

## PERILAKU DAN RISIKO PENYAKIT HIV-AIDS DI MASYARAKAT PAPUA STUDI PENGEMBANGAN MODEL LOKAL KEBIJAKAN HIV-AIDS

BEHAVIOUR AND DISEASE RISK HIV-AIDS AT PAPUA SOCIETY  
THE DEVELOPMENT STUDY OF LOCAL WISDOM HIV-AIDS

Arwam Hermanus Markus Zeth<sup>1</sup>, Ahmad Husain Asdie<sup>2</sup>,  
Ali Ghufroon Mukti<sup>3</sup>, Jozh Mansoden<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Politeknik Kesehatan Papua, Abepura, Jayapura

<sup>2</sup> Bagian Ilmu Penyakit Dalam, FK UGM, Yogyakarta

<sup>3</sup> Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UGM, Yogyakarta

<sup>4</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Cendrawasih, Jayapura, Papua

### ABSTRACT

**Background:** Disease of HIV-AIDS at Papua more seriously because sufferer total HIV-AIDS from year to year then increase since year 1979. Augmenting again with society culture Papua condition with the lowly education level that join in to subsidize risk disease of HIV-AIDS at Papua. Despitefully there another trigger factor likes factor broken home, economy and life style. Government has tried with decide national wisdom ABC or abstinancy, be faithful and condom in order to tackling HIV-AIDS but until so far not yet show result that have a meaning, even several watchfulness recommend necessary watchfulness existences about tackling local model HIV-AIDS at Papua. This matter is actually that pushes researcher to look for local model form in the hook with tackling HIV-AIDS at Papua.

**Method:** This research descriptive method. Location of research at prolific regency Biak Numfor with sample total for sufferer HIV-AIDS as much as 50 person contact AIDS diseases (ODHA) and 50 person not contact AIDS as standards. Custom society Papua number 200 person represent 7 custom areas Papua with 10 religion figures represents 5 big religions at Papua. Data collecting technique by interview, registration and observation to get primary data also secondary. Watchfulness variable covers free variable that is free sex behaviour, habit drinks alcoholic drink, drug consumption habit, erudition, attitude and weak religion teachings practice with negative culture habit. Bound variable risk disease HIV-AIDS with sub erudition variable, attitude and behaviour with moderator variable that cover economy, life style and broken home. And last liaison variable that is disease development HIV-AIDS.

Technique and data collecting stage is divided to be 3 stages that is: (1) cause factors identification HIV-AIDS, (2) model location the testing and (3) model evaluation.

**Result:** At the (time) of problem identification, watchfulness result shows that society behaviour factor Papua like free sex behaviour, decrease it religion value and negative culture habit at prolific has risk towards disease HIV-AIDS. Moderator variable that is economy/occupation, life style, has influence towards disease of HIV-AIDS. Specific local program that can be developed" model H" consist of 2 main concepts, that is: Abstinancy and Be faithful or AB and after done test tries during approximately 3 year so model and this program is enough effective to overcomings risk disease HIV-AIDS at Papua. Testing and first model evaluation is done in ODHA with the statistics test result descriptively have a meaning with Chi-kuadrat test and McNemar p <0,05 and Cochran's Q p <0.05 while second

testing towards society of Papua where descriptively have a meaning with test Willcoxon p <0,05 and Friedman p <0,05.

**Conclusion:** be taken that specific local model that can be developed" H model" and suggested to Government Province of Papua and Papua Legislative (DPRP) to make legal fundament in the form of by law to support this model.

**Keywords:** behaviour, local wisdom AIDS-HIV, disease risk AIDS-HIV

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Penyakit HIV-AIDS di Papua semakin memprihatinkan karena jumlah penderita HIV-AIDS dari tahun ke tahun terus meningkat sejak tahun 1979. Kondisi budaya masyarakat Papua dan rendahnya tingkat pendidikan yang turut menunjang risiko terjangkitnya penyakit HIV-AIDS di Papua. Faktor pemicu lainnya seperti faktor ekonomi, gaya hidup dan *broken home*. Pemerintah telah berusaha dengan menetapkan kebijakan nasional ABC atau *abstinency*, *be faithful* dan *condom*, dalam rangka penanggulangan HIV-AIDS, namun belum menunjukkan hasil yang bermakna, bahkan beberapa penelitian merekomendasikan adanya penelitian tentang model lokal penanggulangan HIV-AIDS di Papua. Penelitian ini dilakukan untuk mencari bentuk model lokal dalam kaitannya dengan penanggulangan HIV -AIDS di Papua.

**Metode:** Metode penelitian disertasi ini adalah analitik *case control*. Lokasi di Kabupaten Biak Numfor dengan jumlah sampel untuk penderita HIV-AIDS sebanyak 50 orang kasus HIV-AIDS (ODHA) dan 50 non ODHA sebagai pembandingan, sampel masyarakat adat Papua berjumlah 200 orang yang mewakili 7 wilayah adat Papua serta 10 tokoh agama mewakili 5 denominasi Kristen di Papua. Teknik pengumpulan data dengan cara wawancara, pencatatan dan observasi untuk memperoleh data primer maupun sekunder. Variabel penelitian meliputi variabel bebas yaitu perilaku seks bebas, kebiasaan minum-minuman keras, kebiasaan mengkonsumsi narkoba, pengetahuan, sikap dan praktik ajaran agama yang lemah serta kebiasaan budaya negatif. Variabel terikat adalah risiko terjangkitnya penyakit HIV-AIDS dengan subvariabel pengetahuan, sikap dan perilaku serta variabel moderator yang meliputi ekonomi, gaya hidup dan *broken home*. Yang terakhir adalah variabel penghubung, yaitu perkembangan penyakit HIV-AIDS. Teknik dan tahapan pengumpulan data dibagi menjadi tiga tahap, yaitu: 1) identifikasi faktor-faktor penyebab HIV-AIDS, 2) penempatan model dan pengujianya, dan 3) evaluasi model.

**Hasil:** Identifikasi masalah, hasil penelitian menunjukkan faktor perilaku masyarakat Papua seperti perilaku seks bebas, merosotnya nilai agama dan kebiasaan budaya negatif di Biak mempunyai risiko terhadap terjangkitnya penyakit HIV-AIDS. Variabel moderator yaitu ekonomi/pekerjaan, gaya hidup, dan rumah tangga yang retak mempunyai pengaruh terhadap risiko terjangkitnya penyakit HIV-AIDS. Program lokal spesifik yang dapat dikembangkan adalah "Model H" yang terdiri dari dua konsep pokok, yaitu: *Abstinence* dan *Be faithful* atau AB, setelah dilakukan uji coba selama kurang lebih 3 tahun, maka model dan program ini cukup efektif menanggulangi risiko terjangkitnya penyakit HIV-AIDS di Papua.

**Kesimpulan:** Pengujian dan evaluasi model yang pertama dilakukan pada ODHA uji statistik bermakna dengan uji *chi square* dan *McNemar*, *Cohran*, *Friedman*  $p < 0,05$ . Pengujian kedua terhadap masyarakat Papua secara statistik bermakna dengan uji *Wilcoxon*  $p < 0,05$ . Model lokal spesifik yang dapat dikembangkan adalah "Model H" dan disarankan kepada Pemerintah dan DPRD Papua untuk membuat dasar hukum dalam bentuk peraturan daerah untuk mendukung draf ini.

**Kata Kunci:** perilaku, risiko penyakit HIV-AIDS, kebijakan lokal

## PENGANTAR

Menurut Marx<sup>1</sup>, yang dimaksud dengan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah sekumpulan gejala dan infeksi atau sindrom yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV atau infeksi virus-virus lain yang mirip yang menyerang spesies lainnya. Virusnya disebut *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yaitu virus yang memperlemah kekebalan pada tubuh manusia. Orang yang terkena virus ini akan menjadi rentan terhadap infeksi oportunistik ataupun mudah terkena tumor. Meskipun penanganan yang telah ada dapat memperlambat laju perkembangan virus, namun penyakit ini belum benar-benar bisa disembuhkan.

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan virus-virus sejenisnya umumnya ditularkan melalui kontak langsung antara lapisan kulit dalam (membran mukosa) atau aliran darah, dengan cairan tubuh yang mengandung HIV, seperti darah, air mani, cairan vagina, cairan preseminal, dan air susu ibu. Penularan dapat terjadi melalui hubungan intim (vaginal, anal, ataupun oral), transfusi darah, jarum suntik yang terkontaminasi, antara ibu dan bayi selama kehamilan, bersalin, atau menyusui, serta bentuk kontak lainnya dengan cairan-cairan tubuh tersebut.<sup>2</sup>

Para ilmuwan umumnya berpendapat bahwa AIDS berasal dari Afrika Sub-Sahara.<sup>3</sup> Kini AIDS telah menjadi wabah penyakit. *Acquired Immunodeficiency Syndrome* atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) diperkirakan telah menginfeksi 38,6 juta orang di seluruh dunia. Pada Januari 2006, UNAIDS bekerja sama dengan WHO memperkirakan

bahwa AIDS menyebabkan kematian lebih dari 25 juta orang sejak pertama kali diakui pada tanggal 5 Juni 1981. Dengan demikian, penyakit ini merupakan salah satu wabah paling mematikan dalam sejarah. *Acquired Immunodeficiency Syndrome* atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) diklaim telah menyebabkan kematian sebanyak 2,4 hingga 3,3 juta jiwa pada tahun 2005 saja, dan lebih dari 570.000 jiwa di antaranya adalah anak-anak.<sup>4</sup> Sepertiga dari jumlah kematian ini terjadi di Afrika Sub-Sahara, sehingga memperlambat pertumbuhan ekonomi dan menghancurkan kekuatan sumber daya manusia di sana. Perawatan antiretrovirus sesungguhnya dapat mengurangi tingkat kematian dan parahnya infeksi HIV, namun akses terhadap pengobatan tersebut tidak tersedia di semua negara. Hukuman sosial bagi penderita HIV-AIDS umumnya lebih berat bila dibandingkan dengan penderita penyakit mematikan lainnya. Kadang-kadang hukuman sosial tersebut juga turut tertimpakan kepada petugas kesehatan atau sukarelawan, yang terlibat dalam merawat orang yang hidup dengan HIV-AIDS/ODHA.<sup>5</sup>

Berbagai gejala AIDS umumnya tidak akan terjadi pada orang-orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang baik. Kebanyakan kondisi tersebut akibat infeksi oleh bakteri, virus, fungi dan parasit, yang biasanya dikendalikan oleh unsur-unsur sistem kekebalan tubuh yang dirusak HIV. Infeksi oportunistik umum didapati pada penderita AIDS.<sup>3</sup>

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) mempengaruhi hampir semua organ tubuh. Penderita AIDS juga berisiko lebih besar menderita kanker seperti sarkoma kaposi, kanker leher rahim, dan kanker sistem kekebalan yang disebut limfoma. Biasanya penderita AIDS memiliki gejala infeksi sistemik; seperti demam, berkeringat (terutama pada malam hari), pembengkakan kelenjar, kedinginan, merasa lemah, serta penurunan berat badan. Infeksi oportunistik tertentu yang diderita pasien AIDS juga tergantung pada tingkat kekerapan terjadinya infeksi tersebut di wilayah geografis tempat hidup pasien.<sup>6</sup>

Mayoritas infeksi HIV berasal dari hubungan seksual tanpa pelindung antarindividu yang salah satunya terkena HIV. Hubungan heteroseksual adalah modus utama infeksi HIV di dunia.<sup>7</sup> Selama hubungan seksual, hanya kondom pria atau kondom wanita yang dapat mengurangi kemungkinan terinfeksi HIV dan penyakit seksual lainnya serta kemungkinan hamil. Bukti terbaik saat ini menunjukkan bahwa penggunaan kondom yang lazim mengurangi risiko penularan HIV sampai kira-kira 80% dalam jangka panjang, walaupun manfaat ini lebih besar jika kondom digunakan dengan benar dalam setiap kesempatan.<sup>8</sup> Kondom laki-laki

berbahan lateks, jika digunakan dengan benar tanpa pelumas berbahan dasar minyak adalah satu-satunya teknologi yang paling efektif saat ini untuk mengurangi transmisi HIV secara seksual dan penyakit menular seksual lainnya. Pihak produsen kondom menganjurkan bahwa pelumas berbahan minyak seperti vaselin, mentega, dan lemak babi tidak digunakan dengan kondom lateks karena bahan-bahan tersebut dapat melarutkan lateks dan membuat kondom berlubang. Jika diperlukan, pihak produsen menyarankan menggunakan pelumas berbahan dasar air. Pelumas berbahan dasar minyak digunakan dengan kondom poliuretan.

Kondom wanita adalah alternatif selain kondom laki-laki dan terbuat dari poliuretan yang memungkinkannya untuk digunakan dengan pelumas berbahan dasar minyak. Kondom wanita lebih besar daripada kondom laki-laki dan memiliki sebuah ujung terbuka keras berbentuk cincin dan didisain untuk dimasukkan ke dalam vagina. Kondom wanita memiliki cincin bagian dalam yang membuat kondom tetap di dalam vagina, untuk memasukkan kondom wanita, cincin ini harus ditekan. Kendalanya ialah bahwa kini kondom wanita masih jarang tersedia dan harganya tidak terjangkau untuk sejumlah besar wanita. Penelitian awal menunjukkan bahwa dengan tersedianya kondom wanita, hubungan seksual dengan pelindung secara keseluruhan meningkat relatif terhadap hubungan seksual tanpa pelindung, sehingga kondom wanita merupakan strategi pencegahan HIV yang penting.<sup>9</sup>

Penelitian terhadap pasangan yang salah satunya terinfeksi menunjukkan bahwa dengan penggunaan kondom yang konsisten, laju infeksi HIV terhadap pasangan yang belum terinfeksi adalah di bawah 1% per tahun.<sup>10</sup> Strategi pencegahan telah dikenal dengan baik di negara-negara maju. Namun, penelitian atas perilaku dan epidemiologis di Eropa dan Amerika Utara menunjukkan keberadaan kelompok minoritas anak muda yang tetap melakukan kegiatan berisiko tinggi meskipun telah mengetahui tentang HIV-AIDS, sehingga mengabaikan risiko yang mereka hadapi atas infeksi HIV.<sup>11</sup> Namun demikian, transmisi HIV antarpengguna narkoba telah menurun dan transmisi HIV oleh transfusi darah menjadi cukup langka di negara-negara maju.

Pada bulan Desember tahun 2006, penelitian yang menggunakan uji acak terkendali mengkonfirmasi bahwa sunat laki-laki menurunkan risiko infeksi HIV pada pria heteroseksual Afrika sampai sekitar 50%. Diharapkan, pendekatan ini akan digalakkan di banyak negara yang terinfeksi HIV paling parah, walaupun penerapannya akan berhadapan dengan sejumlah isu sehubungan

dengan masalah kepraktisan, budaya, dan perilaku masyarakat. Beberapa ahli mengkhawatirkan bahwa persepsi kurangnya kerentanan HIV pada laki-laki bersunat dapat meningkatkan perilaku seksual berisiko sehingga mengurangi dampak dari usaha pencegahan ini.<sup>12</sup>

Pemerintah Amerika Serikat dan berbagai organisasi kesehatan menganjurkan pendekatan ABC untuk menurunkan risiko terkena HIV melalui hubungan seksual. Adapun rumusannya dalam bahasa Indonesia: Anda jauhi seks, bersikap saling setia dengan pasangan, dan cegah dengan kondom.<sup>13</sup>

Pekerja kedokteran yang mengikuti kewaspadaan universal seperti mengenakan sarung tangan lateks ketika menyuntik dan selalu mencuci tangan, dapat membantu mencegah infeksi HIV. Kewaspadaan universal ini juga wajib dilaksanakan oleh profesi medis yang lainnya selain tenaga dokter.

Perilaku masyarakat di dunia, Asia dan Indonesia kini sangat berisiko terhadap terjangkitnya virus HIV-AIDS. *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) yaitu sekumpulan gejala penyakit yang menunjukkan kelemahan atau kerusakan daya tahan tubuh yang didapat dari faktor luar (bukan bawaan sejak lahir).<sup>14</sup> Penyakit ini relatif baru dikenal oleh manusia dan ternyata berkaitan dengan pola perilaku hubungan seksual bebas dan menyimpang. *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) awalnya ditemukan di kalangan homoseksual dan akhirnya menjalar tidak terkendali dan menyerang masyarakat banyak. Masyarakat Papua dengan budaya dan kebiasaannya mempunyai risiko terjangkit penyakit AIDS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku seks bebas dan minuman keras mempunyai pengaruh terhadap risiko terjangkit penyakit AIDS. Penelitian ini menyimpulkan bahwa frekuensi hubungan seks pranikah dan juga di luar nikah sangat tinggi. Hal ini didasarkan pada penelitian IPADI yang menyatakan bahwa lebih dari 65% remaja menyetujui hubungan intim (seks). Kasus pemerkosaan yang dilakukan oleh anak remaja tahun 1998 adalah 28%.<sup>15</sup>

Kebijakan ABC yang sedang dilaksanakan di Papua belum menunjukkan penurunan kasus HIV-AIDS yang bermakna. Beberapa penelitian rekomendasi sebuah model lokal yang berkaitan dengan nilai budaya dan agama.<sup>16</sup> Beberapa kepustakaan mengatakan bahwa pembentukan perilaku masyarakat dapat dibentuk dengan bentuk model atau *conoyh*. Pembentukan perilaku manusia sebagian besar melalui proses pembentukan dan perilaku yang dipelajari.<sup>17</sup> Ada tiga cara pembentukan perilaku, yaitu: 1) kondisioning atau kebiasaan,

2) pengertian dan 3) menggunakan model. Kondisioning adalah cara membiasakan diri berperilaku seperti yang diharapkan, akhirnya terbentuklah perilaku tersebut. Cara ini didasarkan atas teori belajar kondisioning. Pembentukan perilaku dengan pengertian didasarkan atas teori kognitif yaitu belajar disertai adanya pengertian, sedangkan pembentukan perilaku dengan model adalah pembentukan perilaku dengan menggunakan model dan contoh. Cara ini didasarkan atas teori belajar sosial (*social learning theory*) atau *observational learning theory*. Penelitian lain mengatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong. Faktor predisposisi adalah pengetahuan, sikap, dan kepercayaan, tradisi, dan nilai budaya. Strategi dan pendekatan yang digunakan untuk mengkondisikan faktor ini adalah: komunikasi dan dinamika kelompok. Komunikasi menyangkut kurangnya pengetahuan, sikap dan perilaku yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Dinamika kelompok adalah salah satu metode pendidikan kesehatan yang efektif untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan kepada sasaran pendidikan. Faktor pendukung berupa sumber-sumber dan fasilitas yang memadai. Sumber-sumber dan fasilitas tersebut sebagian harus digali dan dikembangkan dari masyarakat itu sendiri, sedangkan faktor pendorong meliputi sikap dan perilaku petugas baik jenis maupun tingkatnya berdasarkan pada pendidikan kesehatan. Petugas kesehatan dan tokoh masyarakat harus menjadi panutan perilaku kesehatan.

### 1. Kebudayaan orang Papua

Pada Tabel 1 disajikan perbandingan budaya beberapa suku di Papua yang dirangkum dari buku etnografi Irian Jaya seri-2.<sup>18</sup>

Sampai saat ini belum ada model atau contoh yang dapat digunakan untuk menekan lajunya tingkat risiko terjangkitnya penyakit AIDS. Kebijakan ABC yang dilaksanakan di Papua seringkali berbenturan dengan nilai kearifan lokal atau nilai-nilai adat dan nilai-nilai moral keagamaan. Upaya damai bahkan demonstrasi belum mendapat tanggapan yang serius

dari pemerintah Papua. Mengacu pada latar belakang masalah di atas disusunlah pertanyaan penelitian sebagai berikut: 1) apakah perilaku masyarakat Biak (seks bebas, miras, narkoba, dan merosotnya nilai agama, budaya negatif) mempunyai pengaruh terhadap risiko berjangkitnya penyakit HIV -AIDS? 2) dengan teridentifikasinya faktor perilaku masyarakat tersebut, maka program daerah (*local specific program*) seperti apa yang seharusnya dikembangkan?, 3) bagaimana efektivitas program model lokal yang akan dikembangkan pada penderita HIV-AIDS di Kabupaten Biak Numfor tersebut? dan 4) bagaimana efektivitas program model lokal yang akan dikembangkan pada masyarakat adat tersebut? Secara umum tujuan dari penelitian ini adalah untuk mencari model lokal spesifik dan tepat untuk menekan laju perkembangan angka penderita HIV-AIDS di Biak.

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah: 1) untuk mengetahui tingkat kemaknaan perilaku masyarakat dan risiko penyakit HIV-AIDS di Kabupaten Biak Numfor, 2) untuk mengetahui tingkat efektivitas model yang dikembangkan terhadap risiko terjangkit penyakit HIV-AIDS di Biak, dan 3) melihat efektivitas program dari model lokal yang dikembangkan pada masyarakat adat Papua. Hipotesis yang diajukan adalah: 1) perilaku masyarakat Biak Numfor mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap risiko terjangkitnya penyakit HIV-AIDS, 2) model lokal yang dikembangkan mempunyai pengaruh yang signifikan untuk mengubah perilaku masyarakat di Biak Numfor, dan 3) model lokal yang dikembangkan mempunyai pengaruh yang signifikan untuk merubah perilaku masyarakat adat Papua terhadap risiko terjangkitnya penyakit HIV-AIDS.

### BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan terdiri dari tiga tahapan yaitu: pertama, melakukan indentifikasi variabel. Tahap kedua adalah perlakukan model dan programnya. Tahap ketiga adalah evaluasi model dan programnya. Metode penelitian terhadap ketiga tahapan ini dijelaskan sebagai berikut: disain yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif bertujuan untuk

Tabel 1. Gambaran nilai, teori dan praktik suku bangsa di Papua

| Indikator               | Timika               | Merauke             | Wamena     | Jayapura     | Sorong            | Biak            |
|-------------------------|----------------------|---------------------|------------|--------------|-------------------|-----------------|
| Tokoh agama             | Penting              | Penting             | Penting    | Penting      | Penting           | Penting         |
| Tokoh masyarakat        | Penting              | Penting             | Penting    | Penting      | Penting           | Penting         |
| Perkawinan (peminangan) | Tukar                | Papis               | Tarigelang | Pesta adat   | <i>Yoofinya</i>   | <i>Fakruken</i> |
| Arti wanita             | <i>Tem &amp; tup</i> | <i>tinis mbeter</i> | Taripesek  |              | <i>Msyaraa</i>    |                 |
| Poligami                | Ibu lebih            |                     | Ibu emas   | Bayar kepala | Penting           | <i>Binsyowi</i> |
| Zinah                   | Boleh                | Boleh               | Boleh      | Boleh        | Boleh             | Boleh           |
| Inisiasi                | Bencana              | Denda               | Denda      | Denda        | <i>Safiwiahte</i> | Denda           |
|                         | Mirimukame           | Emaketsjem          | Ada        | Inisiasi     | Sunat , ritus     | <i>Rumsram</i>  |

Sumber : Perubahan sosial masyarakat Biak 2010

memperoleh gambaran sehubungan dengan karakteristik-karakteristik subjek penelitian.<sup>19</sup> Penelitian ini juga menggunakan studi eksperimental semu *pretest* dan *posttest control group design* untuk melihat tingkat risiko penyakit pada kasus dan kontrol. Jenis penelitian dari segi waktu termasuk dalam penelitian restrospektif, *cross sectional* dan prospektif atau kohort. Sampel untuk penderita sebanyak 50 dan kontrol sebanyak 50 orang sedangkan untuk masyarakat adat sebanyak 200 orang mewakili 250 suku di Papua.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Karakteristik Responden ODHA

- a. Umur, jumlah anak, pendidikan, dan jenis kelamin responden.

Tabel 1. Umur, jumlah anak, pendidikan ODHA di Biak tahun 2010

| Karakteristik        | n = 100 |         | Tingkat signifikansi |
|----------------------|---------|---------|----------------------|
|                      | Case    | Control |                      |
| <b>Umur</b>          |         |         |                      |
| a. < 25 tahun        | 30      | 29      | p < 0,05             |
| b. 25 – 30 tahun     | 19      | 20      |                      |
| c. > 30 tahun        | 1       | 1       |                      |
| <b>Anak</b>          |         |         |                      |
| a. < 1 anak          | 20      | 21      | p > 0,05             |
| b. 1 - 2 anak        | 30      | 29      |                      |
| <b>Pendidikan</b>    |         |         |                      |
| a. SD                | 15      | 16      | p < 0,05             |
| b. SMP               | 30      | 29      |                      |
| c. SMA               | 5       | 5       |                      |
| <b>Jenis kelamin</b> |         |         |                      |
| a. Laki-laki         | 25      | 25      | p > 0,05             |
| b. Perempuan         | 25      | 25      |                      |

## A. Hasil Penelitian Tahap Pertama

### 1. ODHA

#### a. Perilaku (X) ODHA

Variabel perilaku (X) masyarakat Biak diukur dengan beberapa indikator yaitu:

#### 1. Seks bebas dan miras import

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa perilaku seks bebas pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 11 kali dibandingkan dengan masyarakat yang tidak melakukan seks bebas (kelompok kontrol). Uji *chi square* signifikan dengan  $p < 0,05$ .

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa perilaku minum minuman keras pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 4 kali dibandingkan dengan masyarakat yang tidak minum minuman keras (kelompok kontrol). Uji *chi square* signifikan dengan  $p < 0,05$ .

#### 2. Miras lokal dan narkoba

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa perilaku minum minuman keras lokal pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 4 kali dibandingkan dengan masyarakat yang tidak minum minuman keras lokal (kelompok kontrol). Uji *chi square* signifikan dengan  $p < 0,05$ .

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa perilaku minum minuman keras lokal pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 1 kali dibandingkan dengan masyarakat yang tidak minum minuman keras lokal (kelompok kontrol). Uji *chi square* tidak signifikan dengan  $p = 0,05$ .

#### 3. Merosotnya nilai agama

Variabel perilaku merosotnya nilai agama di Biak tahun 2010 nampak dalam Tabel 4.

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa perilaku nilai agama merosot pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 4 kali dibandingkan dengan masyarakat yang menjalankan nilai agama dengan baik (kelompok kontrol). Uji *chi square* signifikan dengan  $p < 0,05$ .

Tabel 2. Risiko seks bebas dan miras untuk terinfeksi HIV-AIDS di Biak tahun 2010

|                  | Kasus  | Kontrol | Total | Keterangan          | X <sup>2</sup> |
|------------------|--------|---------|-------|---------------------|----------------|
| Seks bebas       | 44 (a) | 20 (b)  | 64    | OR = ad/bc          | p < 0,05       |
| Tidak seks bebas | 6 (b)  | 30 (c)  | 36    | (44 x 30)/(20 x 6)  |                |
| Total            | 50     | 50      | 100   | 11                  |                |
| Miras import     | 40 (a) | 25 (b)  | 65    | OR = ad/bc          | p < 0,05       |
| Non miras import | 10 (b) | 25 (c)  | 35    | (40 x 25)/(25 x 10) |                |
| Total            | 50     | 50      | 100   | 4                   |                |

Tabel 3. Kasus dan kontrol penyakit AIDS untuk konsumsi miras dan narkoba di Biak tahun 2010

|                 | Kasus  | Kontrol | Total | Keterangan          | X <sup>2</sup> |
|-----------------|--------|---------|-------|---------------------|----------------|
| Miras lokal     | 40 (a) | 25 (b)  | 65    | OR = ad/bc          | p < 0,05       |
| Non miras lokal | 10 (b) | 25 (c)  | 35    | (40 x 25)/(25 x 10) |                |
| Total           | 50     | 50      | 100   | 4                   |                |
| Narkoba         | 20 (a) | 20 (b)  | 40    | OR = ad/bc          | p < 0,05       |
| Non narkoba     | 30 (b) | 30 (c)  | 60    | (20 x 30)/(20 x 30) |                |
| Total           | 50     | 50      | 100   | 1                   |                |

4. Budaya negatif

Variabel budaya negatif di Biak tahun 2006 nampak dalam Tabel 5.

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa perilaku budaya negatif pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 7,88 kali dibandingkan dengan masyarakat yang berperilaku budaya positif (kelompok kontrol). Uji *chi square* signifikan dengan  $p < 0,05$ .

Hasil uji di atas menunjukkan bahwa kecenderungan ikut serta dalam budaya negatif masyarakat yang tidak terpapar penyakit AIDS adalah berbeda secara signifikan dengan masyarakat yang terpapar penyakit AIDS dengan nilai  $p < 0,05$ .

**b. Risiko terjangkit penyakit HIV -AIDS (Y)**

1. Pengetahuan, sikap, dan tindakan

Risiko terjangkit penyakit AIDS karena kurangnya pengetahuan ODHA dan kontrol disajikan pada Tabel 6.

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa pengetahuan HIV-AIDS pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 4,75 kali

dibandingkan dengan masyarakat yang berpengetahuan baik (kelompok kontrol). Uji *chi square* signifikan dengan  $p < 0,05$ .

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa sikap yang kurang terhadap HIV-AIDS pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 1 kali dibandingkan dengan masyarakat yang berpengetahuan baik (kelompok kontrol). Uji *chi square* tidak signifikan dengan  $p > 0,05$ .

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa perilaku yang salah terhadap HIV-AIDS pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 2,43 kali dibandingkan dengan masyarakat yang berperilaku baik (kelompok kontrol). Uji *chi square* signifikan dengan  $p < 0,05$ .

**c. Variabel moderator (Tabel 7)**

1. Variabel ekonomi

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa masalah ekonomi terhadap HIV-AIDS pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 8,75 kali dibandingkan dengan masyarakat yang ekonominya baik (kelompok kontrol). Uji *chi square* signifikan dengan  $p < 0,05$ .

**Tabel 4. Kasus dan kontrol penyakit AIDS untuk nilai agama merosot di Biak tahun 2010**

|               | Kasus  | Kontrol | Total | Keterangan          | X <sup>2</sup> |
|---------------|--------|---------|-------|---------------------|----------------|
| Agama merosot | 40 (a) | 25 (b)  | 65    | OR = ad/bc          | p < 0,05       |
| Agama baik    | 10 (b) | 25 (c)  | 35    | (40 x 25)/(25 x 10) |                |
| Total         | 50     | 50      | 100   | 4                   |                |

**Tabel 5. Kasus dan kontrol penyakit AIDS untuk budaya negatif di Biak tahun 2006**

|                | Kasus  | Kontrol | Total | Keterangan         | X <sup>2</sup> |
|----------------|--------|---------|-------|--------------------|----------------|
| Budaya negatif | 42 (a) | 20 (b)  | 62    | OR = ad/bc         | p < 0,05       |
| Budaya positif | 8 (b)  | 30 (c)  | 38    | (42 x 30)/(20 x 8) |                |
| Total          | 50     | 50      | 100   | 7,88               |                |

**Tabel 6. Risiko terinfeksi AIDS karena pengetahuan kurang, sikap kurang, dan tindakan salah di Biak tahun 2010**

|                    | Kasus  | Kontrol | Total | Keterangan          | X <sup>2</sup> |
|--------------------|--------|---------|-------|---------------------|----------------|
| Pengetahuan kurang | 38 (a) | 20 (b)  | 58    | OR = ad/bc          | p < 0,05       |
| Pengetahuan baik   | 12 (b) | 30 (c)  | 42    | (38 x 30)/(20 x 12) |                |
| Total              | 50     | 50      | 100   | 4,75                |                |
| Sikap kurang       | 21 (a) | 21 (b)  | 42    | OR = ad/bc          | p < 0,05       |
| Sikap baik         | 29 (b) | 29 (c)  | 58    | (21 x 29)/(21 x 29) |                |
| Total              | 50     | 50      | 100   | 1                   |                |
| Perilaku salah     | 37 (a) | 27 (b)  | 64    | OR = ad/bc          | p < 0,05       |
| Perilaku baik      | 13 (b) | 23 (c)  | 41    | (37 x 23)/(27 x 13) |                |
| Total              | 50     | 50      | 100   | 2,43                |                |

2. Variabel gaya hidup

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa perilaku yang salah terhadap HIV-AIDS pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 1 kali dibandingkan dengan masyarakat yang berperilaku baik (kelompok kontrol). Uji *chi square* tidak signifikan dengan  $p > 0,05$ .

3. Variabel *broken home/heart*

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa masalah *broken* terhadap HIV-AIDS pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 8,75 kali dibandingkan dengan masyarakat yang ekonominya baik (kelompok kontrol). Uji *chi square* signifikan dengan  $p < 0,05$ .

4. Uji hipotesis variabel X dan Y

Hasil uji statistik di atas menunjukkan bahwa variabel X (seks bebas, miras, narkoba, nilai agama lemah dan budaya negatif) mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel risiko terjangkit AIDS Y (pengetahuan, sikap dan tindakan) secara simultan dengan nilai  $p < 0,05$

**B. Perilaku tokoh agama**

Variabel pengembangan model lokal disajikan pada Tabel 8.

1) Model spiritual (Tabel 15).

Hasil penelitian membuktikan bahwa sebenarnya para pemimpin agama seluruhnya sudah dengan tegas melarang seks bebas. Walaupun dalam pelaksanaannya sebagian besar pemimpin yang enggan menegur umatnya. Ada sebagian kecil kelemahan umat dan pemimpin dalam masalah alkohol. Di Papua peredaran miras mudah diperoleh di setiap tempat dan setiap saat bila diinginkan.

Variabel pengembangan model jemaat tidak menunjukkan tingkat signifikansi karena belum maksimal. Separuh peran fungsi pengawasan (pastoral), praktik nilai agama masih kurang dalam kehidupan sehari-hari. Keadaan pertumbuhan rohani jemaat masih kurang dan transparansi pemimpin umat belum seluruhnya dilakukan.

2) Sikap institusi agama

Model sikap institusi disajikan pada Tabel 9.

Para tokoh agama mendukung sepenuhnya perang terhadap perilaku seks bebas masyarakat, juga perlu ada larangan dan aturan tentang perilaku seks bebas. Para tokoh agama setuju bahwa perlu ada teguran terhadap perilaku seks bebas dan perlu larangan terhadap penyalahgunaan minuman keras. Perlu sekali ada perhatian khusus bagi para pemimpin yang ikut terlibat di dalamnya.

**Tabel 7. Risiko terinfeksi AIDS karena ekonomi kurang, gaya hidup salah, dan *broken* di Biak tahun 2010**

|                     | Kasus  | Kontrol | Total | Keterangan          | X <sup>2</sup> |
|---------------------|--------|---------|-------|---------------------|----------------|
| Ekonomi kurang      | 40 (a) | 15 (b)  | 55    | OR = ad/bc          | p < 0,05       |
| Ekonomi baik        | 10 (b) | 35 (c)  | 45    | (40 x 35)/(15 x 10) |                |
| Total               | 50     | 50      | 100   | 8,75                |                |
| Gaya hidup salah    | 20 (a) | 20 (b)  | 50    | OR = ad/bc          | p > 0,05       |
| Gaya hidup sehat    | 30 (b) | 30 (c)  | 50    | (20 x 30)/(20 x 30) |                |
| Total               | 50     | 50      | 100   | 1                   |                |
| <i>Broken</i>       | 40 (a) | 15 (b)  | 55    | OR = ad/bc          | p < 0,05       |
| Tidak <i>broken</i> | 10 (b) | 35 (c)  | 45    | (40 x 35)/(15 x 10) |                |
| Total               | 50     | 50      | 100   | 8,75                |                |

**Tabel 8. Identifikasi yang dianggap penting oleh tokoh agama dalam model lokal spiritual di Papua 2006**

| Variabel  | n  | Nilai % |
|---|----|---------|
| Tidak boleh seks bebas                            | 10 | 100     |
| Ketegasan pemimpin tentang norma agama            | 10 | 100     |
| Teguran pemimpin terhadap pelanggaran norma agama | 10 | 80      |
| Anggota jemaat mabuk                              | 10 | 20      |
| Pemimpin agama ikut mabuk                         | 10 | 20      |
| Pengawasan jemaat                                 | 10 | 60      |
| Praktik nilai agama                               | 10 | 20      |
| Keadaan rohani jemaat                             | 10 | 40      |
| Transparansi pemimpin umat                        | 10 | 80      |

**Tabel 9. Persentase setuju - tidak setuju kaitan agama dengan seks bebas**

| Variabel             | n  | Setuju (%) | Tidak setuju (%) |
|----------------------|----|------------|------------------|
| Agama dan seks bebas | 10 | 0          | 100              |
| Larangan seks bebas  | 10 | 0          | 100              |
| Teguran seks bebas   | 10 | 0          | 100              |
| Larangan mabuk       | 10 | 0          | 100              |
| Pemimpin ikut mabuk  | 10 | 0          | 100              |

- 3). Hasil wawancara dengan tokoh agama sebagai berikut:

“...Data-data HIV-AIDS yang kamu punya hanyalah sebagian cermin dari kenyataan yang lebih luas daripada yang bisa dijangkau oleh instansi kesehatan Pemda. Tetapi lebih dari itu, data-data tersebut menjadi mercu suar mutu hidup, penghayatan nilai, dan daya tahan keluarga-keluarga kita di Papua ini. Dan juga kesadaran hukum yang merosot dalam empat tahun terakhir seiring dengan era reformasi, kesadaran hukum tampaknya merosot dengan indikasi meningkatnya kasus-kasus kriminalitas yang dilaporkan dalam mass media seperti perkosaan yang dilakukan oleh sekelompok pelajar. Kemabukan yang dengan mudah ditemukan di berbagai tempat di kawasan perkotaan dan tidak jarang melibatkan oknum pejabat pemerintah, polisi, atau TNI. Juga masalah narkoba yang melanda kelompok muda usia Papua. Juga mutu pendidikan yang merosot. Meningkatkan mutu hidup. Dari paparan fakta mengenai peningkatan kriminalitas dan penyebaran penyakit HIV/AIDS, kiranya kita perlu bertanya dengan serius bagaimana pastoral terhadap jemaat-jemaat agar menghargai anugerah kehidupan yang diberikan Allah. Gereja-gereja hanya bisa hidup kalau keluarga-keluarga kristen hidup secara kristen. Saat keluarga-keluarga Kristen merosot mutu hidupnya, tak bisa dihindari konsekuensi kemerosotan mutu gereja-gereja sendiri. Dengan menyimak data-data terbaru mengenai penyakit AIDS, kriminalitas, penyalahgunaan narkoba, miras dan sebagainya. kita perlu berefleksi bagaimana kaitan iman dengan perbuatan? Apakah kebaktian dan ritus keagamaan kita sungguh menjadi cermin iman atau seremoni? Gereja-gereja di Tanah Papua harus menjadi nabi di tanahnya sendiri...”

Prinsipnya adalah adat bertanggung jawab kepada Allah sang pencipta alam semesta. Setiap pribadi dan keluarga serta masyarakat adat Papua wajib menjalankan ajaran agamanya. Masyarakat adat Papua terdiri dari dua agama yaitu agama Kristen dan agama Islam. Agama Kristen wajib menjalankan amanat agung (Matius 28:18-20) yang terdiri dari tiga kegiatan yaitu, berdoa, saat teduh dan menginjil. Agama Islam menjalankan 6 rukun iman dan 5 rukun Islam (mencupakn 2 kalimat

syahadat, mendirikan sholat, mengeluarkan zakat, puasa dalam bulan ramadhan, menjalankan ibadah haji).

### C. Perilaku tokoh adat

Pengembangan model adat Papua dilakukan dengan wawancara langsung dengan 7 kepala adat disajikan pada Tabel 10.

Dari Tabel 10 terlihat bahwa untuk nilai adat dan seks bebas sudah tidak ada perbedaan akibat modernisasi dan juga tekanan ekonomi hanya 29%. Di samping itu, peran adat semakin melemah dibandingkan dengan peran pemerintah. Hal yang sama juga terjadi pada model seks dalam masyarakat adat. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa miras semakin bebas dan sulit dikontrol oleh masyarakat adat, serta hanya 57% masyarakat adat yang masih menggunakannya. Nilai pendidikan dan adat pun tidak bermakna, demikian juga dengan nilai agama tidak ada perbedaan yang bermakna. Narkoba dan perilaku menyimpang serta informasi AIDS masih 71%.

Peneliti melakukan inventarisasi terhadap faktor-faktor yang menyebabkan perilaku tidak sehat atau budaya yang bersifat negatif. Hasil wawancara dengan kepala suku Wamena sebagai berikut (Tabel 11).

“...Banyak anak muda yang kacau-kacau, kurang jelas, tidak mempunyai tempat tinggal, ikut ke sana ke mari. Kalau mau makan masuk sembarang di rumah orang, teman, om-om dorang, kakak, adik...”

“...Kalau anak laki-laki biasanya kerja borong atau kerja harian, kalau anak perempuan lebih mudah cari uang yaitu dengan ‘jual diri’, kalau anak laki-laki yang pamalas biasa curi-curi atau copet-copet di pasar...”

“...Dorang lakukan itu untuk cari makan, ada juga yang untuk bayar sekolah, karena orang tua kurang jamin...”

“...Yang jadi anak-anak kacau di sini itu banyak juga yang anak orang berpengaruh sepertinya anak pegawai, anak gembala, penginjil ...tapi kenapa ya justru mereka yang lakukan itu...”

“...Anak perempuan yang biasa jalan ke sana kemari itu juga gara-gara dijual oleh kakak-kakak atau saudaranya untuk cari makan...kakak-kakak itu menjadi macam ajudannya...”

Tabel 10. Identifikasi yang dianggap penting oleh tokoh adat dalam model adat di Papua 2006

| Variabel                                   | n | Nilai % |
|--|---|---------|
| Perhatian adat tentang seks bebas          | 7 | 29      |
| Perhatian adat nilai seks dalam perkawinan | 7 | 43      |
| Perhatian adat tentang minuman keras       | 7 | 57      |
| Perhatian adat dengan pendidikan           | 7 | 43      |
| Perhatian adat dengan agama                | 7 | 71      |
| Perhatian adat dengan narkoba              | 7 | 43      |
| Perhatian adat dengan perilaku menyimpang  | 7 | 57      |
| Perhatian adat dengan informasi AIDS       | 7 | 71      |



Tabel 11. Program model lokal yang dikembangkan di Papua

| No | Fase                          | Lembaga  | Program  | Isi program   |
|----|-------------------------------|--|--|---|
| 1  | CBC tahun 2000                | Masyarakat adat, eksekutif dan legislatif, perguruan tinggi, dan LSM, agama, adat, | Inventarisasi nilai adat <i>koreri, rumsram</i> , pembentukan organisasi adat, yaitu: KPAK, YADUPA, PEDAP. Kerja sama dengan Litbang Poltekes, HOPE, rumah singgah, Komisi E, Dinas Transmigrasi & tenaga kerja (pokja HIV-AIDS), Sinode GKI, GKDI, GBGP, dan DAP dan KKB serta IKBU | <p>Inventarisasi nilai adat berdasarkan model <i>rumsram</i> dan nilai religious model koreri (GKDI) yang berhubungan seks bebas, miras, narkoba, nilai agama dan budaya negatif, tahun 2003. Termasuk variabel risiko dan moderator.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak seks bebas, tidak mabuk, tidak narkoba dan tidak ikut budaya negative</li> <li>Masyarakat Papua harus bertobat total dengan 8 pelajaran/ modul</li> <li>Pengembangan ekonomi model ararem</li> </ol> <p>Pembuatan buku modul, a.1 AIDS penyakit atau <i>genocide</i>, Papua menuju lonceng kematian, Biak menatap hari esok, OTSUS dan paradoks pembangunan Papua, kapan datang, pacaran serta <i>married, welcome the problem</i>, nilai adat Biak dalam pencegahan penyakit HIV-AIDS di Kabupaten Biak Numfor dan Perubahan sosial masyarakat Biak Numfor serta Paradigma pembangunan Papua tahun 1855-2030. Pembuatan VCD lagu-lagu rohani bahasa daerah (Nafiri VG), Hasil-hasil keputusan sidang adat, model kegiatan pembinaan rohani GKDI, Sosialisasi Perda HIV-AIDS, Tenaga kerja, Peradilan adat, Pembangunan Kesehatan. AIDS dan malaria bahaya bagi orang Papua. AIDS di Papua dari perspektif sosial, budaya, ekonomi dan politik.</p> <p>A. Program visual</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>pembuatan rumah pendidikan (Rumsram) untuk mendidik generasi muda &amp; keluarga di tiap kampung</li> <li>penguatan ekonomi (kegiatan usaha kecil/yadupa) semacam arisan kecil</li> <li>dukungan internasional untuk AIDS di Papua (bantuan dana LN)</li> <li>Pemberian obat tradisional kulit kayu merah untuk dikonsumsi oleh ODHA kemudian untuk diuji di laboratorium</li> </ol> <p>B. Program non visual</p> <p>Penyuluhan dan pendidikan dan pelatihan (Materi HIV-AIDS, 4 langkah menuju pernikahan (khusus remaja dan mahasiswa), <i>Welcome the problem</i> (khusus Married), akibat seks bebas, mabuk, narkoba, budaya negative. Pelajaran rohani: pertobatan total (8 modul)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bagi penderita <ol style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan pertobatan</li> <li>Pelayanan sakramen</li> <li>Industri kerajinan</li> <li>Pemasaran hasil kerajinan</li> </ol> </li> <li>Bagi masyarakat adat <ol style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan pertobatan</li> <li>Perbaikan ekonomi oleh Yadupa &amp; POLTEKES</li> <li>Penyelesaian pelanggaran adat (perzinahan, <i>broken home</i>)</li> </ol> </li> </ol> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perhatian tentang AIDS</li> <li>Perhatian ekonomi, sosial &amp; budaya</li> </ol> <p>Konsep zero prevalensi HIV-AIDS &amp; konsep Papua tanah damai</p> |
| 2  | CE tahun 2001-2006            | Tokoh agama/gereja, masjid, kampus dan KPAK  | Budaya Kesehatan Ekonomi Agama   |   |
| 3  | CR Tahun 2001-2006            | Lembaga agama dan hukum adat   |  | <ol style="list-style-type: none"> <li>Bagi penderita <ol style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan pertobatan</li> <li>Pelayanan sakramen</li> <li>Industri kerajinan</li> <li>Pemasaran hasil kerajinan</li> </ol> </li> <li>Bagi masyarakat adat <ol style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan pertobatan</li> <li>Perbaikan ekonomi oleh Yadupa &amp; POLTEKES</li> <li>Penyelesaian pelanggaran adat (perzinahan, <i>broken home</i>)</li> </ol> </li> </ol> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perhatian tentang AIDS</li> <li>Perhatian ekonomi, sosial &amp; budaya</li> </ol> <p>Konsep zero prevalensi HIV-AIDS &amp; konsep Papua tanah damai</p>  |
| 4  | <i>Monev</i> Tahun 2006       | Masyarakat adat, pemerintah, DPR Papua dan DPR pusat                               | Sidang adat ke 4 di Hotel Sentani Indah  | <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perhatian tentang AIDS</li> <li>Perhatian ekonomi, sosial &amp; budaya</li> </ol> <p>Konsep zero prevalensi HIV-AIDS &amp; konsep Papua tanah damai</p>  |
| 5  | Tahun 2007<br>Tahun 2008-2010 | Eksekutif dan legislatif, toga, tomas, LSM, PT                                     | Mubes Papua di GOR Jayapura<br>Sidang paripurna DPRP Papua   | <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Draf PERDASI HIV-AIDS</li> <li>Draf PERDASI pembangunan kesehatan</li> <li>Draf peradilan adat</li> <li>Draf PERDASI ketenagakerjaan</li> </ol>  |

### Pelaksanaan program model lokal

| Metode  | Waktu           | Frekuensi | Tempat                 | Isi Program   |
|---|-----------------|-----------|------------------------|---|
| Sidang adat I<br>1. Seminar<br>2. Sidang komisi<br>3. Pelatihan bagi KPAK, YADUPA | Tahun 2000-2003 | 2 minggu  | Jayapura               | 1. Kampanye AIDS di kampung-kampung<br>2. Lapangan kerja<br>3. Pemasaran<br>4. Pembinaan mental<br>5. Penguatan kelembagaan |
| Sidang adat II<br>Evaluasi program  | Tahun 2004      | 2 minggu  | Biak                   | 1. Evaluasi dan perbaikan program<br>2. Peningkatan KAP AIDS<br>3. Upaya ekonomi  |
| Sidang adat III<br>Evaluasi program   | Tahun 2005      | 2 minggu  | Manokwari              | 1. Advokasi dengan pemerintah dan DPR serta kepolisian  |
| Sidang adat IV<br>Evaluasi total model<br>Pembuatan <i>draf</i><br>Perdasi AIDS   | Tahun 2006      | 2 minggu  | Jayapura               | 1. Perlu PERDASI HIV-AIDS dan Pembang. Kesehatan, Peradilan adat, ketenagakerjaan   |
| Sosialisasi seminar   | 2007            | 3 minggu  | Jayapura               | 2. Perlu perhatian ekonomi, sosial dan kebudayaan serta perhatian tentang masalah HIV-AIDS                                  |
| Ke eksekutif dan legislatif   | 2008            | 6 bulan   | Seluruh Papua          | Sosialisasi dan pembahasan <i>draf</i> Perdasi AIDS, kesehatan & tenaga kerja, peradilan adat, menjadi PERDASI Papua        |
| Pembahasan <i>draf</i><br>PERDASI lanjutan  | 2009            | 3 bulan   | DPRP Papua<br>Jayapura |   |
|   | 2010            | 6 bulan   | DPRP Papua             | <i>Draf</i> jadi PERDASI Papua  |

Tabel 12. Hasil intervensi model lokal sebelum dan sesudah ODHA

| Variabel Perilaku | Sebelum model (n = 50) | Sesudah model (n = 50) | Uji McNemar |
|-------------------|------------------------|------------------------|-------------|
| Seks bebas        | Ya                     | 44                     | p < 0,05    |
|                   | Tidak                  | 6                      |             |
| Miras import      | Ya                     | 40                     | p < 0,05    |
|                   | Tidak                  | 10                     |             |
| Miras lokal       | Ya                     | 40                     | p < 0,05    |
|                   | Tidak                  | 10                     |             |
| Narkoba           | Ya                     | 20                     | p < 0,05    |
|                   | Tidak                  | 30                     |             |
| Rohani lemah      | Ya                     | 40                     | p < 0,05    |
|                   | Tidak                  | 10                     |             |
| Budaya negatif    | Ya                     | 42                     | p < 0,05    |
|                   | Tidak                  | 8                      |             |

Analisis Tabel 12 menunjukkan bahwa setelah program dikembangkan, perilaku seks bebas dari para penderita dari 44 orang mengalami penurunan yang bermakna menjadi 6 orang. Perilaku miras impor menurun dari 40 orang menjadi 10 orang dan 40 menjadi 10 orang untuk miras lokal. Perilaku narkoba dari 20 orang menjadi 6 dan kelemahan rohani dari 40 menjadi 10 serta budaya negatif dari 42 menjadi 8 orang.

Semua variabel menunjukkan tingkat perubahan yang sangat bermakna ( $p < 0,05$ ) kecuali variabel narkoba  $p > 0,05$ .

Hasil uji *Cohran* Q pada penderita menunjukkan bahwa variabel X sebelum dan sesudah implementasi model lokal (model H) sangat bermakna ( $p < 0,05$ ).

Program model lokal yang dikembangkan untuk variabel risiko terjangkit penyakit AIDS (Y) disajikan pada Tabel 13.

Tabel 13. Hasil intervensi model lokal sebelum dan sesudah ODHA

| Variabel Risiko | Sebelum model (n = 50) | Sesudah model (n = 50) | Uji McNemar |
|-----------------|------------------------|------------------------|-------------|
| Pengetahuan     | Ya                     | 12                     | P < 0,05    |
|                 | Tidak                  | 38                     |             |
| Sikap           | Ya                     | 21                     | P < 0,05    |
|                 | Tidak                  | 29                     |             |
| Tindakan        | Ya                     | 13                     | P < 0,05    |
|                 | Tidak                  | 37                     |             |
| Ekonomi         | Ya                     | 40                     | p < 0,05    |
|                 | Tidak                  | 10                     |             |
| Gaya hidup      | Ya                     | 20                     | p < 0,05    |
|                 | Tidak                  | 30                     |             |
| <i>Broken</i>   | Ya                     | 40                     | p < 0,05    |
|                 | Tidak                  | 10                     |             |

Hasil uji *McNemar* pada penderita menunjukkan bahwa variabel Y sebelum dan sesudah implementasi model lokal (model H) sangat bermakna ( $p < 0,05$ ).

Para responden merasa mengalami perubahan dibandingkan dengan sebelumnya. Perubahan tersebut terasa ketika karya kerajinan mereka dihargai dengan uang sehingga secara ekonomis cukup membantu masalah ekonomi yang mereka alami. Gaya hidup hura-hura mulai mereka tinggalkan, sehingga mereka lebih merasa mempunyai nilai dalam kehidupan ini dibandingkan dengan broken home atau broken heart yang mereka alami pada masa yang lampau di Kota Biak.

Hasil uji tes *McNemar* menunjukkan bahwa ekonomi dan *broken home* sebelum dan sesudah implementasi model lokal sangat bermakna ( $p < 0,05$ ). Gaya hidup juga bermakna atau signifikan karena  $p > 0,05$ .

#### E. Variabel bebas perilaku (X) dan risiko terjangkit (Y) HIV-AIDS serta variabel moderator (Z)

Secara simultan variabel moderator dan variabel perilaku serta variabel risiko terjangkit penyakit HIV-AIDS digambarkan sebagai berikut (Tabel 14).

Tabel 14. Uji simultan Cochran Q tingkat kemaknaan variabel X, Y dan Z

| Variabel | P     | Keterangan |
|----------|-------|------------|
| X        |       |            |
| Y        | 0,001 | $P < 0,05$ |
| Z        |       |            |

Hasil uji statistik *Cochran's* menunjukkan bahwa ada perbedaan yang sangat bermakna sebelum dan sesudah model H diterapkan dengan nilai  $p < 0,05$ .

#### F. Perilaku dan risiko terjangkit penyakit AIDS dalam masyarakat adat Papua

Hasil penelitian terhadap 200 anggota Masyarakat Adat Papua yang mewakili 250 suku Papua dan terbagi dalam 7 region adalah sebagai berikut:

1. Variabel perilaku masyarakat (X)

Tabel 15. Nilai mean, tingkat signifikansi parsial dan simultan variabel X sebelum dan sesudah model lokal penyuluhan dikembangkan dalam masyarakat adat 2006

| Variabel X     | Mean sebelum | Mean sesudah |
|----------------|--------------|--------------|
| Seks bebas     | 4            | 2            |
| Mili           | 4            | 1            |
| Milo           | 4            | 1            |
| Narkoba        | 4            | 1            |
| Nilai agama    | 4            | 1            |
| Budaya negatif | 4            | 1            |

Gambaran Tabel 3 menunjukkan perubahan *mean* yang bermakna sebelum dan sesudah model lokal dikembangkan. Sebelum model lokal dikembangkan masyarakat adat suka (skor 4) terlibat seks bebas, mili, narkoba, pelanggaran hukum agama (perzinahan) dan ikut terlibat dalam budaya negatif (pesek, papis dan tari gelang). Setelah model lokal dikembangkan masyarakat tidak suka (skor 2) dan sangat tidak suka (skor 1) untuk terlibat dalam seks bebas.

Tabel 16. Tes statistik *Wilcoxon* variabel X sebelum dan sesudah model H adat

| Variabel | p     | Keterangan |
|----------|-------|------------|
| X        | 0,034 | $p < 0,05$ |

Hasil tes *Wilcoxon* menunjukkan bahwa variabel perilaku masyarakat adat sebelum dan sesudah implementasi model lokal sangat bermakna ( $p < 0,05$ ). (Tabel 16).

2. Variabel risiko terjangkit penyakit IDV-AIDS (Y)  
Variabel risiko terjangkitnya penyakit HIV-AIDS (Y) disajikan pada Tabel 17.

Tabel 17. Nilai persentase, tingkat signifikansi variabel Y sebelum dan sesudah model lokal penyuluhan dikembangkan dalam masyarakat adat Papua 2006

| Variabel Y             | % sebelum model | % sesudah model |
|------------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Pengetahuan</b>     |                 |                 |
| Definisi AIDS          | 35              | 78,5            |
| Cara kena AIDS         | 25              | 45              |
| Ciri-ciri AIDS         | 45              | 74              |
| Tes darah              | 35              | 75              |
| AIDS tidak sembuh      | 35              | 90              |
| AIDS mematikan         | 25              | 90              |
| Pakai kondom           | 34              | 93,5            |
| Setia pada pasangan    | 26              | 86,5            |
| <b>Sikap</b>           |                 |                 |
| AIDS penting           | 43              | 100             |
| Takut AIDS             | 35,5            | 100             |
| Dukung kampanye        | 34              | 99              |
| <b>Tindakan</b>        |                 |                 |
| Pakai kondom           | 85,5            | 95              |
| Frekuensi jarang pakai | 72              | 72,5            |
| Ikut budaya negatif    | 74              | 31,5            |
| Frekuensi sering ikut  | 72,5            | 10              |

Pengetahuan dan sikap serta tindakan masyarakat berubah setelah model lokal dikembangkan. Dari 200 orang sebelum model lokal dikembangkan, hanya 35% yang mengerti definisi tentang AIDS. Setelah model dikembangkan meningkat menjadi 78,5%. Peningkatan pengetahuan juga terjadi tentang cara terkena atau kontak AIDS, dari 25% meningkat menjadi 45,5%. Pengetahuan tentang ciri-ciri AIDS meningkat dari

45% menjadi 74%. Pengetahuan tentang pentingnya tes darah untuk mengetahui seseorang mengidap HIV-AIDS atau tidak meningkat dari 35% menjadi 75,5%. Selama ini masyarakat adat berpikir bahwa penyakit AIDS dapat disembuhkan dan hanya 35% yang mengetahui bahwa AIDS belum dapat disembuhkan, setelah intervensi program penyuluhan meningkat menjadi 90%. Pengetahuan tentang penyakit AIDS mematikan meningkat dari 25% menjadi 90%. Pengetahuan tentang pencegahan penyakit AIDS hanya dapat dilaksanakan apabila keluarga saling setia antara pasangan suami istri dari 26% menjadi 86,5%.

Sikap masyarakat berubah ke arah yang positif. Mereka melihat AIDS sebagai sesuatu yang serius, bahkan mereka melihat hal ini sebagai sebuah ancaman yang serius bagi kelangsungan hidup 250 suku di Papua. Hal ini terbukti setelah intervensi program sikap mereka berubah, pengetahuan tentang AIDS bertambah, dari hanya 43% menjadi 100%. Masyarakat lebih waspada dan takut terhadap penyakit AIDS yang semula hanya 34,5% kini seluruh masyarakat atau 100%. Sikap masyarakat lebih terbuka dan teras teras secara pribadi, keluarga dan masyarakat, dari 34% menjadi 100%. Kampanye bagi masyarakat adat Papua merupakan suatu kewajiban, dari hanya 26,5% meningkat mutlak menjadi 100%.

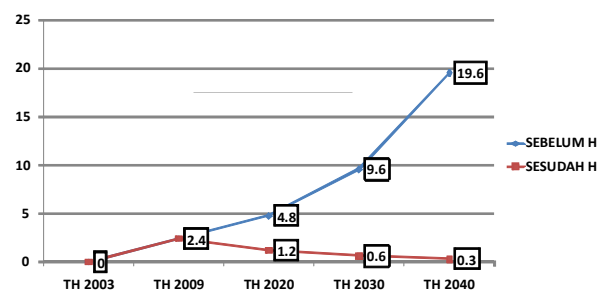
Tindakan masyarakat mengalami perubahan yang signifikan khususnya pemakaian kondom, dari 85,5% meningkat menjadi 95%. Frekuensi masyarakat yang jarang memakai kondom tidak signifikan, dari 72% meningkat menjadi 72,5%. Mengikuti budaya negatif dari 74% berkurang menjadi 31,5%. Frekuensi ikut di dalam kebudayaan yang sifatnya negatif 72,5% turun menjadi 10%.

Hasil uji statistik dengan tes *Friedman* menunjukkan secara simultan bahwa variabel perilaku (X) mempunyai pengaruh terhadap variabel risiko terjangkit penyakit HIV-AIDS (Y) sebelum dan sesudah implementasi model lokal sangat bermakna ( $p < 0,05$ ).

Beberapa tabel diatas menunjukkan hasil uji statistik *Cohran's* menunjukkan bahwa ada perbedaan yang sangat bermakna sebelum dan sesudah model H diterapkan dengan nilai  $p < 0,05$ . Hasil tes *Wilcoxon* menunjukkan bahwa variabel perilaku masyarakat adat sebelum dan sesudah implementasi model lokal sangat bermakna ( $p < 0,05$ ). Hasil uji statistik dengan tes *Friedman* menunjukkan bahwa variabel risiko terjangkit penyakit HIV-AIDS sebelum dan sesudah implementasi model lokal sangat bermakna ( $p < 0,05$ ).

Hasil penelitian dapat disimpulkan: Model H (model perubahan perilaku AB/kebijakan AB) dan implementasi program terhadap variabel X dan Y cukup efektif, baik secara deskriptif terhadap masyarakat yang terpapar penyakit AIDS di Biak Numfor (uji *McNemar* secara parsial dengan  $p < 0,05$  dan uji simultan *Cohran's Q* dengan  $p < 0,05$  untuk penerimaan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) dari hipotesis dua. Model H dan implementasi programnya pada masyarakat adat Papua (uji *Wilcoxon* untuk variabel X dengan  $p < 0,05$  untuk dan uji *Friedman* untuk variabel Y dengan  $p < 0,05$  sebagai bukti penerimaan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) dari hipotesis tiga.

### PR (%) HIV SBLM & SSDH MODEL LOKAL CAPAI STD NAS 0,2%



Gambar 1. PR (%) HIV sebelum dan sesudah model lokal capai standar nasional 0,2%

Dari Gambar 1 nampak bahwa jika model kearifan lokal atau model H digunakan maka prevalensi rate (PR) HIV-AIDS akan menurun dari tahun ke tahun. Di prediksi bahwa pada tahun 2040 PR HIV-AIDS akan sama dengan standar nasional yaitu 0,3. Sebaliknya jika tidak digunakan maka akan PR HIV-AIDS di Papua akan meningkat menjadi 19,6% sama dengan Negara di Afrika.

### KESIMPULAN DAN SARAN

Perilaku masyarakat Biak, terutama perilaku seks bebas (OR = 11) konsumsi miras impor (OR = 4) dan minuman lokal (OR = 4), narkoba (OR = 1) serta merosotnya nilai agama (OR = 4) dan kebudayaan negatif (OR = 7,88) sangat mempunyai risiko terjangkit penyakit AIDS dengan pengetahuan (OR = 4,75) dan sikap (OR = 1) serta perilaku budaya negatif (OR = 2,43). Faktor ekonomi (OR = 8,75) dan *broken* (OR = 8,75) sangat mempunyai risiko terhadap terjangkitnya penyakit AIDS di Biak.

Perilaku ODHA di Biak sangat berisiko jika dibandingkan dengan masyarakat yang tidak terpapar/ Non ODHA (uji *chi-square* dengan nilai

$p < 0,05$ ) dan secara simultan dengan menggunakan uji *Cohran* untuk menguji penerimaan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) dari hipotesis I yaitu perilaku masyarakat Biak dan risiko terjangkit penyakit HIV-AIDS cukup signifikan dengan  $p < 0,05$ .

Model H (model perubahan perilaku AB atau kebijakan AB) dan implementasi program terhadap variabel X dan Y cukup efektif, baik secara deskriptif terhadap ODHA di Biak Numfor uji *McNemar* secara parsial dengan nilai  $p < 0,05$  dan uji simultan variabel XYZ *Cohran* dengan  $p < 0,05$  untuk penerimaan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) dari hipotesis II.

Model H dan implementasi programnya pada masyarakat adat Papua (uji *Wilcoxon* untuk variabel X dengan  $p < 0,05$  untuk dan uji simultan Friedman untuk variabel XY dengan  $p < 0,05$  sebagai bukti penerimaan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) dari hipotesis III.

Dari beberapa kesimpulan diatas peneliti mengajukan beberapa saran sebagai berikut: a) pemerintah bersama lembaga masyarakat perlu membuat aturan (Perda) tentang tempat-tempat praktek seks bebas, aturan tentang milo dan mili, narkoba, dan penerapan nilai agama serta peraturan tentang budaya yang berisiko berjangkitnya penyakit AIDS di Papua. b) Pemerintah Papua hendaknya mencari alternatif pekerjaan lain bagi para pekerja seks dan bukan tinggal mengeruk pendapatan daerah yang tanpa disadari akan menghancurkan masa depan orang Papua sendiri karena risiko penyakit dan pemerintah miskin karena biaya sosial yang meningkat akibat rehabilitasi sosial. Pemerintah sebagai lembaga eksekutif hendaknya memanfaatkan peluang yang disediakan oleh masyarakat baik ODHA maupun masyarakat adat yang sangat setuju dengan slogan "PAPUA ZONA BEBAS AIDS". c) Papua dapat menggunakan Model H (model perubahan perilaku AB/ kebijakan AB) karena efisien dan efektif untuk digunakan di Papua. Lembaga agama dan lembaga adat serta masyarakat Papua secara keseluruhan sebagai lembaga kunci dalam pengembangan model H (model perubahan perilaku AB/kebijakan AB). Khusus bagi lembaga agama, perlu melakukan ministry pengembalaan, penguatan kepada pengidap dan keluarganya (fisik dan psikologi) dan sakramen bagi penderita. Kemudian, kepada segenap umatnya pemimpin harus memberi contoh dan meningkatkan pembimbingan dan pengawasan serta lebih bersifat transparan dalam pengajaran dan khotbah. d) Pemerintah Daerah Papua dapat menggunakan Model H (model perubahan perilaku AB/kebijakan AB) untuk penanggulangan risiko terjangkit HIV-AIDS di Papua dengan pendekatan nilai-nilai masyarakat lokal yaitu *a community planning process and efforts*

*and directed*. Saat ini adalah waktu yang tepat di era otonomi khusus. Kegiatan instansi kesehatan dan lintas sektoral di Papua dalam kaitan dengan program dan dana penanggulangan HIV-AIDS harus *bottom up* dan jangan sebaliknya serta prosesnya diperbaiki sehingga lebih efektif.

#### KEPUSTAKAAN

1. Marx, J. L. "New disease baffles medical community". Science PubMed. 1982; 217 (4560): 618–21.
2. San. How HIV is spread. 2006.
3. Gao, F, Bailes, E, Robertson, DL, Chen, Y, Rodenburg, CM, Michael, SF, Cummins, LB, Arthur, LO, Peeters, M, Shaw, GM, Sharp, P M. and Hahn, BH. "Origin of HIV-1 in the Chimpanzee Pan troglodytes troglodytes". PubMed DOI:10.1038/17130. Nature. 1999; 397 (6718): 436–41.
4. Cummings. Center for Disease Control and Prevention Report. USA. 2007.
5. Palella, FJ Jr, Delaney, KM, Moorman, AC, Loveless, MO, Fuhrer, J, Satten, GA, Aschman and DJ, Holmberg, SD. "Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators". PubMed. N. Engl. J. Med 1998; 338 (13): 853–60.
6. Palella, FJ Jr, Delaney, KM, Moorman, AC, Loveless, MO, Fuhrer, J, Satten, GA, Aschman and DJ, Holmberg, SD. "Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators". N. PubMed. Engl. J. Med. 1998; 338 (13): 853–60.
7. Johnson AM & Laga M. Heterosexual transmission of HIV, AIDS, 1988, 2 (suppl. 1): S49-S56.
8. Sadler, M. and Nelson, M. R. "Progressive multifocal leukoencephalopathy in HIV". PubMed. Int. J. STD AIDS. 1997; 8 (6): 351–57.
9. Durex. Module 5/Guidelines for Educators. (Microsoft Word). 2006.
10. WHO. Condom Facts and Figures. 2003.
11. Dias, SF, Matos, M. G. and Goncalves, A. C. "Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children study and focus groups". PubMed. Eur. J. Public Health. 2005; 15 (3): 300–304.
12. Nia. Adult Male Circumcision Significantly Reduces Risk of Acquiring HIV: Trials Kenya and Uganda Stopped Early. 2006.

13. Bali Post. Pendekatan ABC oleh Pemerintah Amerika Serikat: Abstinence or delay of sexual activity, especially for youth (berpantang atau menunda kegiatan seksual, terutama bagi remaja), Being faithful, especially for those in committed relationships (setia pada pasangan, terutama bagi orang yang sudah memiliki pasangan), Condom use, for those who engage in risky behavior (penggunaan kondom, bagi orang yang melakukan perilaku beresiko). Desember, "Yayasan Bhakti Gelar Orasi Panggung", 2003.
14. Rachimhadi, T & Juhari. Dalam Sindroma AIDS. Penerbit Buku Kedokteran Jakarta. 1992.
15. ASA. Hasil Penelitian AIDS dan Faktor Budaya di Papua. ASA Jayapura. ASA Jayapura. 1998.
16. Ingkokusumo, G. Remaja, Seks Pra-nikah dan Penyakit akibat Hubungan Seks. Jayapura : Bulletin Kesehatan Irian Jaya. 1998.
17. Zein & Suryani. Psikologi Ibu dan Anak. Tramaya. Yogyakarta. 2004.
18. Mansoben, J.R. Roembiak, Ayamiseba. Etnografi Irian Jaya seri-2. Jayapura : Pemerintah Provinsi Irian Jaya. 1996.
19. Djarwanto. Mengenal Beberapa Uji Statistik dalam Penelitian. Universitas Sebelas Maret. Surakarta, 1999.