

**FAKTOR RISIKO KONDILOMA AKUMINATA
PADA PEKERJA SEKS KOMERSIAL
(Studi Kasus pada PSK Resosialisasi Argorejo Kota Semarang)**

Farida Aprilianingrum¹, Soeharyo Hadisaputro², Sakundarno Adi²,
Kaboelrachman³, Bagoes Widjanarko⁴

¹ Program Studi Kesehatan Masyarakat UNSOED, Purwokerto

² Magister Epidemiologi Program Pascasarjana UNDIP, Semarang

³ Bagian Ilmu Kesehatan Kulit & Kelamin, Fakultas Kedokteran UNDIP, Semarang

⁴ Program Studi Promosi Kesehatan Pascasarjana UNDIP, Semarang

ABSTRAK

Latar belakang : Kondiloma Akuminata (KA) merupakan masalah kesehatan masyarakat di seluruh negara, termasuk Indonesia. Prevalensi KA pada PSK Resosialisasi Argorejo Semarang meningkat signifikan.

Tujuan : Mengetahui faktor risiko internal, faktor risiko lingkungan pendukung, dan faktor risiko perilaku terjadinya KA pada PSK.

Metode : Jenis penelitian observasional dengan rancangan kasus kontrol. Pengumpulan data dengan metode *indepth interview* dan *focus group discussion*. Jumlah sampel sebanyak 46 kasus, 46 kontrol 1 dan 46 kontrol 2. Kasus adalah PSK penderita KA, kontrol 1 adalah PSK penderita IMS kandidiasis, kontrol 2 adalah PSK yang tidak menderita IMS, semua subyek didiagnosis pada kurun waktu Januari 2005 – Juni 2006. Data dianalisis secara univariat, bivariat dan multivariat.

Hasil : Faktor risiko KA pada kontrol 1 adalah BMI < 18,5 kg/m² (OR = 7,53; 95% CI = 1,11 – 50,68), jumlah mitra seks per hari ≥ 6 orang (OR = 3,74; 95% CI = 1,16 – 11,99) dan pemakaian kondom jarang (OR = 3,66; 95% CI = 1,05 – 12,79). Faktor risiko KA pada kontrol 2 adalah *vaginal douching* (OR = 153,2; 95% CI = 5,14 – 569,86), jumlah mitra seks per hari ≥ 6 orang (OR = 38,3; 95% CI = 3,18 – 462,03), pendapatan < Rp 1.600.000,00 sebulan (OR = 32,14; 95% CI = 2,50 – 411,98), memakai kontrasepsi (OR = 7,58; 95% CI = 1,31 – 43,67) dan pemakaian kondom jarang (OR = 6,33; 95% CI = 1,05 – 38,31).

Kesimpulan : Faktor risiko KA (pada kontrol 1) adalah BMI < 18,5 kg/m², jumlah mitra seks per hari ≥ 6 orang, pemakaian kondom jarang. Faktor risiko KA (pada kontrol 2) adalah *vaginal douching*, jumlah mitra seks per hari ≥ 6 orang, pendapatan < Rp 1.600.000,00 sebulan, memakai kontrasepsi, pemakaian kondom jarang. Faktor risiko KA pada kedua kontrol adalah banyaknya jumlah mitra seks per hari ≥ 6 orang (OR₁ = 3,74; OR₂ = 38,3) dan pemakaian kondom jarang (OR₁ = 3,66; OR₂ = 6,33).

Saran : Monitoring prevalensi IMS termasuk KA secara berkesinambungan, diseminasi informasi yang tepat dan benar mengenai IMS termasuk KA, Pemakaian kondom 100% pada semua HUS promiskuitas, Meningkatkan status BMI dengan cara hidup sehat (makan makanan bergizi, tidak merokok, konsumsi alkohol dan konsumsi narkoba), tidak melakukan *vaginal douching*.

Kata Kunci : Faktor risiko, Kondiloma Akuminata, PSK.

Kepustakaan : 67 (1993 – 2006)

ABSTRACT

Background: Genital warts is a main problem of public health in all over the world, including Indonesia. The prevalence of genital warts among Female Sexual Workers (FSW) of Argorejo brothel complexes are increasing significantly in one year.

Objectives : to asses the risk factors of genital warts among FSW : internal factors, enabling factors (and behavioural factors).

Method : This is an observational research with a case control design. Data were collected through in depth interview and focus group discussion. Total number samples are 46 for each group. Case group consist of FSW with genital warts, 1st control consist of FSW with candidosis and 2nd control consist of FSW without STI's. All samples were diagnosed at January 2005 – June 2006. Data analysis were univariate, bivariate, and multivariate.

Results : The risk factors of genital warts for 1st control are low of BMI (OR = 7,53; 95% CI = 1,11 – 50,68), number of sexual partners \geq 6 person/day (OR = 3,74; 95% CI = 1,16 – 11,99) and small number of condom use (OR = 3,66; 95% CI = 1,05 – 12,79). The risk factor of genital warts for 2nd control are *vaginal douching* (OR = 153,2; 95% CI = 5,14 – 569,86), number of sexual partners \geq 6 person/day (OR = 38,3; 95% CI = 3,18 – 462,03), income < Rp 1.600.000,00 a month (OR = 32,14; 95% CI = 2,50 – 411,98), contraceptive use (OR = 7,58; 95% CI = 1,31 – 43,67) and small number of condom use (OR = 6,33; 95% CI = 1,05 – 38,31).

Conclusion : Risk factors of genital warts (for 1st control) are low of BMI, number of sexual partners \geq 6 person/day, small number of condom use. Risk factor of genital warts (2nd control) are *vaginal douching*, number of sexual partners \geq 6 person/day, income < Rp 1.600.000,00 a month, contraceptive use, small number of condom use. Risk factors of genital warts for both controls are number of sexual partners > 6 person/day (OR₁ = 3,74; OR₂ = 38,3) and small number of condom use (OR₁ = 3,66; OR₂ = 6,33).

Suggestion : Routine monitoring of STI's prevalence include genital warts, information dissemination about STI's include genital warts through high quality of outreach, 100% condom use in promiscuity, increasing the BMI with a healthy lifestyle and not doing vaginal douching.

Key words : Risk factor, genital warts, FSW.

Bibliography : 67 (1993 – 2006)

PENDAHULUAN

Kondiloma Akuminata (KA) adalah salah satu jenis Infeksi Menular Seksual (IMS) yang merupakan masalah kesehatan masyarakat di seluruh negara, termasuk Indonesia^{1,iii}. KA adalah IMS yang disebabkan oleh *Humanpapilloma virus* (HPV) tipe tertentu yang menyebabkan adanya kelainan berupa fibroepitelioma pada kulit dan mukosa^{1,iii,iv}. KA merupakan faktor predisposing terjadinya kanker serviks, kehamilan ektopik, kemandulan, transmisi transvertikal pada janin, komplikasi selama kehamilan dan persalinan serta meningkatkan risiko infeksi HIV (*co factor HIV*)^{1,4-7}.

Laju insidens KA pada populasi dapat diramalkan dengan formula $R_0 = \beta c D$, dengan R_0 adalah kasus KA yang mungkin terjadi; β adalah probabilitas transmisi KA dari masing-masing mitra seks (sebesar 30% pada wanita), c adalah jumlah mitra seks per satuan waktu dan D adalah durasi infeksi^{4,viii,ix}. Dari formula tersebut, dapat dipastikan salah satu kelompok risiko tinggi KA adalah pekerja seks komersial (PSK). Sebenarnya, insidens KA dan penyebarannya tidak dapat diperkirakan secara tepat. Insidens KA dari waktu ke waktu dilaporkan meningkat di banyak negara termasuk Indonesia¹⁻².

Prevalensi KA di tiap negara berbeda, tergantung praktek seksual dan distribusi umur penduduk⁷. Di negara maju, prevalensi KA di

masyarakat berkisar 11 – 46%^{1,4,x} dan pada PSK berkisar 43 – 63%^{1,7}. Di Indonesia, prevalensi KA di masyarakat berkisar 5 – 19% dan pada pasien klinik IMS sebesar 27%³. Di Propinsi Jawa Tengah hanya tercatat 17 kasus KA dari total 2329 kasus IMS pada tahun 2004^{xi}. Di Kota Semarang, kasus KA tahun 2003 tercatat sebesar 6,8% (total IMS 73 kasus), tahun 2004 sebesar 8,6% (total IMS 151 kasus) dan bulan Januari – Agustus 2005 kasus KA meningkat menjadi 12,2% (total IMS 131 kasus)¹²⁻¹⁴.

Peningkatan insidens KA dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko yang mempermudah transmisi KA. Para peneliti mengemukakan bahwa faktor risiko KA adalah umur muda, status janda, ras, pendidikan rendah, lama menjadi PSK, umur saat HUS pertama kali, kontrasepsi oral, riwayat paritas, banyaknya jumlah mitra seksual, jarang menggunakan kondom, merokok, konsumsi alkohol, konsumsi narkoba, ada riwayat KA, ada riwayat servitis, ada riwayat herpes genitalis, ada riwayat IMS lain, ada riwayat penyakit immunosupresif, kebiasaan tidak cuci tangan, kebersihan genital perorangan jelek, HIV positif, status gizi / *body mass index* (BMI) kurang, imunitas tubuh rendah dan pasangan seks belum khitan,^{5,7,15-30}.

Di Kota Semarang terdapat resosialisasi Argorejo dengan jumlah PSK yang terus meningkat. Tahun 2003 terdapat \pm 325 PSK

meningkat menjadi ± 510 PSK pada akhir Mei 2006^{xv}. HUS promiskuitas pada PSK resosialisasi Argorejo tidak aman dari penyebaran KA, karena tingkat pemakaian kondom di resosialisasi ini hanya 20 – 32%^{31,32,xvi,xvii}. Terjadi peningkatan signifikan prevalensi KA dalam waktu satu tahun yaitu semula 0% (tahun 2004) meningkat menjadi 5% pada tahun 2005 dari total 3.674 kasus IMS^{xviii}.

Penelitian ini merupakan studi epidemiologi analitik dengan menggali lebih banyak faktor yang diduga sebagai faktor risiko, yang bertujuan menghitung besar nilai risiko faktor yang dicurigai mendukung terjadinya KA pada PSK.

DESAIN PENELITIAN

Metode penelitian adalah metode observasional dengan pendekatan *case control study*^{xix,xx}. Dilakukan perbandingan kelompok kasus terhadap 2 kelompok kontrol. Kelompok kasus adalah positif IMS KA, kelompok kontrol adalah IMS non KA (kandidiasis) dan non IMS. Ketiga kelompok penelitian ditelusuri secara *retrospektif* terhadap berbagai paparan yang mempengaruhi terjadinya KA pada PSK.

Sampel

1. Sampel diambil dari populasi studi yaitu seluruh PSK Resosialisasi Argorejo Kota Semarang, yang terpilih untuk masuk ke dalam kelompok kasus atau kelompok kontrol, dengan jumlah sampel sebanyak 46 orang pada masing-masing kelompok penelitian.
2. Dalam pemilihan sampel, diagnosis IMS dan non IMS ditegakkan secara sindrom maupun laboratoris oleh seorang dokter di klinik IMS yang telah mendapatkan pelatihan manajemen IMS dari Depkes RI dan telah mempunyai sertifikat. Selanjutnya, dilakukan konfirmasi ulang diagnosis IMS pada sampel oleh dokter residen ilmu penyakit kulit dan kelamin FK UNDIP / RS dr. Kariadi Semarang yang telah lulus stase IMS.
3. Teknik sampling
 - a. Kelompok kasus
 - 1). Kriteria inklusi : PSK yang terdiagnosis menderita KA selama kurun waktu tahun 2005 – Juni 2006 oleh dokter terlatih di klinik IMS dan bersedia menjadi subyek penelitian.
 - 2). Kriteria eksklusi : PSK yang terdiagnosis menderita KA selama kurun waktu tahun 2005 – Juni 2006 namun pada saat penelitian berlangsung sudah tidak menjadi PSK.
 - b. Kelompok kontrol I (IMS kandidiasis)
 - 1). Kriteria inklusi : PSK yang terdiagnosis menderita kandidiasis selama kurun waktu tahun 2005 – Juni 2006 oleh dokter terlatih di klinik

IMS dan bersedia menjadi subyek penelitian.

- 2). Kriteria eksklusi : PSK yang terdiagnosis menderita KA, servitis, herpes selama kurun waktu tahun 2005 – Juni 2006 oleh dokter terlatih di klinik IMS.
- c. kelompok kontrol II (Non IMS)
 - 1). Kriteria inklusi : PSK yang terdiagnosis tidak menderita IMS selama kurun waktu tahun 2005 – Juni 2006 oleh dokter terlatih di klinik IMS dan bersedia menjadi subyek penelitian.
- d. Tahapan pengambilan sampel :
 - 1). Peneliti mendaftar semua PSK yang positif menderita KA atau kandidiasis atau non IMS (berdasarkan hasil CM Klinik IMS).
 - 2). Jika jumlah penderita KA melebihi 46 orang, maka sampel dipilih secara *random*.
 - 3). Jika jumlah sampel kurang dari 46 orang, maka semuanya diteliti dan kekurangannya akan dilaksanakan pada PSK Resosialisasi Rowosari Semarang dengan kriteria PSK yang diteliti homogen (umur, sosial ekonomi) dengan PSK Resosialisasi Argorejo Semarang.

Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam (*indepth interview*) dan *Focus Group Discussion* (FGD).

Analisis Data

Data dianalisis secara komputerisasi dengan menggunakan program *SPSS for windows version 13.0*. Analisis yang digunakan adalah analisis univariat, uji chi square dan uji regresi logistik ganda.

HASIL PENELITIAN

Pada tiga kelompok penelitian diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Analisis Univariat
 - a. Faktor internal (lampiran 1)
 - 1). Karakteristik responden : 65% responden berumur > 20,1 tahun, ras Jawa sebesar 93%, status perkawinan > 80% adalah berpisah.
 - 2). BMI responden > 60% tergolong kurang dan 17 – 23 % tergolong normal/berlebih.
 - 3). Reproduksi : Umur saat HUS I < 17 tahun sebesar 57 – 70%, responden yang pernah melahirkan sebesar 60 – 70%, dengan riwayat paritas berulang hanya 3 – 14%, responden yang memakai kontrasepsi sebesar 70 - 96%.

4). Riwayat IMS : pernah menderita KA sebelumnya dialami oleh 50% responden, pernah menderita servitis sebelumnya dialami oleh 90% responden, pernah menderita herpes genitalis sebelumnya dialami oleh 5% responden.

b. Faktor lingkungan pendukung (lampiran 2)

1). Sosial Ekonomi : Tingkat pendidikan responden sebesar 80 – 96% adalah pendidikan dasar. Pendapatan responden < Rp 1.600.000,00 sebesar 72%, Lama menjadi PSK < 2,5 tahun sebesar 50 – 74%.

2). Lingkungan sosial : 50 - 70% responden mempunyai kebiasaan merokok dan mengkonsumsi alkohol, dan 28% responden pernah mengkonsumsi narkoba.

c. Faktor perilaku (lampiran 3)

1). Aktivitas seksual : Jumlah mitra seks per hari rata-rata adalah > 6 orang, dengan proporsi 20 – 50%, Lama HUS > 30 menit 5 detik sebesar 40 – 63% dan cara HUS > 2 cara sebesar 20%.

2). Higiene perseorangan : hanya 5% responden tidak selalu mencuci tangan setelah HUS, 70% responden tidak mengganti celana dalam setelah HUS, frekuensi mengganti celana dalam 1 kali per hari sebesar 10%.

3). *Vaginal douching* sangat populer di kalangan responden, lebih dari 80% responden melakukannya.

4). Kondom : responden yang tidak menggunakan kondom sebesar 25%, frekuensi pemakaian kondom jarang sebesar 50 – 80%.

2. Analisis Bivariat

a. Variabel yang berhubungan dengan KA pada kontrol 1 (IMS Kandidiasis) adalah : umur, status perkawinan, BMI, kontrasepsi, pernah menderita KA, pernah menderita servitis, merokok, konsumsi alkohol, konsumsi narkoba, jumlah mitra seks per hari, , *vaginal douching* dan konsumsi antibiotika.

b. Variabel yang berhubungan dengan KA pada kontrol 2 (non IMS) adalah umur, kontrasepsi, tingkat pendidikan, pendapatan, lama menjadi PSK, pernah menderita KA, pernah menderita servitis, merokok, konsumsi alkohol, konsumsi narkoba, jumlah mitra seks per hari, *vaginal douching* , tidak memakai kondom, pemakaian kondom jarang dan sumber kondom dari tamu atau

persediaan sendiri. Hasil selengkapnya ditampilkan dalam lampiran 4.

3. Analisis Multivariat

a. Kasus terhadap kontrol 1

1). Faktor risiko KA pada kontrol 1 (IMS kandidiasis) adalah : (lampiran 5)

- BMI < 18,5 kg/m² (OR = 7,53; 95% CI = 1,11 – 50,68).

- Jumlah mitra seks per hari > 6 orang (OR = 3,74; 95% CI = 1,16 – 11,99).

- Pemakaian kondom jarang (OR = 3,66; 95% CI = 1,05 – 12,79).

2). Tingkat risiko PSK yang menderita kandidiasis untuk terinfeksi KA adalah 92,3% apabila PSK tersebut mempunyai BMI kurang, jumlah mitra seks > 6 orang per hari dan pemakaian kondom jarang

b. Kasus terhadap kontrol 2

1). Faktor risiko KA pada kontrol 2 (non IMS) adalah (Lampiran 6) :

- *Vaginal douching* (OR = 153,2; 95% CI = 5,14 – 569,86)

- Jumlah mitra seks ≥ 6 orang/hari (OR = 38,3; 95% CI = 3,18 – 462,03).

- Pendapatan < Rp 1.600.000,00 sebulan (OR = 32,14; 95% CI = 2,50 – 411,98)

- Memakai kontrasepsi (OR = 7,58; 95% CI = 1,31 – 43,67)

- Frekuensi pemakaian kondom jarang (OR = 6,33; 95% CI = 1,05 – 38,31).

2). Probabilitas seorang PSK untuk terinfeksi KA apabila PSK tersebut melakukan *vaginal douching*, jumlah mitra seks ≥ 6 orang per hari, pendapatan < Rp 1.600.000,00, memakai kontrasepsi dan frekuensi pemakaian kondom jarang adalah 99,9%.

PEMBAHASAN

1. Kontrol 1

a. BMI < 18,5 kg/m²

Hasil penelitian menunjukkan BMI < 18,5 kg/m² merupakan faktor risiko terjadinya KA (p = 0,03; OR = 7,53; 95% CI = 1,11 – 50,68), hasil ini konsisten dengan penelitian sebelumnya yaitu BMI mempunyai asosiasi erat dengan terjadinya KA karena BMI berkorelasi dengan imunitas tubuh dalam melawan infeksi HPV.

Subyek pada kontrol 1 adalah penderita IMS kandidiasis, dengan proporsi BMI kurang sebesar 76%.

Berdasarkan teori, kandidiasis yang disebabkan oleh jamur *Candida albicans* berpengaruh terhadap imunitas selular dan humoral tubuh karena jamur kandida dapat tumbuh di dalam sel, mampu membentuk perlindungan terhadap pertahanan tubuh, merupakan supresor pada sel yang memodulasi respon imunitas selular dan humoral serta mengakibatkan respons imunitas tubuh melemah^{65,66}.

Pada penderita kandidiasis terjadi elisitasi respon sistemik (IgM dan IgG) dan lokal (S – IgA), pada beberapa penelitian dijumpai titer antibodi yang rendah, tidak ada respon baik terhadap terapi dan mudah timbul infeksi kronik^{65,67}. Status BMI kurang sangat berpengaruh terhadap kerentanan tubuh dalam melawan infeksi HPV, sehingga tubuh lebih mudah diserang oleh HPV.

b. Mitra seks per hari \geq 6 orang

Hasil penelitian memaparkan bahwa mitra seks per hari \geq 6 orang merupakan faktor risiko terjadinya KA ($p = 0,02$; OR = 3,74; 95% CI = 1,16 – 11,99), Hasil penelitian ini senada dengan penelitian Amo (2005) yang menyatakan banyaknya jumlah mitra seks baru meningkatkan risiko KA dengan RR sebesar 2,23; 95% CI : 1,0 – 5,0⁷ sedangkan Todd (2001) menyatakan bahwa banyaknya mitra seks berisiko 4,5 kali (95% CI = 1,5 – 13,8) terkena KA.

Laju IMS KA adalah berbanding lurus dengan jumlah mitra seks per satuan waktu, sehingga semakin banyak jumlah mitra seks, makin besar risiko paparan KA yang dialami oleh responden. Banyaknya mitra seks tidak diimbangi dengan pemakaian kondom pada semua HUS promiskuitas dan ditunjang dengan pola hidup tidak sehat (merokok, konsumsi alkohol, konsumsi narkoba) maka memperbesar risiko terinfeksi KA.

c. Pemakaian kondom jarang

Hasil penelitian menyatakan bahwa HUS dengan frekuensi pemakaian kondom jarang berisiko 3,6 kali terkena KA dibandingkan HUS yang sering / selalu menggunakan kondom ($p = 0,04$; OR = 3,66; 95% CI = 1,05 – 12,79). Hasil penelitian ini senada dengan penelitian Wen (1999) yang menyatakan HUS tanpa kondom berisiko 1,8 kali terkena KA.

Hasil penelitian mengungkap bahwa mitra seks responden kontrol 1 yang jarang memakai kondom sebesar 61%. Masih jarangnya pemakaian kondom disebabkan berbagai faktor, diantaranya adalah pemakaian kondom saat HUS diputuskan oleh mitra seks selaku

“pembeli” dan juga belum adanya sangsi yang tegas pada HUS yang tidak menggunakan kondom. Sudah sepatutnya, regulasi pemerintah tentang penggunaan kondom 100% pada semua HUS promiskuitas dilaksanakan semenjak dari sekarang dan dapat diberikan sangsi tegas bagi yang melanggar regulasi tersebut.

2. Kontrol 2

a. Vaginal douching

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang melakukan *vaginal douching* mempunyai besar risiko 153 kali terkena KA dibandingkan yang tidak melakukan *vaginal douching* ($p = 0,004$; OR = 153,2; 95% CI = 5,14 – 569,86).

Responden melakukan *vaginal douching* dengan menggunakan cairan sabun siring, betadine, sabun mandi bahkan sabun tawas. Berdasarkan hasil FGD, terungkap bahwa responden telah melakukan kebiasaan *douching* semenjak pertama kali menjadi PSK dengan alasan mencegah IMS, membersihkan sperma, mencegah kehamilan dan bau. Cara *douching* yang mereka lakukan umumnya hampir seragam yaitu dengan *mengorek-ngorek* vagina menggunakan jari tangan sebelah kiri.

Kebiasaan *douching* dengan cara memasukkan jari ke dalam vagina ini dapat menyebabkan iritasi vagina dan merubah keseimbangan kimiawi dan flora vagina, yang akhirnya dapat terjadi perlukaan kulit vagina sehingga lebih rentan terinfeksi KA.

b. Mitra seks per hari \geq 6 orang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang tidak menderita IMS dengan jumlah mitra seks \geq 6 orang per hari berisiko 38,3 kali terkena KA dibandingkan responden yang tidak menderita IMS dengan jumlah mitra < 6 orang per hari ($p = 0,004$; OR = 38,3; 95% CI = 3,18 – 462,03).

Tingkat risiko ini 12 kali lebih besar dibandingkan besar risiko pada responden penderita kandidiasis yang mempunyai mitra seks \geq 6 orang/hari. Hal ini disebabkan responden pada kontrol 2 mempunyai jumlah mitra seks yang lebih banyak dibandingkan responden pada kontrol 1 dan 50% responden kontrol 2 menjadi PSK dalam waktu > 2,5 tahun dengan kisaran jumlah mitra seks 2 – 21 orang/hari sehingga paparan KA yang dialami lebih besar. Selain itu, responden juga melakukan HUS secara genital dan

oro atau ano genital, cara HUS ini berisiko meningkatkan infeksi KA

c. **Pendapatan < Rp 1.600.000,00**

Hasil penelitian memaparkan bahwa pendapatan merupakan faktor risiko KA dengan besar risiko 32 kali pada PSK yang mempunyai pendapatan < Rp 1.600.000,00 sebulan ($p = 0,008$; $OR = 32,14$; $95\% CI = 2,50 - 411,98$).

Responden rata-rata menggunakan penghasilannya untuk dikirim ke orang tua, anak atau kerabat di tempat asal. Tetapi, banyak juga responden yang tidak mampu menghindari gaya hidup boros dan konsumtif sehingga penghasilannya tidak ditabung, bahkan pada kelompok kasus dan kontrol 1, ada juga yang terlibat hutang sehingga mereka tetap menekuni menjadi PSK. Pendapatan yang kurang ini menyebabkan PSK semakin lama berisiko terpapar KA, tidak selektif dalam menerima tamu dan jarang menggunakan kondom sehingga lebih mudah tertular KA.

d. **Pemakaian kontrasepsi**

Besar risiko PSK yang tidak menderita IMS yang menggunakan kontrasepsi adalah 7,5 kali untuk terkena KA dibandingkan PSK yang tidak menggunakan kontrasepsi ($p = 0,02$; $OR = 7,58$; $95\% CI = 1,31 - 43,67$).

Hasil penelitian ini konsisten dengan penelitian Amo (2005) yang mengemukakan bahwa kontrasepsi hormonal meningkatkan risiko KA yaitu sebesar 19,45; $95\% CI : 2,45 - 154,27$ ⁷ sedangkan kontrasepsi oral berisiko sebesar 1,7; $95\% CI : 1,3 - 2,2$ untuk terjadinya KA¹⁸. Risiko terjadinya KA pada pengguna kontrasepsi dikarenakan penggunaan kontrasepsi, baik oral maupun hormonal, akan berpengaruh terhadap keadaan reproduksi sehingga tubuh lebih rentan tertular KA.

e. **Pemakaian kondom jarang**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa besar risiko terkena KA pada HUS yang jarang menggunakan kondom 6,3 kali dibandingkan HUS yang sering / selalu menggunakan kondom ($p = 0,04$; $OR = 6,33$; $95\% CI = 1,05 - 38,31$). Nilai risiko ini lebih besar dibandingkan hasil penelitian Wen (1999), yang melaporkan bahwa risiko HUS berganti-ganti pasangan tanpa menggunakan kondom sebesar 1,8 kali ($adjOR 1,8$; $95\% CI : 0,9 - 3,6$) untuk terinfeksi KA¹⁵ atau penggunaan kondom yang jarang berisiko sebesar 1,77; $95\% CI : 0,93 - 3,36$ untuk menularkan KA.

Penelitian oleh Wright (2003) memaparkan bahwa pemakaian kondom dipengaruhi :

- a). Faktor individu : persepsi individu (PSK atau mitra seks) tentang bahaya HUS promiskuitas, persepsi individu tentang kondom,
- b). Faktor komunitas : kemudahan akses kondom, budaya perilaku HUS.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan prevalensi KA pada PSK resosialisasi Argorejo tahun 2005 meningkat signifikan dibandingkan tahun 2004, yaitu meningkat sebesar sebesar 5%, Faktor risiko KA pada kontrol 1 (IMS kandidiasis) adalah $BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ($OR = 7,53$), jumlah mitra seks per hari ≥ 6 orang ($OR = 3,74$) dan pemakaian kondom jarang ($OR = 3,66$), Faktor risiko KA pada kontrol 2 (non IMS) adalah *vaginal douching* ($OR = 153,2$), jumlah mitra seks per hari ≥ 6 orang ($OR = 38,3$), pendapatan < Rp 1.600.000,00 sebulan ($OR = 32,14$), memakai kontrasepsi ($OR = 7,58$) dan pemakaian kondom jarang ($OR = 6,33$). Sedangkan Faktor risiko KA pada kedua kontrol adalah jumlah mitra seks per hari > 6 orang ($OR_1 = 3,74$; $OR_2 = 38,3$) dan pemakaian kondom jarang ($OR_1 = 3,66$; $OR_2 = 6,33$).

SARAN

Bagi Dinas Kesehatan dan Klinik IMS : Kegiatan monitoring prevalensi IMS termasuk KA dilaksanakan secara berkesinambungan baik melalui kegiatan skrining atau survei prevalensi IMS, Diseminasi informasi yang tepat dan benar mengenai IMS termasuk KA sehingga dapat menghilangkan mitos yang salah tentang IMS termasuk KA. Bagi pengurus resosialisasi : Pengawasan pelaksanaan regulasi kewajiban pemakaian kondom 100% pada PSK dan mitra seksnya serta memberikan sanksi tegas jika ada yang melanggar, Kerjasama dan koordinasi dengan Dinas Kesehatan dan Klinik IMS guna monitoring prevalensi IMS termasuk KA pada PSK. Bagi PSK : Pemakaian kondom 100% pada semua HUS promiskuitas, Meningkatkan status BMI dengan cara hidup sehat (makan makanan bergizi, tidak merokok, konsumsi alkohol dan konsumsi narkoba), Tidak melakukan *vaginal douching*.

KEPUSTAKAAN

1. Koutsky LA, Kiviat NB. Genital Human Papillomavirus. In Holmes : Sexually Transmitted Diseases. New York : McGraw Hill. 2002; 3rd ed; chapter 25; p 347 – 356.
2. Brandt AM, Jones DS. Historical Perspectives on Sexually Transmitted Diseases : Challenges for Prevention and Control. In Holmes : Sexually Transmitted

- Diseases. New York : McGraw Hill. 2002; 3rd ed; chapter 2; p 15 – 20.
3. FK UI. Infeksi Menular Seksual. Jakarta : FK UI. 2005; edisi ketiga.
 4. Mayo Clinic. Genital Warts. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). 2005; February. <http://www.mayoclinic.com>
 5. Moscicki A, Hills N, Shiboski S. Risk for Incident Human Papillomavirus Infection and Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion Development in Young Females. J Am Med Assc. 2001; vol 285; no 23.
 6. Sandikot RT, Andrew AC, et al. Recurrent Respiratory Papillomavirus with Pulmonary Cystic Disease in a Child, Following Maternal Genital Warts. Genitourinary Med. 1997; vol 73, no 1, p 63 – 65.
 7. Amo J, Gonzalez, Losana, et al. Sex Workers : Influence of age and geographical origin in the prevalence of high risk human papillomavirus in migrant female sex workers in Spain. Sex Transm Infect. 2005; vol 81; p 79 – 84.
 8. Anderson RM. Transmission Dynamics of Sexually Transmitted Infections. In Holmes : Sexually Transmitted Diseases. New York : McGraw Hill. 2002; 3rd ed; chapter 3; p 25 - 37.
 9. Golden, Matthew. Vaginitis and Sexually Transmitted Diseases in Infectious Diseases. WebMD Inc. 2003; chapter xxii.
 10. Medical Institute. Human Papilloma Virus. The Medical Ins Fact. 2004. <http://www.medinstitute.org>
 11. Subdin P3 Dinkesprop Jateng. Laporan Kasus IMS di Propinsi Jawa Tengah Tahun 2004. Semarang : Dinkesprop Jateng. 2005
 12. Subdin P2M DKK Semarang. Laporan Kasus IMS di Kota Semarang Tahun 2003. Semarang : DKK Semarang. 2003.
 13. Subdin P2M DKK Semarang. Laporan Kasus IMS di Kota Semarang Tahun 2004. Semarang : DKK Semarang. 2004.
 14. Subdin P2M DKK Semarang. Laporan Kasus IMS di Kota Semarang Tahun 2005. Semarang : DKK Semarang. 2005.
 15. Wen LM, Estcourt CS, et al. Risk Factors for the Acquisition of Genital warts : are Condoms protective?. Sex Transm Inf. 1999; vol 75; p 312 – 316.
 16. Samoff, Koumans, Markowitzs et al. Association of Chlamydia trachomatis with Persistence High Risk Types of Human Papillomavirus in a Cohort of Female Adolescents. Am J of Epidemiology. 2005. vol 162, no 7, p 668 – 675.
 17. Wahyuni, Chatarina. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Infeksi HPV 16/18. 2003. <http://adln.lib.unair.ac.id>
 18. Ross JD. Is Oral Contraceptive Associated With Genital Warts?. Genitourinary Med. 1996. vol 72; no 5; p 330 – 333.
 19. Todd, Haase & Stoner. Emergency Department Screening for Asymptomatic Sexually Transmitted Infections. Am J Public Health. 2001; vol 91; no 3.
 20. Miner J. Smoking increases papillomavirus risk in HIV-infected women.. Medilexicon Int Ltd. 2006.
 21. Sun, Kuhn, Ellerbrock, et al. Human Papillomavirus Infection in Women Infected with the Human Immunodeficiency Virus. New England J Med. 1997; vol 337; no 19; p 1343 – 1349.
 22. Hankins, Coutlee, Lapointe, et al. Prevalence of risk factors associated with human papillomavirus infection in women living with HIV. Canadian Med Ass J. 1999; vol 160 (2); p 185 – 1991.
 23. Ferenczy, Coutlee, Franco, et al. Human papillomavirus and HIV coinfection and the risk of neoplasias of the lower genital tract : a review of recent developments. Canadian Med Ass J. 2003; vol 169 (5); p 431 – 434.
 24. Sedjo, Roe, Abrahamsen, et al. Vitamin A, Carotenoids and Risk of Persistent Oncogenic Human Papillomavirus Infection. Ca Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 2002; vol 11; p 876 – 884.
 25. Soong, Alvarez, Butterworth. A longitudinal analysis of human papillomavirus 16 infection, nutritional status and cervical dysplasia progression. Ca Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 1995; vol 4; no 4; p 373 – 380.
 26. Giuliano, Siegel, Roe, et al. Dietary intake and risk of persistent human papillomavirus (HPV) infection : the Ludwig – McGill HPV Natural History Study. J Infect Dis. 2003; vol 188 (10); p 1508 – 1516.
 27. Butterworth, Hatch, Macaluso, et al. Folate deficiency and cervical dysplasias. JAMA. 1999; vol 267 (4); p 528 – 533.
 28. Heard, Tassie, Schmitz, et al. Increased Risk of Cervical Disease among Human Immunodeficiency Virus – Infected Women with Severe Immunosuppression and High Human Papillomavirus Load. J of Obs & Gyn. 2000; vol 96; no 3; p 403 – 409.
 29. Castellsague, Bosch, Munoz, et al. Male Circumcision, Penile Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer in Female Partners. New England J Medicine. 2002; vol 346, no 15.
 30. Cook, Koutsky, Holmes. Clinical Presentation of Genital Warts among Circumcised and Uncircumcised Heterosexual Men Attending an Urban STD Clinic. Genitourinary Med J. 1993; vol 69; no 4; p 262 – 264.
 31. Resosialisasi Argorejo. Data Anak Asuh. Resosialisasi Argorejo. 2005.

32. Aprilianingrum, Farida. Survei Penyakit Sifilis dan Infeksi HIV Pada Pekerja Seks Komersial Resosialisasi Argorejo Kelurahan Kalibanteng Kulon Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang Tahun 2002. 2002. <http://www.health-lrc.com>
33. BPS & Depkes. Laporan Hasil Survei Surveilans Perilaku (SSP) Tahun 2003 Jawa Tengah. Jawa Tengah : BPS Jateng. 2003.
34. Griya ASA PKBI Kota Semarang. Laporan Program Outreach Griya ASA tahun 2005. Semarang : PKBI Kota Semarang. 2005.
35. Griya ASA PKBI Kota Semarang. Laporan Klinik IMS Griya ASA Tahun 2005. Semarang : PKBI Kota Semarang. 2006.
36. Subdin P2M DKK Semarang. Laporan Survei Sero Sentinel Kota Semarang Tahun 2001 – 2005. Semarang : DKK Semarang. 2006.
37. Gilson R and Mindel A. Recent Advances : Sexually Transmitted Infections. British Med J. 2001; vol 322; p 1160 – 1164.
38. World Health Organization. Facts sheet : Sexually Transmitted Infections. Department of Reproductive Health and Research (RHR) – WHO. <http://www.who.org>
39. Bachmann, Lewis, Allen, et al. Risk and Prevalence of Treatable Sexually Transmitted Diseases at a Birmingham Substance Abuse Treatment Facility. Am J Public Health. 2000;vol 90; no 10.
40. Kerani, Handcock, Handsfield & Holmes. Comparative Geographic Concentrations of Sexually Transmitted Infection. Am J Public Health. 2005; vol 95; no 2.
41. Wang, Jiang, Siegal, et al. Sexual Behaviour and Condom Use Among Patients With Sexually Transmitted Diseases in Jinan, China. Am J Public Health. 2001; vol 91, no 4.
42. KPAN. HIV/AIDS dan Infeksi Menular Seksual Lainnya di Indonesia : Tantangan dan Peluang untuk Bertindak. Jakarta : KPAN. 2001.
43. ASA FHI dan Depkes RI. Penelitian Prevalensi IMS yang Ditularkan Melalui Darah dan Prevalensi ISR pada PSK Wanita di Indonesia. Jakarta : Depkes RI – ASA FHI. 2003.
44. Family Health International. Effectiveness for Preventing Pregnancy and Sexually Transmitted Infections. FHI Research Briefs on the Female Condom. 2003; no 2. <http://www.fhi.org>
45. Smith EJ. Public Health Initiative Nearly Halves STI Rates. FHI Publications Networks. 2003; vol 22; no 4. http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v22_4/nt2244.htm
46. PPM & PL Depkes RI. Pedoman Penatalaksanaan Penyakit Menular Seksual. Jakarta : Depkes RI. 1996.
47. Family Health International. Control of Sexually Transmitted Infections. FHI – USAID. 2003.
48. Erbeling EJ, Zenilman J. Toward Better Control of Sexually Transmitted Diseases. New England J Med. 2005; vol 352; no 7; p 720 – 721.
49. Munoz N, Bosch X, Sanjose S, et al. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. New England J Med. 2003; vol 348; p 518 – 527.
50. Sonnex C, Straus S, Gray JJ. Detection of Human Papillomavirus DNA on the Fingers of Patients with Genital Warts. Sex Transm Inf. 1999; vol 75; p 317 – 319.
51. Galloway DA. Biology of *Genital Human Papillomaviruses*. In Holmes : Sexually Transmitted Diseases. New York : McGraw Hill. 2002; 3rd ed; chapter 24; p 335 – 342.
52. Simms & Fairley. Epidemiology of Genital Warts in England and Wales : 1971 to 1994. Sex Transm Inf. 1997; vol 73; p 365 – 367.
53. Miller PJ, Law M, et al. Incident Sexually Transmitted Infections and Their Risk Factors in an Aboriginal Community in Australia : a Population Based Cohort Study. Sex Transm Inf. 2001; vol 77; p 21 – 25.
54. La Pona. *Pekerja Seks Jalanan : Potensi Penularan Penyakit Seksual*. Yogyakarta : Pusat Penelitian Kependudukan UGM. 1998.
55. Allgeier, R Albert; Allgeier, R Elizabeth. Sexual Interactions. 4th Edition. Toronto : D.C Heath & Company. 1995.
56. Qomariyah Siti. Douching. <http://www.bkkbn.go.id>
57. Cates W. The ABC to Z Approach : Condoms are element in comprehensive approach to HIV/STI prevention. FHI Publications Networks. 2003; vol 22; no 4. http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v22_4/nt2244.htm.
58. Best Kim. Hormonal Contraception and STIs research continue to investigate a possible relationship. FHI Publications Networks. 2003; vol 22; no 3. http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v22_4/nt2244.htm
59. Steinbrook R. The Potential of Human Papillomavirus Vaccines. New England J Med. 2006; vol 354; p 1109 – 1112
60. Gordis, Leon. Epidemiology. USA : WB Saunders Company, 1996; 3th edition.
61. Sastroasmoro, S & Ismael, S. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta : Sagung Seto. 2002; ed 2.

62. Lemeshow, Hosmer, Klar. Adequacy of Sample Size in Health Studies. WHO. 1990.
63. Kleinbaum David. Logistic Regression : a Self Learning Text. New York : Springer – Verlag Inc. 1994.
64. KL, Wright. Dual Protection and Consistency of Condom Use. FHI Publications Networks. 2003; vol 22; no 4. http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v22_4/nt2244.htm).
65. Winarto, H dan Wibowo, H. Peran Imunitas Selular Lokal pada Kandidosis Vulvovaginal Rekurens. Jakarta. FK UI. http://www.tempo.co.id/medika/online/tmp_online.old/pus-2.htm
66. Ashman RB, Papadimitriou JM. Production and function of cytokines in natural and acquired immunity to *Candida albicans* infection. Microbiol Rev. 1995; Dec; 59 (4) : 646 – 672.
67. Darmana, EH. Hubungan antara pemakaian AKDR dengan kandidiasis vagina di RSUP dr. Pringadi Medan. Universitas Sumatera Utara. 2003.

Lampiran 1. Deskripsi faktor internal responden

no	Variabel	Kasus		Kontrol 1		Kontrol 2	
		f	(%)	f	(%)	f	(%)
Faktor internal							
Karakteristik PSK							
1.	Umur						
	a. ≤ 20 tahun	16	(34,8)	8	(17,4)	4	(8,7)
	b. > 20 tahun	30	(65,2)	38	(82,6)	42	(91,3)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
2.	Ras						
	a. Jawa	43	(93,5)	43	(93,5)	42	(91,3)
	b. Sunda	2	(4,3)	2	(4,3)	3	(6,5)
	c. Sumatera	0	(0)	1	(2,2)	1	(2,2)
	d. Kalimantan	1	(2,2)	0	(0)	0	(0)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
3.	Status Perkawinan						
	a. Belum pernah menikah (janda)	44	(95,7)	37	(80,4)	41	(89,1)
	b. Menikah	2	(4,3)	9	(19,6)	5	(10,9)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
Karakteristik reproduksi							
4.	Umur saat HUS I						
	a. ≤ 17 tahun	32	(69,6)	28	(60,9)	26	(56,5)
	b. > 17 tahun	14	(30,4)	18	(39,1)	20	(43,5)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
5.	Riwayat paritas						
	a. Pernah	27	(58,7)	31	(67,4)	33	(71,7)
	b. Tidak pernah	19	(41,3)	15	(32,6)	13	(28,3)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
6.	Jumlah paritas						
	a. Berulang	4	(14,8)	1	(3,2)	3	(9,1)
	b. Tidak berulang	23	(85,2)	30	(96,8)	30	(90,9)
	Total	27	(100,0)	31	(100,0)	33	(100,0)
7.	Kontrasepsi						
	a. Ya	44	(95,7)	37	(80,4)	32	(69,6)
	b. Tidak	2	(4,3)	8	(19,6)	14	(30,4)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
8.	Riwayat IMS						
	Pernah menderita KA sebelumnya						
	a. Ya	21	(45,7)	0	(0)	0	(0)
	b. Tidak	25	(54,3)	46	(100,0)	46	(100,0)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
9.	Pernah menderita servitis sebelumnya						
	a. Ya	42	(91,3)	0	(0)	0	(0)
	b. Tidak	4	(8,7)	46	(100,0)	46	(100,0)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
10.	Pernah menderita herpes genitalis sebelumnya						
	a. Ya	2	(4,3)	0	(0)	0	(0)
	b. Tidak	44	(95,7)	46	(100,0)	46	(100,0)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
11.	BMI						
	a. Kurang	42	(91,3)	35	(76,1)	38	(82,6)
	b. Normal/berlebihan	4	(8,7)	11	(23,9)	8	(17,4)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)

No	Variabel	Kasus		Kontrol 1		Kontrol 2	
		f	%	f	%	f	%
Faktor perilaku							
Aktivitas Seksual							
1	Σ mitra seks (orang/hari)						
	a. ≥ 6	21	(45,7)	14	(30,4)	9	(19,6)
	b. < 6	25	(54,3)	32	(69,6)	37	(80,4)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
2	Lama HUS						
	a. > 30 menit	29	(63,0)	18	(39,1)	16	(34,8)
	b. ≤ 30 menit	17	(37,0)	28	(60,9)	30	(65,2)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
3	Cara HUS						

Lampiran 2. Deskripsi faktor lingkungan pendukung responden

No	Variabel	Kasus		Kontrol 1		Kontrol 2	
		f	%	f	%	f	%
Faktor Lingkungan							
Pendukung							
Sosial Ekonomi							
Tingkat pendidikan							
1.							
	a. ≤ 9 tahun	44	(95,7)	37	(80,4)	38	(82,6)
	b. > 9 tahun	2	(4,3)	9	(19,6)	8	(17,4)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
2.	Pendapatan						
	a. < Rp 1.600.000	33	(71,7)	30	(65,2)	22	(47,8)
	b. > Rp 1.600.001	13	(28,3)	16	(34,8)	24	(52,2)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
3.	Lama menjadi PSK						
	a. ≤ 2,5 tahun	34	(73,9)	32	(69,6)	23	(50,0)
	b. > 2,5 tahun	12	(26,1)	14	(30,4)	23	(50,0)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
Lingkungan sosial							
Merokok							
4.							
	a. Ya	33	(71,7)	21	(45,7)	22	(47,8)
	b. Tidak	13	(28,3)	25	(54,3)	24	(52,5)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
5.	Alkohol						
	a. Ya	32	(69,6)	19	(41,3)	18	(39,1)
	b. Tidak	14	(30,4)	27	(58,7)	28	(60,9)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)
6.	Narkoba						
	a. Ya	10	(21,7)	2	(4,3)	2	(4,3)
	b. Tidak	36	(78,3)	44	(95,7)	44	(95,7)
	Total	46	(100,0)	46	(100,0)	46	(100,0)

Lampiran 3. Deskripsi faktor perilaku responden

	a.	≥ 2 cara HUS	9 (19,6)	2 (4,3)	4 (8,7)
		b. Genital	37 (80,4)	44 (95,6)	42 (91,3)
4	Total Pelicin		46 (100,0)	46 (100,0)	46 (100,0)
	a.	Ya	23 (50,0)	22 (47,8)	22 (47,8)
	b.	Tidak	23 (50,0)	24 (52,2)	24 (52,2)
	Total		46 (100,0)	46 (100,0)	46 (100,0)
5	Jenis pelicin				
	a.	Hand body	21 (91,3)	22 (100,0)	18 (81,8)
	b.	Jelly	2 (8,7)	0 (0)	4 (18,2)
	Total		46 (100,0)	46 (100,0)	46 (100,0)
	Higiene Perseorangan				
6	Cuci tangan setelah HUS				
	a.	Tidak	1 (2,2)	0 (0)	0 (0)
	b.	Ya	45 (97,8)	46 (100,0)	46 (100,0)
	Total		46 (100,0)	46 (100,0)	46 (100,0)
7	Ganti celana dalam setelah HUS				
	a.	Tidak	35 (76,1)	35 (76,1)	34 (73,9)
	b.	Ya	11 (23,9)	11 (23,9)	12 (26,1)
	Total		46 (100,0)	46 (100,0)	46 (100,0)
8	Frekuensi ganti celana dalam per hari				
	a.	1 kali/hari	2 (4,3)	2 (4,3)	5 (10,9)
	b.	≥ 2 kali/hari	44 (95,7)	44 (95,7)	41 (89,1)
	Total		46 (100,0)	46 (100,0)	46 (100,0)
9	Vaginal Douching				
	a.	Ya	44 (95,7)	38 (82,6)	36 (78,3)
	b.	Tidak	2 (4,3)	8 (17,4)	10 (21,7)
	Total		46 (100,0)	46 (100,0)	46 (100,0)
10	Kondom Pakai kondom				
	a.	Tidak	11 (23,9)	5 (10,9)	3 (6,5)
	b.	Ya	35 (76,1)	41 (89,1)	43 (93,5)
	Total		46 (100,0)	46 (100,0)	46 (100,0)
11	Frekuensi pemakaian kondom				
	a.	Jarang	28 (80,0)	25 (61,0)	21 (48,8)
	b.	Sering	7 (20,0)	16 (39,0)	22 (51,2)
	Total		35 (100,0)	41 (100,0)	41 (100,0)
12	Saat pakai kondom				
	a.	Akhir / tengah HUS	12 (34,3)	7 (17,1)	9 (21,0)
	b.	Awal HUS	23 (65,7)	34 (82,9)	34 (79,0)
	Total		35 (100,0)	41 (100,0)	43 (100,0)

Lampiran 4. Hasil uji bivariat variabel bebas terhadap KA pada kontrol 1 dan kontrol 2

No	Variabel	Kasus * Kontrol 1			Kasus * Kontrol 2		
		Nilai p	OR	95% CI	Nilai p	OR	95% CI
1.	Faktor internal						
	Karakteristik PSK						
a.	Umur	0,05*	2,53	0,96-6,70	0,002*	5,60	1,70-18,43
b.	Ras	0,32	0,61	0,23-1,63	0,63	0,79	0,31-2,03
c.	Status perkawinan	0,02*	5,35	1,08-26,32	0,23	2,63	0,49-14,60
d.	BMI	0,04	3,30	0,96-11,28	0,21	2,21	0,61-7,93
	Karakteristik reproduksi						
e.	Umur saat HUS I	0,38	1,46	0,62-3,48	0,19	1,76	0,75-4,14
f.	Riwayat paritas	0,38	0,68	0,29-1,60	0,18	1,78	0,74-4,26
g.	Jumlah paritas	0,11	5,21	0,54-49,88	0,49	1,74	0,35-8,55
h.	Kontrasepsi	0,02*	5,35	1,08-26,32	0,001*	9,63	2,04-45,35
	IMS sebelumnya						
i.	KA	0,0001*	2,84	2,07-3,89	0,0001*	2,84	2,07-3,89
j.	Servisititis	0,0001*	12,50	4,88-31,99	0,0001*	12,50	4,88-31,99
k.	Herpes genitalis	0,15	2,04	1,65-2,52	0,15	2,04	1,65-2,52
2.	Faktor lingkungan pendukung						
	Sosial ekonomi						
l.	Tingkat pendidikan	0,02*	5,35	1,08-26,33	0,04*	4,63	0,92-23,15
m.	Kebutuhan keuangan	0,50	1,35	0,56-3,27	0,01*	2,77	1,16-6,57
n.	Lama menjadi PSK	0,64	1,24	0,49-3,07	0,01*	2,83	1,18-6,80
	Lingkungan sosial						
o.	Merokok	0,01*	3,02	1,27-7,17	0,01*	2,77	1,17-6,57
p.	Konsumsi alkohol	0,006*	3,24	1,37-7,67	0,003*	3,56	1,50-8,43
q.	Konsumsi narkoba	0,01*	6,11	1,25-29,7	0,01*	6,11	1,26-29,7
3.	Faktor perilaku						
	Aktivitas seksual						
r.	Jumlah mitra seks per hari	0,02*	2,76	1,11-6,89	0,007*	3,65	1,39-8,76
s.	Cara HUS	0,14	1,85	0,80-4,24	0,14	1,85	0,80-4,24
t.	Lama HUS	0,02*	2,65	1,14 - 6,16	0,007*	3,19	1,30-7,50
u.	Pelicin	0,83	1,09	0,48-2,47	0,83	1,09	0,48-2,47
	Higiene perseorangan						
v.	Cuci tangan setelah HUS	0,31	2,02	1,64-2,48	0,31	2,02	1,64-2,48
w.	Ganti celana dalam setelah HUS	1,00	1,00	0,38-2,60	0,81	1,12	0,43-2,88
x.	Frekuensi mengganti celana dalam per hari	1,00	1,00	0,38-2,60	0,23	2,68	0,49-14,60
	Vaginal douching						
y.	Vaginal douching	0,04*	4,63	0,92-23,15	0,004*	7,76	1,62-37,04
	Kondom						
z.	Pemakaian kondom	0,09	2,57	0,81-8,13	0,02*	4,50	1,16-17,41
aa.	Frekuensi pemakaian kondom	0,07	2,56	0,90-7,23	0,005*	4,19	1,50-11,63
bb.	Saat pemakaian kondom	0,14	2,22	0,75-6,57	0,29	1,73	0,62-4,82

*. Nilai p signifikan secara statistik pada $p < 0,05$.

Lampiran 5. Hasil uji regresi logistik ganda variabel bebas terhadap KA pada kontrol 1

No	Variabel	B	Nilai p	Exp (B)	95% CI exp (B)	
					Bawah	Atas
1.	BMI < 18,5 kg/m ²	2,018	0,03*	7,526	1,118	50,680
2.	Σ mitra seks per hari ≥ 6 orang	1,320	0,02*	3,743	1,168	11,996
3.	Pemakaian kondom jarang	1,298	0,04*	3,663	1,048	12,796
	Konstan	- 2,158	0,01	0,116		

*. Nilai p signifikan secara statistik pada $p < 0,05$.

Lampiran 6. Hasil uji regresi logistik ganda variabel bebas terhadap KA pada kontrol 2

No	Variabel	B	Nilai p	Exp (B)	95% CI exp (B)	
					Bawah	Atas
1.	Kontrasepsi	2,025	0,02*	7,576	1,314	43,670
2.	Vaginal douching	5,032	0,004*	153,187	5,135	569,864
3.	Pendapatan kurang	3,470	0,008*	32,140	2,507	411,981
4.	Σ mitra seks ≥ 6 orang / hari	3,646	0,004*	38,335	3,181	462,029
5.	Pemakaian kondom jarang	1,845	0,04*	6,329	1,046	38,305
	Konstan	-8,337	0,000	0,000		

*. Nilai p signifikan secara statistik pada $p < 0,05$.

i Koutsky LA, Kiviat NB. Genital Human Papillomavirus. In Holmes : Sexually Transmitted Diseases. New York : McGraw Hill. 2002; 3rd ed; chapter 25; p 347 – 356.

ii

iii

iv

v

vi

vii

viii

ix

x

xi

xii

xiii

xiv

xv

xvi

xvii

xviii

xix

xx