikut adalah daftar ringkas tugas dan tanggung jawab setiap jenjang pelaksana STBP:

a. Penanggung Jawab/Koordinator Teknis Tingkat Pusat

1. Menyusun rencana survei beserta seluruh tahapan kegiatannya,
2. Menyusun metodologi survei,
3. Menyusun kuesioner dan pedoman, serta jadwal kegiatan,
4. Menyenggarakan pelatihan instruktur,
5. Mengatur pengadaan dan pengiriman dokumen,
6. Mengatur pengolahan data,
7. Menyusun laporan dan analisis hasil,
8. Menyiapkan bahan seminar dan diseminasi hasil,
9. Melaksanakan koordinasi, supervisi, dan evaluasi pelaksanaan STBP pada seluruh tahapan kegiatan, dan
10. Menyiapkan dan menyampaikan laporan pertanggung jawaban keuangan

b. Tim Instruktur

1. Membantu tugas tugas penanggung jawab/koordinator teknis,
2. Melatih petugas lapangan, termasuk mengkoordinasikan pelaksanaan try-out lapangan,
3. Membantu koordinator lapangan dan pengawas lapangan menyiapkan pemetaan lokasi dan pendaftaran (*listing*) kelompok sasaran,
4. Membantu koordinator lapangan dan pengawas lapangan menyusun rencana kerja pelaksanaan pencacahan,
5. Membuat laporan pelaksanaan pelatihan.

c. Kepala BPS Kabupaten/Kota

1. Merencanakan pelaksanaan STBP di daerahnya,
2. Menghubungi dan menggalang kerjasama dengan instansi terkait,

3. Melakukan rekrutmen dan menseleksi calon petugas lapangan,
4. Menyelenggarakan pelatihan petugas lapangan,
5. Menyiapkan berbagai kebutuhan lapangan (surat tugas, surat pemberitahuan, surat izin, surat kontrak, instrumen survei, pendanaan),
6. Memantau seluruh kegiatan STBP di daerahnya, dan
7. Membuat laporan pelaksanaan STBP.

d. Penanggung Jawab/Koordinator Lapangan

1. Mengikuti pelatihan petugas lapangan STBP,
2. Membantu penanggung jawab di daerah, baik masalah teknis maupun administrasi,
3. Mengatur urutan administrasi termasuk mengatur pengeluaran dana untuk lapangan,
4. Mengkoordinasikan pelaksanaan pemetaan, pendaftaran, dan pelaksanaan pencacahan,
5. Menyusun rencana kerja pelaksanaan pencacahan,
6. Melakukan sosialisasi kegiatan pada kelompok sasaran dan berupaya untuk mengajak individu individu dalam kelompok sasaran berpartisipasi aktif dalam kegiatan, terutama dalam kegiatan listing dan pemetaan lokasi,
7. Mengawasi seluruh kegiatan lapangan termasuk kegiatan yang dilakukan oleh pemeriksa/ pengawas lapangan maupun pewawancara,
8. Membuat laporan tugas-tugas koordinasi lapangan.

e. Pencacah/fasilitator

1. Mengikuti pelatihan petugas lapangan STBP,
2. Bersama dengan pemeriksa/pengawas lapangan berupaya menemukan alamat sekolah yang telah ditentukan dalam daftar sampel,
3. Melakukan pemanduan terhadap murid sekolah yang sebagai responden,
4. Menciptakan/menjalin kerjasama yang baik dengan semua responden,
5. Memastikan pertanyaan dalam kuesioner telah dijawab oleh responden dan semua jawaban responden telah dicatat dengan benar.
6. Mendiskusikan kesulitan yang ditemui dengan pengawas dan bersama sama mencari pemecahannya,
7. Mengidentifikasi dan dan membuat dokumentasi jalannya pelaksanaan kegiatan lapangan, termasuk berbagai permasalahan yang ditemui,
8. Mencatat secara tertulis (*narrative*) peristiwa kondisi yang berkaitan dengan tugas, dan
9. Menyerahkan hasil pekerjaan wawancara dan membuat laporan harian perkembangan pengumpulan data kepada supervisor lapangan.

3.5. Jenis Dokumen

Ada beberapa dokumen pokok yang digunakan dalam kegiatan ini, yaitu:

- Buku Pedoman Pelaksanaan Lapangan Kelompok Remaja
- Kuesioner remaja (VSP09-Remaja).

Secara umum materi pertanyaan dalam kuesioner STBP mencakup topik-topik berikut: karakteristik responden, pengetahuan mengenai HIV/AIDS serta cara penularan dan pencegahan, perilaku seks dan penggunaan kondom, dan pengalaman menggunakan narkoba suntik.

Kuesioner untuk remaja (VSP09-REMAJA)

Kuesioner untuk remaja dirancang bagi responden yang berada pada usia awal kehidupan seksnya. Kuesioner ini dipakai pada remaja pria dan wanita usia sekolah menengah atas, dalam hal murid kelas 2 atau 11. Kuesioner ini berupaya memantau tren dalam kehidupan awal hubungan seks mereka, pola penggunaan kondom saat berhubungan seks pertama kali, dan juga jumlah pasangan seks. Pada usia remaja, pasangan seks mereka cenderung tidak stabil. Kuesioner untuk remaja juga menanyakan hal berbeda dengan dewasa, para remaja tidak ditanyakan mengenai jenis dan jumlah pasangan tidak tetap seperti pada orang dewasa.

3.6. Distribusi dan Arus Dokumen

Seluruh dokumen pencacahan, serta dokumen pendukung seperti souvenir responden, disiapkan di pusat. BPS Provinsi maupun BPS Kabupaten/Kota selanjutnya akan mendistribusikannya kepada para petugas sesuai dengan alokasi yang telah disepakati.

Dokumen hasil pencacahan dikumpulkan oleh para petugas, untuk selanjutnya akan diserahkan kepada koordinator lapangan, kemudian dikirimkan ke Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat c.q. Sub Direktorat Statistik Kesehatan dan Perumahan BPS. Pengolahan dokumen STBP 2009 direncanakan di BPS (Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat). Untuk itu koordinator bertanggung jawab mencatat jumlah dokumen.

BAB 4. TATA CARA PENGISIAN KUESIONER VSP09-REMAJA

Berikut adalah penjelasan petunjuk pengisian kuesioner remaja. Penjelasan ini berisi maksud pertanyaan, kategori jawaban, dan cara pengisian kuesioner.

Blok I dibacakan oleh petugas pengumpul pada saat di kelas sebelum responden dibimbing untuk mengisi kuesioner, usahakan agar responden mendapat penjelasan bahwa identitas mereka dirahasiakan dan responden tidak perlu mengisi nama dan identitas lainnya.

Petugas pengumpul data wajib mengisi kotak yang tersedia di kanan atas sesuai dengan daftar sampel sekolah terpilih setelah selesai melaksanakan penyelenggaraan pengumpulan data.

Blok I harap dibacakan di depan kelas oleh petugas pengumpul data

BLOK I. KETERANGAN RINGKAS

Blok ini menjelaskan tujuan pengumpulan data survei surveilans perilaku (SSP) di kalangan remaja, himbauan kepada responden untuk menjawab pertanyaan dalam kuesioner secara jujur, serta petunjuk pengisian kuesioner.

BLOK II. KARAKTERISTIK

Pertanyaan 201: Jenis kelamin, (cukup jelas).

Pertanyaan 202: Bulan dan Tahun Lahir

Pertanyaan ini berguna untuk menghitung umur remaja pada saat pengisian dokumen. Isikan bulan dan tahun kelahiran dengan lengkap dan jelas dan bukan satuan bulan.

Contoh: September 1990

Pertanyaan 203: Apakah kedua orang tua kandung Anda masih hidup

Termasuk untuk yang tidak tinggal bersama.

Pertanyaan 204: Jika keduanya masih hidup, apakah masih terikat sebagai suami istri

Terikat sebagai suami istri adalah mempunyai istri (bagi laki-laki) atau suami (bagi perempuan) pada saat pencacahan, baik tinggal bersama maupun terpisah. Dalam hal ini yang dicakup juga mereka yang menikah sah secara hukum (adat, agama, negara dan sebagainya)

Pertanyaan 205: Dengan siapa Anda tinggal (cukup jelas)

Pertanyaan 206: Frekuensi berkomunikasi/berbicara dengan orang tua/wali dalam sebulan terakhir

Dikatakan sering apabila frekuensi komunikasi dalam satu bulan lebih dari 15 hari

Jarang apabila frekuensi komunikasi dalam satu bulan kurang dari 15 hari

Yang dimaksud dengan berkomunikasi/berbicara tidak harus bertatap muka langsung, namun juga dapat melalui media komunikasi dua arah seperti telepon.

Pertanyaan 207: Sudah berapa lama Anda sekolah di kota ini

Yang dimaksud dengan lama sekolah di kota ini adalah lamanya (dalam satuan tahun dan bulan) bersekolah di SLTA/ sederajat yang sekarang ini.

Pertanyaan 208a: Pendidikan yang ditamatkan ayah kandung/angkat/tiri

Pilihlah jawaban sesuai dengan tingkat pendidikan yang ditamatkan ayah kandung/tiri/angkat/wali yang mengasuh/tinggal bersama dengan responden saat ini

Pertanyaan 208b: Pendidikan yang ditamatkan ibu kandung/angkat/tiri

Pilihlah jawaban sesuai dengan tingkat pendidikan yang ditamatkan ibu kandung/tiri/angkat/wali yang mengasuh / tinggal bersama dengan responden saat ini

BLOK III. PENGETAHUAN MENGENAI HIV/AIDS DAN PENCEGAHANNYA

Blok ini mengenai pengetahuan tentang HIV/AIDS.

Pertanyaan 301: Darimana Anda pernah mendengar tentang HIV/AIDS

(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu)

'Mendengar' diartikan pernah mendengar, melihat, membaca, atau memperbincangkan HIV/AIDS. Pastikan bahwa pengisian benar-benar sesuai dengan sumber/nara sumber atau informasi tentang HIV/AIDS.

Pertanyaan 302: Menurut Anda, apa HIV/AIDS itu

(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu)

Tujuan pertanyaan ini adalah untuk mengukur tingkat pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS.

Pertanyaan 303: Apakah dengan melihat saja Anda tahu seseorang telah tertular HIV

Pertanyaan ini ingin mengukur pengetahuan remaja tentang apakah dapat mengetahui seseorang sudah atau belum tertular HIV hanya dengan melihat dari gejala fisiknya saja.

Pertanyaan 304.a: Cara apa saja yang dapat menularkan HIV

(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu)

Pertanyaan 304.b: Cara apa saja yang bisa dilakukan seseorang untuk mencegah terinfeksi HIV

(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu)

Tujuan pertanyaan ini adalah untuk mengukur pengetahuan remaja mengenai cara agar tidak tertular HIV.

Penjelasan

- a). Tidak melakukan hubungan seks, 'hubungan seks' maksudnya adalah melakukan penetrasi vaginal, atau anal pada/oleh pasangan seksual termasuk oral
- b). Minum obat/ramuan tradisional sebelum melakukan hubungan seks misalnya minum antibiotik atau jamu-jamuan sebelum berhubungan seksual. Antibiotik atau ramuan tradisional dianggap dapat menahan penularan virus HIV.
- c). Menggunakan kondom sewaktu berhubungan seks maksudnya menggunakan pelindung yang terbuat dari lateks untuk mencegah terjadinya pertukaran cairan selama berhubungan seksual guna mencegah penularan PMS dan HIV
- d). Menghindari penggunaan jarum suntik secara bersama-sama. Penyuntikan maksudnya berupaya memasukkan cairan obat ke dalam tubuh dengan cara disuntikkan.
- e). Menghindari tergigit nyamuk atau serangga lainnya maksudnya responden jangan sampai terkena gigitan nyamuk atau serangga lain karena dianggap dapat menularkan HIV, walaupun nyamuk bukan media perantara yang baik untuk penularan HIV.
- f). Tidak menggunakan pakaian atau alat makan secara bersama-sama. Termasuk dalam kategori ini adalah menghindari makan bersama dengan pengidap HIV, menolak makan bersama dengan pengidap HIV dalam satu meja, satu piring, atau satu gelas, dan tidak menggunakan pakaian atau alat makan pengidap HIV.
- g). Hanya berhubungan seks dengan satu pasangan yang setia maksudnya adalah berhubungan seks dengan hanya satu suami/istri atau pasangan seks tetap.
- h). Makan makanan bergizi maksudnya bila makan makanan sehat atau bergizi kita akan terhindar dari HIV. Dengan makan makanan bergizi responden menganggap dirinya menjadi kebal terhadap penularan HIV.
- i). Sunat/khitan (cukup jelas)

Pertanyaan 305a: Apakah anda mengenal secara pribadi (saling kenal) seseorang yang tertular HIV/penderita AIDS

Pertanyaan ini ditanyakan dengan pertimbangan bahwa epidemi HIV/AIDS sudah cukup meluas. Tujuan pertanyaan adalah untuk mengukur penyebaran epidemi di masyarakat (kerabat atau teman) khususnya di lokasi tempat responden berada. Mengetahui secara pribadi di sini maksudnya adalah responden dan orang yang terkena HIV/AIDS tersebut saling kenal/kenalan. Mengetahui bukan dari

mendengar atau membaca informasi dari media masa, akan tetapi langsung dari seseorang yang mengungkapkan dirinya telah terinfeksi HIV.

Pertanyaan 305b: Apa yang Anda lakukan terhadap seseorang yang Anda ketahui mengidap HIV

Pertanyaan ini ditanyakan untuk melihat perilaku dan sikap dari masyarakat termasuk remaja terhadap penderita HIV/AIDS bila ada di kalangan dekatnya.

Pertanyaan 306: Apakah ada keluarga/kenalan Anda yang tertular HIV/penderita AIDS

Pertanyaan ini ditanyakan dengan pertimbangan bahwa epidemi HIV/AIDS sudah cukup meluas. Tujuan pertanyaan adalah untuk mengukur penyebaran epidemi di kalangan keluarga/kenalan dekat Anda.

Pertanyaan 307: Jika salah satu anggota keluarga terkena HIV, apakah yang Anda lakukan

Pertanyaan ini ditanyakan untuk melihat perilaku dan sikap dari masyarakat terhadap penderita HIV/AIDS bila ada di kalangan keluarga/temannya.

Pertanyaan 308: Dengan siapa Anda pernah membicarakan tentang cara pencegahan HIV

Pertanyaan ini ditanyakan untuk melihat perilaku dan sikap dari remaja apakah sudah terbuka terhadap masalah HIV/AIDS. Selain itu dapat melihat apakah institusi termasuk rumah tangga sudah melakukan sosialisasi pencegahan HIV/AIDS kepada remaja.

Yang dimaksud dengan membicarakan adalah adanya diskusi dua arah yang membahas masalah HIV/AIDS.

Pertanyaan 309 : Apakah Anda pernah dites HIV

Pertanyaan ini berguna untuk mengetahui tingkat kepedulian akan status HIV di kalangan remaja.

Pertanyaan 310: Dimana saja tempat untuk melakukan tes HIV?

Pertanyaan ini ditanyakan untuk mendeteksi pengetahuan masyarakat termasuk remaja tentang tempat-tempat untuk melakukan tes HIV. Tes HIV seharusnya dilakukan di Klinik VCT baik yang berada di RS, Puskesmas, maupun LSM.

**Pertanyaan 311: Apakah Anda sendiri merasa berisiko tertular HIV
(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu)**

Pertanyaan ini dimaksudkan untuk mengetahui tingkat perilaku berisiko di kalangan remaja khususnya kemungkinan tertular HIV.

Pertanyaan 312: Apakah anda tahu kondom, (cukup jelas)

Pertanyaan 313: Apakah Anda pernah mendengar iklan kondom

Lihat penjelasan pada pertanyaan 301

Pertanyaan 314: Pesan apa saja yang Anda tangkap dari iklan kondom tersebut

(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu), (cukup jelas)

Pertanyaan 315: Apakah ada penyuluhan di sekolah tentang hal-hal berikut

(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu)

Kesehatan Reproduksi (kespro) adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan fungsi, peran & sistem reproduksi. Cakupan pelayanan kesehatan reproduksi:

- konseling dan informasi Keluarga Berencana (KB)
- pelayanan kehamilan dan persalinan (termasuk: pelayanan aborsi yang aman, pelayanan bayi baru lahir/neonatal)
- pengobatan infeksi saluran reproduksi (ISR) dan penyakit menular seksual (PMS), termasuk pencegahan kemandulan
- Konseling dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja (KRR)
- Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) mengenai kespro

Yang dimaksud dengan IMS adalah penyakit yang terjadi pada alat kelamin dan ditularkan terutama melalui hubungan seksual. Contoh sifilis

Pertanyaan 316: Apakah Anda pernah mengikuti "life skill education" (pendidikan kecakapan hidup) untuk menolak seks dan narkoba di sekolah

Pengertian pendidikan kecakapan hidup (*life skill education*) adalah Pendidikan yang mengarahkan dan mendorong peserta didik untuk mempelajari kecakapan hidup (*life skill*) melalui pendidikan berbasis luas serta belajar bagaimana untuk belajar (*learning how to learn*). Tujuan pendidikan kecakapan hidup adalah

1. Mengaktualisasikan potensi peserta didik sehingga dapat digunakan untuk memecahkan masalah yang dihadapi.
2. Memberikan kesempatan kepada kepala sekolah untuk mengembangkan pembelajaran yang fleksibel, sesuai dengan prinsip pendidikan berbasis luas (*broad based education*).

3. Mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya di sekolah maupun di masyarakat sesuai dengan prinsip manajemen berbasis sekolah (school-based management).

Pertanyaan 317: Apakah di sekolah ini ada kegiatan untuk mendukung *peer education* (pendidikan teman sebaya)

Peer education adalah suatu program yang melibatkan penggunaan anggota kelompok tertentu untuk mengubah perilaku dan cara pandang anggota kelompok lainnya dengan mencoba melakukan modifikasi terhadap pengetahuan, sikap, kepercayaan ataupun perilaku. *Peer education* ini dapat dilakukan dengan cara advokasi, konseling, diskusi, drama, mendistribusikan materi penyuluhan, menyediakan dukungan dan lain-lain.

BLOK IV. PERILAKU SEKSUAL

Pertanyaan 401: Apakah Anda pernah mempunyai pacar

Pertanyaan ini diarahkan kepada remaja agar terkondisikan suasana pengisian kuesioner berjalan dengan baik, rileks dan terarah. Yang dimaksud dengan "Pacar" statusnya diakui kedua belah pihak, bukan sepihak saja.

Pertanyaan 402: Apakah Anda pernah berciuman

Yang dimaksud dengan berciuman disini adalah berciuman antara bibir dengan bibir. Kalau cium tangan dan pipi maka belum dianggap pernah berciuman.

Pertanyaan 403: Apakah Anda pernah saling melakukan rangsangan seksual

Melakukan perangsangan seks dimaksud adalah melakukan perabaan pada bagian tubuh yang sensitif dan berciuman dengan pasangannya dan bertujuan menimbulkan rangsangan seksual.

Pertanyaan 404: Apakah Anda pernah melakukan masturbasi/onani

Yang dimaksud dengan masturbasi/onani adalah melakukan rangsangan seksual sendiri sampai merasa terpuaskan

Pertanyaan 405: Apakah Anda mempunyai teman yang melakukan hubungan seksual sebelum menikah

Yang dimaksud dengan hubungan seksual disini adalah hubungan seksual dengan penetratif (vaginal atau anal).

Pertanyaan 406: Apakah Anda sendiri pernah melakukan hubungan seksual

(cukup jelas)

Pertanyaan 407: Dalam setahun terakhir, dengan siapa saja Anda berhubungan seksual

Pertanyaan disini untuk mengetahui berapa banyak remaja yang melakukan hubungan seksual berisiko.

Pertanyaan 408: Dalam setahun terakhir, berapa orang pasangan seksual Anda

Dalam setahun terakhir dengan berapa orang melakukan hubungan seksual, yang dimaksud disini bukan berapa kali melakukan hubungan seksualnya akan tetapi dengan berapa orangnya.

Pertanyaan 409: Apakah Anda pernah memperoleh kondom, (cukup jelas)

Pertanyaan 410: Apakah Anda pakai kondom ketika berhubungan seksual terakhir kali

Kalau ya, dengan siapa saja

Yang dimaksud menggunakan kondom disini adalah baik remaja pria yang menggunakan atau pasangan dari remaja wanita.

Pertanyaan 411: Seberapa sering anda menggunakan kondom ketika berhubungan seksual selama setahun terakhir

Pertanyaan ini ditujukan untuk mengetahui seberapa sering remaja tersebut menggunakan kondom yang diukur dari hubungan seks selama setahun terakhir

Pertanyaan 412: Alasan Anda pakai kondom

(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu), (cukup jelas)

Pertanyaan 413: Alasan Anda tidak memakai kondom

(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu), (cukup jelas)

Pertanyaan 414: Apakah Anda melakukan hubungan seksual anal (hubungan seksual melalui anus)

Dengan siapa

(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu)

Tanyakan kepada remaja pria maupun wanita, apakah pernah melakukan hubungan seksual anal (hubungan seksual melalui anus/sodomi), baik dengan waria atau pria.

Pertanyaan 415: Apakah saat berhubungan seksual anal yang terakhir, Anda atau pasangan Anda menggunakan kondom, (cukup jelas)

BLOK V. MINUMAN BERALKOHOL DAN PENGGUNAAN NARKOTIKA

Sebelum memulai pertanyaan-pertanyaan pada Blok ini petugas kembali menginformasikan kepada responden bahwa ia akan menanyakan hal-hal yang sensitif, yaitu yang berkaitan dengan narkoba. Sekali lagi tekankan bahwa jawaban responden dirahasiakan, dan meminta responden untuk menjawab dengan jujur.

Pertanyaan 501: Apakah Anda pernah merokok ?

Pertanyaan ini dimaksudkan untuk mengetahui kebiasaan merokok responden dimana ditengari bahwa merokok merupakan "*entry point*" untuk penyalahgunaan narkoba/Napza

Pertanyaan 502: Apakah Anda pernah mabuk karena minum-minuman beralkohol (arak, tuak, bir, wiski, dsj.)

Pertanyaan ini dimaksudkan untuk mengetahui kebiasaan responden terkait minuman alkohol yang pada umumnya merupakan kebiasaan lanjutan setelah kebiasaan merokok

Yang dimaksud dengan mabuk adalah kondisi seseorang kehilangan kesadaran akibat pengaruh alkohol

Pertanyaan 503: Apakah Anda pernah mabuk karena menghirup bau lem (ngelem)

Yang dimaksud dengan mabuk adalah kondisi seseorang kehilangan kesadaran akibat pengaruh bau lem, seperti lem aica-aibon.

**Pertanyaan 504: Apakah pernah ditawari untuk mencoba narkoba/Napza
Oleh siapa**

(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu)

Beberapa orang mengkonsumsi narkoba, seperti ganja, putau, shabu-shabu, dsb, untuk bersenang-senang, atau ngehai, ngeflai, ngeboat, berfantasi. Pertanyaan ini dimaksudkan untuk mengetahui apakah responden pernah ditawari untuk mencoba Narkoba/Napza walaupun hanya sekali.

**Pertanyaan 505: Apakah pernah ditawari untuk membeli narkoba/Napza
Oleh siapa**

(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu)

Pengertian membeli disini tidak selalu dengan uang tetapi bisa dalam bentuk barang/jasa

Pertanyaan 506: Apakah ada di antara teman sepergaulan yang biasa kumpul bersama menggunakan narkoba/Napza

Pertanyaan ini untuk mengetahui sejauh mana pengaruh teman sepergaulan terkait dengan penyalahgunaan narkoba/Napza

**Pertanyaan 507: Jenis narkoba/Napza apa saja yang pernah dicoba
(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu)**

Pertanyaan ini ingin mengukur pengalaman remaja dalam penggunaan narkoba/Napza.

Berdasarkan jenisnya Napza memiliki tiga kategori:

1. **PSIKOTROPIKA**

Zat atau obat yang dapat menurunkan aktivitas otak atau merangsang susunan syaraf pusat dan menimbulkan kelainan perilaku, disertai dengan timbulnya halusinasi (mengkhayal), ilusi, gangguan cara berpikir, perubahan alam perasaan dan dapat menyebabkan ketergantungan serta mempunyai efek stimulasi (merangsang) bagi para pemakainya.

Pemakaian Psikotropika dalam jangka panjang tanpa pengawasan dan pembatasan medis bisa menimbulkan dampak yang lebih buruk, tidak saja menyebabkan ketergantungan namun juga menimbulkan berbagai macam penyakit serta kelainan fisik maupun psikis si pemakai bahkan menimbulkan kematian.

Jenis-jenis narkoba yang termasuk Psikotropika:

- **EKSTASI (XTC)**

Ekstasi adalah salah satu obat bius yang di buat secara ilegal di sebuah laboratorium dalam bentuk tablet atau kapsul. Senyawa ekstasi atau dalam bahasa kimia dirumuskan 3-4-Methylene-Dioxy-Methil-Amphetamine (MDMA) mulai dibuat di penghujung akhir abad lalu.

- **SABU-SABU**

Narkoba jenis psikotropika ini berbentuk kristal seperti gula, tidak berwarna dan berbau, dalam bahasa medis lebih dikenal dengan nama methamphetamine. Jenisnya antara lain gold river, coconut dan kristal namun ada juga yang berbentuk tablet. Sabu-sabu juga di kenal dengan julukan Glass, Quartz, Hirropon, Ice Cream.

Sedangkan dilihat dari pengaruh penggunaannya terhadap susunan saraf pusat manusia, Psikotropika dapat dikelompokkan menjadi :

a. Depresant

Obat psikotropika yang bekerja mengendorkan atau mengurangi aktifitas susunan saraf pusat (Psikotropika Gol 4), contohnya antara lain Sedatin atau Pil BK, Rohypnol, Magadon, Valium, Mandrak (MX).

b. Stimulant

Obat psikotropika yang bekerja dengan mengaktif kerja susunan saraf pusat, contohnya amphetamine, MDMA, N-etil MDA & MMDA. Ketiganya ini terdapat dalam kandungan Ekstasi.

c. Hallusinogen

Obat psikotropika yang bekerja dengan menimbulkan perasaan halusinasi atau khayalan contohnya licercik acid dhietilamide (LSD), psylocibine, micraline. Psikotropika digunakan karena sulitnya mencari Narkotika dan harganya yang relatif mahal. Penggunaan Psikotropika biasanya dicampur dengan alkohol atau minuman lain seperti air mineral, sehingga menimbulkan efek yang sama dengan Narkotika.

2. NARKOTIKA

Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semi sintetis yang menyebabkan pengaruh bagi pengguannya. Pengaruh tersebut berupa pembiusan, hilangnya rasa sakit, rangsangan semangat, halusinasi atau timbulnya khayalan-khayalan yang menyebabkan efek ketergantungan bagi pemakainya. Jenis-jenis narkoba yang termasuk narkotika:

- **OPIOID (OPIAD)**

Opioid atau opiat berasal dari kata opium, jus dari bunga opium, Papaver somniferum, yang mengandung kira-kira 20 alkaloid opium, termasuk morfin. Nama Opioid juga digunakan untuk opiat, yaitu suatu preparat atau derivat dari opium dan narkotik sintetis yang kerjanya menyerupai opiat tetapi tidak didapatkan dari opium.

Opiat alami lain atau opiat yang disintesis dari opiat alami adalah heroin (diacetylmorphine), codein (3-methoxymorphine), dan Dilaudid (hydromorphone).

- **KOKAIN**

Kokain adalah zat yang adiktif yang sangat berbahaya dan sering disalahgunakan. Kokain merupakan alkaloid yang didapatkan dari tanaman belukar Erythroxylon coca, yang berasal dari Amerika Selatan, dimana daun dari tanaman belukar ini biasanya dikunyah oleh penduduk setempat untuk mendapatkan efek stimulan.

- **GANJA**

Semua bagian dari tanaman mengandung kanabiod psikoaktif. Tanaman cannabis biasanya dipotong, dikeringkan, dipotong kecil-kecil dan digulung menjadi rokok disebut joints. Akan mengikat pikiran dan dapat membuat pengguna ketagihan.

3. BAHAN BERBAHAYA

Bahan berbahaya ini adalah zat adiktif yang bukan Narkotika dan Psikotropika atau Zat-zat baru hasil olahan manusia yang menyebabkan kecanduan. Adapun yang termasuk zat adiktif pada kategori ini antara lain:

- **MINUMAN KERAS/ALKOHOL**

Ada 3 golongan minuman berakohol yaitu golongan A; kadar etanol 1%-5% (bir), golongan B; kadar etanol 5%-20% (anggur/wine) dan golongan C; kadar etanol 20%-45% (Whiskey, Vodca, TKW, Manson House, Johny Walker, Kamput).

- **NIKOTIN**

Obat yang bersifat adiktif layaknya kokain dan heroin. Bentuk nikotin yang paling umum adalah tembakau, yang dihisap dalam bentuk rokok, cerutu, dan pipa. Tembakau juga dapat digunakan sebagai tembakau sedotan dan dikunyah (tembakau tanpa asap).

- **INHALANSIA**

Uap bahan yang mudah menguap saat dihirup, misalnya aerosol, aica aibon, isi korek api gas, cairan dry cleaning, uap bensin, vernis, cairan pemantik api, lem, semen karet, cairan pembersih, cat semprot, semir sepatu, cairan tip-ex, perekat kayu, bahan pembakarm aerosol, pengencer cat (*tinner*).

- **ZAT DESAINER**

Zat Desainer adalah zat-zat yang dibuat oleh ahli obat jalanan yang dibuat secara rahasia karena dilarang oleh pemerintah. Obat-obat itu dibuat tanpa memperhatikan kesehatan. Mereka hanya memikirkan uang dan secara sengaja membiarkan para pembelinya kecanduan dan menderita. Zat-zat ini banyak yang sudah beredar dengan nama speed ball, Peace pills, crystal, angel dust rocket fuel.

**Pertanyaan 508: Jenis narkoba/Napza apa yang pertama kali di coba
(cukup jelas)**

**Pertanyaan 509: Kapan Anda pertama kali mencoba narkoba/Napza
(cukup jelas)**

**Pertanyaan 510: Dengan siapa pertama kali mencoba narkoba/Napza
(cukup jelas)**

**Pertanyaan 511: Apakah ada di antara teman sepergaulan yang biasa
kumpul bersama menggunakan narkoba/Napza yang
disuntikkan**

Maksud pertanyaan ini adalah untuk mengetahui tingkat risiko tertular HIV di kalangan remaja melalui kebiasaan menyuntik Narkoba/Napza

**Pertanyaan 512: Apakah Anda pernah menggunakan narkoba/Napza
yang disuntikkan
(cukup jelas)**

Pertanyaan 513: Apakah Anda pernah menggunakan peralatan narkoba/ Napza yang disuntikkan secara bersama-sama

Yang dimaksud dengan bersama-sama adalah penggunaan jarum suntik yang sama oleh lebih dari satu orang.

Pertanyaan 514: Dari siapa saja Anda mendapat penyuluhan narkoba/ Napza

(Pilihan jawaban bisa lebih dari satu)

(cukup jelas)

Sebelum Mengakhiri Wawancara, teliti kembali kelengkapan isian kuesioner/jawaban responden

**UCAPKAN TERIMA KASIH KEPADA RESPONDEN,
WAWANCARA SELESAI**

Dan Jangan Lupa Memberikan Souvenir

LAMPIRAN

Kuesioner