

DISTRIBUSI SPASIAL DAN DETERMINAN KEJADIAN HIV/AIDS DI PROPINSI JAWA BARAT TAHUN 2014

(Determinant and Spasial Distribution of HIV/AIDS in West Java Province)

Cecep Heriana¹ Siti Nunung Nurjannah¹, Rossi Suparman²

¹STIKes Kuningan Garawangi, ²RSUD Linggarjati Kuningan

ABSTRACT

HIV/AIDS is a health problem in the West Java Province and unknown patterns of spatial detail until now. The objective of this study to determine the spatial Distribution and determinants of HIV/AIDS in West Java. Design cross-sectional study using secondary data from 2010 until 2013 with a sample of 26 District/cities in West Java at January-Oktober 2015. Analysis used univariate and bivariate with the statistical test used was Chi-square and multivariate (regresi logistik). The result of this research shows the spatial distribution of HIV/AIDS prevalence, The highest prevalence of HIV and AIDS as 7 District/City in West Java and the lowest 19 District/cities in West Java . Statistical analysis showed that determinant of classification of the town (p-value : 0.018 , 95 % CI : 0.001 to 0.089) , the type of highway (P value : 1.000 , 95 % CI : 0.145 to 9047) , characteristics of the region (p-value : 0.046 , 95 % CI : 0.001 to 1.027) and the use of condoms (P value : 0.046 , 95 % CI : 0.826 to 56.504). The Conclusion is spatial distribusi highest HIV incidence in areas with tourist destinations and areas that have national lines (north coast) . There is a relationship between the classification of the town , characteristics of the region and the use of condoms with HIV/AIDS is dominant factor and there is no relationship between the type of highway with the HIV/AIDS in West Java.

Key word : Spasial, Determinant, HIV/AIDS, West Java

PENDAHULUAN

HIV dan AIDS merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia yaitu masih tingginya transmisi infeksi, angka kesakitan dan angka kematian. Secara global kasus HIV pada tahun 2011, diperkirakan terdapat 34 juta orang hidup dengan HIV, sebanyak 30,7 juta diantaranya adalah orang dewasa. Sebesar 16,7 juta yang terinfeksi adalah perempuan dan sebanyak 3,3 juta anak-anak dibawah usia 15 tahun. Jumlah orang yang terinfeksi baru dengan HIV sebanyak 2,5 juta, dengan pembagian 2,2 juta usia dewasa dan, 330 ribu adalah anak-anak usia kurang dari 15 tahun. Jumlah kematian akibat AIDS, adalah sebanyak 1,8 juta orang, dengan pembagian 1,5 juta diantaranya adalah orang dewasa dan

sebanyak 230 ribu adalah anak-anak kurang dari 15 tahun ⁽¹⁾.

Human Immunodeficiency Virus (HIV), merupakan retrovirus yang menjangkiti sel-sel sistem kekebalan tubuh manusia (terutama CD4 positive T-sel dan makrofag komponen-komponen utama sistem kekebalan sel), dan menghancurkan atau mengganggu fungsinya. Infeksi virus ini mengakibatkan terjadinya penurunan sistem kekebalan yang terus-menerus, yang akan mengakibatkan defisiensi kekebalan tubuh. Sedangkan Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) menggambarkan berbagai gejala dan infeksi yang terkait dengan menurunnya sistem kekebalan tubuh. Infeksi HIV telah ditetapkan sebagai penyebab AIDS, tingkat HIV dalam tubuh dan timbulnya berbagai infeksi tertentu merupakan

indikator bahwa infeksi HIV telah berkembang menjadi AIDS ⁽²⁾.

Jumlah kasus AIDS secara kumulatif di Indonesia yang dilaporkan sebanyak 22.726 kasus tersebar di 32 provinsi. Kasus tertinggi di dominasi usia produktif yaitu usia 20-29 tahun (47,8%), diikuti kelompok umur 30-39 tahun (30,9%), dan kelompok umur 40-49 tahun (9,1%). Dari jumlah tersebut 4.250 kasus atau 18,7% diantaranya meninggal dunia. Provinsi Jawa Barat termasuk delapan provinsi dengan jumlah kasus tertinggi di Indonesia. Semua wilayah kabupaten/kota di dalam wilayah provinsi Jawa Barat telah ditemukan kasus HIV dan AIDS. Tiga diantaranya yang tertinggi adalah Kota Bandung, Kota Bekasi dan Kota Sukabumi. Daerah dengan kasus paling rendah HIV/AIDS ditempati Kota Banjar dimana hingga akhir tahun 2012 tercatat sebanyak 11 kasus ⁽³⁾.

Kasus HIV/AIDS di Jawa Barat secara kumulatif sejak 1987 hingga Maret 2013 terdapat 7.621 kasus HIV dan 4.131 kasus AIDS. Dari data ini, trend penularan HIV telah terjadi pada tahun 2008 sebanyak 67 % kasus baru HIV dan AIDS didominasi oleh penggunaan narkoba suntik. Sedangkan pada 2012 terlihat kasus baru HIV dan AIDS didominasi oleh faktor heteroseksual yang jumlahnya mencapai 64 % dari keseluruhan kasus ⁽³⁾.

Dampak HIV dan AIDS sangat mengkhawatirkan, karena sindrom ini telah menyebabkan peningkatan angka kesakitan dan kematian penduduk di usia produktif. Epidemi ini tumbuh seiring dengan penggunaan narkoba baik narkoba suntik (Injection Drug Users) yang tidak steril maupun narkoba hisap. Hubungan seks berisiko dengan tidak menggunakan kondom juga merupakan penyebab tingginya angka kejadian HIV dan AIDS ⁽⁴⁾. Distribusi penggunaan kondom di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2010 sebesar 49.522, tahun 2011 mengalami peningkatan sebesar 50.234 dan tahun 2012 mengalami penurunan sebesar 50.182. Faktor pendorong epidemi

ditemukan di semua daerah, antara lain : keberadaan industri seks, penggunaan kondom masih rendah dan penggunaan alat suntik dan tindakan operatif medis.

Epidemiologi spasial merupakan sebuah cabang studi yang berhubungan dengan menggambarkan, mengukur dan menjelaskan variasi geografis dalam distribusi penyakit ⁽⁵⁾. Epidemiologi spasial adalah deskripsi dan analisis dari distribusi geografis penyakit. Pada saat ini epidemiologi spasial penting seiring dengan berkembangnya masalah kesehatan yang kompleks di era modern seperti bioterrorisme membuat analisis seperti itu bahkan lebih kompleks ⁽⁶⁾. Sampai saat ini belum diketahui pola spasial yang terinci mengenai distribusi kasus HIV dan AIDS di Provinsi Jawa Barat. Penelitian ini bertujuan menganalisis distribusi spasial dan determinan kejadian HIV dan AIDS di Provinsi Jawa Barat. Sedangkan tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui distribusi spasial berdasarkan tingkat prevalensi dan determinan, karakteristik wilayah, klasifikasi kota, jenis jalan raya, dan pengguna kondom.

METODE

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional, dengan desain studi cross sectional yang dilaksanakan di Provinsi Jawa Barat. Pengumpulan data yang dilakukan berupa data sekunder yang diperoleh dari beberapa instansi terkait yaitu : Data kasus HIV dan AIDS, data penggunaan kondom diperoleh dari hasil pencatatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2010 – 2013, Data, klasifikasi kota, jenis jalan raya dan karakteristik wilayah untuk Kabupaten/Kota se-Provinsi Jawa Barat diperoleh dari hasil pencatatan Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Jawa Barat. Data yang telah dikumpulkan kemudian dilakukan pengolahan dan analisis dengan cara : Data diolah dengan menggunakan STATA versi 12 dan kemudian dilakukan analisis. Analisis data dilakukan secara

bertahap yaitu analisis univariat analisis, bivariat dan multivariat. Analisis univariat meliputi distribusi frekuensi dan gambaran spasial berdasarkan variabel kepadatan penduduk, karakteristik wilayah, klasifikasi kota, jalan raya, dan pengguna kondom. Analisis bivariat untuk melihat hubungan yang meliputi variabel independen dan variabel dependen. Uji statistik pada analisis ini menggunakan Chi-square test. Dari analisis ini diperoleh variabel independen yang berhubungan atau tidak berhubungan secara bermakna dengan variabel dependen. Analisis multivariat dilakukan dengan uji regresi logistik yang terdiri dari dua tahap. Tahap pertama yaitu uji interaksi yang bertujuan mengeluarkan variabel dengan nilai $p > 0,05$ kemudian dilakukan pemilihan kandidat model regresi logistik dengan memasukkan semua variabel independen yang memenuhi syarat kedalam model. Variabel yang tidak signifikan dikeluarkan secara bertahap, dimulai dari variabel yang mempunyai nilai p terbesar sehingga variabel-variabel tersebut ditetapkan sebagai bentuk model (fit model) dengan mempertimbangkan model terbaik dari dua penilaian yaitu ratio Log likelihood ($p < 0,05$)⁽⁷⁾.

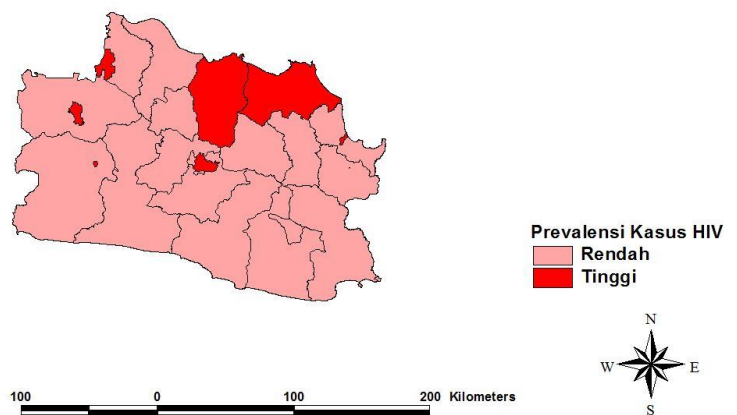
Lokasi penelitian adalah di Provinsi Jawa Barat. Penelitian ini dilakukan selama 9 bulan, dimulai dari bulan Januari 2015 – Oktober 2015. Populasi penelitian adalah kejadian HIV dan AIDS pada setiap Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat. Sampel dalam penelitian ini adalah kejadian HIV dan AIDS yang lengkap data-datanya pada Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat dengan status prevalensi tinggi dan prevelensi rendah kejadian HIV dan AIDS tahun 2010-2013. Penarikan sampel yang digunakan adalah nonprobability sampling yang dilakukan dengan cara “Exhaustive Sampling”, yaitu kejadian HIV dan AIDS yang lengkap data-datanya pada Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat dijadikan sebagai sampel penelitian. Variabel dalam penelitian ini terdiri dari

variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas terdiri dari karakteristik wilayah, klasifikasi kota, jalan raya dan pengguna kondom. Variabel terikatnya yaitu Kejadian HIV dan AIDS di Provinsi Jawa Barat.

HASIL

Berdasarkan hasil analisis spasial Kejadian HIV/AIDS di Jawa Barat diperoleh hasil sebagai berikut :

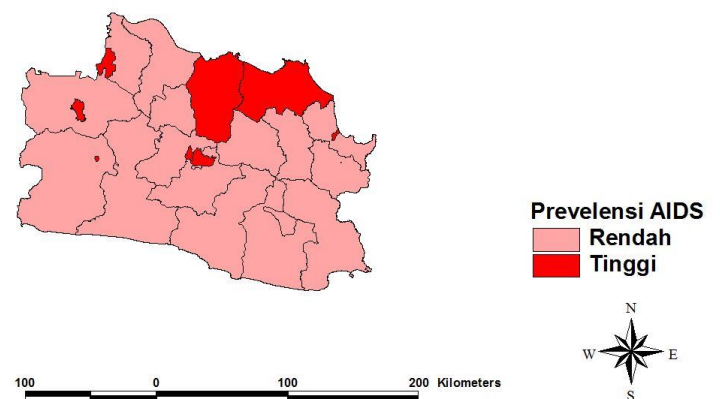
Prevalensi kasus HIV di Jawa Barat tahun 2014



Gambar 1. Prevalensi kasus HIV di Jawa Barat 2014

Berdasarkan gambar 1, prevelensi HIV tertinggi sebanyak 7 Kabupaten/Kota di Jawa Barat dan terendah sebanyak 19 Kabupaten/Kota di Jawa Barat. Sedangkan prevelensi kasus AIDS di Jawa Barat dapat dilihat pada Gambar berikut :

Prevalensi AIDS di Jawa Barat Tahun 2014



Gambar 2. Distribusi prevelensi kasus AIDS di Jawa Barat tahun 2014

Berdasarkan gambar 2 diatas, prevelensi AIDS tertinggi sebanyak 7 Kabupaten/Kota di Jawa Barat dan terendah sebanyak 19 Kabupaten/Kota di Jawa Barat.

Hasil analisis univariat menunjukkan hasil sebagai berikut :

Tabel 1. Hasil Analisis Univariat

No	Variabel	Kejadian HIV			
		tinggi		rendah	
		f	%	f	%
1	Klasifikasi kota:				
	a. kota kecil	5	83.33	1	16.67
	b. kota sedang	5	25.00	15	75.00
2	Ketersediaan Jalan:				
	a. provinsi	3	37.50	5	52.50
	b. nasional	7	38.89	11	61.11
3	Karakteristik Wilayah:				
	a. Non Pariwisata	6	66.67	3	33.33
	b. Pariwisata	4	23.53	13	76.47
4	Penggunaan Kondom:				
	a. Tinggi	3	23.53	13	76.47
	b. Rendah	6	66.67	3	33.33

Berdasarkan hasil analisis univariat, variabel yang telah dilakukan analisis yaitu klasifikasi kota dengan hasil sebagian besar (75%) klasifikasi kota sedang dengan Prevalensi kasus HIV/AIDS rendah. Variabel ketersediaan jalan dengan hasil sebagian besar (61,1%) memiliki jalan nasional dengan Prevalensi kasus HIV/AIDS rendah. Variabel karakteristik wilayah sebagian besar (76,4%) daerah pariwisata dengan Prevalensi kasus HIV/AIDS rendah dan Variabel penggunaan kondom dengan hasil sebagian sebesar (76,4%) penggunaan kondom tinggi dengan Prevalensi kasus HIV/AIDS rendah.

Setelah dilakukan analisis univariat, maka untuk mengetahui dan menggambarkan hubungan dari setiap variabel bebas dengan variabel terikat yang memenuhi syarat nilai *expected* >5 maka dilakukan analisis bivariat dengan uji *chi square* dan jika tidak memenuhi syarat nilai *expected* <5 maka dilakukan uji *fisher exact* dengan taraf signifikan *p-value* <0,05. Hasil analisis hubungan antara setiap variabel bebas dengan variabel terikat seperti ditampilkan dalam Tabel 2 sebagai berikut :

Tabel 2. Hasil Analisis Bivariat

No	Variabel	HIV				p	95% CI
		tinggi		rendah			
		f	%	f	%		
1	Klasifikasi kota:						
	a. kota kecil	5	83.33	1	16.67	0.018	0,001 - 0,089
	b. kota sedang	5	25.00	15	75.00		
2	Ketersediaan Jalan:						
	a. provinsi	3	37.50	5	52.50	1,000	0,145 - 9047
	b. nasional	7	38.89	11	61.11		
3	Karakteristik Wilayah:						
	a. Non Pariwisata	6	66.67	3	33.33	0.046	0,001-1,027
	b. Pariwisata	4	23.53	13	76.47		
4	Penggunaan Kondom:						
	a. Tinggi	3	23.53	13	76.47	0.046	0,826-56,504
	b. Rendah	6	66.67	3	33.33		

Berdasarkan hasil uji *fisher exact* didapatkan hasil bahwa variabel yang berhubungan yaitu klasifikasi kota, karakteristik wilayah dan penggunaan kondom. Sedangkan variabel yang tidak berhubungan yaitu ketersediaan jalan raya. Berdasarkan hasil analisis bivariat yang dilakukan, maka didapatkan hasil 3 (tiga) variabel yang memenuhi syarat untuk dilakukan analisis multivariat. Syarat untuk mengikuti variabel independen dalam analisis multivariat yaitu nilai $p < 0,25$. Maka variabel yang memenuhi syarat yaitu : klasifikasi kota, karakteristik wilayah dan penggunaan kondom.

Selanjutnya untuk mengetahui variabel dominan yang berpengaruh terhadap kejadian HIV/AIDS di Provinsi Jawa Barat, maka dilakukan analisis multivariat dengan uji regresi logistik ganda. Uji regresi logistik ganda dilakukan secara bertahap dengan metode *Backward* sampai diperoleh model akhir yang paling sederhana dimana semua variabel mempunyai nilai $p\text{-Wald} < 0,05$, dan hasil analisis seperti disajikan pada Tabel 3. Tabel 3. Hasil analisis multivariat faktor risiko HIV pada anak

Variabel	B	Nilai P	OR	95% CI
Tahap 1				
Klasifikasi Kota	-1,557	0,271	0,210	0,012-3,373
Karakteristik wilayah	-1,632	0,127	0,195	0,023-1,592
Penggunaan Kondom	1,307	0,268	3,695	0,366-37,306
Konstanta	3.519697			
Tahap 2				
Karakteristik wilayah	-1,945	0,047	0,142	0,019-1,051
Penggunaan Kondom	1,945	0,046	7	0,951-51,511
Konstanta	1			
Ket : -2 Log-Likelihood = -12.959794 Nilai $p=0,0127$				

Pada tabel 4, analisis multivariate dilakukan berdasarkan hasil uji kai kuadrat

yang memenuhi syarat ($p < 0,25$). Untuk tahap pertama uji interaksi, dilakukan mengeluarkan variabel karakteristik wilayah ($p=0,127$). Berdasarkan hasil regresi logistik tahap akhir diperoleh variabel klasifikasi kota ($p=0,047$, $OR=0,142$) dan penggunaan kondom ($p=0,46$, $OR=7$) mempunyai hubungan yang dominan dengan kejadian HIV/AIDS di Jawa Barat.

Berdasarkan hasil analisis multivariat diperoleh ada 3 (tiga) variabel yang menjadi kandidat model ($p < 0,25$), yaitu klasifikasi kota, karakteristik wilayah dan penggunaan kondom. Model terbaik akan mempertimbangkan dua penilaian yaitu signifikan *ratio Log likelihood* ($p < 0,05$). Pemilihan model dilakukan pada semua variabel independen yang memenuhi syarat dimasukkan dalam model. Variabel yang tidak signifikan dikeluarkan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai nilai p terbesar. Setelah dilakukan uji interaksi diperoleh variabel-variabel yang ditetapkan sebagai bentuk model (*fit model*) yaitu karakteristik wilayah dan penggunaan kondom dengan persamaan sebagai berikut:

Persamaan 1.

$$Y = 1 + 1,945 X_1 (\text{penggunaan kondom}) - 1,945 X_2 (\text{Karakteristik wilayah})$$

PEMBAHASAN

Kejadian HIV di Jawa Barat sampai dengan akhir tahun 2014 sebanyak 5178 kasus yang tersebar di 26 Kabupaten/Kota di Jawa Barat. Kabupaten/Kota yang memiliki kasus HIV dan AIDS masing-masing terbanyak yaitu Kota Bandung sebanyak 653 dan 1750 kasus dan terendah di Kabupaten Purwakarta tidak ada kasus. Prevalensi tertinggi terjadi di 7 Kabupaten/Kota di Jawa Barat dan terendah terjadi di 19 Kabupaten/Kota di Jawa Barat. Kabupaten dengan kasus HIV tertinggi memiliki karakteristik yaitu termasuk kota sedang

dan besar, memiliki jalan nasional, mempunyai tempat pariwisata. Kota Bandung, Kota Bogor, Kota Sukabumi merupakan daerah yang keunggulan daerahnya dalam bidang pariwisata dan termasuk tujuan wisata nasional, sedangkan kota Bekasi, Kab. Subang, Kab. Indramayu dan Kota Cirebon merupakan daerah yang dilintasi jalan nasional yaitu jalur pantai utara Jawa Barat.

Karakteristik Kabupaten/Kota yang memiliki keunggulan tempat wisata atau menjadi daerah pariwisata mempunyai tingkat mobilitas wisatawan yang tinggi. Wisatawan mempunyai potensi untuk melakukan hubungan seksual yang tidak aman di tempat-tempat wisata. Kegiatan tersebut dilihat dari sisi manapun merupakan aktifitas illegal di Indonesia, baik dari sisi hukum, sosial maupun agama. Hubungan seksual tidak aman yang kemudian timbul dari kegiatan pariwisata berkembang secara terselubung dan sulit diberantas meskipun hal tersebut sudah menjadi rahasia umum.

Kabupaten/kota yang memiliki prevelensi tinggi mempunyai karakteristik memiliki jalur pantura jalur nasional pantai utara (Pantura). Jalur ini dilintasi oleh para pengemudi dan kernet bahkan petugas keamanan dan kelompok pekerja inilah yang remtan terhadap penularan HIV/AIDS yang dikarenakan situasi pekerjaan, kondisi hidup dan situasi risiko lainnya ⁽⁸⁾. Faktor yang dapat meningkatkan kejadian HIV di jalur Pantura khususnya Kabupaten Subang, yang awalnya merupakan daerah perkebunan dan saat ini telah berubah menjadi daerah industri. Hal ini dapat memunculkan permasalahan baru terkait dengan industri hiburan di Kabupaten Subang termasuk sepanjang jalur pantura.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukan terdapat hubungan antara klasifikasi kota yaitu kota sedang dan kota besar di Jawa Barat. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Ramdhani, Aminudin dan Bahar tahun 2013 di Makassar. Sebagai besar penduduk Indonesia

merupakan pelaku migran. Mereka memilih hidup berpisah dari keluarga dalam beberapa waktu tertentu untuk mencari nafkah atau bekerja di luar kota bahkan luar pulau. Kondisi ini terjadi karena di Desa atau di kota tempat mereka tinggal tidak dapat menyediakan lapangan pekerjaan dengan upah yang mereka inginkan. Kabupaten yang sebagian wilayah pedesaan yang terletak di bagian timur dan barat daya propinsi Jawa Barat berkurang penduduknya karena migrasi keluar daerah⁽⁹⁾.

Kehidupan kota besar akan menarik masyarakat dari Desa ke kota sehingga terjadi urbanisasi dan migrasi penduduk. Migrasi penduduk memiliki kerentanan ekonomi, sosial dan pekerjaan menempatkan mereka dalam konteks peningkatan risiko tertular HIV⁽¹⁰⁾. Urbanisasi dan migrasi penduduk merupakan ciri mobilisasi penduduk yang tinggi. Mobilitas dapat membuat seseorang masuk ke dalam situasi yang berisiko tinggi ⁽¹¹⁾. Penduduk yang memiliki tingkat mobilitas tinggi atau memiliki frekuensi berpindah tempat tinggal dengan partner mereka memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap penularan HIV dan Penyakit Menular Seksual (PMS) lainnya daripada penduduk yang memiliki kondisi tempat tinggal yang stabil atau tetap⁽¹²⁾. Dikarenakan jauh dari keluarga dan masyarakat mereka dimana norma-norma seksual dan sosial diterapkan dan dipatuhi pada tingkatan yang berbeda, kini mereka harus beradaptasi dengan lingkungan yang baru⁽⁷⁾.

Kondisi ini seperti pada hasil penelitian komprehensif mengenai perpindahan penduduk dengan HIV/AIDS di Kenya dengan menguji hipotesa yang menyatakan bahwa bila dibandingkan dengan mereka yang bukan pendatang, para pendatang laki-laki dan perempuan di daerah perkotaan dan pedesaan nampaknya lebih cenderung terlihat dalam kegiatan-kegiatan seksual yang dapat meningkatkan risiko mereka terjangkit HIV dan akhirnya berujung pada AIDS⁽¹³⁾. AIDS yang

semula menjadi masalah di kota-kota besar sekarang menyebar ke kota-kota kecil⁽¹⁴⁾. Perkembangan infeksi HIV di Indonesia tidak hanya terjadi di kota-kota besar, bahkan saat ini infeksi HIV telah masuk ke kota-kota kecil⁽¹⁵⁾.

Ketersediaan jalan di kabupaten/Kota di Jawa Barat tidak berhubungan dengan kejadian HIV/AIDS. Hal ini dikarenakan adanya kabupaten/kota yang memiliki jalan nasional hanya sebagian kecil yaitu hanya 7 kabupaten kota. Namun demikian jalan nasional di kabupaten/Kota menjadi mempengaruhi nilai sosial budaya masyarakat setempat. Pekerja dalam bidang transportasi merupakan pekerja aktif yang memanfaatkan jalan raya. Kelompok sopir truk yang melintasi pantura di wilayah Jawa Barat dan Jawa Tengah diyakini lebih mengetahui tempat singgah yang menjadi referensi mereka. Banyak tempat singgah di sepanjang jalur pantura di Jawa Barat. Sebagian besar (19,1%) kelompok sopir truk yang melintasi wilayah pantura Jawa Barat mengaku singgah di daerah Indramayu. Daerah lain yang disebut sebagai tempat singgahnya adalah Cikampek (10,9%), Cirebon (5,5%) dan Kerawang (4,5%). Di jalur pantura di Jawa Tengah, tempat singgah yang banyak disebut sopir truk adalah Semarang (11,8%), Rembang (11,1%) dan Batang (8,3). Di daerah pantura di Jawa Timur, daerah Compreng menjadi referensi tempat singgah para sopir truk yang melintasi jalur ini⁽⁸⁾. Di tempat singgah bermuculan lokalisasi ilegal atau tempat untuk melakukan transaksi seksual. Lokalisasi ilegal diantaranya warung lesehan pinggir jalan, di cafe atau diskotik, serta di hotel atau losmen.

Hubungan antara karakteristik wilayah pariwisata dan non pariwisata berhubungan dengan Kejadian HIV/AIDS di Jawa Barat. Hal ini sejalan dengan penelitian Ramadhani, Aminudin⁽⁴⁾, karakteristik wilayah pariwisata berhubungan dengan kejadian HIV di Provinsi Sulawesi Selatan dengan nilai p

sebesar 0,019 ($p < 0,05$). Hal ini dikarenakan banyaknya jumlah wisatawan yang mobile keluar masuk wilayah wisata dan menikmati keindahan wisata dengan tinggal sementara (menginap) di peningapan hotel disekitar tempat wisata. Sehingga jumlah kunjungan wisatawan di daerah pariwisata sebagai penyebab penyebaran penyakit HIV/AIDS. Hal ini disebabkan oleh tempat hiburan yang memiliki pekerja seks komersil²

Sektor pariwisata memberikan kontribusi yang signifikan terhadap perekonomian suatu negara termasuk pemerinth daerah. Meskipun demikian, terdapat sebuah fenomena yang timbul akibat adanya aktifitas pariwisata di suatu daerah. Fenomena tersebut adalah dampak yang ditimbulkan dari kegiatan pariwisata terhadap lingkungan, sosial budaya dan ekonomi masyarakat yang berada di sekitar destinasi wisata. Akibat dari fenomena ini, timbullah berbagai macam aktifitas negatif yaitu salah satunya adalah aktifitas prostitusi. Prostitusi dilihat dari sisi manapun merupakan aktifitas ilegal di Indonesia, baik dari sisi hukum, sosial maupun agama. Prostitusi yang kemudian timbul dari kegiatan pariwisata berkembang secara terselubung dan sulit diberantas meskipun hal tersebut sudah menjadi rahasia umum.

Berkembangnya kegiatan prostitusi merupakan konsekuensi logis dari berkembangnya industri pariwisata. Penyakit akibat hubungan seksual yang saat ini juga menjadi efek berkembangnya pariwisata yang didalamnya ada aktifitas prostitusi. Hal ini disebabkan karena adanya pandangan keliru yang menganggap bahwa kegiatan seksual pada umumnya tidak hanya ditujukan untuk mendapat keturunan semata-mata, tetapi juga dianggap sebagai prokreasi (memperoleh kenikmatan dan kesenangan) serta hiburan bagi pemenuhan kebutuhan biologis manusia⁽¹⁶⁾. Untuk penanggulangannya, diperlukan kebijakan yang efektif dan efisien, namun demikian cara pandang pemerintah daerah tentang

HIV/AIDS akan sangat menentukan kebijakan tersebut⁽¹⁷⁾.

Kegiatan prostitusi yang marak terjadi di sekitar destinasi wisata inilah yang menyebabkan sektor pariwisata berkaitan dengan penyebaran virus HIV/AIDS. Jumlah kunjungan wisatawan di daerah pariwisata juga dapat dikatakan sebagai penyebab penyebaran penyakit HIV/AIDS. Hal ini disebabkan oleh tempat hiburan yang memiliki pekerja seks komersial⁽¹⁸⁾. Selain itu, banyaknya wisatawan yang kontak dengan penduduk lokal mempercepat penyebaran penyakit AIDS. Sehingga jumlah kasus HIV/AIDS akan meningkat terus seiring dengan berkembangnya industri pariwisata jika tidak ada pencegahan dan pengendalian yang optimal. Provinsi yang maju dalam industri pariwisata memiliki jumlah penderita HIV/AIDS yang juga tinggi⁽¹⁹⁾.

Penggunaan kondom berhubungan dengan kejadian HIV/AIDS di Jawa barat. Hasil ini sejalan dengan penelitian Ramadhani, Aminudin⁽⁴⁾ menunjukkan bahwa antara pengguna kondom dengan kejadian HIV dan AIDS diperoleh bahwa terdapat 92,3% wilayah dengan pengguna kondom yang tergolong tinggi berstatus endemis dan sebesar 81,8% wilayah dengan pengguna kondom yang tergolong rendah berstatus non-endemis terhadap kejadian HIV dan AIDS di Provinsi Sulawesi Selatan. Hasil uji statistik didapatkan nilai p sebesar 0,001 ($p < 0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengguna kondom dengan kejadian HIV dan AIDS.

Penggunaan kondom merupakan salah satu upaya untuk mengurangi penularan HIV/AIDS termasuk di Negara Berkembang seperti Indonesia. Namun penggunaan kondom masih menjadi persoalan, karena para pekerja dan pelanggan seks tidak konsisten menggunakan kondom. Penggunaan kondom pada hubungan seksual terakhir dilakukan oleh sekitar 41 persen pekerja seks komersial. Diperkirakan ada 7–10 juta pelanggan seks pria di Indonesia, namun

survei di tiga kota menunjukkan hanya sekitar 10 persen dari pelanggan yang menggunakan kondom secara konsisten untuk melindungi dirinya dari risiko penularan saat melakukan transaksi seks secara komersial. Survei lainnya di 13 provinsi pada pekerja seks komersial⁽²⁰⁾ menunjukkan bahwa penggunaan kondom pada hubungan seks seminggu terakhir antara 18,9 persen di Karawang dan 88,4 persen di Merauke⁽²¹⁾. Selain itu, faktor yang mempengaruhi penggunaan kondom yang paling dominan (OR sebesar 3,55) adalah pengalaman menderita IMS⁽²²⁾.

Konsistensi penggunaan kondom ini dipengaruhi oleh pengetahuan WPS tentang IMS dan HIV/AIDS sikap WPS terhadap penggunaan kondom, akses informasi tentang IMS dan HIV/AIDS, persepsi pelanggan tentang kemampuan untuk melakukan perilaku seks secara aman, serta dukungan germo⁽²³⁾. Selain itu dipengaruhi juga oleh rendahnya negosiasi pelanggan seks dan pekerja seks komersial tentang seks yang aman⁽²⁴⁾. WPS sehingga WPS akan menggunakan kondom didasarkan kesepakatan dengan pelanggan⁽²⁵⁾.

Tingginya persentase penularan HIV/AIDS juga dipengaruhi keberadaan wanita penaja seksual (WPS) yang ada di Jawa Barat. Ditambah dengan perilaku penggunaan kondom dikalangan WPS yang rendah merupakan penyebab meningkatnya kasus HIV/AIDS di setiap wilayah di Jawa barat. Keberadaannya WPS sulit diidentifikasi sementara transaksi seks diantara mereka cukup tinggi dan rawan terkena IMS dan HIV/AIDS⁽²⁵⁾

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Kesimpulan dari hasil penelitian ini adalah distribusi spasial menunjukan, Kejadian HIV tertinggi terjadi di daerah dengan tujuan wisata atau memiliki karakteristik tempat wisata dan daerah yang memiliki jalur nasional yaitu jalur

pantai utara (pantura). Terdapat Hubungan antara klasifikasi kota, ketersediaan jalan dan karakteristik wilayah dengan kejadian HIV/AIDS di Jawa Barat, Tidak Terdapat hubungan antara ketersediaan jalan dengan kejadian HIV/AIDS di Jawa Barat. Hasil uji regresi logistik menunjukan, variabel paling dominan yaitu penggunaan kondom dengan kejadian HIV/AIDS di Jawa Barat.

Saran

Rekomendasi bagi pemerintah Propinsi Jawa Barat, agar upaya penanggulangan HIV/AIDS mempertimbangkan karakteristik spasial seperti karakteristik wilayah, klasifikasi kota, perlu upaya meningkatkan cakupan penggunaan kondom.

KEPUSTAKAAN

1. WHO. Global summary of the HIV/AIDS epidemic. 2011 [cited 2013 13 Januari]; Available from: http://www.who.int/hiv/data/2012_epi_core_en.png.
2. Hoyle B. AIDS/HIV. United States of America: Thomson Gale; 2006.
3. Kemenkes R. Laporan Tahunan HIV/AIDS 2013. Jakarta: Kemenkes, 2012.
4. Ramadhani HH, Aminudin R, Bahar B. Pemetaan dan Faktor yang berhubungan dengan Kejadian HIV dan AIDS di Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2013. Masyarakat Epidemiologi Indonesia. 2013;2(2):98-102.
5. Elliot P, Wakefield JC, Best NG, Briggs D. Spatial epidemiology: methods and applications: Oxford University Press; 2000.
6. Lawson AB. Statistical methods in spatial epidemiology: John Wiley & Sons; 2013.
7. Sugiono. Statistik untuk penelitian. Bandung: Alfabeta; 2011.
8. Dadun, Heru Suparno, Amry Ismail, Agus Setiawan, Prasetyo S. Perilaku Seks Tidak Aman Pekerja Berpindah di Pantai Utara Jawa dan Sumatra Utara 2007. Jurnal Kesehatan Reproduksi. 2011;1(02):92-101.
9. Hugo G. Mobilitas penduduk dan HIV/AIDS di Indonesia. Bangkok: UNDP South East Asia HIV and Development Project 2001.
10. Webber G, Edwards N, Graham ID, Amaratunga C, Keane V, Socheat R, editors. Life in the big city: The multiple vulnerabilities of migrant Cambodian garment factory workers to HIV. Women's Studies International Forum; 2010: Elsevier.
11. Skeldon R. Population Mobility and HIV Vulnerability in South East Asia: An Assessment and Analysis Bangkok: UNDP; 2000.
12. Lurie MN, Williams BG, Zuma K, Mkaya-Mwamburi D, Garnett GP, Sturm AW, et al. The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa: a study of migrant and nonmigrant men and their partners. Sexually transmitted diseases. 2003;30(2):149-56.
13. Hammett TM. HIV/AIDS and other infectious diseases among correctional inmates: transmission, burden, and an appropriate response. American Journal of Public Health. 2006;96(6):974-8.
14. Timreck T, C. Epidemiologi : sebuah pengantar. Jakarta: EGC; 2004.
15. Suryani S. Peran Kecerdasan Spiritual dalam Menjelaskan Kecerdasan Emosional Pada ODHA di Kota Malang. 2012.
16. Rasmaliah. Epidemiologi HIV/AIDS dan upaya penanggulangannya. 2001.
17. Lestari TRP. Kebijakan Pengendalian HIV/AIDS di Denpasar. Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. 2013;8(1):45-8.
18. Ketshabile L. Utilising Tourism Potential in Combating the Spread of HIV/AIDS through Poverty

- Allevaiation in Rural Areas of Botswana. *Journal of Business Management and Economics*. 2011;2(1):001-11.
19. Syahid AR. Apa Hubungan antara Pariwisata dan HIV/AIDS. *Studi Pariwisata* 2015.
 20. KPAN. Country Report on Follow-Up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS), Reporting period 2001–2003. . 2003.
 21. Kemenkes. Survei Surveilans Perilaku dilakukan di 15 kota di 13 propinsi pada tahun 2003 oleh Departemen Kesehatan dan Badan Pusat Statistik. Jakarta: 2003.
 22. Widyastuti W. Perilaku Menggunakan Kondom pada Wanita Penjaja Seks Jalanan di Jakarta Timur Tahun 2006. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2007;1(4):161-7.
 23. Budiono I. Konsistensi Penggunaan kondom oleh Wanita Pekerja Seks/Pelanggannya. *Kesehatan Masyarakat UNNES*. 2012; 7(2).
 24. Butarbutar SS, Paramastri I, Ganyang T. Kemampuan Negosiasi Perempuan Pekerja Seks Jalanan dalam Penggunaan Kondom terhadap Pencegahan Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS di Kota Jayapura. *Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat (BKM)*. 2012;19(3).
 25. Purnamawati D. Perilaku Pencegahan Penyakit Menular Seksual di Kalangan Wanita Pekerja Seksual Langsung. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2013;7(11):514-21.