



**DETERMINAN PERILAKU PENCEGAHAN IMS DAN HIV/AIDS PADA WANITA
PEKERJA SEKS (WPS) DI LOKALISASI GEMPOL PORONG
KABUPATEN BANYUWANGI**

SKRIPSI

**Oleh
Khusnul Khotimah
NIM 072110101071**

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2011**



**DETERMINAN PERILAKU PENCEGAHAN IMS DAN HIV/AIDS PADA WANITA
PEKERJA SEKS (WPS) DI LOKALISASI GEMPOL PORONG
KABUPATEN BANYUWANGI**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan
Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai
gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh
Khusnul Khotimah
NIM 072110101071

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER**

2011

HALAMAN PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim

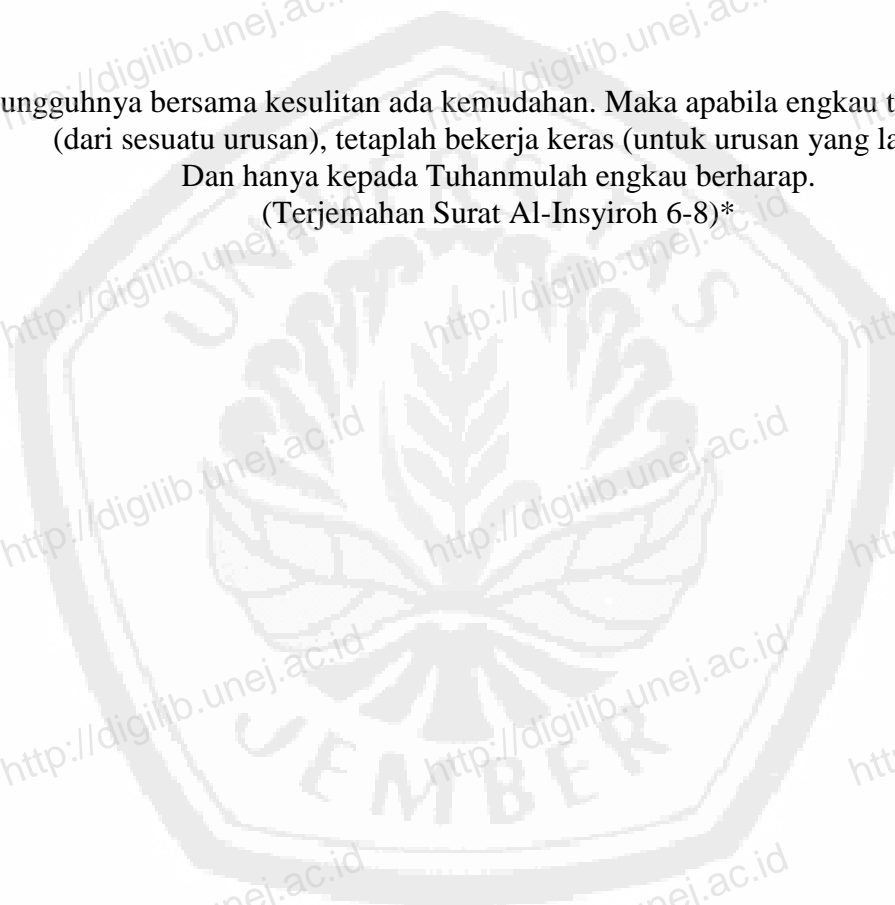
Alhamdulillah wasyukurillah bersyukur padamu ya Allah atas terselesaikannya skripsi ini, dengan segala kerendahan hati dan setitik kebanggaan kupersembahkan karya ini kepada:

1. Kedua orang tuaku, Ibunda Sunariyati dan Bapak Khoirul Anam yang telah membesarkanku, menyangiku, membimbingku, dan tiada hentinya memberikan do'a serta telah banyak berkorban dalam segala hal demi kesuksesan dan kebahagiaan anakmu ini;
2. Kakak-Kakakku Nuriyah dan Ahmad Yasin S.Pd serta Adikku Zainul Arifin, terimakasih atas do'a, cinta kasih, perhatian, dan dukungan serta nasehatnya;
3. Keponakanku Ruliyana Hamimatul M. dan Ahmad Dzulhaj Almas M. yang memberikan warna tersendiri dalam hari-hari penulis;
4. Bapak dan Ibu Guru yang telah mendidikku sejak Taman Kanak-Kanak hingga Sekolah Menengah Atas serta Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan ilmu, bimbingan dan nasehat dengan penuh kesabaran;
5. Teman-teman seperjuanganku angkatan 2007 yang telah memberikan dukungan dan semangat kepadaku;
6. Seluruh keluarga besar (baik staff administrasi atau dosen) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
7. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

HALAMAN MOTTO

Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman di antaramu dan orang-orang yang diberi ilmu beberapa derajat.
(Terjemahan Surat Al-Mujaadilah ayat 11)*

Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain).
Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap.
(Terjemahan Surat Al-Insyiroh 6-8)*



* Departemen Agama RI. 2006. *Al-Quran dan Terjemahnya*. Bandung: CV Penerbit Dipenogoro.

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Khusnul Khotimah

NIM : 072110101071

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: *Determinan Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juni 2011

Yang menyatakan,

Khusnul Khotimah

NIM. 072110101071

HALAMAN PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**DETERMINAN PERILAKU PENCEGAHAN IMS DAN HIV/AIDS PADA WANITA
PEKERJA SEKS (WPS) DI LOKALISASI GEMPOL PORONG
KABUPATEN BANYUWANGI**

Oleh

Khusnul Khotimah

NIM 072110101071

Pembimbing:

Dosen Pembimbing I

: Novia Luthviatin, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing II

: Dewi Rokmah, S.KM., M.Kes.

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Determinan Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Senin

Tanggal : 20 Juni 2011

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes
NIP 19730604 200112 1 003

Dewi Rokhmah, S.KM., M.Kes
NIP 19780807 200912 2 001

Anggota I,

Anggota II,

Novia Luthviatin, S.KM., M.Kes
NIP 19801217 200501 2 002

dr. Justina Evy Tyaswati, Sp. KJ
NIP 19641011 199103 2 004

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat,

Drs. Husni Abdul Gani, MS
NIP 19560810 198303 1 003

Determinant of the Behavior Prevention of Sexual Transmitted Infection (STI) and HIV/AIDS on Prostitute in Gempol Porong Localization Banyuwangi Regency

Khusnul Khotimah

*Department of Health Promotion and Behaviour Science
Faculty of Public Health
Jember University*

ABSTRACT

Sexually transmitted infections (STI) and HIV/AIDS in Indonesia tends to increase. Its also happened in East Java and Banyuwangi. Data in Banyuwangi regency showed that prostitute is the largest contributor to HIV/AIDS cases in Banyuwangi. Therefore, we need a prevention against STI and HIV/AIDS on prostitute. This study aims to analyze factors that influence the behavior prevention of STI and HIV/AIDS on Prostitute in Gempol Porong Banyuwangi Localization. This study used quantitative research methods. This research was analytic and survey research using cross sectional approach. The population in this study were all prostitute in Gempol Porong Banyuwangi Localization. The number of samples in this study were 40 prostitute. The data obtained were analyzed by using univariate analysis, bivariate analysis and multivariable analysis using logistic regression statistical tests with significance level of 5% ($\alpha = 0.05$). The results showed that there was influence between knowledge about STI and HIV / AIDS on the behavior of STI prevention and HIV/AIDS on prostitute with p value = 0.021, there was no influence between attitudes about STI and HIV/AIDS with prevention behavior of STI and HIV/AIDS on prostitute with p value = 0.255, and no influence among the important factors for reference in efforts to prevent STI and HIV/AIDS on the behavior of STI prevention and HIV/AIDS on prostitute with p value = 0.251. Based on the results, Health Departement of Banyuwangi, KPA of Banyuwangi and non-governmental organizations (NGOs) in Banyuwangi are expected to cooperate in efforts to increase knowledge of prostitute through the sosialization of information by health worker.

Key words: *Behavior Prevention, STI and HIV/AIDS, Prostitute.*

RINGKASAN

Determinan Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokalisasi Gempol porong Kabupaten Banyuwangi; Khusnul Khotimah; 072110101071; 2011; 99 halaman; Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Infeksi Menular Seksual (IMS) atau sering disebut sebagai penyakit kelamin, adalah penyakit yang penularannya terutama melalui hubungan seksual. IMS merupakan salah satu penyebab penyakit utama di dunia dan memiliki konsekuensi kesehatan, sosial dan ekonomi yang cukup luas. Orang yang mengidap IMS memiliki risiko yang lebih besar untuk terinfeksi HIV. Diperkirakan infeksi HIV yang berulang-ulang dan pemaparan terhadap infeksi-infeksi lain mempengaruhi perkembangan kearah AIDS. Sampai saat ini, penyakit IMS dan HIV/AIDS di Indonesia cenderung terus meningkat. Begitu juga yang terjadi di Jawa Timur dan Kabupaten Banyuwangi. Data di Kabupaten Banyuwangi menunjukkan bahwa WPS merupakan penyumbang terbanyak kasus HIV/AIDS di Kabupaten Banyuwangi. Hal ini menunjukkan bahwa WPS merupakan salah satu kelompok berisiko tinggi yang rentan terhadap penularan IMS dan HIV/AIDS. Oleh karena itu, diperlukan suatu upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS pada WPS.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis determinan perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPS di lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi. Jenis Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dan survey analitik dan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh WPS di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 40 WPS yang diperoleh dari rumus *Snedecor dan Cochran*. Pengambilan data dalam penelitian ini melalui penyebaran kuesioner dan peneliti akan memandu dalam proses pengisian kuesioner. Data yang diperoleh

kemudian dianalisis dengan menggunakan analisis univariat, analisis bivariat, dan analisis multivariabel dengan menggunakan uji statistik regresi logistik dengan tingkat kemaknaan sebesar 5 % ($\alpha = 0,05$).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada umumnya karakteristik responden sebagian besar berumur 20-35 tahun, mempunyai tingkat pendidikan yang rendah yaitu tamat SD, lama kerja menjadi WPS lebih dari 1 tahun, dan status pernikahan sebagai janda, serta berasal dari luar daerah Kabupaten Banyuwangi. Tingkat pengetahuan responden tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya dengan persentase 62,5% adalah sedang, sikap terhadap responden IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya dengan persentase 62,5% adalah positif dan orang penting sebagai referensi dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS dengan persentase 70% adalah lengkap. Sebagian besar responden menyatakan orang penting sebagai referensi yang biasa memberikan dukungan adalah tenaga kesehatan, mami atau mucikari, LSM, serta teman-teman sesama WPS. Perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPS di Lokalisasi Gempol Porong dengan persentase 80% adalah baik dalam pemakaian kondom.

Disamping itu hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh antara pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPS dengan $p\ value = 0,021$, tidak ada pengaruh antara sikap tentang IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPS dengan $p\ value = 0,255$, dan tidak ada pengaruh antara faktor orang penting sebagai referensi dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPS. dengan $p\ value = 0,251$. Berdasarkan hasil penelitian, diharapkan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Banyuwangi dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Kabupaten Banyuwangi bekerjasama dalam upaya meningkatkan pengetahuan WPS tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya melalui sosialisasi informasi oleh petugas kesehatan dengan menggunakan metode dan media yang lebih bervariasi..

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah S.W.T. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "*Determinan Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi*". Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Strata Satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan, bimbingan, dan petunjuk dari berbagai pihak. Pada kesempatan kali ini penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih dan penghargaan yang tidak terhingga kepada:

1. Drs. Husni Abdul Gani, MS., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Novia Luthviatin, S.KM., M.Kes. selaku Ketua Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan Dosen Pembimbing I dan Dewi Rokhmah, S.KM., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing II yang telah memberikan ilmu, motivasi, bimbingan, saran dan masukan, pemikiran dan perhatian serta meluangkan waktunya sehingga skripsi ini dapat disusun dengan baik;
3. Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes selaku Ketua Penguji dan dr. Justina Evy Tyaswati, Sp. KJ selaku Anggota Penguji II yang telah memberikan kritikan maupun saran dalam penulisan skripsi ini;
4. Bapak H. Hariadji Sugito, S.KM., MM selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi yang telah memberikan ijin bagi penulis untuk melakukan penelitian di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi;
5. Bapak Warsito selaku Kepala Desa Kaliposo Kecamatan Cluring Kabupaten Banyuwangi, dan seluruh pengurus Lokalisasi Gempol Porong yang telah memberikan ijin bagi penulis untuk melakukan penelitian;

6. Bapak Khoiron selaku Ketua LSM KKBS Kabupaten Banyuwangi beserta staff yang telah banyak membantu dalam penyusunan skripsi ini;
7. Semua guru-guruku serta bapak dan ibu dosen yang telah menyalurkan ilmunya semoga bermanfaat dan mendapatkan balasan dari-Nya. Amiin Ya Rabbal'alamin;
8. Kedua orang tuaku, Ibunda Sunariyati dan Bapak Khoiril Anam, Kakak-kakakku Nuriyah dan Ahmad Yasin, S.Pd serta Adikku Zainul Arifin, terimakasih atas do'a, cinta kasih, perhatian, dan dukungan serta nasehatnya;
9. Teman-temanku Riska W. dan Endah Wahyu yang telah membantu dalam proses penelitian, serta Azizah, S.TP terima kasih atas segala masukan dan dukunganmu;
10. Teman-teman peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku yang saya sayangi (Anis, Syahvira, Yuskinau, Riska, Dinda, Devita, Maya, Ichsan, Dewi, Friska, Dewi, Sonny, Ratih, Gizella, Rina, Ifa, Widya, Tansil). Terima kasih atas semua nasehat, teguran, semangat, do'a, dan juga perhatian sehingga penulis dapat termotivasi untuk menyelesaikan skripsi ini;
11. Teman-teman seperjuangan angkatan 2007, terima kasih atas kritik, semangat dan doa yang telah diberikan;
12. Keluarga di Jember Kos 48B (Ria, Nurul, Rere, Hanik, Leni, Mery, Yuli, Yovi), terima kasih atas semangat dan canda tawanya sampai saat ini;
13. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya, penulis menyampaikan terima kasih.

Jember, Juni 2011

Penulis

DAFTAR ISI

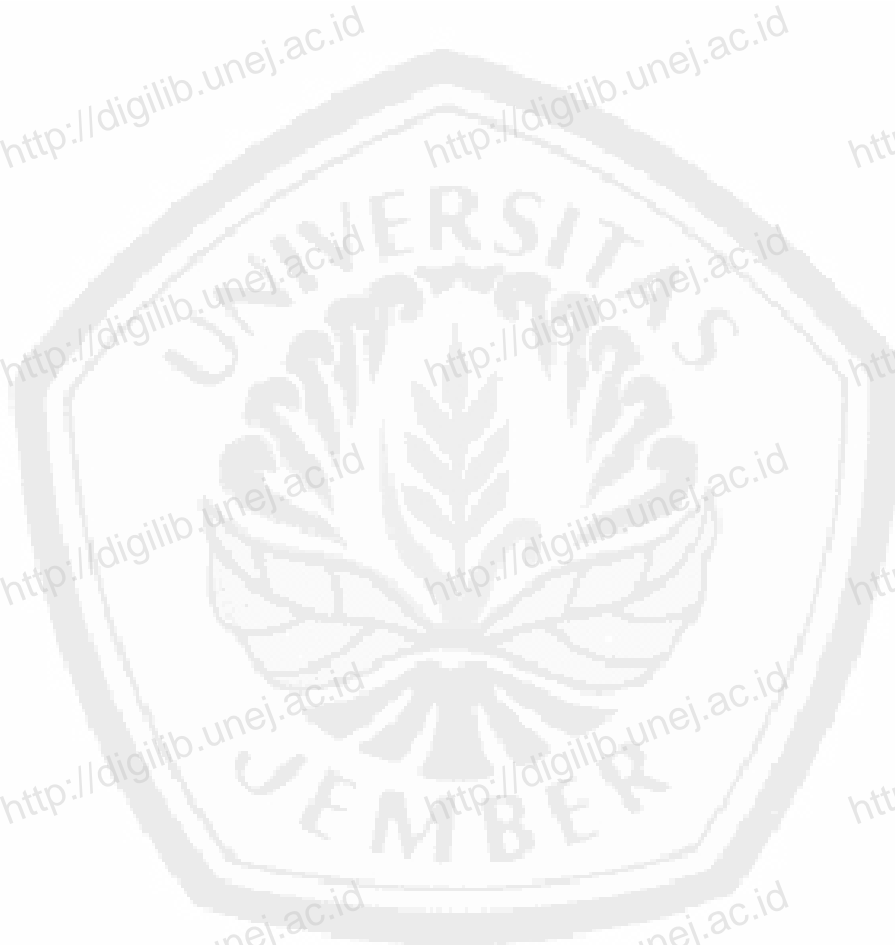
	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
ABSTRACT	vii
RINGKASAN	viii
KATA PENGANTAR.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR SINGKATAN.....	xix
DAFTAR LAMBANG	xxi
DAFTAR LAMPIRAN	xxii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7

1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.4.2 Manfaat Praktis.....	8
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Infeksi Menular Seksual (IMS).....	9
2.1.1 Definisi Infeksi Menular Seksual (IMS).....	9
2.1.2 Gejala Umum Infeksi Menular Seksual (IMS).....	9
2.1.3 Macam-Macam Infeksi Menular Seksual	10
2.1.4 Akibat-Akibat Infeksi Menular Seksual (IMS).....	15
2.1.5 Pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS).....	16
2.2 HIV/AIDS	16
2.2.1 Batasan dan Definisi HIV/AIDS	16
2.2.2 Sejarah HIV/AIDS	19
2.2.3 Epidemiologi HIV/AIDS	19
2.2.4 Cara Penularan HIV/AIDS.....	20
2.2.5 Penyebab HIV/AIDS.....	21
2.2.6 Fase-Fase atau Stadium Infeksi HIV.....	22
2.2.7 Program Penanggulangan HIV/AIDS	23
2.2.8 Pencegahan HIV/AIDS	24
2.3 Wanita Pekerja Seks (WPS).....	24
2.3.1 Definisi Wanita Pekerja Seks (WPS).....	24
2.3.2 Penyebab Timbulnya Pelacuran.....	25
2.3.3 Motif-Motif yang Melatarbelakangi Pelacuran	26
2.3.4 Akibat-Akibat Pelacuran.....	27
2.4 Konsep Perilaku Kesehatan	28
2.4.1 Definisi Perilaku	28
2.4.2 Determinan Perilaku	29
2.4.3 Domain Perilaku	30
2.4.4 Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan	34

2.5 Pencegahan	40
2.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS)	41
2.6.1 Karakteristik Responden.....	41
2.6.2 Pengetahuan Responden	43
2.6.3 Sikap Responden.....	43
2.6.4 Orang Penting Sebagai Referensi	44
2.7 Teori Determinan Perubahan Perilaku Menurut WHO.....	47
2.8 Kerangka Konseptual.....	50
2.9 Hipotesis Penelitian.....	53
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	54
3.1 Jenis Penelitian	54
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	54
3.2.1 Lokasi Penelitian.....	54
3.2.1 Waktu Penelitian.....	55
3.3 Populasi dan Sampel penelitian	55
3.3.1 Populasi Penelitian.....	55
3.3.2 Sampel Penelitian	55
3.4 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Alat Ukur, Cara Pengukuran, dan Skala Data	57
3.5 Data dan Sumber Data.....	62
3.5.1 Data Primer	62
3.5.2 Data Sekunder	62
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	62
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	62
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	63
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data.....	63
3.7.1 Teknik Penyajian Data	63
3.7.2 Analisis Data	64

3.8 Kerangka Operasional	67
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	68
4.1 Karakteristik Responden.....	68
4.1.1 Umur	68
4.1.2 Tingkat Pendidikan	69
4.1.3 Lama Menjadi WPS.....	70
4.1.4 Status Pernikahan.....	72
4.1.5 Asal Tempat Tinggal WPS	73
4.2 Pengetahuan Responden tentang IMS dan HIV/AIDS serta Upaya Pencegahannya	74
4.3 Sikap Responden tentang IMS dan HIV/AIDS serta Upaya Pencegahannya.....	76
4.4 Orang Penting Sebagai Referensi dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV/AIDS	79
4.5 Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS di Lokasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi.....	82
4.6 Pengaruh Faktor Pengetahuan terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi	85
4.7 Pengaruh Faktor Sikap terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi.....	88
4.8 Pengaruh Faktor Orang Penting sebagai Referensi dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV/AIDS terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPS di Lokasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi	90

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	93
5.1 Kesimpulan.....	93
5.2 Saran.....	94
DAFTAR PUSTAKA.....	95
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Variabel, Definisi Operasional, Alat Ukur, dan Cara Pengukuran, serta Skala Data.....	58
4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur.....	68
4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	70
4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Menjadi WPS	71
4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Pernikahan	72
4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Asal Tempat Tinggal WPS	73
4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS serta Upaya Pencegahannya	75
4.7 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Sikap terhadap IMS dan HIV/AIDS serta Upaya Pencegahannya.....	77
4.8 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Orang Penting Sebagai Referensi dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV/AIDS	80
4.9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS	83
4.10 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS	85
4.11 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap terhadap IMS dan HIV/AIDS terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS	88
4.12 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Orang Penting Sebagai Referensi Dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV/AIDS terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS	91

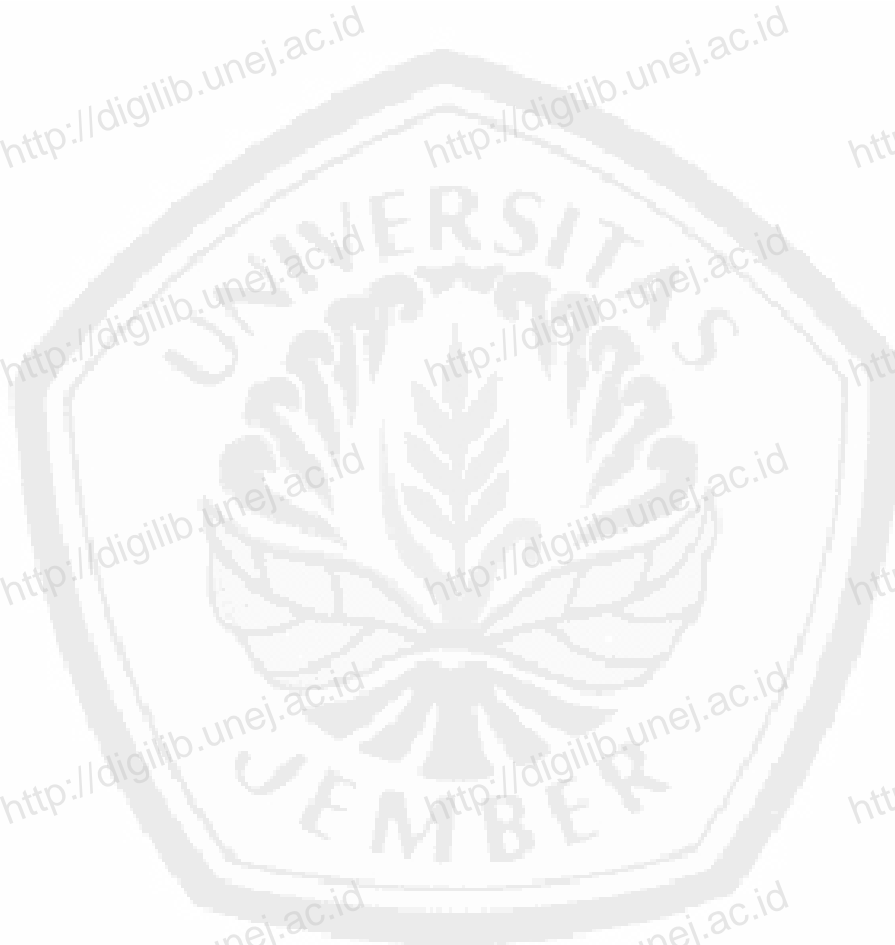
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
1.1 Jumlah Kasus Baru HIV/AIDS di Indonesia Selama Tahun 2006-2010.	2
1.2 Jumlah Kasus HIV/AIDS di Kabupaten Banyuwangi Tahun 2006- 2010	3
1.3 Penularan kasus HIV/AIDS di Kabupaten Banyuwangi tahun 2010.....	4
1.4 Persentase Kasus HIV/AIDS Berdasarkan Faktor Risiko di Kabupaten Banyuwangi tahun 2010.....	5
2.1 Asumsi Determinan Perilaku Manusia.....	30
2.2 Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi.....	33
2.3 Kerangka Konseptual Penelitian.....	52
3.1 Kerangka Pengambilan Sampel Penelitian.....	57
3.2 Kerangka Operasional Penelitian.....	67

DAFTAR SINGKATAN

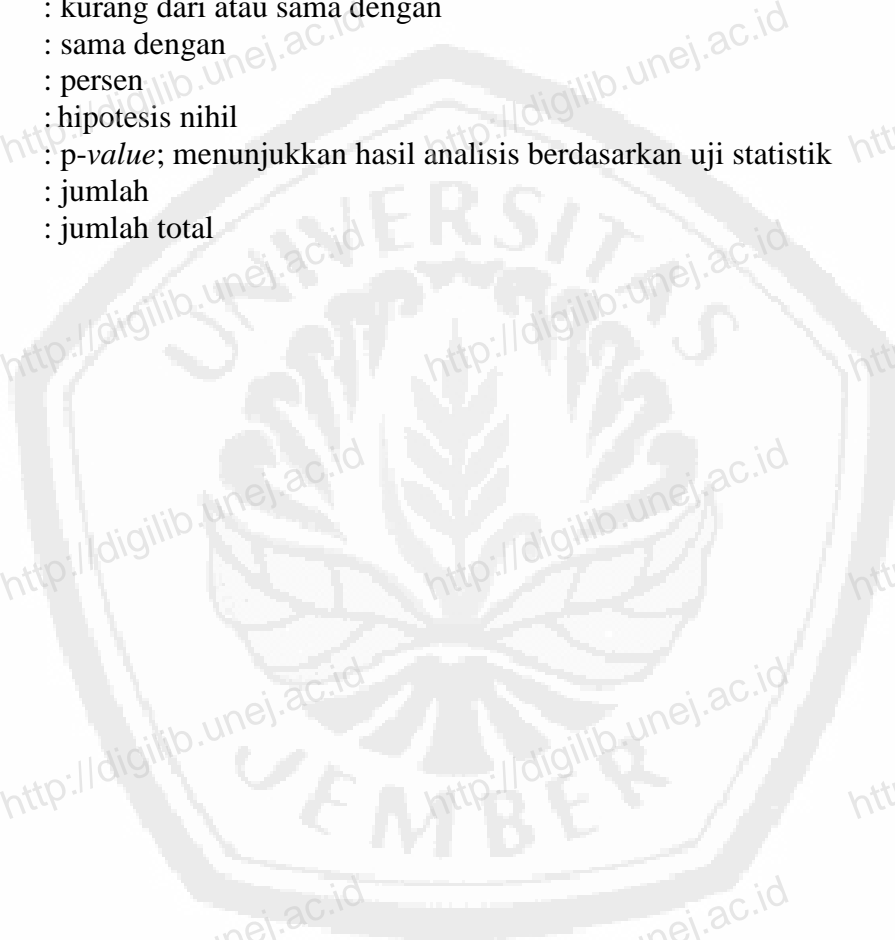
AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
CPD	: <i>Continuing Profesional Development</i>
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Ditjen PPM & PL	: Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IDU	: <i>Injection Drug Use</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IUD	: <i>Intra Uterine Devices</i>
KB	: Keluarga Berencana
KKBS	: Kelompok Kerja Bina Sehat
KPA	: Komisi Penanggulangan AIDS
LCM	: <i>Landing Craft Motor</i>
LPS	: Lelaki Penjaja Seks
LSL	: Lelaki Suka Seks Dengan Lelaki
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
ODHA	: Orang Dengan HIV/AIDS
P2MPLP	: Pemberantasan Penyakit Menular dan Pembinaan Lingkungan Pemukiman
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PPML	: Pemberantasan Penyakit Menular Langsung
PSK	: Pekerja Seks Komersial
PSP	: Pekerja Seks Perempuan
RS	: Rumah Sakit
STD	: <i>Sexually Transmitted Diseases</i>
TKW	: Tenaga Kerja Wanita
WHO	: <i>World Health Organization</i>

WPS : Wanita Pekerja Seks
WTS : Wanita Tuna Susila
YCUI : Yayasan Citra Usadha Indonesia



DAFTAR LAMBANG

α	: alfa, taraf signifikansi
/	: per, atau
>	: lebih dari
<	: kurang dari
\leq	: kurang dari atau sama dengan
=	: sama dengan
%	: persen
H_0	: hipotesis nihil
p	: <i>p-value</i> ; menunjukkan hasil analisis berdasarkan uji statistik
n	: jumlah
N	: jumlah total



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Pengantar Kuesioner	100
B. Pernyataan Persetujuan	101
C. Kuesioner Penelitian	102
D. Rekap Hasil Kuesioner	110
E. Hasil Analisis Bivariat	113
F. Hasil Analisis Multivariat	119
G. Surat Ijin Pengambilan Data Awal	122
H. Surat Ijin Penelitian	123
I. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	124
J. Dokumentasi	126

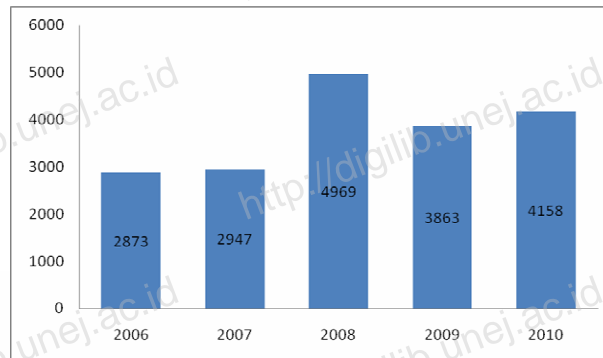
BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Infeksi Menular Seksual (IMS) atau sering disebut sebagai penyakit kelamin, adalah penyakit yang penularannya terutama melalui hubungan seksual. (Daili, 2002). Ditjen PPM & PL Depkes RI berpendapat dalam Daili (2007), IMS/STD (Infeksi Menular Seksual/*Sexually Transmitted Diseases*) sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia, baik di negara maju (industri) maupun di negara berkembang. Berdasarkan laporan-laporan yang dikumpulkan oleh WHO, setiap tahun di seluruh negara terdapat sekitar 250 juta penderita baru yang meliputi gonore, sifilis, herpes genitalis, dan jumlah tersebut cenderung meningkat dari tahun ke tahun (Daili, 2007).

Infeksi Menular Seksual merupakan salah satu penyebab penyakit utama di dunia dan memiliki dampak kesehatan, sosial dan ekonomi yang cukup luas. Orang yang mengidap Infeksi Menular Seksual (IMS) memiliki risiko yang lebih besar untuk terinfeksi HIV, karena luka yang terbuka memberi jalan masuk bagi HIV/AIDS (KKBS, 2010). HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah penyebab AIDS yang ditularkan antara manusia terutama melalui kontak seksual. Diperkirakan infeksi HIV yang berulang-ulang dan pemaparan terhadap infeksi-infeksi lain mempengaruhi perkembangan kearah AIDS (Daili, 2007).

Hingga saat ini laju penularan HIV di Indonesia cenderung terus meningkat, demikian pula peningkatan jumlah kasus AIDS. Berikut ini menggambarkan perkembangan kasus baru HIV/AIDS di Indonesia yang terdata selama tahun 2006-2010.



Gambar 1.1 Jumlah Kasus Baru HIV/AIDS di Indonesia Selama Tahun 2006-2010 (Sumber : Ditjen PPM & PL Departemen Kesehatan RI).

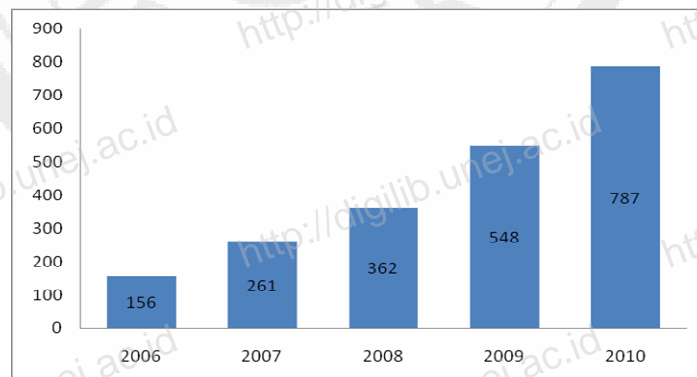
Gambar 1.1 menunjukkan bahwa sejak tahun 2006-2010 jumlah kasus baru HIV/AIDS di Indonesia meningkat secara signifikan. Pada tahun 2010, dilaporkan tambahan kasus HIV/AIDS di Indonesia sebanyak 4158 kasus. Dengan tambahan kasus sebanyak 4158 maka secara kumulatif jumlah kasus HIV/AIDS yang dilaporkan sampai dengan Desember tahun 2010 tercatat sebesar 24.131 kasus (laki-laki sebanyak 17.626, perempuan sebanyak 6416, dan tidak diketahui sebesar 89).

HIV/AIDS merupakan salah satu penyakit yang dapat menular dengan berbagai cara. Adapun cara penularan penyakit HIV/AIDS di Indonesia menurut faktor risiko yang dilaporkan sampai dengan Desember 2010 yaitu sebagian besar penularannya melalui hubungan seksual baik secara heteroseksual maupun homobiseksual yakni sebanyak 13.441 kasus. Disamping itu, data statistik kasus HIV/AIDS yang dilaporkan oleh Ditjen PPM & PL Depkes RI memperlihatkan bahwa Jawa Timur menduduki urutan kedua tertinggi setelah DKI Jakarta. Adapun jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS di Provinsi Jawa Timur yaitu sebanyak 3771 kasus. Hal ini menunjukkan bahwa Provinsi Jawa Timur rentan terhadap penularan kasus HIV/AIDS.

Kabupaten Banyuwangi merupakan kabupaten yang terletak di wilayah bagian timur dari provinsi Jawa Timur. Kabupaten Banyuwangi terletak sangat strategis dimana merupakan daerah yang berbatasan langsung dengan pulau Bali

sehingga menjadikan Banyuwangi semakin pada posisi rentan terhadap kemungkinan penularan infeksi penyakit menular dan HIV/AIDS. Hal ini dikarenakan banyaknya industri seks yang menyebar ke seluruh pelosok Bali. Berdasarkan laporan dari YCUI, hampir di setiap desa terdapat industri seks. Dengan banyaknya industri seks tersebut, aktivitas seksual berisiko semakin luas sehingga kemungkinan penyebaran infeksi penyakit kelamin semakin meningkat (YCUI, 2006). Disamping itu, dalam penelitian Aditiya (2008) disebutkan bahwa terjadi mobilitas antara wanita pekerja seks di Banyuwangi dengan wanita pekerja seks di Bali. Hal ini dikarenakan jarak yang demikian dekat, memungkinkan kedua penduduk saling berinteraksi secara terus-menerus dan berkesinambungan. Dampak dari interaksi dua budaya tersebut diantaranya adalah bisnis prostitusi (Prajaku, 2009). Akibat dari bisnis prostitusi tersebut diantaranya adalah dapat menimbulkan dan menyebarkan penyakit kulit dan kelamin (Kartono, 2005). Hal ini didukung data dari Ditjen PPM & PL Depkes RI yang melaporkan bahwa pulau Bali termasuk dalam urutan kelima tertinggi kasus HIV/AIDS di Indonesia.

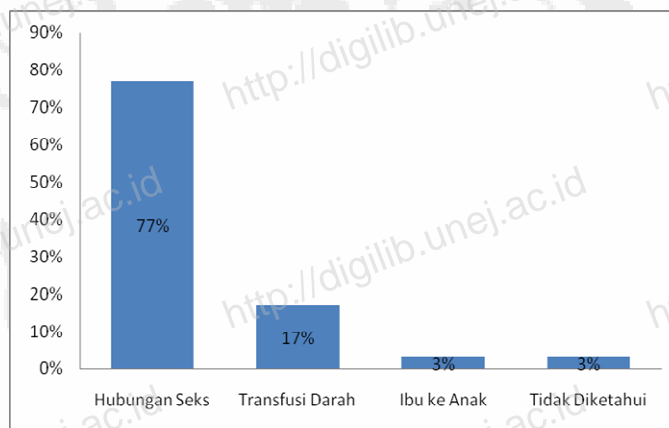
Berdasarkan data yang diperoleh, jumlah penderita HIV/AIDS di Kabupaten Banyuwangi, terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Berikut ini jumlah kasus HIV/AIDS yang terdata pada Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi Tahun 2006-2010 :



Gambar 1.2 Jumlah Kasus HIV/AIDS di Kabupaten Banyuwangi Tahun 2006- 2010 (Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, 2011).

Gambar 1.2 menunjukkan adanya peningkatan kasus HIV/AIDS yang signifikan di Kabupaten Banyuwangi. Sampai dengan tahun 2010, jumlah kasus HIV/AIDS di Kabupaten Banyuwangi sebesar 787 kasus. Peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS ini menjadikan Banyuwangi menduduki peringkat tiga se-Jawa Timur, setelah Surabaya dan Malang (CPD Dokter Indonesia, 2009).

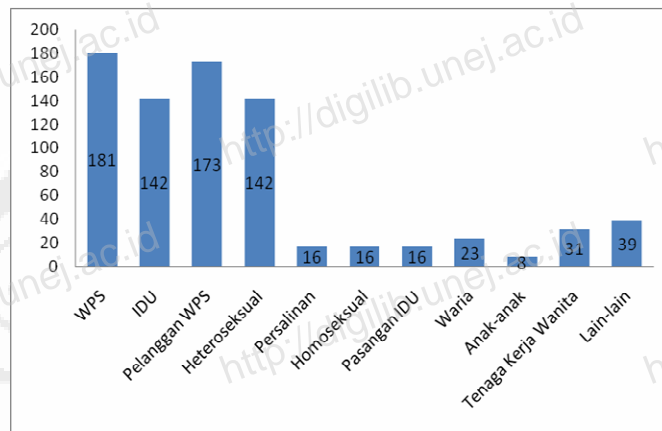
Peningkatan dan penyebaran kasus IMS dan HIV/AIDS di Kabupaten Banyuwangi tidak terlepas dari kaitannya dengan perilaku berisiko tinggi di masyarakat. Perilaku berisiko tinggi ialah perilaku yang menyebabkan seseorang mempunyai risiko besar terserang penyakit (Daili, 2007). Berikut ini persentase penularan kasus HIV/AIDS di Kabupaten Banyuwangi tahun 2010, yaitu :



Gambar 1.3 Penularan Kasus HIV/AIDS di Kabupaten Banyuwangi tahun 2010 (Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, 2011).

Gambar 1.3 menunjukkan persentase penularan tertinggi kasus HIV/AIDS di Banyuwangi yaitu melalui hubungan seksual sebesar 77%. Cara penularan melalui hubungan seksual umumnya terjadi pada kelompok risiko tinggi. Kelompok risiko tinggi tersebut diantaranya adalah Wanita Pekerja Seks (WPS), pelanggan lelaki dari WPS, pengguna napza suntik (IDU), Lelaki Suka Seks dengan Lelaki (LSL) antara lain Lelaki Penjaja Seks (LPS) dan gay, pelanggan wanita dari LPS, waria penjaja seks dan pasangannya, serta pasangan seks dari kelompok risiko tersebut.

WPS merupakan salah satu kelompok risiko yang terbiasa melakukan aktivitas seksualnya dengan pasangan yang tidak tetap dan seringkali hubungan seks tersebut dilakukan secara tidak aman, seperti tidak menggunakan kondom ketika melayani pelanggannya (Raka, 2010). Berikut ini persentase kasus HIV/AIDS berdasarkan faktor risiko di Kabupaten Banyuwangi tahun 2010, yaitu:



Gambar 1.4 Persentase Kasus HIV/AIDS Berdasarkan Faktor Risiko di Kabupaten Banyuwangi tahun 2010 (Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, 2011).

Gambar 1.4 menunjukkan bahwa WPS merupakan penyumbang terbanyak kasus HIV/AIDS di Kabupaten Banyuwangi yakni sebanyak 181 kasus dari total kasus sebanyak 787. Hal ini menunjukkan bahwa WPS di Kabupaten Banyuwangi merupakan salah satu kelompok berisiko tinggi yang rentan terhadap penularan HIV/AIDS. Oleh karena itu, diperlukan suatu upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS. Pencegahan penularan terhadap IMS dan HIV/AIDS lebih diutamakan pada kelompok yang mempunyai risiko tinggi terkena penyakit tersebut. Hal ini bertujuan agar dapat mencegah semakin meluasnya IMS dan HIV/AIDS di masyarakat karena kelompok risiko tinggi mempunyai peluang untuk menyebarkan dan menularkan kepada orang lain.

WPS erat kaitannya dengan kehidupan lokalisasi. Lokalisasi merupakan salah satu tempat praktik prostitusi komersial bagi para WPS. Beberapa lokalisasi di Kabupaten Banyuwangi diantaranya adalah lokalisasi Padang Bulan, Pakem, Ringin

Telu, LCM/Warung Panjang/Tenda Biru, Gempol Porong, Padang Pasir, Turian, Klopoan, Wonosobo, dan Sumber Kembang, serta Pulau Merah. Lokalisasi-lokalisasi tersebut merupakan lokalisasi yang sudah mendapatkan penjangkauan dan pendampingan dari Dinas Kesehatan beserta Puskesmas, LSM KKBS, serta KPA Kabupaten Banyuwangi.

Lokalisasi Gempol Porong merupakan salah satu lokalisasi yang tergolong besar dari beberapa lokalisasi di Kabupaten Banyuwangi dalam hal jumlah WPS serta wisma yang ada di lokalisasi tersebut. Berdasarkan hasil survei pendahuluan, jumlah WPS di lokalisasi Gempol Porong cenderung berubah-ubah setiap waktu yaitu sekitar 60-80 WPS. Hal ini dikarenakan mobilitas yang tinggi pada WPS di lokalisasi tersebut. Berdasarkan data selama tahun 2010 menunjukkan bahwa temuan kasus HIV/AIDS di lokalisasi Gempol Porong sebesar 0,9%, temuan kasus IMS mengalami penurunan setiap bulannya dan terkait penggunaan kondom (*condom use*) pada WPS paling baik jika dibandingkan dengan lokalisasi lain yang ada di Kabupaten Banyuwangi (KKBS, 2011).

Berdasarkan daya hasil survei KKBS pada Maret 2011 diperoleh hasil tidak ditemukan kasus IMS pada WPS di lokalisasi ini serta WPS yang selalu menggunakan kondom sebesar 64%, kadang-kadang sebesar 28%, dan tidak pernah sebesar 8% (KKBS, 2011). Hal ini menunjukkan bahwa upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS sudah dilakukan oleh WPS di lokalisasi ini.

Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti ingin melakukan penelitian tentang beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka dapat dirumuskan suatu permasalahan sebagai berikut : “faktor apakah yang mempengaruhi perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di lokasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengkaji karakteristik Wanita Pekerja Seks (WPS) yaitu umur, tingkat pendidikan, status pernikahan, dan lama menjadi WPS, serta asal tempat tinggal WPS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi
- b. Mengkaji pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi
- c. Mengkaji sikap tentang IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi
- d. Mengkaji orang penting sebagai referensi meliputi tenaga kesehatan, mucikari, LSM, keluarga, dan teman sesama WPS (*peer group*), serta pelanggan dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi
- e. Mengkaji perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi
- f. Menganalisis pengaruh faktor pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi
- g. Menganalisis pengaruh faktor sikap tentang IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi
- h. Menganalisis pengaruh faktor orang penting sebagai referensi meliputi tenaga kesehatan, mucikari, pendamping dari LSM, keluarga, dan teman sesama WPS (*peer group*), serta pelanggan terhadap perilaku pencegahan IMS dan

HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis penelitian ini bermanfaat untuk menambah khasanah ilmu pengetahuan tentang Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku yang telah diperoleh di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember khususnya terkait dengan faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan IMS dan HIV/ AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Sebagai bahan masukan bagi institusi yang terkait seperti Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kabupaten Banyuwangi, Dinas Kesehatan dan Puskesmas, serta Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dalam rangka penyusunan program dan kebijakan tentang pencegahan penularan IMS dan HIV/AIDS khususnya di Kabupaten Banyuwangi.
- b. Sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya dalam hal perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS).
- c. Sebagai tambahan wawasan dan pengalaman bagi peneliti dalam menerapkan pengetahuan yang telah diperoleh tentang Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku khususnya tentang pencegahan IMS dan HIV/AIDS.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Infeksi Menular Seksual (IMS)

2.1.1 Definisi Infeksi Menular Seksual (IMS)

Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah infeksi yang ditimbulkan karena hubungan seksual baik melalui oral, anal, maupun genital. Apabila tidak diobati secara tepat maka infeksi dapat menjalar dan menjadi semakin parah sehingga dapat menyebabkan kemandulan. Infeksi Menular Seksual (IMS) dapat disebabkan oleh jamur, bakteri maupun virus. Infeksi Menular Seksual (IMS) yang disebabkan oleh jamur dan bakteri biasanya lebih mudah disembuhkan, apabila diobati sejak awal dengan penanganan yang tepat dari dokter (Pratiwi, 2005).

2.1.2 Gejala Umum Infeksi Menular Seksual (IMS)

Orang yang baru terkena IMS pada awalnya seringkali tidak menyadari bahwa dia sudah terinfeksi. Hal tersebut dikarenakan IMS sering kali tidak menunjukkan gejala. Setelah beberapa minggu, beberapa bulan atau bahkan tahun IMS terkadang baru menunjukkan tanda-tandanya. Tanda-tanda umum orang yang terkena IMS adalah (Pratiwi, 2005) :

- a. Terasa nyeri, panas atau pedih saat kencing
- b. Keluar cairan dari vagina, penis atau dubur yang tidak biasa. Pada perempuan cairan dapat berwarna putih susu, kekuningan, kehijauan atau disertai bercak darah. Cairan dapat pula berbentuk seperti serpihan susu dengan disertai bau yang tidak enak.
- c. Gatal-gatal di sekitar alat kelamin
- d. Bengkak di lipatan paha
- e. Pada laki-laki kantong pelir menjadi bengkak dan nyeri
- f. Sakit perut pada bagian bawah yang tidak berhubungan dengan terjadinya haid
- g. Tumbuh seperti jengger ayam atau kutil di sekitar kemaluan

- h. Keluar darah setelah berhubungan
- i. Seringkali merasa tidak enak badan atau demam

2.1.3 Macam-macam Infeksi Menular Seksual (IMS)

Macam-macam Infeksi Menular Seksual (IMS) berdasarkan penyebabnya antara lain :

- a. Infeksi Menular Seksual (IMS) dengan penyebab bakteri

1) Sifilis

Sifilis adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Treponema pallidum*, merupakan penyakit kronis dan bersifat sistemik, selama perjalanan penyakit dapat menyerang seluruh organ tubuh, ada masa laten tanpa manifestasi lesi di tubuh, dan dapat ditularkan kepada bayi di dalam kandungan (Daili, 2007).

Penularannya melalui hubungan seksual, masa inkubasi berlangsung 3-4 minggu hingga 13 minggu. Gejalanya dimulai dengan timbul benjolan di alat kelamin, kemudian benjolan tersebut berubah warna menjadi merah kemudian hilang sendiri tanpa diobati. Selama 2-3 tahun pertama penyakit ini tidak akan menunjukkan gejala apapun, namun setelah 5-10 tahun penyakit ini dapat menyerang syaraf. Pada wanita hamil penyakit ini dapat menyebabkan bayi lahir dengan keterbelakangan mental, kerusakan kulit, hati, limpa ataupun kematian (Pratiwi, 2005).

2) Gonore

Gonore merupakan salah satu macam Infeksi Menular Seksual (IMS) yang disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae*. Masa tunas gonore sangat singkat, pada pria umumnya berkisar antara 2-5 hari dan kadang-kadang lebih lama. Pada wanita masa tunas sulit untuk ditentukan karena pada umumnya *asimtomatik*. Tempat masuk kuman pada pria di uretra menimbulkan uretritis, yang paling sering adalah uretritis anterior akuta dan dapat menjalar ke proksimal, dan mengakibatkan komplikasi lokal, asendens serta diseminata. Keluhan subjektif berupa rasa gatal, panas di bagian distal uretra disekitar

orifisium uretra eksternum, kemudian disusul disuria, polakisuria, keluar duh tubuh dari ujung uretra yang kadang-kadang disertai darah, dapat pula disertai nyeri pada waktu ereksi (Daili, 2007).

Gambaran klinis dan perjalanan penyakit pada wanita berbeda dari pria. Hal ini disebabkan oleh perbedaan anatomi dan fisiologi alat kelamin pria dan wanita. Pada wanita, penyakit akut maupun kronik, gejala subjektif jarang ditemukan dan hampir tidak pernah didapati kelainan objektif. Infeksi pada wanita, pada mulanya hanya mengenai serviks uteri. Dapat *asimtomatik*, kadang-kadang menimbulkan rasa nyeri pada panggul bawah. Cairan (*duh*) tubuh akan terlihat lebih banyak apabila terjadi servisitis akut atau disertai vaginitis yang disebabkan oleh *Trichomonas vaginalis* (Daili, 2007).

3) Ulkus Mole (*Chancroid*)

Ulkus mole atau yang sering disebut *chancroid* adalah penyakit infeksi genitalia akut, setempat, dan *inokulasi* sendiri (*auto inoculable*) yang disebabkan oleh *Haemophilus ducreyi* dengan gejala klinis khas berupa ulkus pada tempat masuk dan seringkali disertai supurasi kelenjar getah bening regional. Masa inkubasi pada pria berkisar antara 2-35 hari dengan waktu rata-rata 7 hari. Sedangkan pada wanita sulit ditemukan kasus *asimtomatik* (Daili, 2007).

Penyakit ini sering ditemukan pada pria heteroseksual dan hanya sedikit laporan tentang penyakit ini pada pria homoseksual. Tempat masuk kuman merupakan daerah yang sering atau mudah mengalami abrasi, erosi, atau ekskoriasi yang disebabkan oleh trauma, infeksi lain, atau iritasi yang berhubungan dengan kurangnya higiene perorangan. Tidak ada gejala prodormal sebelum timbulnya ulkus dan tidak ada gejala sistemik. Keluhan pada penderita pria biasanya berhubungan dengan ulkus atau adenopati inguinal yang menyertainya (Daili, 2007).

Pada wanita, ulkus mole *chancroid* memberikan gambaran yang bervariasi. Wanita kadang-kadang tidak menyadarinya sehingga baru datang

berobat setelah lanjut penyakitnya. Keluhan pada wanita seringkali tidak berhubungan dengan ulkus, misalnya disuria, nyeri waktu defekasi, dispareunia, atau cairan (*duh*) vagina (Daili, 2007).

4) Vaginosis bakterial

Adalah sindrom klinik akibat pergantian *Lactobasillus Spp* penghasil H_2O_2 yang merupakan flora normal vagina dengan bakteri anaerob dalam konsentrasi tinggi (misalnya : *Bacteroides Spp*, *Mobiluncus Spp*), *Gardnerella vaginalis*, dan *Mycoplasma hominis*. Wanita dengan vaginosis bakterial dapat tanpa gejala atau mempunyai bau vagina yang khas yaitu bau amis, terutama waktu berhubungan seksual. Bau tersebut disebabkan adanya *amin* yang menguap bila cairan vagina menjadi basa. Cairan seminal yang basah (pH 7,2) menimbulkan terlepasnya *amin* dari perlekatannya pada protein dan *amin* yang menguap menimbulkan bau yang khas. Walaupun beberapa wanita mempunyai gejala yang khas, namun pada sebagian besar wanita dapat *asimtomatik* (Daili, 2007).

b. Infeksi Menular Seksual (IMS) dengan penyebab virus

1) Herpes Genitalis

Herpes genitalis adalah infeksi pada genital yang disebabkan oleh *Herpes simplex virus* (HSV) dengan gejala khas berupa vesikel yang berkelompok dengan dasar eritema dan bersifat rekuren. Masa inkubasi penyakit ini umumnya berkisar antara 3-7 hari, tetapi dapat lebih lama. Gejala yang timbul dapat bersifat berat, tetapi bisa juga *asimtomatik* terutama bila lesi ditemukan pada daerah serviks (Daili, 2007).

Apabila pada kehamilan timbul herpes genitalis, perlu mendapat perhatian yang serius, karena melalui plasenta virus dapat sampai ke sirkulasi fetal serta dapat menimbulkan kerusakan atau kematian pada janin. Kelainan yang timbul pada bayi dapat berupa ensefalitis, mikrosefali, hidrosefali, koroidorenetis, keratokonjungtivitis, atau hepatitis. Disamping itu juga dapat timbul lesi pada kulit (Daili, 2007).

2) Kondiloma Akuminata

Kondiloma akuminata (KA) adalah infeksi menular seksual yang disebabkan oleh *Human papiloma virus* (HPV) tipe tertentu dengan kelainan berupa *fibroepitelioma* pada kulit dan mukosa. Nama lain kondiloma akuminata adalah *genital warts*, kutil kelamin, atau penyakit jengger ayam (Daili, 2007).

Masa inkubasi kondiloma akuminata berlangsung antara 1-8 bulan (rata-rata 2-3 bulan). HPV masuk ke dalam tubuh melalui mikrolesi pada kulit, sehingga kondiloma akuminata sering timbul di daerah yang mudah mengalami trauma pada saat hubungan seksual. Pada pria tempat yang sering terkena adalah glans penis, sulkus koronarius, frenulum dan batang penis. Sedangkan pada wanita adalah *fourchette posterior*, vestibulum (Daili, 2007).

3) Infeksi HIV dan AIDS

AIDS (*Acquired immunodeficiency syndrome*) adalah sindrom dengan gejala penyakit infeksi oportunistik atau kanker tertentu akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh infeksi HIV (*Human immunodeficiency Virus*). HIV dapat ditularkan melalui sperma, darah, dan cairan vagina. Penularannya dapat melalui pemakaian jarum suntik bekas orang yang terinfeksi virus HIV, menerima transfusi darah dari orang yang terinfeksi HIV, berganti-ganti pasangan atau berhubungan dengan orang yang positif terinfeksi HIV. Ibu hamil yang telah terinfeksi virus ini juga dapat menularkannya kepada janinnya. Gejalanya seringkali tidak tampak pada awalnya. Masa inkubasi dapat berlangsung hingga 5-6 tahun, lalu muncul diare berulang, penurunan berat badan secara drastis, sering mengalami sariawan, dan terjadi pembengkakan di daerah kelenjar getah bening (Pratiwi, 2005).

c. Infeksi Menular Seksual (IMS) dengan penyebab jamur

1) Kandidiasis Vulvovaginal

Kandidiasis vulvovaginal (KVV) adalah infeksi vagina dan/atau vulva oleh kandida, khususnya *C. albicans*, atau kadang-kadang *C. glabrata*.

Bersama dengan trikomoniasis dan vaginosis bakterial menyebabkan gejala keputihan yang banyak membawa wanita berkunjung ke poliklinik IMS. Gambaran Klinik kandidiasis vulvovaginal adalah keluhan panas, atau iritasi pada vulva, dan keputihan yang tidak berbau. Pada pemeriksaan terdapat vulvitis dengan eritema dan edema vulva, fisura perineal, pseudomembran, dan lesi satelit papulo pustular disekitarnya. Disamping itu, terdapat vaginitis dan eksoservisititis baik pada pemeriksaan langsung maupun dengan *kolposkopik*. Dapat terjadi ko-infeksi dengan trikomoniasis maupun vaginosis bakterial (Daili, 2007).

d. Infeksi Menular Seksual (IMS) dengan penyebab protozoa dan ektoparasit

1) Trikomoniasis

Merupakan penyakit infeksi protozoa yang disebabkan oleh *Trichomonas vaginalis*, biasanya ditularkan melalui hubungan seksual dan sering menyerang traktus urogenitalis bagian bawah pada wanita maupun pria, namun pada pria peranannya sebagai penyebab penyakit masih diragukan. Gambaran klinis trikomoniasis pada wanita tidak merupakan parameter diagnostik yang dapat dipercaya. Masa tunas sulit untuk dipastikan, tetapi diperkirakan berkisar antara 2 sampai 28 hari (Daili, 2007).

Pada wanita sering tidak menunjukkan keluhan maupun gejala sama sekali. Bila ada keluhan biasanya berupa cairan (*duh*) tubuh vaginal yang banyak dan berbau. Sedangkan pada pria, spektrum klinik trikomoniasis sangat luas mulai dari tanpa gejala sampai pada uretritis yang hebat dengan komplikasi prostatitis. Masa inkubasi pada pria biasanya tidak melebihi 10 hari (Daili, 2007).

2) Skabies

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi *Sarcoptes scabies var hominis*. Gejala utama skabies adalah pruritus pada malam hari karena aktivitas tungau meningkat pada suhu kulit yang lembab dan hangat. Lesi khas skabies adalah *papul* yang gatal sepanjang

terowongan yang berisi tungau. Lesi yang *patogomonik* untuk skabies adalah terowongan yang hampir tidak terlihat oleh mata, berupa lesi yang agak meninggi, lurus atau berkelok-kelok dan berwarna keabu-abuan. Pada ujung terowongan didapatkan vesikel atau pustul terutama pada bayi dan anak. Terowongan sering ditemukan pada sela jari, pergelangan tangan bagian volar, siku dan penis tetapi sebagian besar dari terowongan ini pada umumnya sudah hilang karena garukan (Daili, 2007).

3) Pedikulosis Pubis

Merupakan infestasi kutu *Phthirus pubis* pada rambut pubis, tetapi kadang-kadang juga dapat ditemukan di alis, bulu mata, dan rambut aksila. Penyakit ini bisa ditularkan melalui kontak fisik yang erat, biasanya pada saat berhubungan seks atau dari orang tua kepada anaknya. Juga dapat ditularkan melalui benda-benda yang dipakai bersama seperti pakaian, handuk dan sprei (Daili, 2007).

2.1.4 Akibat-akibat Infeksi Menular Seksual (IMS)

Jika IMS tidak diobati, maka akan menimbulkan risiko lebih besar yaitu sebagai berikut (Tanjung, 2004) :

- a. Kemandulan bagi laki-laki maupun perempuan
- b. Infeksi menahun yang timbul berulang-ulang yang dapat menyebabkan kerusakan alat reproduksi
- c. Infeksi menyerang susunan saraf berakibat kepikunan dini bahkan kebutaan
- d. Nyeri di perut bagian bawah atau infeksi saluran reproduksi (ISR) bagian dalam atau radang panggul
- e. Infeksi menyeluruh
- f. Diare terus menerus yang tidak sembuh-sembuh dalam jangka waktu lama sebagai salah satu tanda menurunnya pertahanan saluran cerna terhadap infeksi
- g. Infeksi HIV
- h. Menularkan kepada pasangan seksual

- i. Menyebabkan kematian akibat berbagai komplikasi seperti kelumpuhan susunan saraf.

2.1.5 Pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS)

Prinsip utama dari pencegahan IMS adalah tidak membiarkan darah atau cairan mani atau cairan vagina orang lain yang kemungkinan terinfeksi IMS masuk ke dalam tubuh. Untuk pencegahan penularan IMS melalui jalur seksual (Tanjung, 2004), yaitu :

- a. Mengubah perilaku seksual, misalnya dengan menghentikan kegiatan seksual sama sekali atau memilih perilaku seksual yang risikonya lebih rendah
- b. Jika tidak dapat mengubah perilaku seksualnya maka dapat dengan menghindari berganti-ganti pasangan.
- c. Selalu gunakan kondom setiap kali berhubungan seksual
- d. Menyegerakan diri untuk memeriksakan dan mengobati IMS bila terdapat gejala-gejala yang dicurigai
- e. Jangan melakukan hubungan seksual bila terdapat gejala-gejala penyakit.

Cara pencegahan penularan jalur lain, yaitu :

- a. Mencegah masuknya transfusi darah tambahan yang belum diperiksa kebersihannya dari IMS
- b. Berhati-hati sewaktu menangani segala hal yang tercemar oleh darah segar
- c. Mencegah pemakaian alat-alat tembus kulit yang tidak suci hama atau tidak steril, misalnya jarum suntik, alat tato, alat tindik dan sejenisnya yang bekas dipakai oleh orang lain.

2.2 HIV/ AIDS

2.2.1 Batasan dan Definisi HIV/AIDS

Infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah suatu infeksi oleh salah satu dari 2 jenis virus yang secara progresif merusak sel-sel darah putih yang disebut

limfosit, menyebabkan AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) dan penyakit lainnya sebagai akibat dari gangguan kekebalan tubuh (Mahdiana, 2010).

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah penyebab AIDS yang ditularkan antara manusia terutama melalui kontak seksual. Sebagian besar (75%) penularan terjadi melalui hubungan seksual. Cara penularan yang lain adalah secara perinatal dari ibu yang terinfeksi kepada bayinya, melalui transfusi darah yang terkontaminasi, melalui paparan dengan jarum yang terkontaminasi atau benda tajam lainnya yang bisa melukai kulit (Daili, 2007).

Menurut Wartono dalam Budiman (2008), AIDS singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, yaitu penyakit yang disebabkan oleh virus yang merusak sistem kekebalan tubuh manusia. Sehingga manusia dapat meninggal bukan semata-mata oleh virus HIV nya tetapi oleh penyakit lain yang sebenarnya bisa ditolak seandainya daya tahan tubuh tidak rusak. HIV adalah nama virus penyebab AIDS atau disebut *Human Immunodeficiency Virus*.

Parwati (dalam Notoatmodjo, 2007a) mendefinisikan bahwa AIDS sebagai suatu sindrom atau kumpulan gejala penyakit dengan karakteristik defisiensi kekebalan tubuh yang berat dan merupakan manifestasi stadium akhir infeksi virus HIV. Batasan lebih rinci yang biasanya digunakan oleh negara-negara yang mempunyai fasilitas diagnostik yang memadai, definisi AIDS adalah sebagai berikut:

- a. Suatu penyakit yang menunjukkan adanya defisiensi imun seluler, misalnya Sarkoma kaposi atau, satu atau lebih infeksi oportunistik yang di diagnostik dengan cara yang dapat dipercaya.
- b. Tidak adanya sebab-sebab lain imunodefisiensi seluler yang diketahui berkaitan dengan penyakit tersebut.

Untuk negara-negara yang tidak mempunyai fasilitas diagnostik yang memadai, telah disusun suatu ketentuan klinik menurut hasil *workshop* di Bangui, Afrika Tengah, Oktober 1985, sebagai berikut :

- a. Dicurigai AIDS pada orang dewasa bila terdapat paling sedikit 2 gejala mayor dan 1 gejala minor dan tidak ada sebab-sebab immunosupresi yang lain seperti

kanker, malnutrisi berat, atau pemakaian kortikosteroid yang lain. Gejala mayor tersebut adalah :

- 1) Penurunan berat badan lebih dari 10%
- 2) Diare kronik lebih dari 1 bulan
- 3) Demam lebih dari 1 bulan (kontinu atau intermitten)

Sedangkan gejala minor adalah :

- 1) Batuk lebih dari 1 bulan
- 2) Dermatitis pruritik umum
- 3) Herpes *zoster* recurrens
- 4) Kandidiasis *oro-faring*
- 5) Limfadenopati generalisata
- 6) Herpes simpleks diseminata yang kronik progresif

b. Dicurigai AIDS pada anak, bila terdapat paling sedikit 2 gejala mayor dan 2 gejala minor dan tidak ada sebab-sebab immunosupresi yang lain seperti kanker, malnutrisi berat, atau pemakaian kortikosteroid yang lama. Adapun gejala mayor tersebut adalah :

- 1) Penurunan berat badan atau pertumbuhan yang lambat dan abnormal
- 2) Diare kronik lebih dari 1 bulan
- 3) Demam lebih dari 1 bulan (kontinu atau intermitten)

Sedangkan gejala minor adalah :

- 1) Batuk persisten
- 2) Dermatitis generalisata
- 3) Infeksi umum yang berulang
- 4) Kandidiasis *oro-faring*
- 5) Limfadenopati generalisata
- 6) Infeksi HIV pada ibunya

(Notoatmodjo, 2007a).

2.2.2 Sejarah HIV/AIDS

Pertama kali kasus AIDS dilaporkan oleh *Centre for Disease Control* (CDC) di Amerika Serikat pada sekelompok kaum homoseks di California dan New York pada tahun 1981. Pada mereka ditemukan adanya *Sarkoma Kaposi Pneumonia Pneumocystis carinii* dan beberapa gejala klinis yang jarang muncul. Gejala penyakit tersebut semakin jelas diketahui sebagai akibat adanya kegagalan sistem imun dan karenanya disebut AIDS. Kasus serupa dengan cepat dilaporkan dari Eropa Barat, Australia, Amerika Latin, Afrika, dan Asia. Teori tentang adanya faktor infeksi sebagai penyebab baru dapat dikonfirmasi pada tahun 1983 dengan diisolasi virus penyebab AIDS yang sekarang disebut HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*), dan tes serologi pertama kali dapat dilakukan pada tahun 1984 (Notoatmodjo, 2007a).

Etiologi AIDS sampai tahun 1994 diketahui ada dua subtype virus HIV, yaitu HIV 1 dan HIV 2. HIV 1 dan HIV 2 merupakan suatu virus RNA yang termasuk retrovirus dan lentivirus. HIV 1 penyebarannya meluas di hampir seluruh dunia, sedangkan HIV 2 ditemukan pada pasien-pasien dari Afrika Barat dan Portugal. HIV 2 lebih mirip 'monkey' virus yang disebut SIV (*Simian Immuno Deficiency Virus*). Antara HIV 1 dan HIV 2 intinya mirip, tetapi selubung luarnya sangat berbeda (Notoatmodjo, 2007a).

2.2.3 Epidemiologi HIV/AIDS

Dewasa ini dunia tengah mengalami pandemi virus HIV. Pandemi ini tidak hanya menimbulkan dampak negatif di bidang kesehatan, tetapi juga di bidang sosial, ekonomi, dan politik. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia, Departemen Kesehatan RI pada akhir tahun 2003 prevalensi HIV/AIDS berkisar antara 0% - 26,5%, Provinsi Papua menduduki peringkat tertinggi untuk HIV/AIDS ini. Selanjutnya dari laporan yang sama dari 32 provinsi yang ada sampai dengan tahun 2003 telah 22 provinsi yang telah mempunyai kasus HIV/AIDS.

Dilihat penyebaran penderita HIV/AIDS berdasarkan gender, laki-laki 57,71% dan pada perempuan 42,29%. Sedangkan penyebaran berdasarkan umur, HIV/AIDS

terbanyak mengenai pada kelompok umur produktif (15-60 tahun) dengan jumlah terbesar pada kelompok 20-29 tahun (HIV (55,09%), AIDS (24,58%)) (Notoatmodjo, 2007a).

Walaupun jumlah kasus infeksi HIV/AIDS di Indonesia yang dilaporkan sampai tahun 2003 mencapai 2,156 orang, namun estimasi jumlah yang sebenarnya saat ini diperkirakan lebih dari 30.000, bahkan ada tim ahli yang memperkirakan saat ini sudah lebih dari 150.000 orang yang terinfeksi HIV. 2 tim peneliti yang berbeda memproyeksikan jumlah penderita infeksi HIV di Indonesia lebih dari 500.000 orang pada tahun 2000 yang lalu. Jadi infeksi HIV/AIDS memang sudah menjadi masalah yang serius di Indonesia (Notoatmodjo, 2007a).

2.2.4 Cara Penularan HIV/AIDS

Virus AIDS atau HIV terdapat dalam darah dan cairan tubuh seseorang yang telah tertular, walaupun orang tersebut belum menunjukkan keluhan atau gejala penyakit. HIV hanya dapat ditularkan bila terjadi kontak langsung dengan cairan tubuh atau darah. Dosis virus memegang peranan penting. Makin besar jumlah virusnya, makin besar kemungkinan terinfeksi. Jumlah virus yang banyak terdapat pada darah, sperma, cairan vagina, dan serviks, serta cairan otak. Dalam saliva, air mata, urine, keringat, dan air susu hanya ditemukan dalam jumlah sedikit sekali (Notoatmodjo, 2007a).

Terdapat 3 cara penularan HIV (Notoatmodjo, 2007a), yaitu :

- a. Hubungan Seksual, baik secara vagina, oral, maupun anal dengan seorang pengidap. Ini adalah cara yang paling umum terjadi, meliputi 80-90% dari total kasus sedunia. Penularan lebih mudah terjadi apabila terdapat lesi penyakit kelamin dengan ulkus atau peradangan jaringan seperti herpes genitalis, sifilis, gonorea, klamidia, kankroid, dan trikomoniasis. Risiko pada seks anal lebih besar dibanding seks vagina, dan risiko lebih besar pada *reseptive* daripada *insertive*.

- b. Kontak langsung dengan darah atau produk darah atau jarum suntik
- 1) Tranfusi darah/produk darah yang tercemar HIV, risikonya sangat tinggi sampai 90%. Ditemukan sekitar 3-5% dari total kasus sedunia.
 - 2) Pemakaian jarum tidak steril/pemakaian bersama jarum suntik dan sempritnya pada para pecandu narkotika suntik. Risikonya sekitar 0,5-1% dan terdapat 5-10% dari total kasus sedunia.
 - 3) Penularan lewat kecelakaan, tertusuk jarum pada petugas kesehatan, risikonya kurang dari 0,5% dan telah terdapat kurang dari 0,1% dari total kasus sedunia.
- c. Secara vertikal, dari ibu hamil pengidap HIV kepada bayinya, baik selama hamil, saat melahirkan, atau setelah melahirkan. Risiko sekitar 25-40% dan terdapat 0,1% dari total kasus sedunia.

2.2.5 Penyebab HIV/AIDS

Terdapat dua jenis virus penyebab AIDS, yaitu *HIV-1* dan *HIV-2*. *HIV-1* paling banyak ditemukan di daerah barat, Eropa, Asia, dan Afrika Tengah, Selatan dan Timur. *HIV-2* terutama ditemukan di Afrika Barat (Mahdiana, 2010).

Disamping itu, disebutkan bahwa orang terkena AIDS karena tubuhnya telah terinfeksi virus HIV. Virus HIV menular melalui media yang tepat untuk tumbuh dan berkembang. HIV tidak mudah menular seperti virus yang lainnya misalnya *influenza*. HIV hanya bersarang pada sel darah putih tertentu yang disebut sel T4. Karena sel T4 ini terdapat pada cairan-cairan tubuh, maka HIV dapat ditemukan dalam cairan tubuh, yaitu:

- 1) Darah, termasuk darah haid atau menstruasi
- 2) Air mani dan cairan lain yang keluar dari alat kelamin pria kecuali air kencing
- 3) Cairan Vagina dan cairan leher rahim.

Untuk bisa menular, cairan tubuh harus masuk secara langsung ke dalam peredaran darah. HIV pernah ditemukan di dalam air liur atau ludah, namun hingga saat ini belum ada bukti bahwa HIV bisa menular melalui air ludah. Demikian pula

dengan Air Susu Ibu yang mengidap HIV/AIDS. HIV juga tidak terdapat dalam air kencing, tinja (*faeces*) dan muntahan. HIV hanya dapat ditularkan melalui:

- 1) Hubungan seksual (Normal, homoseksual, maupun heteroseksual) dengan seorang ODHA
- 2) Tranfusi darah yang tercemar HIV
- 3) Melalui alat suntik atau alat tusuk lainnya (akupuntur, tindik, tato) bekas ODHA
- 4) Pemindahan HIV dari ibu hamil yang mengidap HIV pada janin yang dikandungnya.

2.2.6 Fase-fase atau Stadium Infeksi HIV

a. Stadium Pertama : HIV

Infeksi ini dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologis ketika antibodi terhadap virus tersebut berubah dari negatif menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibodi terhadap HIV menjadi positif disebut *window period* (masa jendela). Lama *window period* antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang dapat langsung sampai enam bulan (Nursalam, 2009).

b. Stadium Kedua : Asimptomatik (tanpa gejala)

Asimptomatik berarti bahwa di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung rata-rata selama 5-10 tahun. Cairan tubuh pasien HIV/AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain (Nursalam, 2009).

c. Stadium Ketiga

Pada stadium ini terjadi pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung lebih dari satu bulan (Nursalam, 2009).

d. Stadium Keempat

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit syaraf, dan penyakit infeksi sekunder (Nursalam, 2009).

2.2.7 Program Penanggulangan HIV/AIDS

Program penanggulangan HIV/AIDS berada di Sub Direktorat pemberantasan penyakit kelamin dan Frambosia, Direktorat PPML, Direktorat Jenderal P2MPLP (Pemberantasan Penyakit Menular dan Pembinaan Lingkungan Pemukiman), Departemen Kesehatan, RI. Adapun tujuan program penanggulangan HIV/AIDS adalah :

a. Tujuan jangka panjang

Mencegah terjadinya penularan dan memberantas PMS (Penyakit Menular Seksual) termasuk infeksi HIV/AIDS serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi dari PMS termasuk infeksi HIV/AIDS sehingga tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat.

b. Tujuan jangka pendek

- 1) Mencegah peningkatan prevalensi infeksi HIV pada kelompok perilaku berisiko tinggi tidak melebihi 1%.
- 2) Menurunkan prevalensi sifilis dikalangan kelompok perilaku risiko tinggi menjadi kurang dari 1%.
- 3) Menurunkan prevalensi gonore dikalangan kelompok perilaku risiko tinggi menjadi kurang dari 10%.

Sedangkan kegiatan pokok penanggulangan HIV/AIDS meliputi 2 kegiatan, yakni :

a. Kegiatan pokok

- 1) Penyuluhan tentang HIV/AIDS
- 2) Tindakan pencegahan pada kelompok risiko tinggi
- 3) Penemuan penderita secara dini
- 4) Penatalaksanaan penderita secara tepat
- 5) Pelacakan kontak/konseling

b. Kegiatan pendukung

- 1) Pengamatan institusional dan manajemen/pemantapan koordinasi
- 2) Surveilans epidemiologi termasuk sistem pencatatan dan pelaporan

- 3) Pelatihan
- 4) Penelitian dan kajian
- 5) Monitoring dan evaluasi

(Notoatmodjo, 2007a).

2.2.8 Pencegahan HIV/AIDS

Secara umum, langkah-langkah pencegahan penularan HIV/AIDS dapat dilakukan dengan menerapkan rumus ABCDE, yaitu :

- a. A - *Abstinence*, tidak melakukan hubungan seks sama sekali.
- b. B - *Be Faithful*, tidak berganti-ganti pasangan dan saling setia kepada pasangannya.
- c. C - *Condom*, jika kedua cara diatas sulit, harus melakukan hubungan seksual yang aman yaitu dengan menggunakan alat pelindung atau kondom.
- d. D - *Don't Share Syringe*, jangan memakai jarum suntik atau alat yang menembus kulit bergantian dengan orang lain, terutama dikalangan *Injecting Drugs Users* (Pengguna Napza Suntik).
- e. E - *Equipment*, memakai alat-alat yang bersih, steril, sekali pakai dan tidak bergantian. Misalnya jarum suntik, pisau cukur, alat operasi, jarum tato, alat tindik, dan lain-lain.

(Ajikusumo, 2004).

2.3 Wanita Pekerja Seks (WPS)

2.3.1 Definisi Wanita Pekerja Seks (WPS)

Pelacuran berasal dari bahasa latin *pro-stauree*, yang berarti membiarkan diri berbuat zina, melakukan persundalan, percabulan, dan pergendakan. Sedang *prostitute* adalah pelacur atau sundal. Dikenal dengan istilah WTS atau Wanita Tuna Susila (Kartono, 2005).

Tuna susila atau tidak susila diartikan sebagai kurang beradab karena keroyalan relasi seksualnya dalam bentuk penyerahan diri pada banyak laki-laki

untuk pemuasan seksual dan mendapatkan imbalan jasa atau uang bagi pelayanannya. Tuna susila juga diartikan sebagai salah tingkah, tidak susila atau gagal menyesuaikan diri terhadap norma-norma susila. Maka pelacur itu adalah wanita yang tidak pantas kelakuannya dan bisa mendatangkan mala/celaka dan penyakit, baik kepada orang lain yang bergaul dengan dirinya, maupun kepada diri sendiri (Kartono, 2005).

Dalam Kartono (2005), Professor W.A Bonger dalam tulisannya *Maatschappelijke Oorzaken der Prostitue* mendefinisikan prostitusi ialah gejala kemasyarakatan dimana wanita menjual diri melakukan perbuatan-perbuatan seksual sebagai mata pencarian, menurut Sarjana P.J de Bruine van Amstel menyatakan prostitusi adalah penyerahan diri dari wanita kepada banyak laki-laki dengan pembayaran, dan menurut Peraturan Pemerintah Daerah DKI Jakarta menyatakan wanita tuna susila adalah wanita yang mempunyai kebiasaan melakukan hubungan kelamin diluar perkawinan, baik dengan imbalan jasa maupun tidak, sedang Peraturan Pemerintah Daerah Tingkat I Jawa Barat menyatakan pelacur yang disingkat P adalah mereka yang biasa melakukan hubungan kelamin diluar pernikahan yang sah (Kartono, 2005).

2.3.2 Penyebab Timbulnya Pelacuran

Beberapa peristiwa sosial penyebab timbulnya pelacuran antara lain sebagai berikut (Kartono, 2005) :

- a. Tidak adanya Undang-Undang yang melarang pelacuran juga tidak ada larangan terhadap orang-orang yang melakukan relasi seks sebelum pernikahan atau diluar pernikahan
- b. Adanya keinginan dan dorongan manusia untuk menyalurkan kebutuhan seks, khususnya diluar ikatan perkawinan
- c. Komersialisasi dari seks, baik dari pihak wanita maupun germo-germo dan oknum-oknum tertentu yang memanfaatkan pelayanan seks.

- d. Dekadensi moral, merosotnya norma-norma susila dan keagamaan pada saat orang-orang mengenyam kesejahteraan hidup dan ada pemutarbalikan nilai-nilai pernikahan sejati
- e. Semakin besarnya penghinaan orang terhadap martabat kaum wanita dan harkat manusia
- f. Kebudayaan eksploitasi pada zaman modern ini, khususnya mengeksploitasi kaum lemah/wanita untuk tujuan-tujuan komersil
- g. Ekonomi *laissez-faire* menyebabkan timbulnya sistem harga berdasarkan hukum "jual dan permintaan", yang diterapkan pula dalam relasi seks
- h. Peperangan dan masa-masa kacau (dikacau oleh gerombolan-gerombolan pemberontak) di dalam negeri meningkatkan jumlah pelacuran
- i. Adanya proyek-proyek pembangunan dan pembukaan daerah-daerah pertambangan dengan konsentrasi kaum pria, sehingga mengakibatkan adanya ketidakseimbangan rasio dan wanita di daerah-daerah tersebut.
- j. Perkembangan kota-kota, daerah-daerah pelabuhan dan industri yang sangat cepat dan menyerap banyak tenaga buruh serta pegawai pria.
- k. Bertemunya macam-macam kebudayaan asing dan kebudayaan-kebudayaan setempat.

2.3.3 Motif-motif yang Melatarbelakangi Pelacuran

Motif-motif yang melatarbelakangi tumbuhnya pelacuran pada wanita itu beraneka ragam. Dibawah ini disebutkan beberapa motif, antara lain sebagai berikut (Kartono, 2005) :

- a. Adanya kecenderungan melacurkan diri pada banyak wanita untuk menghindarkan diri dari kesulitan hidup, dan mendapatkan kesenangan melalui jalan pendek.
- b. Adanya nafsu-nafsu seks yang *abnormal*, tidak terintegrasi dalam kepribadian, dan keroyalan seks.

- c. Tekanan ekonomi, faktor kemiskinan, ada pertimbangan-pertimbangan ekonomis untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya, khususnya dalam usaha mendapatkan status sosial yang lebih baik.
- d. Aspirasi materiil yang tinggi pada diri wanita dan kesenangan ketamakan terhadap pakaian-pakaian indah dan perhiasan mewah.
- e. Kompensasi terhadap perasaan-perasaan inferior.
- f. Rasa melit dan ingin tahu gadis-gadis cilik dan anak-anak puber pada masalah seks, yang kemudian tercebur dalam dunia pelacuran oleh bujukan-bujukan bandit-bandit seks.
- g. Anak-anak gadis memberontak terhadap otoritas orang tua yang menekankan banyak tabu dan peraturan seks.
- h. Adanya kebutuhan seks yang normal, akan tetapi tidak dipuaskan oleh pihak suami.
- i. Oleh pengalaman-pengalaman traumatis (luka jiwa) dan *shock* mental misalnya gagal dalam bercinta atau perkawinan dimadu, ditipu, sehingga muncul kematangan seks yang terlalu dini dan *abnormalitas* seks.
- j. Pekerjaan sebagai pelacur tidak memerlukan keterampilan/*skill*, tidak memerlukan inteligensi tinggi, mudah dikerjakan asal orang yang bersangkutan memiliki kecantikan, kemudaan, dan keberanian.
- k. Ajakan teman-teman sekampung atau sekota yang sudah terjun terlebih dahulu dalam dunia pelacuran.

2.3.4 Akibat-akibat Pelacuran

Beberapa akibat yang ditimbulkan oleh pelacuran ialah sebagai berikut (Kartono, 2005) :

- a. Menimbulkan dan menyebarluaskan penyakit kelamin dan kulit.
- b. Merusak sendi-sendi kehidupan keluarga
- c. Mendemoralisasi atau memberikan pengaruh demoralisasi kepada lingkungan khususnya anak-anak muda remaja pada masa puber dan adolensi.

- d. Berkorelasi dengan kriminalitas dan kecanduan bahan-bahan narkotika (ganja, morfin, heroin, dan lain-lain).
- e. Merusak sendi-sendi moral, susila, hukum, dan agama.
- f. Adanya pengeksploitasian manusia oleh manusia lain.
- g. Bisa menyebabkan terjadinya disfungsi seksual, misalnya : impotensi, anorgasme, nymphomania, satiriasis, ejakulasi premature yaitu pembuangan sperma sebelum zakar melakukan penetrasi dalam vagina atau liang senggama, dan lain-lain.

2.4 Konsep Perilaku Kesehatan

2.4.1 Definisi Perilaku

Perilaku dari segi biologis, adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua mahluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, membaca dan lain-lain. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat dialami langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003).

Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2003), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori ini disebut teori S-O-R atau *Stimulus-Organisme-Respon*. Dalam hal ini ada 2 (dua) respon, yaitu:

a. *Respondent respons* atau *reflexive*

Respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap.

b. *Operant respons* atau *instrumental respons*

Respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu.

Dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi 2 (dua), yaitu (Notoatmodjo, 2003):

1) Perilaku Tertutup (*Covert behavior*)

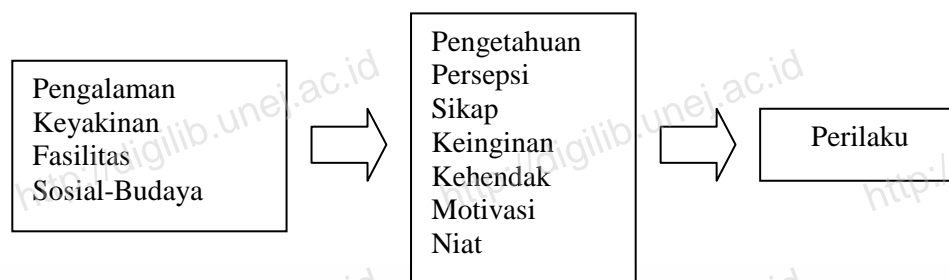
Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tertutup. Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Misalnya, seseorang mengetahui bahwa HIV/AIDS dapat menular melalui hubungan seks.

2) Perilaku Terbuka (*Overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang mudah diamati atau dilihat orang lain.

2.4.2 Determinan Perilaku

Notoatmodjo (2003) mengatakan faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain seperti pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio budaya masyarakat dan sebagainya sehingga dapat diasumsikan sebagai berikut:



Gambar 2.1. Asumsi Determinan Perilaku Manusia

Dalam Notoatmodjo (2003), Lawrence Green (1980) mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- 2) Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan.
- 3) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau tokoh masyarakat yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2.4.3 Domain Perilaku

Benyamin Bloom dalam Notoatmodjo (2003) membedakan adanya 3 area, wilayah, ranah atau domain perilaku, yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

a. Pengetahuan

Pengetahuan (Notoatmodjo, 2003) merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu.

Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. La Pona (1998) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa pengetahuan yang dimiliki tidak selalu menjadi dasar dalam praktek, dalam hal ini adalah pengetahuan yang baik tidak selalu menyebabkan seseorang berperilaku sehat. Pengetahuan terbagi dalam 6 tingkatan, yaitu (Notoatmodjo, 2003):

- 1) Tahu (*Know*). Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk mengingat kembali (*recall*). Merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Contoh : Dapat menyebutkan macam-macam narkoba.
- 2) Memahami (*Comprehension*). Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menafsirkan secara benar materi tersebut. Contohnya dapat menjelaskan bagaimana cara pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan narkoba.
- 3) Aplikasi (*Application*). Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Misalnya orang tua yang membawa anaknya yang telah menyalahgunakan narkoba ke panti rehabilitasi.
- 4) Analisis (*Analysis*). Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur dan berkaitan. Contohnya Orang tua yang dapat menghubungkan penyalahgunaan narkoba melalui jarum suntik dengan kejadian HIV/AIDS.
- 5) Sintesis (*Synthesis*). Diartikan sebagai kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi lama yang ada.
- 6) Evaluasi (*Evaluation*). Diartikan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek. Misalnya dengan diketahui

bahaya narkoba bagi kesehatan manusia maka seseorang menempatkan narkoba sebagai masalah serius yang sedang dihadapi oleh Bangsa Indonesia.

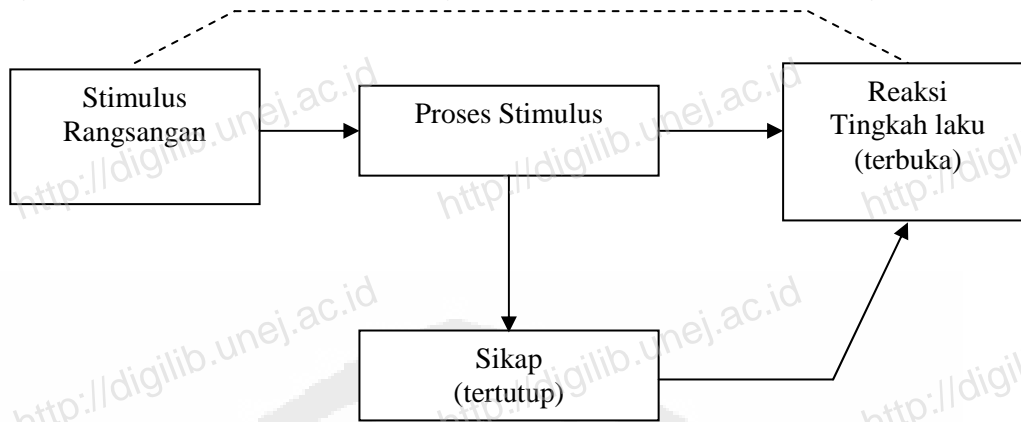
b. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sedangkan menurut Newcomb sikap merupakan kesiapan dan kesediaan untuk bertindak terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas, hanya predisposisi suatu tindakan atau perilaku. Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup.

Azwar (2003) menyatakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan sehingga seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin ia agar melakukannya. Hubungan sikap dan perilaku sangat ditentukan oleh faktor-faktor situasional tertentu yaitu norma-norma, peranan, anggota kelompok, kebudayaan dan sebagainya yang merupakan kondisi ketergantungan yang dapat mengubah hubungan sikap dan perilaku. Ada 4 tingkatan sikap, yaitu (Notoatmodjo, 2003):

- 1) Menerima (*Receiving*). Diartikan sebagai mau dan memperhatikan rangsangan yang diberikan.
- 2) Merespon (*Responding*). Contohnya memberikan jawaban ketika ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas.
- 3) Menghargai (*Valuing*). Contohnya mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan masalah alat kontrasepsi yang akan dipilih.
- 4) Bertanggungjawab (*Responsible*). Bertanggungjawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi adalah sebagai berikut:



Gambar 2.2. Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi.

c. **Praktek atau Tindakan (*practice*)**

Tindakan merupakan respon terhadap rangsangan yang bersifat aktif, dan dapat diamati. Berbeda dengan sikap yang bersifat pasif dan tidak dapat diamati. Untuk mendukung sikap menjadi tindakan selain diperlukan faktor pendukung seperti fasilitas, pihak yang mendukung sangat penting perannya.

Tindakan mempunyai beberapa tingkatan (Notoatmodjo, 2003):

- 1) Persepsi (*Perception*) merupakan praktek tingkat pertama, diharapkan seseorang dapat mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.
- 2) Respon Terpimpin (*Guided Response*) merupakan praktek tingkat kedua, apabila seseorang dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai contoh maka ia dapat dikatakan sudah melakukan respon terpimpin.
- 3) Mekanisme (*Mechanism*), Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga yaitu tahap mekanisme.
- 4) Adopsi (*Adoption*) adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.4.4 Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan

Masyarakat atau anggota masyarakat pada umumnya mempunyai perilaku yang berbeda-beda terkait dengan sakit dan penyakit. Perilaku tersebut tercermin dalam respons yang dilakukan apabila mereka diserang penyakit dan merasakan sakit mulai dari tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*), kegiatan mengobati sendiri (*self treatment*), mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*tradisional remedy*), mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta hingga mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*) (Notoatmodjo, 2007b).

Pelayanan kesehatan pada prinsipnya digolongkan dalam dua kategori yaitu kategori yang berorientasi pada publik (masyarakat) dan kategori yang berorientasi pada perorangan (pribadi). Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kategori publik, lebih diarahkan langsung ke arah publik (masyarakat) seperti sanitasi, imunisasi, kebersihan air, dan perlindungan kualitas udara. Hal ini berbeda dengan pelayanan kesehatan pribadi yang lebih diarahkan langsung kepada individu pengguna pelayanan kesehatan tersebut (Notoatmodjo, 2007b).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada perorangan (pribadi) oleh anggota masyarakat menunjuk pada 3 dimensi dari kepentingan utama dalam pengukuran dan penentuan pelayanan kesehatan. Anderson dan Newman (1973) dalam Notoatmodjo (2007b) menyebutkan 3 dimensi tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Tipe, bahwa ada perbedaan kecenderungan-kecenderungan jangka panjang dan jangka pendek untuk berbagai tipe dari pelayanan yang digunakan oleh anggota masyarakat (seperti rumah sakit, dokter gigi, perawatan di rumah). Selain itu, terdapat faktor-faktor penentu (determinan) individual yang bervariasi agak besar untuk penggunaan tipe-tipe yang berbeda dari pelayanan kesehatan.

- b. Tujuan, dalam hal ini pemanfaatan pelayanan kesehatan didasarkan pada tujuan dari perawatan yang diberikan oleh pelayanan kesehatan yang bersangkutan yaitu *primary* (perawatan I), *secondary* (perawatan II), *tertiary* (perawatan III), *custodial* (perawatan IV). Perawatan I dikaitkan dengan perawatan pencegahan (*preventive care*). Perawatan II dikaitkan dengan perawatan perbaikan (pengembalian individu ke tingkat semula dari fungsionalnya). Perawatan III dikaitkan dengan stabilitas dari kondisi yang memperhatikan penyakit jangka panjang. Perawatan IV dikaitkan semata-mata dengan kebutuhan pribadi dari pasien dan tidak dihubungkan dengan perawatan penyakit.
- c. Unit analisis, merupakan dimensi ke-3 dalam rangka kerja Anderson dan Newman yang mendukung 3 perbedaan di antara unit-unit analisis, yaitu kontak, volume, episode. Hal ini dikarenakan jumlah kontak, episode, dan volume pelayanan kesehatan yang digunakan ditentukan oleh faktor-faktor yang berbeda, maka pengukuran penggunaan pelayanan kesehatan akan membuat suatu perbedaan di antara unit-unit pelayanan kesehatan yang berbeda.

Anderson dan Newman (1973) dalam Notoatmodjo (2007b) menyebutkan bahwa terdapat beberapa model penggunaan pelayanan kesehatan yang meliputi, model demografi (kependudukan), model-model struktur sosial (*social structure models*), model-model sosial psikologis (*psychological models*), model sumber keluarga (*family resource models*), model sistem kesehatan, model-model organisasi (*organization models*), model sumber daya masyarakat (*community resource models*).

a. Model Demografi (Kependudukan)

Model demografi menyebutkan bahwa perbedaan derajat kesehatan, kesakitan, dan penggunaan pelayanan kesehatan sedikit banyak akan berhubungan dengan variabel umur, seks, status perkawinan, dan besarnya keluarga. Selain itu, karakteristik demografi juga mencerminkan atau berhubungan dengan karakteristik sosial (perbedaan sosial dari jenis kelamin mempengaruhi berbagai tipe dan ciri-ciri sosial) (Notoatmodjo, 2007b).

b. Model-model Struktur Sosial (*Social Structure Models*)

Model struktur sosial menggunakan beberapa variabel seperti pendidikan, pekerjaan, dan kebangsaan yang mencerminkan keadaan sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat (Notoatmodjo, 2007b).

Pendekatan dalam model ini didasarkan pada asumsi bahwa orang-orang dengan latar belakang struktur sosial yang bertentangan akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara yang tertentu pula. Hal ini dikarenakan penggunaan pelayanan kesehatan adalah salah satu aspek dari gaya hidup yang ditentukan oleh lingkungan sosial, fisik, dan psikologis sehingga individu-individu yang berbeda suku bangsa, pekerjaan, atau tingkat pendidikan mempunyai kecenderungan yang tidak sama dalam mengerti dan bereaksi terhadap kesehatan mereka (Notoatmodjo, 2007b).

c. Model-model Sosial Psikologis (*Psychological Models*)

Model sosial psikologis menggunakan variabel ukuran dari sikap dan keyakinan individu. Pada umumnya variabel sosial psikologis terdiri dari 4 kategori yaitu pengertian kerentanan terhadap penyakit, pengertian keseluruhan dari penyakit, keuntungan yang diharapkan dari pengambilan tindakan, dalam menghadapi penyakit dan kesiapan tindakan individu (Notoatmodjo, 2007b).

d. Model Sumber Keluarga (*Family Resource Models*)

Model sumber keluarga menggunakan variabel bebas berupa pendapatan keluarga, cakupan asuransi keluarga atau sebagai anggota suatu asuransi kesehatan dan pihak yang membiayai pelayanan kesehatan keluarga dan sebagainya. Oleh karena itu, model ini lebih menekankan pada kesanggupan untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi anggotanya. Dengan demikian model sumber keluarga adalah berdasarkan model ekonomis (Notoatmodjo, 2007b).

e. Model Sumber Daya Masyarakat (*Community Resource Models*)

Model sumber daya masyarakat menggunakan variabel penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat, dan ketercapaian dari

pelayanan kesehatan yang tersedia. Model ini menitikberatkan pada suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber-sumber kesehatan pada masyarakat setempat (Notoatmodjo, 2007b).

f. Model-model Organisasi (*Organization Models*)

Model organisasi menggunakan variabel pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan. Menurut Notoatmodjo (2007b) variabel-variabel tersebut meliputi:

- 1) Gaya (*style*) praktik pengobatan (sendiri, rekaan, atau *group*)
- 2) Sifat (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak)
- 3) Letak dari pelayanan (tempat pribadi, rumah sakit, atau klinik)
- 4) Petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien (dokter, perawat, asisten dokter).

g. Model Sistem Kesehatan

Model sistem kesehatan mengintegrasikan keenam model terdahulu ke dalam model yang lebih sempurna. Dalam model ini, demografi, ciri-ciri struktur sosial, sikap, dan keyakinan individu atau keluarga, sumber-sumber di dalam masyarakat dan organisasi pelayanan kesehatan yang ada, digunakan secara bersama dengan faktor-faktor yang berhubungan seperti kebijaksanaan dan struktur ekonomi pada masyarakat yang mempunyai cakupan lebih luas (negara). Apabila akan dilakukan penelitian perilaku sehubungan dengan penggunaan/pencairan fasilitas-fasilitas kesehatan, semua variabel dari berbagai model tersebut dihubungkan dengan perilaku mereka terhadap fasilitas, dan juga dilihat variabel mana yang paling dominan pengaruhnya (Notoatmodjo, 2007b).

h. Model Kepercayaan Kesehatan (*The Health Belief Models*)

Teori Lewin menganut konsep bahwa individu hidup pada lingkup kehidupan sosial (masyarakat). Dalam kehidupan ini individu akan bernilai positif (seseorang dalam keadaan sehat) dan negatif (seseorang dalam keadaan sakit). Individu dalam bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada empat variabel kunci yang terlibat di dalam tindakan tersebut, yaitu kerentanan

yang dirasakan terhadap suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan rintangan yang dialami dalam tindakan melawan penyakitnya, dan hal-hal yang memotivasi tindakan tersebut.

- a. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*), suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.
 - b. Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*), bahwa tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat.
 - c. Manfaat dan rintangan-rintangan yang dirasakan (*perceived benefits and barriers*), bahwa tindakan yang diambil individu untuk mengatasi penyakit-penyakit yang dianggap gawat tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut.
 - d. Isyarat atau tanda-tanda (*cues*), untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan, maka diperlukan isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal misalnya media massa, nasihat atau anjuran kawan-kawan atau anggota keluarga lain dari si sakit dan sebagainya.
- i. Model Sistem Kesehatan (*Health System Model*)

Anderson (1974) dalam Notoatmodjo (2007b) menggambarkan model sistem kesehatan (*health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan. Di dalam model ini terdapat 3 kategori utama dalam pelayanan kesehatan, yaitu: karakteristik, predisposisi, karakteristik pendukung, karakteristik kebutuhan.

1) Karakteristik predisposisi (*predisposing characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan ke dalam 3 kelompok yaitu:

- a) Ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin dan umur.
- b) Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan atau ras, dan sebagainya.
- c) Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit. Selanjutnya Anderson percaya bahwa:
 - i) Setiap individu atau orang mempunyai perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan tipe dan frekuensi penyakit, dan mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
 - ii) Setiap individu mempunyai perbedaan struktur sosial, mempunyai perbedaan gaya hidup, dan akhirnya mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
 - iii) Individu percaya adanya kemanjuran dalam penggunaan pelayanan kesehatan.

2) Karakteristik pendukung (*enabling characteristics*)

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun seorang individu mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar.

3) Karakteristik kebutuhan (*need characteristics*)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu di rasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan *enabling* itu ada. Kebutuhan (*need*) di sini dibagi menjadi 2 kategori, dirasa atau *perceived (subject assesment)* dan *evaluated (clinical diagnosis)*.

2.5 Pencegahan

Secara umum pencegahan adalah mengambil tindakan terlebih dahulu sebelum kejadian. Pada dasarnya ada tiga tingkatan pencegahan penyakit secara umum, yakni : pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*) yang meliputi promosi kesehatan dan pencegahan khusus, pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*) yang meliputi diagnosis dini serta pengobatan yang tepat, dan pencegahan tingkat ketiga (*tertiary prevention*) yang meliputi pencegahan terhadap cacat dan rehabilitasi (Nasry, 2006).

a. Pencegahan Tingkat Pertama

Sasaran pencegahan tingkat pertama dapat ditujukan pada faktor penyebab, lingkungan, serta faktor pejamu.

- 1) Sasaran yang ditujukan pada faktor penyebab bertujuan untuk mengurangi penyebab atau menurunkan pengaruh penyebab serendah mungkin melalui pengobatan penderita serta mengurangi/menghindari perilaku yang dapat meningkatkan risiko perorangan dan masyarakat.
- 2) Mengatasi atau modifikasi lingkungan melalui perbaikan lingkungan fisik, perbaikan dan peningkatan lingkungan biologis serta peningkatan lingkungan sosial.
- 3) Meningkatkan daya tahan pejamu yang meliputi perbaikan status gizi, status kesehatan umum dan kualitas hidup penduduk, pemberian imunisasi serta berbagai bentuk pencegahan khusus lainnya, peningkatan status psikologis, persiapan perkawinan serta usaha menghindari pengaruh faktor keturunan, dan peningkatan ketahanan fisik melalui peningkatan kualitas gizi, serta olahraga kesehatan.

(Nasry, 2006).

b. Pencegahan Tingkat Kedua

Sasaran pencegahan ini terutama ditujukan pada mereka yang menderita atau dianggap menderita atau yang terancam akan menderita. Tujuan usaha pencegahan tingkat kedua ini meliputi diagnosis dini dan pengobatan yang tepat agar dapat

dicegah meluasnya penyakit, untuk mencegah proses penyakit lebih lanjut serta mencegah terjadinya akibat samping atau komplikasi (Nasry, 2006).

c. Pencegahan Tingkat Ketiga

Sasaran pencegahan tingkat ketiga adalah penderita penyakit tertentu dengan tujuan mencegah jangan sampai mengalami cacat atau kelainan permanen, mencegah bertambah parahnya suatu penyakit atau mencegah kematian akibat penyakit tersebut. Pada tingkat ini juga dilakukan usaha rehabilitasi untuk mencegah terjadinya akibat samping dari penyembuhan suatu penyakit tertentu. Rehabilitasi adalah usaha pengembalian fungsi fisik, psikologis dan sosial seoptimal mungkin yang meliputi rehabilitasi fisik/ medis, rehabilitasi mental/ psikologis serta rehabilitasi sosial (Nasry, 2006).

2.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS)

2.6.1 Karakteristik Responden

Dalam Notoatmodjo (2003) menyatakan apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, maka ada 4 variabel kunci yang terlibat dalam tindakan tersebut, dimana keempat variabel tersebut terangkum dalam model kepercayaan kesehatan. Kepercayaan individu tentang kesehatan dipengaruhi oleh variabel demografis (meliputi umur, jenis kelamin, bangsa kelompok etnis), variabel sosial psikologis (meliputi *peer* dan *reference groups*, kepribadian, pengalaman sebelumnya), dan variabel struktur (meliputi kelas sosial, akses ke pelayanan kesehatan, dan sebagainya). Adapun variabel demografis dalam penelitian ini yang berpengaruh terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS sebagai berikut :

a. Umur

Umur merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS. Umur adalah bilangan tahun terhitung sejak lahir sampai dengan tahun terakhir seseorang melakukan aktifitas. Umur seseorang demikian besarnya dalam mempengaruhi pengetahuan, sikap dan perilaku.

Semakin tua umurnya semakin lebih bertanggung jawab, lebih tertib, lebih bermoral dan lebih berbakti dari pada usia muda (Notoatmodjo, 2003). Menurut Hidayat (2003) umur yaitu usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja (Widyastuti, 2009).

b. Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan negara (UU No. 20 Tahun 2003). Sedangkan menurut Notoatmodjo (2007b) pendidikan adalah ilmu yang mempelajari serta memproses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang. Usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan proses dan cara.

Pendidikan yang tinggi dipandang perlu bagi kaum wanita karena tingkat pendidikan yang tinggi maka mereka dapat meningkatkan taraf hidup, membuat keputusan yang menyangkut masalah kesehatan mereka sendiri. Seorang wanita yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih mudah mendapatkan pekerjaan dan mampu berperilaku hidup sehat bila dibandingkan dengan seorang wanita yang memiliki pendidikan rendah. Semakin tinggi pendidikan seorang wanita maka ia semakin mampu mandiri dengan sesuatu yang menyangkut diri mereka sendiri. Semakin tinggi pendidikan wanita akan mudah menerima hal-hal yang baru dan mudah menyesuaikan diri dengan masalah-masalah baru (Widyastuti, 2009).

c. Lama Menjadi WPS

Menurut Istiarti dalam Baroya (2005) menyatakan bahwa semakin lama seseorang menjalani hidup sebagai pekerja seks, maka pengalamannya semakin banyak sehingga dapat meningkatkan pengetahuannya tentang IMS dan HIV/AIDS. Peningkatan pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS diasumsikan

dapat berpengaruh terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks.

d. Status Pernikahan

Status pernikahan merupakan salah satu faktor pemungkin yang menentukan seseorang melakukan tindakan pencegahan. Insiden IMS lebih tinggi pada orang yang belum menikah, bercerai, atau orang yang terpisah dari keluarganya bila dibandingkan dengan orang yang sudah menikah. Responden yang berstatus menikah terdiri dari masih terikat dengan tali perkawinan, pisah ranjang dan ditinggal suami. Responden yang berstatus menikah cenderung melakukan tindakan pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS dengan baik (Yuliawati, 2009).

e. Asal Tempat Tinggal WPS

Asal tempat tinggal merupakan tempat tinggal atau asal tempat tinggal responden sebelum responden masuk ke lokasi tempat penelitian. Responden yang berasal dari luar daerah cenderung memiliki risiko penularan IMS dan HIV/AIDS yang tinggi. Hal ini dikarenakan masih adanya stigma dari masyarakat menyebabkan mereka yang berasal dari luar daerah cenderung untuk berusaha mendapatkan penghasilan yang banyak dengan cara mendapatkan pelanggan yang sebanyak-banyaknya sehingga mereka cenderung untuk berpindah-pindah. Oleh karena itu sangat berpotensi untuk mempercepat penyebaran IMS dan HIV/AIDS (Widiyanto, 2008).

2.6.2 Pengetahuan Responden

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap sesuatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman rasa dan raba (Notoatmodjo, 2003). Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Sebagian besar perilaku manusia ditentukan oleh kemampuan berfikirnya. Semakin *intelektual* dan berpendidikan, otomatis seseorang akan semakin

baik perilakunya untuk memenuhi keinginan atau kebutuhan dalam tindakan pencegahan IMS dan HIV/AIDS.

2.6.3 Sikap Responden

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2007).

Azwar (2003) menyatakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan sehingga seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin ia agar melakukannya. Hubungan sikap dan perilaku sangat ditentukan oleh faktor-faktor situasional tertentu yaitu norma-norma, peranan, anggota kelompok, kebudayaan dan sebagainya yang merupakan kondisi ketergantungan yang dapat mengubah hubungan sikap dan perilaku.

2.6.4 Orang Penting Sebagai Referensi

Perilaku orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu penting bagi seorang individu, maka apa yang dikatakan atau perbuatannya cenderung untuk dicontoh pada individu tersebut (Notoatmodjo, 2003). Berdasarkan survei pendahuluan, orang yang dianggap penting dan ikut berpengaruh dalam perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS adalah tenaga kesehatan, mucikari LSM, keluarga, dan teman sesama WPS (*peer group*), serta pelanggan.

Notoatmodjo (2003) menyebutkan bahwa untuk berperilaku sehat, masyarakat bukan hanya membutuhkan pengetahuan dan sikap yang positif serta dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan contoh (acuan) dari para petugas lebih-lebih petugas kesehatan. Cara petugas kesehatan menyampaikan informasi, sangat mempengaruhi hasil dan kejelasan informasi yang diterima oleh pasien. Kurang

maksimalnya pelayanan akibat kurangnya informasi yang diterima pasien akan berdampak terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan (Adikoesoemo, 1997).

Mucikari merupakan salah satu pelaku dalam industri seks yang berkedudukan sebagai pimpinan atau sering disebut madam (Hull, 1997). Menurut Sedyaningsih dan Mamahit (1999), seorang mucikari mempunyai pengaruh yang sangat besar, mengingat kedudukannya sebagai pemimpin dan pengelola bordil. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lumintu (2010), yang menyatakan bahwa orang penting sebagai referensi yang paling berpengaruh terhadap penggunaan pelayanan kesehatan di klinik IMS dan VCT adalah mucikari. Hal ini menunjukkan bahwa mucikari turut berpengaruh dalam menentukan derajat kesehatan para WPS yang bekerja di tempat bordil mereka.

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami, istri, dan anaknya (UU RI No. 52 tahun 2009). Menurut Yanuasti (dalam Setiawan, 2010), keluarga dapat menyediakan dukungan yang dapat memberikan rasa aman dan memelihara penilaian positif terhadap dirinya melalui ekspresi kehangatan, empati persetujuan atau penerimaan yang ditunjukkan oleh anggota keluarga lainnya. Menurut Friedman (1998) dalam Setiawan (2010), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang orang yang bersifat mendukung selalu siap memberi pertolongan dan bantuan jika dibutuhkan. Pada individu yang mendapat dukungan keluarga yang tinggi akan muncul adanya perasaan optimis dalam menghadapi kehidupannya saat ini dan di masa mendatang serta lebih mampu untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan psikologisnya. Disamping itu, dukungan keluarga juga memiliki dampak terhadap kesehatan dan kesejahteraan yang berfungsi secara bersamaan. Dukungan yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi (Setiadi, 2008). Dukungan yang diberikan keluarga kepada WPS diantaranya adalah menyarankan agar melakukan perilaku seksual yang aman dengan menggunakan kondom dan untuk

selalu memeriksakan kesehatan WPS secara rutin. Disamping itu, dukungan keluarga juga bisa diberikan dalam bentuk tindakan dan penerimaan keluarga terhadap WPS yang sakit misalnya IMS dan HIV/AIDS sehingga WPS merasa optimis dalam menghadapi kehidupannya serta mampu memenuhi kebutuhan psikologisnya.

Teman sebaya atau teman sepergaulan adalah sesama WPS dalam lingkungan mereka di lokalisasi tersebut. Teman sebaya berarti teman-teman yang sesuai dan sejenis, perkumpulan atau kelompok *prapuberteit* yang mempunyai sifat-sifat tertentu dan terdiri dari satu jenis. Kelompok sebaya ialah kelompok anak-anak tertentu yang saling berinteraksi. Setiap kelompok memiliki peraturan-peraturannya sendiri, tersurat maupun tersirat, memiliki tata sosialnya sendiri, mempunyai harapan-harapannya sendiri bagi para anggotanya. Setiap kelompok sebaya juga mempunyai kebiasaan-kebiasaan, tradisi-tradisi, perilaku, bahkan bahasa sendiri (Sudarsono, 1997). Dalam Panuju (2005), teman sebaya merupakan sumber dukungan sosial karena dapat memberikan rasa senang dan dukungan selama mengalami suatu permasalahan. Bergaul dengan teman sebaya merupakan bantuan dari seseorang yang kemudian diberikan kepada orang lain yang berusia kurang lebih sama, dimana dukungan tersebut bertujuan memberikan motivasi atau menimbulkan minat dalam diri seseorang ketika melakukan kegiatan. Dukungan teman sesama WPS diberikan dalam bentuk saling mengingatkan satu sama lain untuk selalu memakai pengaman saat melayani pelanggan sehingga bisa terhindar dari infeksi IMS dan HIV/AIDS.

Pelanggan merupakan orang-orang yang berada dekat dengan kehidupan WPS. Pelanggan merupakan penikmat jasa yang diberikan oleh WPS dengan memberikan imbalan berupa uang. Pelanggan memiliki hak penuh atas diri WPS karena telah membayar atau menyewa para WPS sehingga WPS cenderung mengikuti keinginan dari pelanggan. Hal ini menunjukkan bahwa pelanggan mempunyai pengaruh yang besar terhadap perilaku individu WPS. Jika pelanggan menganggap dirinya tidak berisiko tertular HIV, maka mereka tidak menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual (Widiyanto, 2008).

2.7 Teori Determinan Perubahan Perilaku Menurut WHO

Tim kerja dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya empat alasan pokok, yaitu :

1. Pemikiran dan Perasaan (*thoughts and feeling*), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek (dalam hal ini adalah objek kesehatan).

- a. Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Seorang anak memperoleh pengetahuan bahwa apa itu panas adalah setelah memperoleh pengalaman tangan atau kakinya kena api dan terasa panas. Seorang ibu akan mengimunisasikan anaknya setelah melihat anak tetangganya kena penyakit polio sehingga cacat, karena anak tersebut belum pernah memperoleh imunisasi polio.

- b. Kepercayaan

Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Misalnya wanita hamil tidak boleh makan telur agar tidak kesulitan waktu melahirkan.

- c. Sikap

Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan, antara lain :

- 1) Sikap akan terwujud di dalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu. Misalnya seorang ibu yang anaknya sakit, segera ingin membawanya ke puskesmas, tetapi pada saat itu tidak mempunyai uang sepeserpun sehingga ia gagal membawa anaknya ke puskesmas.

- 2) Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu kepada pengalaman orang lain. Seorang ibu tidak mau membawa anaknya yang sakit keras ke rumah sakit, meskipun ia mempunyai sikap yang positif terhadap rumah sakit (RS), sebab ia teringat akan anak tetangganya yang meninggal setelah beberapa hari di Rumah Sakit.
- 3) Sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang. Seorang akseptor KB dengan alat kontrasepsi IUD mengalami pendarahan. Meskipun sikapnya sudah positif terhadap KB, tetapi ia kemudian tetap tidak mau ikut KB dengan alat kontrasepsi apapun.
- 4) Nilai (*value*)
Didalam suatu masyarakat apapun selalu berlaku nilai-nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat. Misalnya, gotong royong adalah suatu nilai yang selalu hidup di masyarakat.

2. Orang penting sebagai referensi (*personal reference*)

Perilaku orang, lebih-lebih perilaku anak kecil, lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh. Untuk anak-anak sekolah misalnya, maka gurulah yang menjadi panutan perilaku mereka. Orang-orang yang dianggap penting ini sering disebut kelompok referensi (*reference group*), antara lain guru, alim ulama, kepala adat (suku), kepala desa, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003).

Dalam penelitian ini, orang yang dianggap penting dan berpengaruh terhadap perilaku WPS adalah tenaga kesehatan, mucikari, LSM, keluarga, dan teman sesama WPS (*peer group*), serta pelanggan. Hal ini dikarenakan mereka adalah orang-orang yang berada di sekitar lingkungan WPS yang berpengaruh terhadap perilakunya dalam pencegahan IMS dan HIV/AIDS. Mereka cenderung

disegani serta memiliki kelebihan-kelebihan tertentu. Kelebihan dalam memberikan bimbingan, informasi dan pengetahuan terkait dengan kesehatan, maka menjadikan sikap dan perbuatannya diterima dan dipatuhi serta ditakuti. Mereka tempat bertanya dan sebagai panutan bagi para WPS dalam perilakunya mencegah IMS dan HIV/AIDS.

3. Sumber-sumber daya (*resources*)

Sumber daya disini mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat. Pengaruh sumber-sumber daya terhadap perilaku dapat bersifat positif maupun negatif. Misalnya pelayanan puskesmas, dapat berpengaruh positif terhadap perilaku penggunaan puskesmas tetapi juga dapat berpengaruh sebaliknya.

4. Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai (*culture*)

Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai, dan penggunaan sumber-sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama sebagai akibat dari kehidupan suatu masyarakat bersama. Kebudayaan selalu berubah, baik lambat ataupun cepat, sesuai dengan peradaban umat manusia. Kebudayaan atau pola hidup masyarakat disini merupakan kombinasi dari semua yang telah disebutkan diatas. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek dari kebudayaan, dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku ini.

Dari uraian tersebut diatas dapat dilihat bahwa banyak alasan seseorang untuk berperilaku. Oleh sebab itu perilaku yang sama diantara beberapa orang dapat disebabkan oleh sebab atau latar belakang yang berbeda-beda. Misalnya, alasan-alasan masyarakat tidak mau berobat ke puskesmas. Mungkin karena tidak percaya

terhadap puskesmas, mungkin tidak punya uang untuk pergi ke puskesmas, mungkin takut pada dokternya, mungkin tidak tahu fungsinya puskesmas, dan lain sebagainya. Secara sederhana dapat diilustrasikan sebagai berikut :

$$\mathbf{B = f (TF, PR, R, C)}$$

dimana :

B = Behavior

f = fungsi

TF = *Thoughts and feeling*

PR = *Personal reference*

R = *Resources*

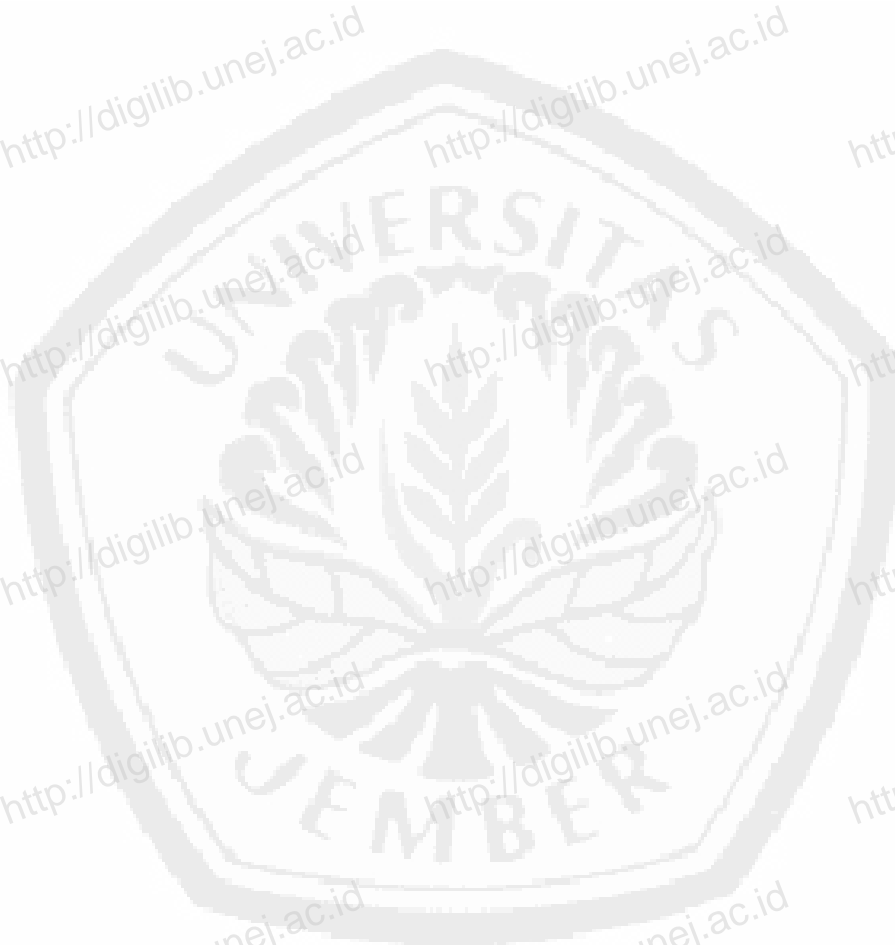
C = *Culture*

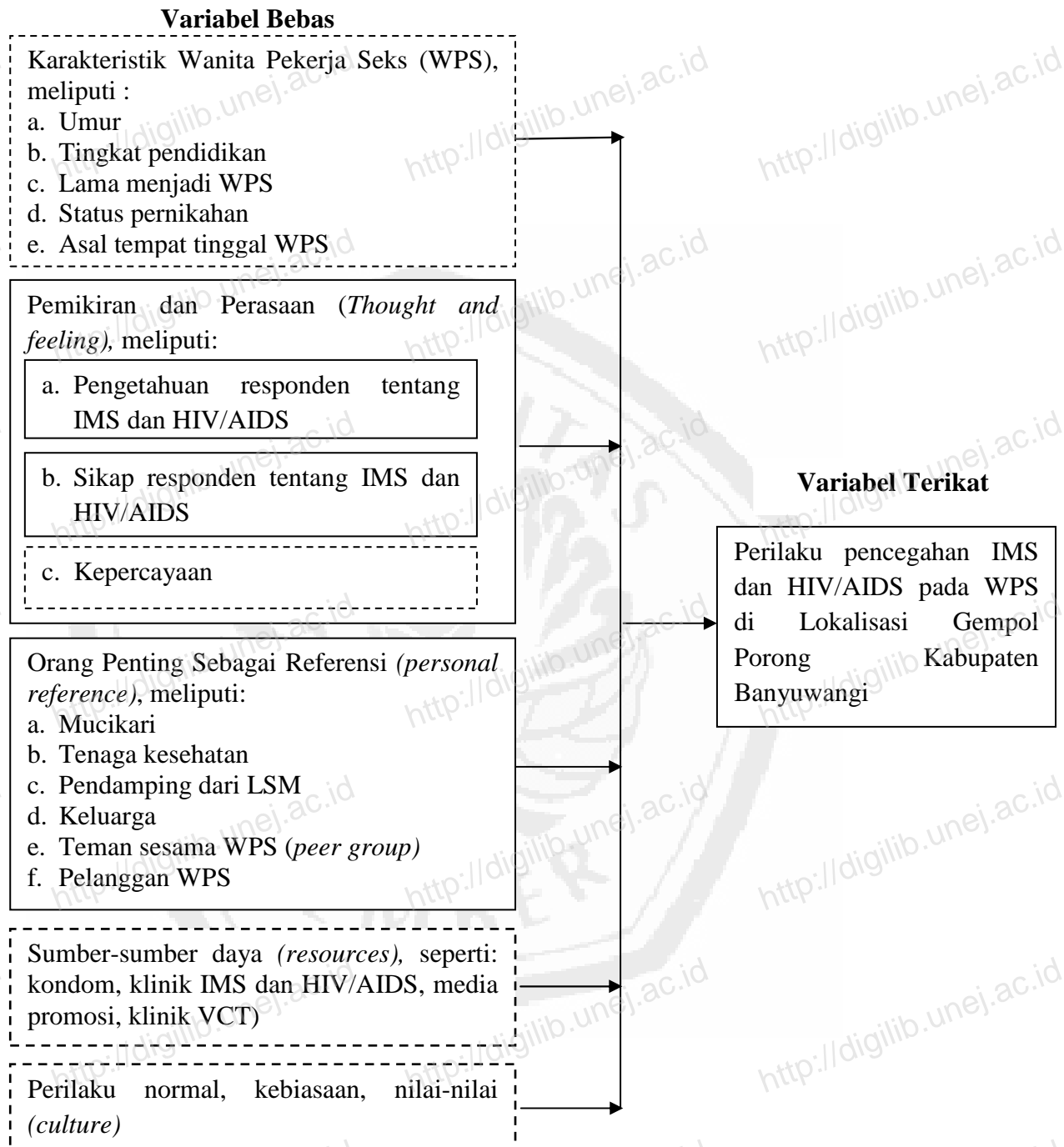
Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh pemikiran dan perasaan seseorang, adanya orang lain yang dijadikan referensi, dan sumber-sumber atau fasilitas-fasilitas yang dapat mendukung perilaku dan kebudayaan masyarakat. Seseorang yang tidak mau membuat jamban keluarga, atau tidak mau buang air besar di jamban, mungkin karena ia mempunyai pemikiran dan perasaan yang tidak enak kalau buang air besar di jamban (*thought and feeling*). Atau barangkali karena tokoh idolanya juga tidak membuat jamban keluarga sehingga tidak ada orang yang menjadi referensinya (*personal reference*). Faktor lain juga mungkin karena langkanya sumber-sumber yang diperlukan atau tidak mempunyai biaya untuk membuat jamban keluarga (*resources*). Faktor lain lagi mungkin karena kebudayaan (*culture*), bahwa jamban keluarga belum merupakan budaya masyarakat.

2.8 Kerangka Konseptual

Berdasarkan uraian sebelumnya, dengan menggunakan teori WHO maka dapat dibuat kerangka konseptual tentang perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) dimana perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS dipengaruhi oleh pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS, sikap tentang IMS dan HIV/AIDS, serta orang penting sebagai referensi dalam pencegahan IMS dan

HIV/AIDS meliputi mucikari, tenaga kesehatan, LSM, keluarga, dan teman sesama WPS (*peer group*), serta pelanggan. Adapun gambar kerangka konseptual dalam penelitian ini dijelaskan dalam gambar 2.3 berikut ini :





Gambar 2.3 Kerangka Konseptual penelitian

Keterangan :



: Variabel diteliti



: Variabel tidak diteliti

2.9 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan yang diterima secara sementara sebagai suatu kebenaran, sebagaimana adanya pada saat fenomena dikenal dan merupakan dasar kerja serta panduan dalam verifikasi. Berdasarkan kerangka konseptual penelitian maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah :

1. Ada pengaruh faktor pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi
2. Ada pengaruh faktor sikap tentang IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi
3. Ada pengaruh faktor orang penting sebagai referensi meliputi tenaga kesehatan, mucikari, LSM, keluarga, dan teman sesama WPS (*peer group*), serta pelanggan terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif atau statistik, dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan. Dinamakan penelitian kuantitatif karena data penelitian berupa angka-angka dan analisis menggunakan statistik (Sugiyono, 2010). Penelitian ini merupakan penelitian survei analitik, yaitu survei atau penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi. Kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena, baik antara faktor risiko dengan faktor efek, antar faktor risiko, maupun antar faktor efek (Notoatmodjo, 2005).

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* yaitu peneliti mempelajari hubungan antara variabel bebas (faktor risiko) dengan variabel tergantung (efek) dengan melakukan pengukuran sesaat. Dalam penelitian *cross sectional* peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada satu saat (Sastroasmoro, 1995). Penelitian *cross sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2005).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei 2011.

3.3 Populasi dan Sampel penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh WPS di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi. Berdasarkan data terakhir yaitu pada Maret 2011, jumlah WPS di lokalisasi Gempol Porong sebanyak 67 orang.

3.3.2 Sampel Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2005), sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Menurut Roscoe dalam Sugiyono (2010), ukuran sampel yang layak dalam penelitian adalah antara 30 – 500. Berdasarkan hasil survei pendahuluan, diketahui bahwa populasi dalam penelitian ini berubah-ubah karena tingkat mobilitas yang tinggi sehingga total populasinya tidak diketahui secara pasti. Oleh karena itu, maka dalam menentukan besar atau ukuran sampel, peneliti menggunakan rumus dari *Snedecor dan Cochran* dalam Budiarto (2003), yaitu :

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 p \cdot q}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,1)^2}$$

$$n = 96,04 \cong 96$$

karena populasi tersebut terbatas dan berjumlah kurang dari 10.000 maka rumus tersebut dilakukan koreksi sebagai berikut:

$$n_k = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n_k = \frac{96}{1 + \frac{96}{67}}$$

$$n_k = \frac{96}{2,433}$$

$$n_k = 39,46 \cong 40$$

Keterangan:

n : Besarnya sampel sebelum koreksi

n_k : Besarnya sampel setelah koreksi

N : Besarnya populasi

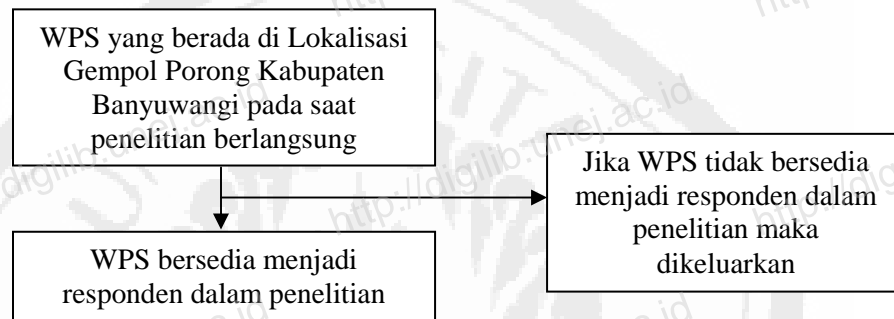
p : Proporsi variabel yang dikehendaki, karena tidak diketahui maka diambil proporsi terbesar yaitu 50% (0,5).

q : $(1 - p) = 1 - 0,5 = 0,5$

Z_α : Simpangan rata-rata distribusi normal standar pada derajat kemaknaan α , Z_α pada $\alpha = 0,05$ dua arah adalah 1,96

d : Kesalahan sampling yang masih dapat ditoleransi, yaitu 10%

Berdasarkan hasil perhitungan dengan rumus diatas, maka diperoleh jumlah sampel sebanyak 40 orang. Adapun langkah-langkah peneliti dalam pengambilan sampel penelitian tersaji dalam gambar 3.1 berikut ini:



Gambar 3.1 Kerangka Pengambilan Sampel Penelitian

3.4 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Alat Ukur, Cara Pengukuran, dan Skala Data

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti, atau menspesifikasikan kegiatan ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Sugiyono, 2010). Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda-beda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain (Notoatmodjo, 2005). Pada penelitian ini, variabel yang digunakan meliputi :

1. Variabel Terikat (*dependent variable*)

Adalah variabel yang tergantung atas variabel lain (Nazir, 2003). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPS.

2. Variabel Bebas (*independent variable*)

Adalah variabel yang mempengaruhi dari variabel terikat (Notoatmodjo, 2005).

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan responden, sikap responden dan orang penting sebagai referensi meliputi mucikari, tenaga kesehatan, LSM, keluarga, teman sesama WPS (*peer group*), serta pelanggan.

Variabel-variabel yang diteliti, definisi operasional, alat ukur, dan cara pengukuran serta skala data disajikan dalam Tabel 3.1 berikut :

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Alat Ukur, dan Cara Pengukuran serta Skala Data

No.	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Cara Pengukuran	Skala Data
1.	Karakteristik Responden:				
	a. Umur	Pengakuan usia responden pada saat dilakukan wawancara.	Wawancara melalui kuesioner	Dikategorikan menjadi kelompok umur: a. Belum matang dalam reproduksi jika umur responden < 20 tahun b. Aman dalam reproduksi jika umur responden 20-35 tahun c. Berisiko tinggi dalam reproduksi jika umur responden > 35 tahun (Sianturi, 2007).	Ordinal
	b. Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang telah ditempuh oleh responden.	Wawancara melalui kuesioner	a. Pendidikan rendah : responden tidak sekolah-tamat SD/MI/SMP/MTs b. Pendidikan menengah : responden dengan pendidikan terakhir SMA/MA/SMK c. Pendidikan tinggi : responden dengan pendidikan terakhir tamat PT (D1, D2, D3, S1, S2, S3)/magister/spesialis (UU RI No.20 Tahun 2003).	Ordinal

c. Lama menjadi WPS	Jangka waktu saat pertama responden bekerja sebagai WPS sampai saat dilakukan wawancara	Wawancara melalui kuesioner	Lama kerja dikategorikan menjadi 3, yaitu : a. 0 – 6 bulan, merupakan tahapan <i>window period</i> HIV/AIDS b. 7 bulan – 1 tahun c. > 1 tahun Nursalam (2009).	Nominal
d. Status Pernikahan	Pernikahan dengan perjanjian secara sah oleh agama dan negara untuk menjadi suami istri menurut pengakuan responden	Wawancara melalui kuesioner	Status Pernikahan dibagi 3 kriteria: 1. Menikah, responden masih terikat dengan tali perkawinan, pisah ranjang, dan ditinggal suami 2. Belum Menikah 3. Janda, reponden ditinggal suami karena perceraian atau sebab kematian	Nominal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Cara Pengukuran	Skala Data
e.	Asal tempat tinggal WPS	Tempat tinggal atau asal tempat tinggal responden sebelum responden masuk ke lokalisasi tempat penelitian	Wawancara melalui kuesioner	Asal WPS dibagi menjadi 2 kriteria, yaitu : a. Dalam Daerah (Kabupaten Banyuwangi) b. Luar Daerah (Selain Kabupaten Banyuwangi)	Nominal

2.	Pengetahuan WPS tentang IMS dan HIV/AIDS	Segala sesuatu yang diketahui atau dimengerti oleh responden tentang IMS dan HIV/AIDS meliputi definisi, penyebab, cara penularan, gejala, dan pengobatan, serta pencegahan tentang IMS dan HIV/AIDS serta terkait manfaat kondom.	Tes Pengetahuan	<p>Pengetahuan responden diukur dengan 20 pertanyaan dimana setiap item pertanyaan terdapat 4 pilihan jawaban :</p> <p>Kriteria penilaian: Jawaban “Benar” nilai 1 dan jawaban “Salah” nilai 0. Jumlah skor yaitu: Maksimal = 20 Minimal = 0</p> <p>Sedangkan untuk memudahkan didalam penyajian data, peneliti mengkategorikan penilaian sebagai berikut :</p> <p>Dari Range 0-20 dikelompokkan menjadi 3 kategori yaitu rendah, sedang, dan tinggi, panjang kelas interval pada masing-masing kategori berdasarkan aturan distribusi frekuensi yang dikemukakan oleh Sudjana (2005) dengan perhitungan :</p> $\text{Rentang} = \text{nilai maks} - \text{nilai min} = 20 - 0 = 20$ <p>Banyak kelas = 3 Panjang kelas = $\text{Rentang} / \text{Banyak Kelas} = 20 / 3 = 6,67 \approx 7$</p> <p>Sehingga skor total pengetahuan responden dilihat dari banyaknya jumlah skor yang diperoleh dari kategori :</p> <ol style="list-style-type: none"> Rendah 0-6 Sedang 7-13 Tinggi 14-20 (Sudjana, 2005) 	Ordinal
----	--	--	-----------------	--	---------

No.	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Cara Pengukuran	Skala Data
-----	----------	----------------------	-------------------------	-----------------	------------

3.	Sikap terhadap IMS dan HIV/AIDS	Respon tertutup atau penilaian responden yang berhubungan dengan IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya.	Tes Sikap	<p>Sikap responden diukur dengan 10 pertanyaan dengan kriteria. Diberi 4 alternatif jawaban yaitu : Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS). Berikut kriteria pemberian skor :</p> <p>1. Pertanyaan no 1, 3, 6, 8, 10 adalah pertanyaan positif, dengan kriteria penilaian:</p> <p>a. Sangat Setuju (SS) nilai = 4</p> <p>b. Setuju (S) nilai = 3</p> <p>c. Tidak Setuju (TS) nilai = 2</p> <p>d. Sangat Tidak Setuju (STS) nilai = 1</p> <p>2. Pertanyaan no 2, 4, 5, 7, 9 adalah pertanyaan negatif, dengan kriteria penilaian:</p> <p>a. Sangat Setuju (SS) nilai = 1</p> <p>b. Setuju (S) nilai = 2</p> <p>c. Tidak Setuju (TS) nilai = 3</p> <p>d. Sangat Tidak Setuju (STS) nilai = 4</p> <p>Jumlah skor yang didapat: Banyak kelas = 2 Panjang kelas = $\frac{\text{rentang}}{\text{Banyak kelas}} = \frac{30}{2} \approx 15$</p> <p>Pemberian skor sikap ditetapkan Sebagai berikut :</p> <p>Positif = $26 \leq x \leq 40$ Negatif = $10 \leq x \leq 25$ (Sudjana, 2005)</p>	Ordinal
4.	Orang penting sebagai referensi	Orang yang berpengaruh dan menjadi panutan responden yang memberikan dukungan atau dorongan kepada responden dalam bentuk membicarakan, mendukung,	Wawancara melalui kuesioner	<p>Orang penting sebagai referensi meliputi tenaga kesehatan, mucikari, LSM, keluarga, teman sesama WPS (<i>peer group</i>), serta pelanggan WPS. diukur dengan 6 pertanyaan dengan sistem penilaian sebagai berikut:</p> <p>a. Jawaban ya = 1</p> <p>b. Jawaban tidak = 0</p> <p>Skor tertinggi untuk variabel ini adalah 6, sedangkan skor</p>	Ordinal
No.	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Cara Pengukuran	Skala Data

		menganjurkan, serta menyarankan agar responden melakukan upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS meliputi tenaga kesehatan, mucikari, LSM, keluarga, teman sesama WPS (<i>peer group</i>), serta pelanggan WPS.		terendah adalah 0, sehingga kategorinya: a. Lengkap, jika responden memperoleh skor 4-6 b. Tidak lengkap, jika responden memperoleh skor 1-3 c. Tidak ada, jika responden memperoleh skor 0	Nominal
5.	Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS	Tindakan yang dilakukan oleh responden dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS, meliputi: menggunakan kondom setiap kali berhubungan seksual, memeriksakan diri dan mengobati penyakit pada petugas kesehatan, tidak melayani pelanggan apabila terdapat gejala penyakit atau terkena IMS atau HIV/AIDS yang ditandai dengan tidak enak badan atau keluar cairan dari alat kelamin yang tidak biasa, menghindari perilaku seksual yang berisiko lebih tinggi terhadap IMS dan HIV/AIDS seperti melakukan hubungan seksual melalui mulut atau anus.	Wawancara melalui kuesioner	Terdapat 12 pertanyaan dengan 2 kemungkinan jawaban yaitu: Ya : skor 1 Tidak : skor 0 Skor tertinggi untuk variabel ini adalah 12, sehingga kategorinya: a. Kurang Baik, apabila memperoleh skor 0-6 b. Baik, apabila memperoleh skor 7-12 (Widodo, 2009).	Ordinal
No.	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Cara Pengukuran	Skala Data

Tanjung (2004) dan
KPA (2010).

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama, baik dari individu seperti hasil wawancara maupun dari hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh peneliti kepada responden (Nazir, 2003). Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui penyebaran instrumen berupa kuesioner kepada responden.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data primer yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah atau disajikan, baik oleh pengumpul data primer maupun oleh pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel-tabel atau diagram-diagram (Budiarto, 2003). Data sekunder digunakan untuk memberikan gambaran tambahan, pelengkap ataupun diproses lebih lanjut. Data sekunder dalam penelitian ini adalah data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, LSM Kelompok Kerja Bina Sehat (KKBS) Kabupaten Banyuwangi, dan hasil penelitian terdahulu tentang PMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya serta data tentang penggunaan kondom pada WPS.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui penyebaran instrumen berupa kuesioner kepada responden. Dalam proses pengumpulan data ini, peneliti akan memandu responden dalam proses pengisian kuesioner apabila terdapat responden yang kurang mengerti dan memahami isi kuesioner.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat ukur yang digunakan dalam penelitian (Sugiyono, 2010). Dalam penelitian ini, menggunakan instrumen berupa kuesioner. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2010). Kuesioner dalam penelitian ini mencakup karakteristik responden yang meliputi umur, tingkat pendidikan, lama menjadi WPS, dan status pernikahan, serta asal tempat tinggal WPS, pengetahuan responden, sikap responden, dan orang penting sebagai referensi dalam pencegahan IMS dan HIV/AIDS meliputi mucikari, tenaga kesehatan, LSM, keluarga, teman sesama WPS (*peer group*), serta pelanggan dan perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Data yang diperoleh dari penyebaran instrumen berupa kuesioner disajikan dalam bentuk tabel. Tabel tersebut menyajikan variabel berupa umur, tingkat pendidikan, lama menjadi WPS, status pernikahan, asal tempat tinggal WPS, pengetahuan responden, sikap responden, dan orang penting sebagai referensi meliputi mucikari, tenaga kesehatan, LSM, keluarga, teman sesama WPS (*peer group*), serta pelanggan WPS, serta tabel perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada responden. Penyajian dalam bentuk tabel merupakan suatu penyajian data yang berbentuk angka yang tersusun secara teratur dalam kolom dan baris. Penyajian dalam bentuk tabel ini banyak digunakan pada penulisan laporan penelitian dengan maksud agar orang lebih mudah memperoleh gambaran secara rinci tentang hasil penelitian yang dilakukan (Bungin, 2005). Disamping itu, penyajian data juga disajikan dalam bentuk tabulasi silang yaitu untuk variabel pengetahuan responden, sikap responden, dan orang penting sebagai referensi meliputi mucikari, tenaga kesehatan, LSM, keluarga, teman sesama WPS (*peer group*), serta pelanggan WPS yang dihubungkan dengan perilaku WPS dalam pencegahan IMS dan HIV/AIDS.

Sebelum data disajikan maka untuk mempermudah dalam analisis maka dilakukan beberapa hal sebagai berikut :

a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Editing adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti selesai menghimpun data di lapangan (Bungin, 2005). *Editing* dilakukan dengan memeriksa kembali semua data yang dikumpulkan dengan tujuan untuk mengecek kembali apakah hasilnya sudah sesuai dengan rencana/tujuan yang hendak dicapai. Apabila ada data yang kurang sebaiknya diperbaiki dengan jalan menanyakan kembali kepada responden.

b. Pemberian Skor (*Scoring*)

Scoring merupakan langkah selanjutnya setelah responden memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam lembar kuesioner. *Scoring* dilakukan dengan memberikan skor atas jawaban dari setiap pertanyaan sesuai dengan penetapan skor yang ada atau yang telah dibuat.

c. Tabulasi (*Tabulating*)

Tabulasi adalah memasukkan data pada tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya (Bungin, 2005). Tabulasi data merupakan proses penyusunan data kedalam bentuk tabel sehingga akan mudah dibaca dan dipahami dan selanjutnya data siap untuk dianalisis. Tabel tersebut menyajikan variabel berupa umur, tingkat pendidikan, lama menjadi WPS, status pernikahan, asal tempat tinggal WPS. Selain itu, menyajikan variabel pengetahuan responden, sikap responden, dan orang penting sebagai referensi yang dihubungkan dengan perilaku WPS dalam pencegahan IMS dan HIV/AIDS.

3.7.2 Analisis Data

Data yang diperoleh berdasarkan penelitian diatas, selanjutnya dilakukan analisis. Variabel yang dianalisis yaitu pengaruh pengetahuan responden, pengaruh sikap responden, dan pengaruh orang penting sebagai referensi meliputi mucikari, tenaga kesehatan, LSM, keluarga, dan teman sesama WPS (*peer group*), serta

pelanggan WPS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji statistik regresi logistik dengan bantuan program komputer berupa SPSS 11.5 dan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$). Adapun tujuan analisis ini adalah untuk mengetahui beberapa faktor yang mempengaruhi dan faktor yang paling dominan yang mempengaruhi WPS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan 3 cara yaitu univariat, bivariat, dan multivariabel.

1. Analisis Univariat

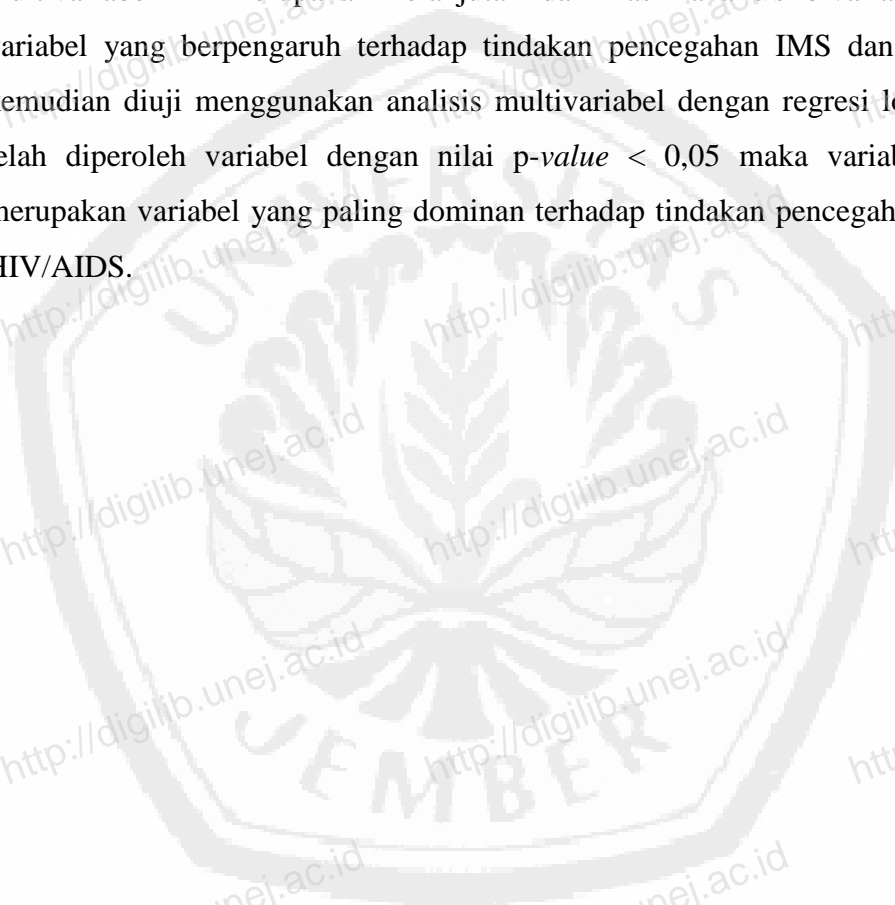
Analisis univariat dilakukan dengan tujuan untuk menggambarkan setiap variabel yang diteliti secara terpisah dengan cara membuat tabel dari masing-masing variabel. Analisis univariat dalam penelitian ini meliputi karakteristik responden diantaranya umur, pendidikan, lama menjadi WPS, dan status pernikahan, serta asal tempat tinggal WPS, pengetahuan responden, sikap responden, serta orang penting sebagai referensi meliputi mucikari, tenaga kesehatan, LSM, keluarga, dan teman sesama WPS (*peer group*), serta pelanggan dan perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh antara satu variabel dependen dengan satu variabel independen Analisis ini digunakan untuk menyeleksi variabel-variabel yang dapat dimasukkan ke dalam model multivariabel. Analisis ini menggunakan uji regresi logistik. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui adanya pengaruh variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat. Analisis bivariat dalam penelitian ini meliputi pengaruh pengetahuan responden, pengaruh sikap responden, dan pengaruh orang penting sebagai referensi meliputi mucikari, tenaga kesehatan, LSM, keluarga, dan teman sesama WPS (*peer group*), serta pelanggan terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi.

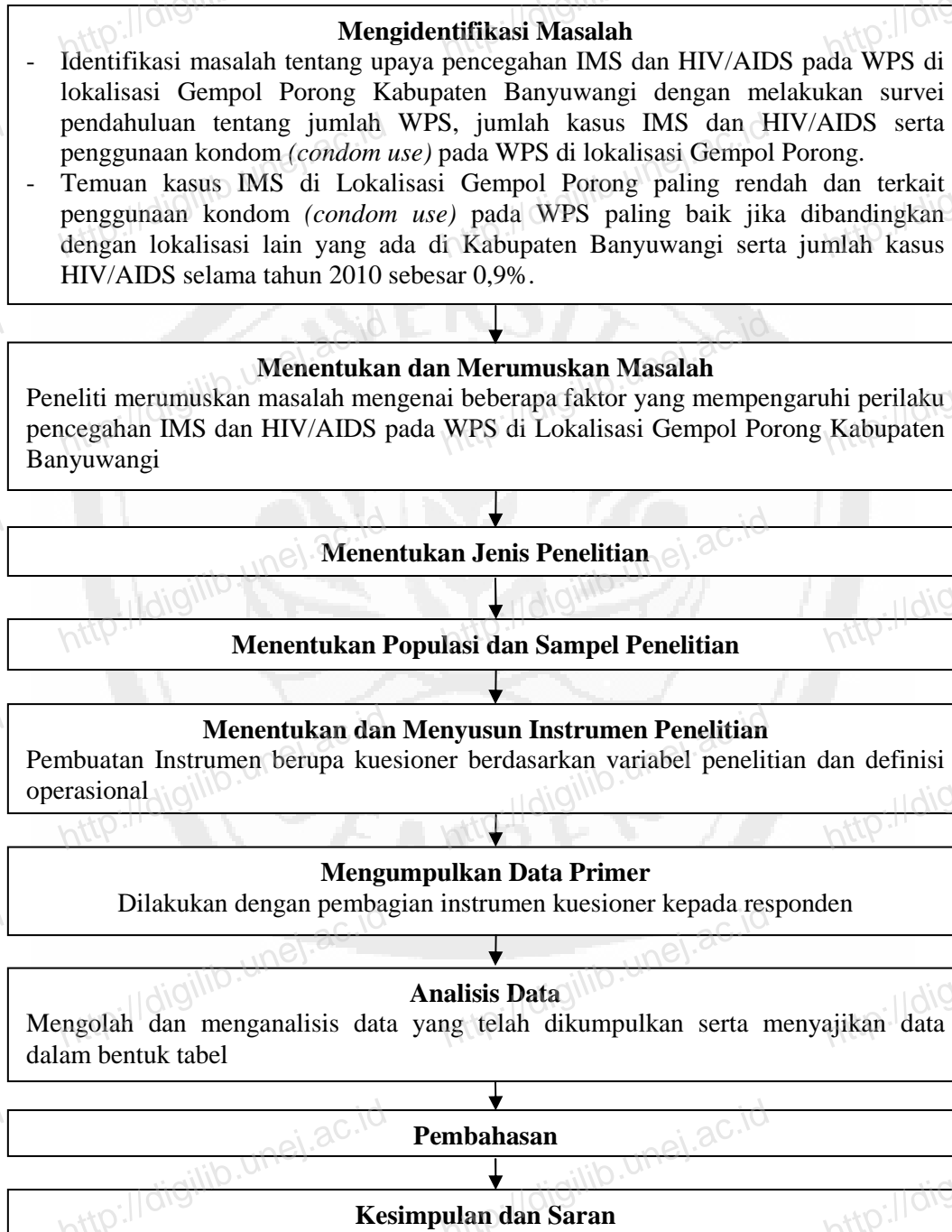
3. Analisis Multivariabel

Analisis multivariabel dilakukan untuk mengetahui pengaruh antara satu variabel dependen dengan beberapa variabel independen sehingga dapat diketahui variabel independen yang paling dominan berpengaruh terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS. Pada analisis ini menggunakan uji regresi logistik. Analisis multivariabel ini merupakan kelanjutan dari hasil analisis bivariat. Beberapa variabel yang berpengaruh terhadap tindakan pencegahan IMS dan HIV/AIDS kemudian diuji menggunakan analisis multivariabel dengan regresi logistik. Jika telah diperoleh variabel dengan nilai $p\text{-value} < 0,05$ maka variabel tersebut merupakan variabel yang paling dominan terhadap tindakan pencegahan IMS dan HIV/AIDS.



3.8 Kerangka Operasional

Adapun kerangka operasional dalam penelitian ini tersaji dalam gambar 3.2 berikut ini:



Gambar 3.2. Kerangka Operasional Penelitian

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Karakteristik Responden

Pengumpulan data penelitian dilakukan pada bulan Mei 2011. Pada penelitian ini yang menjadi responden adalah WPS di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi dengan mengambil sampel sebanyak 40 responden. Data karakteristik yang diteliti dalam penelitian ini meliputi: umur, pendidikan, lama menjadi WPS, dan status pernikahan, serta asal tempat tinggal WPS yang secara rinci dapat dilihat sebagai berikut:

4.1.1 Umur

Umur adalah bilangan tahun terhitung sejak lahir sampai dengan tahun terakhir seseorang melakukan aktivitas. Umur seseorang demikian besarnya dalam mempengaruhi pengetahuan, sikap dan perilaku (Notoatmodjo, 2003). Karakteristik responden berdasarkan umur disajikan pada tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
< 20 tahun	-	-
20 – 35 tahun	35	87,5
> 35 tahun	5	12,5
Total	40	100

Sumber : Data Primer Terolah, Juni 2011

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa distribusi umur responden sebagian besar adalah 20-35 tahun sebanyak 35 responden (87,5%). Distribusi umur tersebut menurut Sianturi (2007) termasuk dalam kategori umur yang aman dalam reproduksi karena organ-organ reproduksi dan fungsi fisiologi telah siap secara optimal sehingga tidak memiliki risiko tinggi untuk melahirkan. Usia reproduksi optimal bagi seorang wanita adalah umur antara 20-35 tahun, dibawah dan diatas usia tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan maupun persalinan, karena perkembangan organ-organ reproduksi yang belum optimal, kematangan emosi dan kejiwaan kurang serta fungsi fisiologi yang belum optimal, sehingga lebih sering terjadi komplikasi yang tidak diinginkan dalam kehamilan. Sebaliknya pada usia yang lebih tua telah terjadi

kemunduran fungsi fisiologis maupun reproduksi secara umum, sehingga lebih sering terjadi akibat yang merugikan pada bayi (Setyowati, dkk, 1996). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden termasuk dalam kategori usia reproduksi atau usia subur.

Meskipun termasuk dalam kategori yang aman dalam reproduksi, Aditya (2005) menyebutkan bahwa perempuan lebih rentan terinfeksi IMS dan HIV/AIDS karena organ reproduksi perempuan memiliki selaput mukosa yang luas, mudah luka atau iritasi, sehingga bila terjadi hubungan seksual dengan kekerasan atau paksaan dan tidak aman tanpa menggunakan kondom akan lebih memudahkan terjadinya infeksi atau penularan IMS dan HIV/AIDS. Hal ini sesuai dengan pernyataan Lumintang dan Wirawan (2000) dalam Baroya (2005) bahwa permasalahan tentang IMS dan HIV/AIDS terutama banyak terjadi pada wanita masa usia reproduksi atau usia subur.

Disamping itu, menurut Hurlock (1980), distribusi umur tersebut tergolong pada usia dewasa. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tua umur seseorang maka semakin lebih bertanggung jawab, lebih tertib, lebih bermoral dan lebih berbakti dari pada usia muda (Notoatmodjo, 2003). Semakin cukup umur maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja (Widyastuti, 2009). Meskipun sebagian besar responden tergolong pada usia dewasa, akan tetapi responden terpaksa memilih menjadi WPS dengan alasan bisa memperoleh imbalan jasa yang besar tanpa memerlukan keahlian khusus.

4.1.2 Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah jenjang atau tingkat pendidikan formal terakhir yang pernah ditempuh oleh responden. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan disajikan pada tabel 4.2 sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Rendah	39	97,5
Menengah	1	2,5
Tinggi	-	-
Total	40	100

Sumber : Data Primer Terolah, Juni 2011

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa distribusi tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah pendidikan rendah yaitu sebanyak 39 responden (97,5%). Pendidikan rendah berarti responden tidak sekolah, tamat SD/MI, dan tamat SMP/MTs (UU RI No.23 Tahun 2003). Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar responden tamat Sekolah Dasar (SD), beberapa responden tamat Sekolah Menengah Pertama (SMP), dan ada beberapa responden yang mengaku tidak sekolah. Hal ini relevan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lumintu (2010) di TPST Puger, dari 38 PSK yang menjadi responden sebanyak 21 responden (55%) memiliki tingkat pendidikan yang tergolong rendah.

Pendidikan merupakan faktor penting, pendidikan yang rendah merupakan salah satu faktor dominan sulitnya mencari pekerjaan. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan rendah lebih sulit untuk mendapatkan pekerjaan dibandingkan dengan yang memiliki pendidikan tinggi sehingga mereka cenderung melakukan pekerjaan apapun untuk memenuhi kelangsungan hidupnya (Widyastuti, 2009). Hal inilah yang memungkinkan seseorang masuk kedalam dunia prostitusi atau pelacuran, karena bisa mendapatkan imbalan jasa yang besar tanpa membutuhkan keahlian khusus.

4.1.3 Lama Menjadi WPS

Lama menjadi WPS merupakan jangka waktu saat pertama responden bekerja sebagai WPS. Karakteristik responden berdasarkan lama menjadi WPS disajikan pada tabel 4.3 sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Menjadi WPS

Lama Menjadi WPS	Frekuensi	Persentase (%)
0-6 bulan	15	37,5
7 bulan – 1 tahun	9	22,5
> 1 tahun	16	40,0
Total	40	100

Sumber : Data Primer Terolah, Juni 2011

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa distribusi lama kerja menjadi WPS pada responden sebagian besar adalah lebih dari 1 tahun sebanyak 16 responden (40%). Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa responden sudah bekerja menjadi WPS antara 1,5 sampai dengan 5 tahun dan terdapat responden yang menyatakan sudah menjadi WPS selama 13 tahun dengan alasan bisa memperoleh penghasilan yang besar untuk memenuhi kebutuhan hidupnya meskipun tingkat pendidikan dan keterampilan yang dimiliki rendah.

Menurut Sedyaningsih dan Mamahit dalam Ihdiny (2008), Usia pertama kali bekerja sebagai WPS dan lama bekerja sebagai WPS berpengaruh pada aktivitas mereka saat melayani tamu. Umumnya WPS yang masih baru akan merasa canggung dan tidak terbiasa dengan pekerjaan yang tidak pernah mereka lakukan, mereka merasa risih karena yang mereka layani adalah orang lain yang tidak memiliki hubungan apa-apa dengan mereka. Sedangkan pada WPS yang telah lama bekerja akan terbiasa melakukan hubungan seksual dengan siapapun dan berganti-ganti pasangan seksual.

Lama kerja seseorang dapat mempengaruhi perilaku karena informasi dan pengalaman yang diperolehnya semakin lama semakin banyak. Hal ini sesuai dengan pernyataan Istiarti dalam Baroya (2005) yang menyatakan bahwa semakin lama seseorang menjalani hidup sebagai WPS, maka pengalamannya semakin banyak sehingga dapat meningkatkan pengetahuannya tentang IMS dan HIV/AIDS. Namun, semakin lama seseorang menjadi WPS maka kemungkinan untuk terinfeksi IMS dan HIV/AIDS juga akan lebih besar karena semakin banyak tamu atau pelanggan yang melakukan hubungan seksual dengan mereka.

Hal tersebut didukung pernyataan Komnas Perempuan (2004) yang menyatakan bahwa dinding alat kelamin perempuan memiliki lapisan tipis yang mudah terluka dan struktur yang terdapat di dalamnya banyak terdapat lipatan sehingga membuat permukaannya menjadi luas. Anatomi tersebut memudahkan sperma bertahan lebih lama dalam rongga kelamin perempuan apabila terjadi hubungan seksual, sehingga perempuan sebagai pihak yang menampung sperma lebih besar kemungkinannya untuk terinfeksi IMS dan HIV/AIDS.

4.1.4 Status Pernikahan

Status pernikahan responden merupakan pernikahan dengan perjanjian secara sah oleh agama dan negara untuk menjadi suami istri. Karakteristik responden berdasarkan status pernikahan disajikan pada tabel 4.4 sebagai berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Pernikahan

Status Pernikahan	Frekuensi	Persentase (%)
Menikah	3	7,5
Belum Menikah	2	5,0
Janda	35	87,5
Total	40	100

Sumber : Data Primer Terolah, Juni 2011

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa distribusi status pernikahan pada responden sebagian besar adalah janda sebanyak 35 responden (87,5%). Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa sebagian besar dari responden yang berstatus janda dikarenakan cerai hidup dengan suaminya dan hanya sebagian kecil yang disebabkan karena ditinggal meninggal oleh suaminya. Hal inilah yang umumnya menyebabkan mereka bekerja sebagai WPS, ditinggal suami yang menikah lagi atau meninggal membuat mereka terhimpit dalam masalah ekonomi dan pada akhirnya pilihan menjadi seorang WPS terpaksa harus mereka jalani, menurut mereka dengan pendidikan dan keterampilan yang rendah mereka tidak akan mendapatkan pendapatan dan penghidupan yang layak (Ihdiny, 2008).

Selain itu, status janda pada perempuan baik karena ditinggal meninggal oleh suami atau karena sebab perceraian membuat perempuan memiliki tanggung jawab

yang besar atas keluarganya. Status janda membuat perempuan menanggung beban ganda sebagai kepala keluarga sekaligus sebagai ibu yang merawat dan membesarkan anak-anaknya (Cahyono, 1995). Hasil penelitian Subiyantoro (2005) di Merauke, faktor kemiskinan dan adanya beban ganda perempuan memaksa perempuan menjadi WPS untuk mencukupi kebutuhan hidup keluarganya.

Status pernikahan merupakan salah satu faktor pemungkin yang menentukan seseorang melakukan tindakan pencegahan dalam hal ini pencegahan IMS dan HIV/AIDS. Insiden IMS lebih tinggi pada orang yang belum menikah, bercerai, atau orang yang terpisah dari keluarganya bila dibandingkan dengan orang yang sudah menikah (Yuliawati, 2009). Hal ini disebabkan karena, seseorang yang berstatus menikah merasa bahwa kesehatan keluarganya adalah sangat penting sehingga ia harus melakukan pencegahan yang lebih baik. Berdasarkan hasil penelitian, responden yang berstatus menikah cenderung memiliki perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS yang baik dikarenakan mereka sadar bahwa dirinya mempunyai risiko untuk menularkan kepada suami atau anaknya. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat 2 responden yang berstatus belum menikah. Hal ini dikarenakan adanya himpitan ekonomi keluarga sehingga memaksa mereka untuk menjadi WPS untuk mencukupi kebutuhan keluarganya.

4.1.5 Asal Tempat Tinggal WPS

Asal tempat tinggal WPS merupakan tempat tinggal atau asal tempat tinggal responden sebelum responden masuk ke lokasi Gempol Porong. Karakteristik responden berdasarkan asal tempat tinggal WPS disajikan pada tabel 4.5 sebagai berikut:

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan asal tempat tinggal WPS

Asal Tempat Tinggal WPS	Frekuensi	Persentase (%)
Dalam Daerah	14	35,0
Luar Daerah	26	65,0
Total	40	100

Sumber : Data Primer Terolah, Juni 2011

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa distribusi asal tempat tinggal responden sebagian besar adalah berasal dari luar daerah Kabupaten Banyuwangi sebanyak 26 responden (65%). Berdasarkan hasil wawancara dengan responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden berasal dari Kabupaten Jember, dan ada beberapa yang berasal dari Kabupaten Situbondo dan Kabupaten Bondowoso.

Menurut Widiyanto (2008), WPS yang berasal dari luar daerah cenderung untuk berusaha mendapatkan penghasilan yang banyak dengan cara mendapatkan pelanggan yang sebanyak-banyaknya sehingga mereka cenderung untuk berpindah-pindah. Faktor lain yang memungkinkan banyaknya WPS berasal dari luar daerah adalah adanya stigma masyarakat bahwa WPS merupakan wanita kotor, berdosa, dan memalukan. Hal tersebut mendorong WPS keluar dari rumah atau daerah asal dengan alasan tidak ingin diketahui oleh masyarakat dan keluarga serta tidak ingin membuat malu keluarga.

4.2 Pengetahuan Responden tentang IMS dan HIV/AIDS serta Upaya Pencegahannya

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui atau dimengerti oleh responden tentang suatu hal dalam hal ini tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Hal ini bisa mempengaruhi pembentukan sikap individu terhadap suatu permasalahan. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003). Distribusi responden menurut pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya disajikan pada tabel 4.6 sebagai berikut:

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS serta Upaya Pencegahannya.

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Rendah	11	27,5
Sedang	25	62,5
Tinggi	4	10,0
Total	40	100

Sumber : Data Primer Terolah, Juni 2011

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa distribusi tingkat pengetahuan responden sebagian besar adalah memiliki pengetahuan sedang sebanyak 25 responden (62,5%) dan hanya sebagian kecil responden yang memiliki pengetahuan tinggi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Lumintu (2010), yang menyatakan bahwa sebagian besar pengetahuan responden tentang sakit dan penyakit, penyakit potensial bagi PSK dan mengenai macam, penyebab, gejala, pencegahan dan akibat IMS dan HIV/AIDS sebagian besar memiliki pengetahuan sedang sebanyak 18 responden (48%).

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa responden tahu bahwa IMS merupakan suatu infeksi karena hubungan seksual baik melalui mulut, dubur atau anus, maupun kelamin yang disebabkan oleh bakteri atau virus sedangkan penyakit AIDS merupakan suatu penyakit yang dapat menular, membahayakan dan bisa menyebabkan kematian, serta belum ditemukan obatnya. Disamping itu, responden tahu bahwa pemakaian kondom serta pemeriksaan kesehatan secara rutin bisa mencegah terjadinya penularan IMS dan HIV/AIDS. Selain itu, responden kurang mengetahui dengan benar tentang gejala-gejala umum, akibat, dan cara penularan IMS dan HIV/AIDS.

Terkait dengan tingkat pendidikan terhadap pengetahuan responden menunjukkan bahwa walaupun sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan yang rendah namun tidak mempengaruhi tingkat pengetahuan responden tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya. Hal ini disebabkan oleh karena adanya pemberian informasi yang efektif melalui kegiatan pendampingan atau penjangkauan dari Dinas Kesehatan, Puskesmas daerah setempat, Komisi

Penanggulangan AIDS (KPA), dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dalam meningkatkan pengetahuan responden tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya. Selain itu juga disebabkan oleh karena beberapa hal, seperti tingkat pemahaman dan tingkat penerimaan responden (WPS) terhadap informasi yang diberikan serta cukup jelasnya informasi yang disampaikan. Disamping itu, pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya juga dapat diperoleh melalui informasi dari teman sesama WPS, mami atau mucikari maupun dari media masa atau surat kabar.

Menurut Istiarti dalam Baroya (2005), pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman. Semakin lama seseorang menjalani hidup sebagai pekerja seks, maka pengalamannya semakin banyak sehingga dapat meningkatkan pengetahuannya tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya.

Notoatmodjo (2003) menyebutkan bahwa dalam melakukan upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS diperlukan suatu pengetahuan, karena pengetahuan merupakan salah satu komponen faktor predisposisi yang penting. Peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan terjadinya perubahan sikap dan perilaku tetapi mempunyai hubungan yang positif, yakni dengan peningkatan pengetahuan maka terjadinya perubahan perilaku akan cepat (Notoatmodjo, 2003).

4.3 Sikap Responden terhadap IMS dan HIV/AIDS serta Upaya Pencegahannya

Sikap merupakan respon tertutup atau penilaian responden yang berhubungan dengan IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya. Sikap adalah kesediaan responden dalam mendukung atau menerima dan ketidaksediaan mendukung terhadap pencegahan IMS dan HIV/AIDS. Adapun kesediaan mendukung atau menerima disebut respon positif sedangkan ketidaksediaan mendukung disebut respon negatif. Menurut Newcomb (1959), sikap merupakan kesiapan dan kesediaan untuk bertindak terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 2003).

Sikap positif dalam penelitian ini merupakan respon atau reaksi responden

yang mendukung atau menerima terhadap upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS dikarenakan responden menganggap IMS dan HIV/AIDS merupakan permasalahan yang harus mendapatkan penanganan yang serius dan sikap negatif merupakan respon atau reaksi responden yang tidak mendukung atau tidak menerima terhadap upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS dikarenakan responden menganggap IMS dan HIV/AIDS bukanlah masalah yang serius atau tidak mengkhawatirkan. Adapun distribusi responden menurut sikap terhadap IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya disajikan pada tabel 4.7 sebagai berikut :

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Sikap terhadap IMS dan HIV/AIDS serta Upaya Pencegahannya

Sikap	Frekuensi	Persentase (%)
Positif	25	62,5
Negatif	15	37,5
Total	40	100

Sumber : Data Primer Terolah, Juni 2011

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa distribusi sikap responden sebagian besar adalah memiliki sikap positif terhadap IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya sebanyak 25 responden (62,5%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki sikap yang mendukung terhadap upaya pencegahan serta bahaya dari IMS dan HIV/AIDS. Responden memiliki respon atau reaksi yang mendukung bahwa IMS dan HIV/AIDS bisa menular pada orang lain dan bisa menyebabkan kematian, saling setia pada satu pasangan dan penggunaan kondom saat berhubungan seksual dapat mencegah penularan IMS dan HIV/AIDS.

Faktor yang menyebabkan seseorang memiliki sikap positif adalah pengetahuan yang tinggi. Menurut Mantra dalam Baroya (2005) semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah seseorang menerima informasi, baik dari orang lain maupun media massa. Semakin banyak informasi yang diterima maka akan semakin banyak pengetahuan yang dimiliki termasuk pengetahuan tentang kesehatan yang dalam hal ini terkait pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya. Akan tetapi, dalam penelitian ini sikap responden yang

sebagian besar positif bukan disebabkan oleh pengetahuan yang tinggi pada responden. Hal ini terbukti dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan tinggi hanya sebagian kecil saja yaitu sebanyak 4 responden (10%).

Faktor lain yang menyebabkan seseorang memiliki sikap positif adalah lamanya responden bekerja menjadi WPS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan lama menjadi WPS sebagian besar adalah lebih dari 1 tahun yaitu berkisar antara 1,5 sampai dengan 5 tahun. Menurut Istiarti dalam Baroya (2005), semakin lama seseorang menjalani hidup sebagai WPS maka pengalamannya akan semakin banyak. Hal ini sesuai dengan teori determinan perubahan perilaku menurut WHO dalam Notoatmodjo (2003), yang menyatakan bahwa sikap sering diperoleh dari pengalaman baik pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain yang paling dekat. Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek sehingga membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain.

Berdasarkan hasil wawancara, sebagian besar responden memiliki sikap yang positif dikarenakan adanya kesadaran pada diri responden terkait kesehatannya. Sebagian responden sadar dan menyatakan bahwa pekerjaannya sebagai WPS merupakan suatu pekerjaan yang memiliki risiko tinggi terhadap penularan penyakit khususnya terkait penularan IMS dan HIV/AIDS sehingga ia harus berhati-hati dalam mengambil keputusan untuk bertindak terkait dengan kesehatannya. Hal ini didukung oleh pernyataan Azwar (2003), yang menyatakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan sehingga seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin ia agar melakukannya.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian responden juga memiliki sikap negatif, yaitu responden menyatakan setuju terkait dengan pernyataan sikap terhadap IMS dan HIV/AIDS yang tidak tepat yaitu mengenai minum antibiotika, mencuci alat kelamin dengan sabun atau pasta gigi, dan adanya stigma dari responden

bahwa penderita IMS dan HIV/AIDS harus dihindari dan dijauhi dapat mencegah IMS dan HIV/AIDS. Disamping itu, responden setuju jika IMS dan HIV/AIDS bisa sembuh sendiri dan tidak memerlukan pengobatan, berhubungan seksual dengan orang yang bersih secara fisik tidak memungkinkan seseorang tertular IMS dan HIV/AIDS.

Hal tersebut diatas didukung oleh penelitian Widodo (2009), yang menyatakan bahwa WPS akan merasa menjadi lebih sehat, sembuh dari penyakit dan aman dari IMS dan HIV/AIDS dengan minum antibiotik dan minum jamu karena WPS menganggap kuman akan mati dengan minum antibiotik dan jamu yang rasanya pahit. Menurut Depkes RI (1999) dalam Widodo (2009), suntik antibiotik tidak pernah dapat mencegah penularan IMS, tetapi hanya dapat mematikan kuman yang mungkin ditularkan pada waktu berhubungan seks. Dosis antibiotik hanya cukup untuk menyembuhkan satu jenis IMS dan tidak dapat menyembuhkan IMS yang lain. Selain itu, penyembuhan dengan antibiotik ada aturan dan dosis tertentu yang efektif untuk mematikan kuman, sehingga tidak dapat digunakan secara sembarangan.

4.4 Orang Penting sebagai Referensi dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV/AIDS

Perilaku seseorang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh (Notoatmodjo, 2003). Orang penting sebagai referensi dalam penelitian ini merupakan orang yang berpengaruh dan menjadi panutan responden yang memberikan dukungan atau dorongan kepada responden dalam bentuk membicarakan, mendukung, menganjurkan, serta menyarankan agar responden melakukan upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS. Orang penting sebagai referensi dalam penelitian ini meliputi tenaga kesehatan, mucikari, LSM, keluarga, teman-teman sesama WPS (*peer group*), serta pelanggan WPS. Distribusi responden berdasarkan orang penting sebagai referensi dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS disajikan pada tabel 4.8 sebagai berikut :

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Orang Penting Sebagai Referensi Dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV/AIDS.

Orang Penting Sebagai Referensi	Frekuensi	Persentase (%)
Lengkap	28	70,0
Tidak Lengkap	12	30,0
Tidak Ada	-	-
Total	40	100

Sumber : Data Primer Terolah, Juni 2011

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa distribusi responden menurut orang penting sebagai referensi dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS sebagian besar adalah lengkap yaitu sebanyak 28 responden (70%). Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, mayoritas responden mendapatkan dukungan atau dorongan dalam kategori baik dari tenaga kesehatan, mucikari, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) serta teman-teman sesama WPS.

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, tenaga kesehatan yang biasa memberikan dukungan kepada responden dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS adalah dokter dan perawat yang biasanya memberikan pelayanan kepada responden. Berdasarkan pengakuan dari responden, dukungan yang biasa diberikan oleh tenaga kesehatan adalah memberikan materi kepada responden terkait IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya dan tentang penggunaan kondom serta menganjurkan kepada responden untuk memeriksakan kesehatan pada petugas kesehatan secara rutin.

Disamping itu, responden juga mengaku bahwa mereka memperoleh dukungan dari pendamping LSM yang biasanya memberikan pendampingan dilokalisasi tersebut. Beberapa responden menyatakan bahwa LSM yang biasa memberikan pendampingan pada responden di lokalisasi tersebut adalah LSM Kelompok Kerja Bina Sehat (KKBS) Kabupaten Banyuwangi. Bentuk dukungan yang diperoleh responden yaitu berupa anjuran untuk selalu menggunakan kondom saat melayani tamu atau pelanggan serta memeriksakan kesehatan responden pada petugas kesehatan, dan penyuluhan tentang IMS dan HIV/AIDS.

Adapun dukungan lain yang dirasakan baik oleh responden yaitu dukungan yang diperoleh dari orang-orang yang berada dekat dengan responden dan tidak lepas dari kehidupan lokalisasi yaitu dukungan dari mucikari atau mami dan dukungan teman-teman sesama WPS di lokalisasi tersebut. Mucikari merupakan salah satu pelaku dalam industri seks yang berkedudukan sebagai pimpinan (Hull, 1997). Karena kedudukannya sebagai pimpinan, maka segala perbuatan dan perkataannya cenderung untuk dituruti oleh responden. Berdasarkan hasil wawancara, dukungan yang biasa diberikan oleh mucikari adalah menganjurkan dan selalu mengingatkan responden untuk selalu menggunakan kondom dan menganjurkan responden untuk selalu menjaga dan memperhatikan kesehatannya dengan melakukan pemeriksaan kesehatan diri responden secara rutin pada petugas kesehatan. Disamping itu, teman-teman sesama WPS merupakan orang yang memberikan dukungan kepada responden dengan cara saling mengingatkan satu sama lain untuk tetap menjaga kesehatan dan selalu menggunakan kondom saat berhubungan seksual. Hal ini dikarenakan para WPS di lokalisasi ini merasa bahwa pekerjaannya memiliki risiko tinggi terhadap penyakit yang menular dan membahayakan yang dalam hal ini adalah IMS dan HIV/AIDS.

Dukungan yang dirasakan kurang oleh responden adalah dukungan dari keluarga responden dan pelanggan. Berdasarkan hasil wawancara, sebagian besar responden mengaku tidak pernah mendapatkan dukungan dari keluarga. Hal ini dikarenakan sebagian besar responden bekerja sebagai WPS di lokalisasi Gempol Porong tanpa sepengetahuan dari keluarga responden. Ketidaktahuan keluarga responden tentang pekerjaan responden sebagai WPS inilah yang menyebabkan responden merasa kurang mendapat dukungan untuk melakukan pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS.

Adapun dukungan dari pelanggan responden, sebagian besar responden menyatakan bahwa pelanggan kurang mendukung dalam pencegahan IMS dan HIV/AIDS. Hal ini dikarenakan sebagian pelanggan kurang mengetahui tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya dan ada beberapa responden yang

menyatakan bahwa pelanggannya merasa tidak nyaman apabila harus menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual. Hal ini didukung pernyataan Widiyanto (2008) yang menyatakan bahwa pelanggan memiliki hak penuh atas diri WPS karena telah membayar atau menyewa para WPS sehingga pelanggan cenderung menginginkan WPS mengikuti kemauannya.

4.5 Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPS di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi

Perilaku merupakan tindakan atau praktik yang dilakukan oleh responden dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS. Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat dialami langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Skinner (1938) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPS dalam penelitian ini meliputi penggunaan kondom setiap kali berhubungan seksual, memeriksakan diri dan mengobati penyakit pada petugas kesehatan, tidak melayani pelanggan apabila terdapat gejala penyakit atau terkena IMS atau HIV/AIDS, menghindari perilaku seksual yang berisiko lebih tinggi terhadap IMS dan HIV/AIDS (Tanjung, 2004). Perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS dalam penelitian ini diukur dengan 12 pertanyaan, dan diklasifikasikan kedalam dua kategori yaitu perilaku pencegahan baik dan perilaku pencegahan kurang baik. Responden dikatakan memiliki perilaku pencegahan yang baik, apabila responden memperoleh skor jawaban maksimal 12 dan minimal 7 dan responden memiliki perilaku pencegahan yang kurang bila responden tidak melakukan upaya pencegahan apapun (skor 0) dan paling banyak melakukan 6 tindakan dalam pertanyaan perilaku pencegahan. Distribusi frekuensi responden berdasarkan perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS disajikan pada tabel 4.9 sebagai berikut:

Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS.

Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang Baik	8	20,0
Baik	32	80,0
Total	40	100

Sumber : Data Primer Terolah, Juni 2011

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa distribusi perilaku responden dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS sebagian besar adalah memiliki perilaku pencegahan yang baik terhadap IMS dan HIV/AIDS yaitu sebanyak 32 responden (80%). Berdasarkan hasil wawancara diperoleh hasil bahwa mayoritas responden selalu menawarkan kondom kepada tamu atau pelanggan sebelum berhubungan seksual, responden selalu menggunakan kondom setiap kali berhubungan seksual dengan tamu atau pelanggannya, responden menolak apabila tamu atau pelanggannya tidak mau memakai kondom bahkan jika responden dibayar dengan bayaran yang mahal sekalipun, responden tetap menolak untuk melayani tamu tersebut. Disamping itu, responden juga memeriksakan diri dan mengobati penyakit secara rutin pada petugas kesehatan, tidak melayani tamu atau pelanggan apabila terdapat gejala penyakit atau terkena IMS, menghindari perilaku yang berisiko terhadap penularan IMS dan HIV/AIDS yaitu melakukan hubungan seksual secara normal atau wajar melalui vagina, tidak pernah melalui mulut maupun dubur atau anus, serta tidak menggunakan pelumas buatan seperti menggunakan *hand body* saat berhubungan seksual.

Perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPSdi Lokalisasi Gempol Porong bisa dipengaruhi karena adanya pemberian informasi yang efektif melalui kegiatan pendampingan atau penjangkauan dari Dinas Kesehatan, Puskesmas daerah setempat, Komisi Penanggulangan AIDS (KPA), dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dalam meningkatkan pengetahuan responden tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya. Adapun faktor lain selain pemberian informasi tentang IMS dan HIV/AIDS adalah adanya faktor eksternal maupun faktor internal. Hal ini

relevan bahwa faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Faktor eksternal meliputi objek, orang, kelompok, dan hasil-hasil kebudayaan yang dijadikan sasaran dalam mewujudkan bentuk perilakunya sedangkan faktor internal meliputi persepsi, motivasi, dan emosi, serta belajar (Notoatmodjo, 2003).

Dalam Notoatmodjo (2003) disebutkan bahwa pengetahuan akan mempengaruhi sikap dan tindakan seseorang. Sikap merupakan salah satu tahap terjadinya perilaku atau tindakan seseorang. Dalam penelitian ini diperoleh bahwa sebagian besar responden memiliki sikap yang positif terhadap IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya. Seseorang yang memiliki sikap yang positif maka akan cenderung memiliki perilaku pencegahan yang lebih baik jika dibandingkan dengan seseorang yang memiliki sikap negatif.

Disamping itu, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yulawati (2009), faktor lain yang mempengaruhi WPS melakukan tindakan pencegahan yang baik terhadap IMS dan HIV/AIDS adalah status responden yang menikah. Hal ini dikarenakan responden yang berstatus menikah memiliki kekhawatiran dan merasa berisiko untuk menularkan kepada suami atau anaknya, sehingga cenderung melakukan tindakan pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS. Akan tetapi, hal tersebut berbeda dengan hasil penelitian ini yang sebagian besar berstatus janda namun memiliki perilaku pencegahan yang baik terhadap IMS dan HIV/AIDS. Perilaku pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS tersebut dimungkinkan karena responden sudah lama bekerja menjadi WPS. Menurut Istiarti dan Baroya (2005) pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman. Semakin lama seseorang menjalani hidup sebagai WPS, maka pengalamannya semakin banyak dan diikuti meningkatnya pengetahuan tentang PMS dan HIV/AIDS.

4.6 Pengaruh Faktor Pengetahuan terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPS di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan yang sedang tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya yaitu sebanyak 25 responden (62,5%). Adapun distribusi frekuensi responden berdasarkan pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS disajikan pada tabel 4.10 sebagai berikut:

Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS

Pengetahuan	Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS				Jumlah	
	Kurang Baik		Baik		N	%
	n	%	n	%		
Rendah	5	12,5	6	15	11	27,5
Sedang	3	7,5	22	55	25	62,5
Tinggi	-	-	4	10	4	10,0
Total	8	20	32	80	40	100

Sumber : Data Primer Terolah, Juni 2011

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam distribusi pengetahuan sedang dan memiliki perilaku pencegahan yang baik sebanyak 22 responden (55%). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa dari 32 responden yang memiliki perilaku pencegahan yang baik, terdapat 6 responden yang memiliki pengetahuan rendah sebagaimana ditunjukkan dalam tabel 4.10. Hal ini karena adanya sanksi atau hukuman yang berlaku di lokalisasi yaitu akan dikeluarkan jika diketahui terkena penyakit HIV/AIDS sehingga mendorong responden untuk melakukan pencegahan yang baik terhadap IMS dan HIV/AIDS. Adapun faktor lain yang menyebabkan responden memiliki perilaku pencegahan yang baik adalah pengalaman baik yang dialami sendiri atau melihat orang lain. Menurut Istiarti dalam Baroya (2005), semakin lama seseorang menjalani hidup sebagai pekerja seks, maka pengalamannya semakin banyak. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang menunjukkan sebagian besar responden memiliki lama kerja menjadi WPS lebih dari 1 tahun.

Pengaruh antara pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada responden dapat diketahui dengan melakukan uji statistik regresi logistik dengan ketentuan $\alpha = 0,05$. Hasil analisis bivariat dengan menggunakan uji statistik regresi logistik diperoleh hasil yaitu *Sig.* atau *p value* = 0,021 < ($\alpha = 0,05$) sehingga H_0 ditolak artinya dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS (Lampiran E).

Dari hasil penelitian ini terdapat pengaruh antara pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Budiman (2008) yang menyatakan bahwa dengan meningkatnya pengetahuan tentang penyakit IMS dan HIV/AIDS maka seseorang akan lebih mengerti mengenai penyakit IMS dan HIV/AIDS dan akibat yang ditimbulkannya sehingga seseorang cenderung untuk melakukan pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS. Hasil penelitian ini berbeda dari penelitian yang dilakukan oleh Baroya (2010) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan tentang PMS dan HIV/AIDS dengan upaya pencegahan dalam pemakaian kondom.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk perilaku seseorang (*overt behaviour*). Pengetahuan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap seseorang atau kelompok untuk bertindak dan dari beberapa penelitian membuktikan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada yang tidak didasari pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

Menurut teori WHO dalam (Notoatmodjo, 2003), kebudayaan dalam suatu masyarakat merupakan kombinasi dari perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan

penggunaan sumber-sumber didalam suatu masyarakat yang pada gilirannya akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) dan selanjutnya kebudayaan akan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap suatu perilaku. Berdasarkan hasil penelitian, perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS sudah menjadi kebiasaan di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi, hal ini terbukti dengan adanya pembinaan yang dilakukan dua kali dalam sebulan serta adanya pemeriksaan rutin oleh petugas kesehatan setiap 1 bulan sekali, dan pengobatan presumtif berkala yang dilakukan setiap 3 bulan sekali oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kabupaten Banyuwangi, serta Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) KKBS Kabupaten Banyuwangi, serta adanya kebijakan dari pengurus lokalisasi untuk melakukan pemeriksaan kesehatan bagi para WPS yang mau masuk ke lokalisasi dan memberikan sanksi berupa dikeluarkan dari lokalisasi bagi para WPS yang diketahui terinfeksi HIV/AIDS. Hal inilah yang mendorong para Pekerja Seks untuk melakukan pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS.

Faktor lain yang menyebabkan seseorang melakukan upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS adalah adanya kemauan dan kesadaran dari responden untuk berperilaku. Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar responden menyatakan sadar bahwa dirinya merupakan kelompok berisiko tinggi untuk terinfeksi IMS dan HIV/AIDS. Disamping itu, adanya sumber-sumber atau sarana dan prasarana pendukung mencakup fasilitas-fasilitas pencegahan IMS dan HIV/AIDS seperti kondom juga mendorong seseorang untuk melakukan pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS.

Menurut teori *Health Belief Models (HBM)*, individu dalam bertindak untuk melawan atau mencegah dan mengobati penyakitnya, ada empat variabel kunci yang terlibat di dalam tindakan tersebut, yaitu kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan rintangan yang dialami dalam tindakan melawan penyakitnya, serta hal-hal yang memotivasi tindakan tersebut (Notoatmodjo, 2003). Hal ini menunjukkan bahwa semakin merasa

sensitif terhadap keadaan di sekitarnya maka semakin besar dorongan untuk melakukan perilaku pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS.

4.7 Pengaruh Faktor Sikap terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPS di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar responden memiliki sikap positif terhadap IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya yaitu sebanyak 25 responden (62,5%). Adapun distribusi frekuensi responden berdasarkan sikap terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS disajikan pada tabel 4.11 :

Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap terhadap IMS dan HIV/AIDS terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS.

Sikap	Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS				Jumlah	
	Kurang Baik		Baik		N	%
	n	%	n	%		
Positif	3	7,5	22	55	25	62,5
Negatif	5	12,5	10	25	15	37,5
Total	8	20	32	80	40	100

Sumber : Data Primer Terolah, Juni 2011

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa sebagian besar reponden berada dalam distribusi sikap positif dan perilaku pencegahan yang baik sebanyak 22 responden (55%). Hasil penelitian juga menunjukkan, dari 32 WPS yang memiliki perilaku pencegahan yang baik terhadap IMS dan HIV/AIDS terdapat 10 WPS (25%) yang memiliki sikap negatif terhadap IMS dan HIV/AIDS. Hal tersebut disebabkan oleh karena adanya pengalaman yang dialami oleh orang-orang di sekitar responden. Menurut Istiarti dalam Baroya (2005), pengalaman terkait dengan lama kerja menjadi WPS. Semakin lama bekerja menjadi WPS maka pengalamannya semakin banyak sehingga mendorong untuk melakukan perilaku pencegahan yang baik.

Faktor lain yang menyebabkan responden berperilaku pencegahan yang baik karena adanya penjangkauan dan pembinaan serta pemberian informasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, Puskesmas Setempat, KPA Kabupaten Banyuwangi, serta LSM Kabupaten Banyuwangi di lokalisasi tersebut sehingga dapat

meningkatkan pengetahuan dan kesadaran WPS. Berdasarkan hasil penelitian, sebagian responden sadar dan menyatakan bahwa pekerjaannya sebagai WPS merupakan suatu pekerjaan yang memiliki risiko tinggi terhadap penularan penyakit khususnya terkait penularan IMS dan HIV/AIDS sehingga ia harus berhati-hati dalam mengambil keputusan untuk bertindak terkait dengan kesehatannya.

Pengaruh antara sikap terhadap IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada responden dapat diketahui dengan melakukan uji statistik regresi logistik dengan ketentuan $\alpha = 0,05$. Hasil analisis bivariat dengan menggunakan uji statistik regresi logistik diperoleh hasil yaitu *Sig.* atau *p value* = 0,255 > ($\alpha = 0,05$) sehingga H_0 diterima sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh antara sikap terhadap IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS (Lampiran E).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas, hanya predisposisi suatu tindakan atau perilaku (Notoatmodjo, 2003). Azwar (2003) menyatakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan sehingga seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin ia agar melakukannya. Hubungan sikap dan perilaku sangat ditentukan oleh faktor-faktor situasional tertentu yaitu norma-norma, peranan, anggota kelompok, dan sebagainya yang merupakan kondisi ketergantungan yang dapat mengubah hubungan sikap dan perilaku. Dalam Gerungan (2000), disebutkan bahwa peranan sikap di dalam kehidupan manusia adalah besar, sebab apabila sudah dibentuk pada diri manusia, maka sikap-sikap itu akan turut menentukan cara-cara tingkah lakunya terhadap objek-objek sikapnya.

Sebagian besar responden dalam penelitian ini menyatakan bahwa mereka sadar dan menyatakan bahwa pekerjaannya sebagai WPS merupakan suatu pekerjaan yang memiliki risiko tinggi terhadap penularan penyakit khususnya terkait penularan

IMS dan HIV/AIDS sehingga ia harus berhati-hati dalam mengambil keputusan untuk bertindak terkait dengan kesehatannya. Hasil penelitian ini memperoleh beberapa informasi yang disampaikan oleh responden bahwa IMS dan HIV/AIDS bisa menular pada orang lain dan bisa menyebabkan kematian serta saling setia pada satu pasangan dan penggunaan kondom saat berhubungan seksual dapat mencegah penularan IMS dan HIV/AIDS.

Hasil penelitian menunjukkan sikap responden yang positif terhadap IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ihdiny (2008) pada 26 PSK di TPST Puger bahwa sikap responden tentang Penyakit Menular Seksual termasuk dalam kategori positif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 8 responden (20%) yang memiliki perilaku pencegahan yang kurang baik sebanyak 5 responden (12,5%) memiliki sikap negatif. Berdasarkan hasil penelitian di lapangan diperoleh bahwa beberapa responden menyatakan setuju terkait dengan pernyataan sikap terhadap IMS dan HIV/AIDS yang tidak tepat akan tetapi dipercaya oleh WPS yaitu mengenai minum antibiotika, mencuci alat kelamin dengan sabun atau pasta gigi, dan adanya stigma dari responden bahwa penderita IMS dan HIV/AIDS harus dihindari dan dijauhi dapat mencegah IMS dan HIV/AIDS.

4.8 Pengaruh Faktor Orang Penting Sebagai Referensi Dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV/AIDS terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPS di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi

Dalam melakukan upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS tidak terlepas dari pengaruh orang-orang yang dianggap penting yang menjadi acuan atau panutan bagi responden. Orang penting sebagai referensi dalam penelitian ini merupakan orang yang berpengaruh dan menjadi panutan responden yang memberikan dukungan atau dorongan kepada responden dalam bentuk membicarakan, mendukung, menganjurkan, serta menyarankan agar responden melakukan upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS. Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar responden memiliki orang penting sebagai referensi dalam

upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS dalam kategori baik sebanyak 28 responden (70 %). Adapun distribusi frekuensi responden berdasarkan orang penting sebagai referensi dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS disajikan dalam tabel 4.12 sebagai berikut:

Tabel 4.12 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Orang Penting Sebagai Referensi Dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV/AIDS terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS.

Orang Penting Sebagai Referensi	Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS				Jumlah	
	Kurang Baik		Baik		N	%
	n	%	n	%		
Lengkap	7	17,5	21	52,5	28	70,0%
Tidak Lengkap	1	2,5	11	27,5	12	30,0%
Tidak Ada	-	-	-	-	-	-
Total	8	20	32	80	40	100

Sumber : Data Primer Terolah, Juni 2011

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa reponden yang memiliki perilaku pencegahan yang baik terhadap IMS dan HIV/AIDS, dari 32 WPS terdapat 21 WPS yang memiliki orang penting sebagai referensi dalam pencegahan IMS dan HIV/AIDS yang lengkap dan 11 WPS memiliki orang penting sebagai referensi yang tidak lengkap. Disamping itu, tabel juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam distribusi orang penting sebagai referensi yang lengkap dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS dan memiliki perilaku pencegahan yang baik terhadap IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya yaitu sebanyak 21 responden (52,5%).

Pengaruh antara orang penting sebagai referensi dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada responden dapat diketahui dengan melakukan uji statistik regresi logistik dengan ketentuan $\alpha = 0,05$. Hasil analisis bivariat dengan menggunakan uji statistik regresi logistik diperoleh hasil yaitu *Sig.* atau p value = 0,251 > ($\alpha = 0,05$) sehingga H_0 diterima sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh antara orang penting

sebagai referensi dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS (Lampiran E).

Perilaku orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu penting bagi seorang individu, maka apa yang dikatakan atau perbuatannya cenderung untuk dicontoh pada individu tersebut. Untuk berperilaku sehat, masyarakat bukan hanya membutuhkan pengetahuan dan sikap yang positif serta dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan contoh (acuan) dari orang yang dianggap penting tersebut (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan hasil penelitian, dari 8 responden (20%) yang memiliki perilaku pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS yang kurang baik, terdapat 1 responden (2,5%) yang memiliki orang penting sebagai referensi yang tidak lengkap dalam pencegahan IMS dan HIV/AIDS. Sebagian besar responden menyatakan bahwa mayoritas dukungan dalam upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS adalah dari tenaga kesehatan, mami atau mucikari, pendamping dari LSM, dan teman-teman sesama WPS memiliki pengaruh yang lebih besar. Adapun bentuk dukungan yang sering diberikan adalah anjuran untuk selalu menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Lumintu (2010) yang menyatakan orang penting sebagai referensi sangat berpengaruh terhadap kunjungan PSK TPST Puger. Hal ini bisa jadi dikarenakan WPS di Lokalisasi Gempol Porong dalam melakukan upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS lebih dipengaruhi oleh motivasi, kemauan atau kehendak dan kesadaran dari dalam diri WPS tersebut bahwa mereka merupakan kelompok berisiko tinggi untuk terkena IMS dan HIV/AIDS.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- a. Karakteristik responden sebagian besar berumur 20-35 tahun, mempunyai tingkat pendidikan yang rendah, lama kerja menjadi WPS lebih dari 1 tahun, dan status pernikahan sebagai janda, serta berasal dari luar daerah Kabupaten Banyuwangi.
- b. Sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang sedang tentang IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya.
- c. Sebagian besar responden memiliki sikap positif terhadap IMS dan HIV/AIDS serta upaya pencegahannya.
- d. Sebagian besar responden memiliki orang penting sebagai referensi dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS dalam kategori lengkap. Sebagian besar responden menyatakan orang penting sebagai referensi yang biasa memberikan dukungan adalah tenaga kesehatan, mami atau mucikari, pendamping dari LSM, serta teman-teman sesama WPS.
- e. Sebagian besar responden memiliki perilaku pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS dalam kategori baik.
- f. Ada pengaruh antara faktor pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS).
- g. Tidak ada pengaruh antara faktor sikap tentang IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS).
- h. Tidak ada pengaruh antara faktor orang penting sebagai referensi dalam upaya pencegahan IMS dan HIV/AIDS terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS).

5.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini adalah:

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Banyuwangi dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Kabupaten Banyuwangi;
 - a. Bekerjasama dalam upaya meningkatkan pengetahuan WPS melalui sosialisasi informasi tentang IMS dan HIV/AIDS dengan metode dan media yang lebih bervariasi misalnya dengan pemutaran film dan menempatkan sedekat mungkin sumber informasi dan edukasi dengan WPS misalnya dengan membuka klinik IMS di lokasi serta memperbanyak *outlet* kondom.
 - b. Mengadakan pelatihan tentang cara tawar menawar atau negosiasi kondom ke pelanggan dan memberikan teknik keterampilan kepada WPS tentang bagaimana memasang kondom kepada pelanggan melalui *oral* (mulut) pada saat *foreplay* sebelum melakukan hubungan seksual.
2. Bagi WPS diharapkan aktif mengikuti berbagai kegiatan yang ada di lokasi seperti pembinaan dan pemeriksaan kesehatan oleh tenaga kesehatan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan memantau kesehatan WPS terhadap IMS dan HIV/AIDS.
3. Perlu dilakukan penelitian lebih mendalam tentang bagaimana peran orang penting sebagai referensi misalnya mucikari dan pelanggan terhadap perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada WPS.

DAFTAR PUSTAKA

- Adikoesoemo, S. 1997. *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Aditya, J. 2005. Melindungi Perempuan dari HIV/AIDS: *Jurnal Perempuan No. 43*. Jakarta: Yayasan Jurnal Perempuan.
- Ajikusumo. 2004. *Mari Bicara tentang HIV/AIDS dengan Orangtua, Guru dan teman*. Jakarta : UNICEF.
- Andriana, D. 2010. *Antara Lokalisasi Seks (PSK) dan Prostitusi Jalanan*. [Serial Online] <http://goyangkarawang.com/2010/04/antara-lokalisasi-seks-psk-dan-prostitusi-jalanan/> (diakses tanggal 9 April 2011).
- Azwar, S. 2003. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Baroya, N. 2005. Hubungan Pengetahuan tentang Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS dengan Upaya Pencegahan dan Pencarian Pengobatan (Studi pada Pekerja Seks Perempuan di Lokalisasi Bangunsari Kelurahan Dupak Kecamatan Krembangan, Surabaya). *Jurnal IKESMA I (2)* : 114 – 125.
- Budiarto, E. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Budiman. 2008. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) Jalanan dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV/AIDS di Sekitar Alun-Alun dan Candi Prambanan Kabupaten Klaten. *Tesis*. Semarang : Universitas Diponegoro. (diakses tanggal 4 Juni 2011).
- Bungin, B. 2005. *Metodologi Penelitian Kuantitatif Edisi Pertama*. Jakarta: Krisna.
- Cahyono, I. 1995. Mengurai Kemiskinan Dimana Perempuan: *Jurnal Perempuan No. 42*. Jakarta: Yayasan Jurnal Perempuan.
- CPD Dokter Indonesia. 2009. *HIV/AIDS di Banyuwangi Capai 393 Kasus* [Serial Online]http://cpddokter.com/home/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=963 (diakses tanggal 14 Februari 2011).
- Daili. 2002. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi Ketiga*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

———. 2007. *Infeksi Menular Seksual Edisi Ketiga*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. 2011. *Situsasi HIV – AIDS Kabupaten Banyuwangi*. Banyuwangi: Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi.

Ditjen PPM & PL Depkes RI. 2010. *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia* [Serial Online] <http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.pdf> (diakses tanggal 14 Februari 2010).

Gerungan. 2000. *Psikologi Sosial*. Bandung: PT Refika Aditama.

Hull, T. 1997. *Pelacuran di Indonesia Sejarah dan Perkembangannya*. Jakarta: Penebar Swadaya.

Hurlock, E.B. 1980. *Psikologi Perkembangan Edisi ke lima*. Jakarta: Erlangga.

Ihdhiny, H. 2008. Gambaran Pengetahuan, Sikap tentang PMS dan Aktivitas Seksual Wanita Pekerja Seks di Bekas Lokalisasi Puger Kecamatan Puger Kabupaten Jember. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Kartono, K. 2005. *Patologi Sosial Jilid I*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

KKBS. 2010. *Infeksi Menular Seksual*. Banyuwangi: Tim Kelompok Kerja Bina Sehat.

———. 2011. *Data IMS Klinik Bhakti Husada Kabupaten Banyuwangi*. Banyuwangi : Tim Kelompok Kerja Bina Sehat.

Komnas Perempuan. 2004. Melindungi Perempuan dari HIV/AIDS: *Jurnal Perempuan No. 43*. Jakarta: Yayasan Jurnal Perempuan.

KPA. dkk. 2010. Lindungi Diri Lindungi Semua. *Leaflet*. Jatim: Komisi Penanggulangan AIDS.

Kurniawan, S. 2006. Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Pekerja Seks Komersial dan Pelanggannya dengan Pemanfaatan ATM Kondom (Studi Kasus pada Lokalisasi Sumber Luh Dusun Padang Bulan Desa Benelan Kidul Kecamatan Singojuruh Kabupaten Banyuwangi). *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Lumintu, B.S. 2010. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pekerja Seks Komersial dalam Upaya Mendapatkan Pelayanan Kesehatan pada Klinik IMS dan VCT Puskesmas Puger (Studi pada TPST Kecamatan Puger Kabupaten Jember). Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Mahdiana R. 2010. *Mengenal, Mencegah dan Mengobati Penularan Penyakit dari Infeksi*. Yogyakarta : Citra Pustaka.

Nasry N. 2006. *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.

Nazir. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia.

Notoatmodjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.

_____. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.

_____. 2007a. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

_____. 2007b. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : PT Rineka Cipta.

Nursalam. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.

Panuju, P dan Ida U. 2005. *Psikologi Remaja*. Yogyakarta: PT Tiara Wacana Yogyakarta.

Prajaku. 2009. *Kisah Perjalanan di Jembrana* [Serial Online] <http://www.prajaku.com/feeds/7285251096108173396/posts/default> (diakses tanggal 24 April 2011).

Pratiwi, I. 2005. *Karena Tabu Harus Tau*. Jakarta: Progressif Books.

Presiden RI. 2003. *UU RI No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional*. Jakarta: Sekretariat Kabinet RI Kepala Biro Hukum dan Perundang-Undangan.

Presiden RI. 2009. *UU RI no. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga*. Jakarta : Sekretariat Negara RI Kepala Biro Peraturan Perundang-Undangan Bidang politik dan Kesejahteraan Rakyat.

- Raka. 2010. *Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Kondom Untuk PSK* [Serial Online] [http:// wong-kutho. co. cc/ faktor-yg-mempengaruhi-penggunaan-kondom-untuk-psk. html](http://wong-kutho.co.cc/faktor-yg-mempengaruhi-penggunaan-kondom-untuk-psk.html) (diakses tanggal 24 Januari 2010).
- Sastroasmoro. 1995. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Setiadi. 2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Setiawan, G. 2010. Pengaruh Dukungan Sosial terhadap *Self Efficacy* Pengguna Narkoba untuk Berhenti Menggunakan Narkoba (Studi pada Mantan Pengguna Narkoba di Pondok Pesantren Suryalaya Inabah XIX Surabaya). Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Setyowati, dkk. 1996. *Faktor - faktor Yang Mempengaruhi Bayi dengan Berat Badan Rendah* [Serial Online] [http:// www.Situs.kespro.info](http://www.Situs.kespro.info) (diakses tanggal 20 Juni 2011).
- Sianturi, I. 2007. *Karakteristik Ibu yang Melahirkan Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)* [Serial Online] [http:// repository. usu. ac. id/ bitstream/ 123456789/14683/3/08E00943.pdf.txt](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/14683/3/08E00943.pdf.txt) (diakses tanggal 8 April 2011).
- Subiyantoro, E. 2005. Mengurai Kemiskinan Dimana Perempuan: *Jurnal Perempuan* No. 42. Jakarta Yayasan Jurnal perempuan.
- Sudarsono. 1997. *Kamus Konseling*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Sudjana. 2005. *Metode Statistika*. Bandung : PT Tarsito.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung : Alfabeta.
- Tanjung, A., dkk. 2004. *Proses Belajar Aktif Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta: Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI).
- Taufiq. 2010. *Jawa Timur Peringkat Ketiga Penyebaran HIV/AIDS* [Serial Online] <http://www.tempointeraktif.com/hg/nusa/2010/02/24/brk,20100224228052,1d.html> (diakses tanggal 14 Februari 2010).
- Widiyanto. 2008. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) dalam VCT Ulang di Lokalisasi Sunan Kuning, Semarang*.

[Serial Online] http://eprints.undip.ac.id/18484/1/s._gunawan_widiyanto.pdf
(diakses tanggal 8 Mei 2011).

Widiyastuti. 2009. *Landasan Teori*. [Serial Online] [http:// repository. usu. ac. id/ bitstream/ 123456789/ 18893/ 4/ Chapter%20I. pdf](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/18893/4/Chapter%20I.pdf) (diakses tanggal 14 Februari 2011).

Widodo, E. 2009. Praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) dalam Pencegahan Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV & AIDS di Lokalisasi Koplak, Kabupaten Grobogan. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol.4 /No.2 /Agustus 2009*. [Serial Online] [http:// isjd. pdii. lipi. go. id/ admin/ jurnal/ 420994102. pdf](http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/420994102.pdf) (diakses tanggal 23 Maret 2011).

YCUI. 2006. *Lokalisasi Ada di Seluruh Bali* [Serial Online] [http:// ycui. org/ 2006/ 02/ 09/ lokalisasi-ada-di-seluruh-bali/](http://ycui.org/2006/02/09/lokalisasi-ada-di-seluruh-bali/) (diakses tanggal 24 April 2010).

Yuliawati. 2009. Studi Kasus Perilaku Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung dalam Pencegahan IMS, HIV dan AIDS di Pub & Karaoke, Cafe, dan Diskotek di Kota Semarang. *Tesis*. Semarang : Universitas Diponegoro.

Lampiran A. Pengantar Kuesioner

Dengan hormat,

Dalam rangka untuk penulisan skripsi yang merupakan tugas akhir dalam memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, maka peneliti mohon kesediaan Saudara untuk mengisi kuesioner ini.

Kuesioner penelitian ini bertujuan untuk menganalisis determinan perilaku pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi sebagai bahan informasi untuk menunjang promosi kesehatan apabila diperlukan. Oleh karena itu, besar harapan kami agar Saudara dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan yang peneliti berikan dengan sejujur-jujurnya.

Setiap jawaban yang Saudara berikan mempunyai arti yang sangat penting dan tidak ternilai bagi peneliti. Penelitian ini tidak akan berjalan jika peneliti tidak mendapatkan informasi yang dapat mendukung penyediaan data penelitian ini.

Atas perhatian dan kerjasamanya, peneliti mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya.

Jember, Mei 2011
Peneliti

Khusnul Khotimah

Lampiran B. Pernyataan Persetujuan

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Bersedia untuk dijadikan subjek dalam penelitian yang berjudul
**“DETERMINAN PERILAKU PENCEGAHAN IMS DAN HIV/AIDS PADA
WANITA PEKERJA SEKS (WPS) DI LOKALISASI GEMPOL PORONG
KABUPATEN BANYUWANGI”.**

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada diri saya. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut diatas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk menjadi subjek dalam penelitian ini dan akan menjawab semua pertanyaan dengan sejujur-jujurnya.

Jember, Mei 2011

Responden

(.....)

Lampiran C. Kuesioner Penelitian



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878,
332996 Fax (0331) 322995 Jember 68121

Judul : Determinan Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS) di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi

I. Petunjuk Pengisian Kuesioner

- Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dengan memberi tanda silang (X)
- Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai hati nurani
- Kerahasiaan identitas akan dijamin sepenuhnya oleh peneliti dan pengisian kuesioner ini murni hanya untuk kepentingan penelitian semata.

II. Identitas Responden

- Inisial :

III. Daftar Pertanyaan

A. Karakteristik Responden

- Umur :
 - < 20 tahun
 - 20-35 tahun
 - > 35 tahun
- Pendidikan :
 - Tidak sekolah
 - SD (tamat/tidak tamat)
 - SMP (tamat/tidak tamat)
 - SMA (tamat/tidak tamat)
 - Perguruan Tinggi/Akademi
- Lama bekerja menjadi WPS :
 - 0 – 6 bulan
 - 7 bulan - 1 tahun
 - > 1 tahun

4. Status Perkawinan :
- a. Menikah
 - b. Belum Menikah
 - c. Janda
5. Asal Tempat Tinggal WPS :
- a. Dalam daerah (Kabupaten Banyuwangi)
 - b. Luar daerah (selain Kabupaten Banyuwangi)
-

B. Pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS serta Upaya Pencegahannya

1. Apa yang saudara ketahui tentang Infeksi Menular Seksual (IMS)?
 - a. Infeksi karena hubungan seksual baik melalui mulut, dubur, maupun kelamin.
 - b. Infeksi yang disebabkan oleh bakteri atau virus pada bagian tubuh
 - c. Infeksi yang menimbulkan rasa panas pada tubuh
 - d. Infeksi pada saluran pernafasan yang dapat menular
2. Apa gejala umum dari Infeksi Menular Seksual (IMS)?
 - a. Sakit pada bagian perut
 - b. Luka atau lecet pada alat kelamin
 - c. Keluar cairan dari vagina, penis atau dubur
 - d. Keluar cairan berwarna putih susu, kekuningan, kehijauan atau disertai bercak darah yang berbau tidak sedap dan gatal pada kelamin
3. Dibawah ini yang termasuk Infeksi Menular Seksual (IMS) yaitu?
 - a. Keputihan
 - b. Pusing-pusing
 - c. Sifilis
 - d. Diare
4. Bagaimana cara penularan Infeksi Menular Seksual (IMS)?
 - a. Berciuman dengan penderita IMS
 - b. Menggunakan peralatan bersama dengan penderita IMS
 - c. Berhubungan seksual berganti-ganti pasangan
 - d. Selalu menggunakan kondom saat berhubungan seksual
5. Menurut Saudara, apakah akibat dari Infeksi Menular Seksual (IMS)?
 - a. Dikucilkan dan dijauhi masyarakat
 - b. Infeksi pada saluran pencernaan
 - c. Kemandulan
 - d. Gangguan pernafasan
6. Bagaimana pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS)?
 - a. Tidak berganti-ganti pasangan dan tidak berciuman
 - b. Tidak berganti-ganti pasangan dan tidak bersentuhan dengan penderita
 - c. Menggunakan kondom dan menggunakan peralatan makan penderita
 - d. Menggunakan kondom saat berhubungan seksual

7. Berikut ini mengenai penyakit AIDS, kecuali?
 - a. Penyakit yang mematikan dan membahayakan
 - b. Penyakit yang belum ditemukan obatnya
 - c. Penyakit karena hubungan seksual
 - d. Penyakit yang tidak dapat menular
8. Apa gejala utama dari HIV/AIDS?
 - a. Batuk-batuk
 - b. Penurunan berat badan dan pembesaran kelenjar limfe
 - c. Demam dan nafsu makan berkurang
 - d. Diare dan kejang-kejang
9. Beberapa cara penularan HIV/AIDS diantaranya?
 - a. Berhubungan seksual dengan penderita tanpa menggunakan kondom
 - b. Menggunakan peralatan makan bersama dengan penderita
 - c. Berjabat tangan, berciuman, dan berbagi makanan dengan penderita
 - d. Berbicara, berpelukan, dan berciuman dengan penderita
10. Bagaimana pencegahan HIV/AIDS?
 - a. Berganti-ganti pasangan seksual
 - b. Menggunakan kondom saat berhubungan seksual
 - c. Menghindari penderita yang mengidap HIV/AIDS
 - d. Menggunakan jarum suntik secara bersama
11. Penyakit AIDS merupakan suatu penyakit yang menyerang?
 - a. Kulit dan kelamin
 - b. Sistem pernafasan
 - c. Sistem kekebalan tubuh
 - d. Sistem pencernaan
12. Bagaimana cara mengetahui seseorang tertular HIV/AIDS?
 - a. Melalui tes darah
 - b. Rontgen
 - c. USG
 - d. Mamografi
13. Berikut merupakan manfaat dari pemakaian kondom saat berhubungan seksual, kecuali?
 - a. Sebagai pengaman untuk mencegah virus masuk
 - b. Untuk melindungi diri agar tidak tertular IMS dan HIV/AIDS
 - c. Membuat hubungan seks terasa lebih nyaman
 - d. Mencegah penularan IMS dan HIV/AIDS pada orang lain
14. Berikut merupakan cara pencegahan terhadap penularan IMS dan HIV/AIDS adalah?
 - a. Menjauhi penderita IMS dan HIV/AIDS
 - b. Minum antibiotik sebelum berhubungan seksual
 - c. Mencuci vagina dengan sabun setelah berhubungan seksual
 - d. Melakukan konseling dan test HIV

15. Berikut ini yang dapat mengobati gejala IMS dan HIV/AIDS adalah?
 - a. Antibiotik
 - b. Anti Retroviral Virus (ARV)
 - c. Supertetra
 - d. Minum jamu
16. Virus HIV tidak dapat menular, kecuali?
 - a. Berenang bersama penderita
 - b. Berganti-ganti pasangan seksual
 - c. Berbagi makanan atau menggunakan alat makan bersama
 - d. Gigitan nyamuk atau serangga
17. Dibawah ini termasuk dalam upaya pencegahan terhadap penularan IMS dan HIV/AIDS adalah?
 - a. Menggunakan jarum suntik secara bergantian
 - b. Menggunakan pelumas seperti *hand body* saat berhubungan seksual
 - c. Berganti-ganti pasangan seks tanpa menggunakan kondom
 - d. Periksa secara rutin dan selalu menggunakan kondom saat berhubungan seks
18. Berikut bukan merupakan perilaku berisiko tertular IMS dan HIV/AIDS adalah?
 - a. Mengikuti penyuluhan dan pendidikan kesehatan tentang IMS dan HIV/AIDS
 - b. Melayani pelanggan tanpa menggunakan kondom
 - c. Minum jamu atau antibiotik sebelum melakukan hubungan seksual
 - d. Melakukan hubungan seksual melalui mulut
19. Beberapa keunggulan dari kondom sebagai pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS kecuali?
 - a. Sangat praktis dan mudah digunakan
 - b. Pelanggan semakin berkurang
 - c. Memberikan keamanan saat berhubungan seks
 - d. Memberi perlindungan terhadap penularan penyakit kelamin
20. Berikut termasuk tindakan pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS, yaitu?
 - a. Melakukan hubungan seksual melalui mulut
 - b. Melakukan hubungan seksual melalui anus atau dubur
 - c. Memeriksa diri pada petugas kesehatan secara rutin
 - d. Menggunakan pelumas *hand body* ketika berhubungan seksual

C. Sikap terhadap IMS dan HIV/AIDS serta Upaya Pencegahannya

Berilah tanda silang (X) pada kolom yang merupakan jawaban sesuai dengan pendapat Saudara!

No.	Pernyataan	Sangat setuju (SS)	Setuju (S)	Tidak Setuju (TS)	Sangat Tidak Setuju (STS)
1.	Saling setia pada satu pasangan akan mencegah terjadinya penularan IMS dan HIV/AIDS				
2.	IMS dan HIV/AIDS bisa sembuh sendiri sehingga tidak memerlukan pengobatan				
3.	Menggunakan kondom pada saat melakukan hubungan seksual dapat mencegah seseorang terhindar dari IMS dan HIV/AIDS				
4.	Agar tidak tertular IMS dan HIV/AIDS, penderita IMS dan HIV/AIDS sebaiknya dihindari dan dijauhi				
5.	Saya tidak mungkin terkena IMS dan HIV/AIDS karena saya berhubungan seks dengan orang yang bersih secara fisik				
6.	Orang yang terkena IMS memiliki risiko tinggi tertular HIV/AIDS				
7.	Saya tidak mungkin terkena IMS karena saya mencuci alat kelamin dengan sabun atau pasta gigi setelah berhubungan seksual				
8.	Untuk mencegah diri saya tertular IMS dan HIV/AIDS, saya harus memeriksakan diri saya pada petugas kesehatan				
9.	Penyakit IMS dan HIV/AIDS dapat dicegah dengan minum antibiotika				
10.	Penyakit IMS dan HIV/AIDS bisa menular pada orang lain dan menyebabkan kematian				

D. Orang Penting Sebagai Referensi dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV/AIDS

Berilah tanda silang (x) pada kolom yang merupakan jawaban yang sesuai dengan pendapat Saudara!

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah saudara pernah mendapatkan dukungan atau dorongan dari tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) untuk melakukan upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS? Jika ya, siapa? dan bentuk dukungannya seperti apa?		
2.	Apakah saudara pernah mendapatkan dukungan atau dorongan dari mucikari untuk melakukan upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS? Jika ya, bentuk dukungannya seperti apa?		
3.	Apakah saudara pernah mendapatkan dukungan atau dorongan dari lembaga swadaya masyarakat (LSM) untuk melakukan upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS? Jika ya, LSM apa? dan bentuk dukungannya seperti apa?		
4.	Apakah saudara pernah mendapatkan dukungan atau dorongan dari keluarga (suami/anak/orang tua/saudara) untuk melakukan upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS? Jika ya, siapa? dan bentuk dukungannya seperti apa?		
5.	Apakah saudara pernah mendapatkan dukungan atau dorongan dari teman-teman sesama WPS untuk melakukan upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS? Jika ya, bentuk dukungannya seperti apa?		
6.	Apakah saudara pernah mendapatkan dukungan atau dorongan dari pelanggan Saudara untuk melakukan upaya pencegahan terhadap IMS dan HIV/AIDS? Jika ya, bentuk dukungannya seperti apa?		

E. Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS

Berilah tanda silang (x) pada jawaban yang menurut Saudara paling tepat!

1. Menawarkan kondom kepada tamu atau pelanggan sebelum berhubungan seksual
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Selalu menggunakan kondom setiap kali berhubungan seksual
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Menolak bila tamu atau pelanggan tidak mau memakai kondom
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Apabila terkena IMS tetap melayani tamu atau pelanggan akan tetapi dengan menggunakan kondom
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Menolak bayaran yang mahal sekalipun, apabila pelanggan tidak mau memakai kondom
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Memeriksa diri dan mengobati penyakit ke petugas kesehatan secara rutin atau berkala
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Memeriksa diri dan mengobati penyakit ke petugas kesehatan apabila terdapat gejala penyakit atau penyakit IMS atau HIV/AIDS
 - a. Ya
 - b. Tidak
8. Tidak melayani tamu atau pelanggan apabila terdapat gejala penyakit atau terkena IMS atau HIV/AIDS
 - a. Ya
 - b. Tidak
9. Tidak melayani tamu atau pelanggan yang mempunyai gejala penyakit atau terkena IMS atau HIV/AIDS
 - a. Ya
 - b. Tidak
10. Tidak melakukan hubungan seksual melalui mulut
 - a. Ya
 - b. Tidak
11. Tidak melakukan hubungan seksual melalui anus
 - a. Ya
 - b. Tidak

12. Tidak menggunakan pelumas buatan seperti *hand body* ketika berhubungan seksual
- Ya
 - Tidak

PENUTUP

- Terima kasih atas kesediaan Saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian ini
- Semoga partisipasi Saudara dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan



Lampiran D. Rekap Hasil Kuesioner

REKAP HASIL KUESIONER

No.	Inisial	Umur (tahun)	Pendidikan	Lama Menjadi WPS	Status Pernikahan	Asal Tempat Tinggal WPS	Pengetahuan Responden	Sikap Responden	Orang Penting Sebagai Referensi	Perilaku Responden
1.	Rs	23	Rendah	> 1 tahun	Menikah	Luar daerah	Tinggi	Positif	Lengkap	Baik
2.	Ti	20	Rendah	7 bulan – 1 tahun	Janda	Luar daerah	Sedang	Negatif	Lengkap	Kurang baik
3.	Ir	21	Rendah	0 – 6 bulan	Janda	Luar daerah	Rendah	Negatif	Lengkap	Kurang baik
4.	Kr	27	Rendah	0 – 6 bulan	Janda	Luar daerah	Sedang	Positif	Tidak lengkap	Baik
5.	Li	35	Rendah	> 1 tahun	Janda	Dalam daerah	Sedang	Positif	Lengkap	Baik
6.	Is	28	Rendah	> 1 tahun	Janda	Dalam daerah	Sedang	Positif	Lengkap	Baik
7.	Su	38	Rendah	7 bulan – 1 tahun	Janda	Luar daerah	Rendah	Positif	Lengkap	Kurang baik
8.	Sy	37	Rendah	> 1 tahun	Janda	Dalam daerah	Tinggi	Positif	Tidak lengkap	Baik
9.	Tt	39	Rendah	> 1 tahun	Janda	Luar daerah	Sedang	Positif	Lengkap	Baik
10.	Ns	25	Rendah	> 1 tahun	Janda	Luar daerah	Sedang	Positif	Lengkap	Baik
11.	No	29	Rendah	0 – 6 bulan	Janda	Luar daerah	Sedang	Positif	Lengkap	Baik
12.	Ni	30	Rendah	0 – 6 bulan	Janda	Dalam daerah	Rendah	Positif	Tidak lengkap	Baik

No.	Inisial	Umur (tahun)	Pendidikan	Lama Menjadi WPS	Status Pernikahan	Asal Tempat Tinggal WPS	Pengetahuan Responden	Sikap Responden	Orang Penting Sebagai Referensi	Perilaku Responden
13.	Ss	20	Rendah	0 – 6 bulan	Belum menikah	Luar daerah	Tinggi	Positif	Lengkap	Baik
14.	An	22	Rendah	7 bulan – 1 tahun	Janda	Luar daerah	Sedang	Negatif	Lengkap	Baik
15.	Mt	22	Rendah	0 – 6 bulan	Janda	Dalam daerah	Sedang	Positif	Lengkap	Baik
16.	Hl	40	Rendah	> 1 tahun	Janda	Luar daerah	Sedang	Positif	Tidak lengkap	Baik
17.	Ay	29	Rendah	0 – 6 bulan	Janda	Luar daerah	Rendah	Negatif	Lengkap	Baik
18.	Yl	27	Menengah	> 1 tahun	Menikah	Dalam daerah	Sedang	Positif	Tidak lengkap	Baik
19.	De	30	Rendah	7 bulan – 1 tahun	Janda	Luar daerah	Rendah	Negatif	Lengkap	Kurang baik
20.	At	35	Rendah	0 – 6 bulan	Janda	Luar daerah	Sedang	Negatif	Lengkap	Baik
21.	Er	25	Rendah	7 bulan – 1 tahun	Janda	Dalam daerah	Rendah	Negatif	Lengkap	Baik
22.	Ln	33	Rendah	7 bulan – 1 tahun	Janda	Luar daerah	Sedang	Positif	Lengkap	Kurang baik
23.	In	34	Rendah	> 1 tahun	Janda	Dalam daerah	Sedang	Positif	Lengkap	Baik
24.	Ai	21	Rendah	0 – 6 bulan	Janda	Dalam daerah	Sedang	Positif	Lengkap	Kurang baik
25.	Nn	42	Rendah	> 1 tahun	Janda	Dalam daerah	Sedang	Negatif	Tidak lengkap	Baik
26.	Yn	21	Rendah	0 – 6 bulan	Belum menikah	Luar daerah	Rendah	Negatif	Lengkap	Kurang baik
27.	Wt	33	Rendah	7 bulan – 1 tahun	Janda	Luar daerah	Rendah	Positif	Lengkap	Baik

No.	Inisial	Umur (tahun)	Pendidikan	Lama Menjadi WPS	Status Pernikahan	Asal Tempat Tinggal WPS	Pengetahuan Responden	Sikap Responden	Orang Penting Sebagai Referensi	Perilaku Responden
28.	Ft	28	Rendah	> 1 tahun	Menikah	Dalam daerah	Tinggi	Positif	Lengkap	Baik
29.	Sr	32	Rendah	0 – 6 bulan	Janda	Dalam daerah	Sedang	Positif	Lengkap	Baik
30.	Dn	24	Rendah	> 1 tahun	Janda	Luar daerah	Sedang	Negatif	Tidak lengkap	Baik
31.	Sn	32	Rendah	0 – 6 bulan	Janda	Luar daerah	Rendah	Negatif	Tidak lengkap	Kurang baik
32.	Ls	35	Rendah	> 1 tahun	Janda	Luar daerah	Sedang	Positif	Lengkap	Baik
33.	Ai	32	Rendah	0 – 6 bulan	Janda	Luar daerah	Rendah	Negatif	Tidak lengkap	Baik
34.	Yt	35	Rendah	7 bulan – 1 tahun	Janda	Luar daerah	Sedang	Negatif	Tidak lengkap	Baik
35.	Pt	25	Rendah	> 1 tahun	Janda	Luar daerah	Sedang	Positif	Lengkap	Baik
36.	Rs	27	Rendah	7 bulan – 1 tahun	Janda	Luar daerah	Sedang	Positif	Tidak lengkap	Baik
37.	La	29	Rendah	> 1 tahun	Janda	Dalam daerah	Sedang	Positif	Lengkap	Baik
38.	Ev	32	Rendah	0 – 6 bulan	Janda	Luar daerah	Rendah	Negatif	Lengkap	Baik
39.	Rn	27	Rendah	> 1 tahun	Janda	Dalam daerah	Sedang	Positif	Tidak lengkap	Baik
40.	Rs	26	Rendah	0 – 6 bulan	Janda	Luar daerah	Sedang	Negatif	Lengkap	Baik

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	PNGETAHU	5.880	1	.015
	Overall Statistics		5.880	1	.015

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	6.364	1	.012
	Block	6.364	1	.012
	Model	6.364	1	.012

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	33.668	.147	.233

Classification Table(a)

Observed			Predicted		Percentage Correct
			perilaku pencegahan		
			baik	kurang baik	
Step 1	perilaku pencegahan	baik	32	0	100.0
		kurang baik	8	0	.0
Overall Percentage					80.0

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	PNGETAHU	1.897	.822	5.329	1	.021	6.663	1.331	33.340
	Constant	-3.948	1.305	9.147	1	.002	.019		

a Variable(s) entered on step 1: PNGETAHU.

2. Pengaruh Antara Faktor Sikap Terhadap IMS dan HIV/AIDS Terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	40	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	40	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		40	100.0

a If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
baik	0
kurang baik	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

	Observed	Predicted		
		perilaku pencegahan		Percentage Correct
		baik	kurang baik	
Step 0	perilaku pencegahan	baik	kurang baik	
		32	0	100.0
		8	0	.0
	Overall Percentage			80.0

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.386	.395	12.300	1	.000	.250

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables SIKAP	1.359	1	.244
Overall Statistics	1.359	1	.244

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.297	1	.255
	Block	1.297	1	.255
	Model	1.297	1	.255

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	38.735	.032	.050

Classification Table(a)

Observed	Predicted			
	perilaku pencegahan		Percentage Correct	
	baik	kurang baik		
Step 1	perilaku pencegahan baik	32	0	100.0
	perilaku pencegahan kurang baik	8	0	.0
	Overall Percentage			80.0

a The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1(a)	SIKAP	.801	.704	1.296	1	.255	2.229	.561	8.858
	Constant	-1.783	.564	9.991	1	.002	.168		

a Variable(s) entered on step 1: SIKAP.

3. Pengaruh Antara Faktor Orang Penting Sebagai Referensi Dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV/AIDS Terhadap Perilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	40	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	40	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		40	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
baik	0
kurang baik	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

Observed			Predicted		
			perilaku pencegahan		Percentage Correct
			baik	kurang baik	
Step 0	perilaku pencegahan	baik	32	0	100.0
		kurang baik	8	0	.0
Overall Percentage					80.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-1.386	.395	12.300	1	.000	.250

Variables not in the Equation

		Score	df	Sig.
Step 0	Variables ORANG	1.458	1	.227
	Overall Statistics	1.458	1	.227

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.657	1	.198
	Block	1.657	1	.198
	Model	1.657	1	.198

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	38.375	.041	.064

Classification Table(a)

	Observed	Predicted			
		perilaku pencegahan		Percentage Correct	
		baik	kurang baik		
Step 1	perilaku pencegahan	baik	32	0	100.0
		kurang baik	8	0	.0
	Overall Percentage				80.0

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	ORANG	-1.299	1.132	1.317	1	.251	.273	.030	2.508
	Constant	.201	1.361	.022	1	.883	1.222		

a. Variable(s) entered on step 1: ORANG.

Lampiran F. Hasil Analisis Multivariabel

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	40	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	40	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		40	100.0

a If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
baik	0
kurang baik	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

	Observed	Predicted			
		perilaku pencegahan		Percentage Correct	
		baik	kurang baik		
Step 0	perilaku pencegahan	baik	32	0	100.0
		kurang baik	8	0	.0
	Overall Percentage				80.0

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-1.386	.395	12.300	1	.000	.250

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	PENGET	5.880	1	.015
		SIKAP	1.359	1	.244
		ORANG	1.458	1	.227
Overall Statistics			7.333	3	.062

Block 1: Method = Backward Stepwise (Wald)

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	8.148	3	.043
	Block	8.148	3	.043
	Model	8.148	3	.043
Step 2(a)	Step	-.042	1	.837
	Block	8.106	2	.017
	Model	8.106	2	.017
Step 3(a)	Step	-1.742	1	.187
	Block	6.364	1	.012
	Model	6.364	1	.012

a A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	31.884	.184	.291
2	31.927	.183	.290
3	33.668	.147	.233

Classification Table(a)

	Observed		Predicted		
			perilaku pencegahan		Percentage Correct
			baik	kurang baik	
Step 1	perilaku pencegahan	baik	28	4	87.5
		kurang baik	4	4	50.0
	Overall Percentage				80.0
Step 2	perilaku pencegahan	baik	28	4	87.5
		kurang baik	4	4	50.0
	Overall Percentage				80.0
Step 3	perilaku pencegahan	baik	32	0	100.0
		kurang baik	8	0	.0
	Overall Percentage				80.0

a The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
								Step 1(a)	PENGET
	SIKAP	.176	.851	.043	1	.836	1.193	.225	6.327
	ORANG	-1.431	1.206	1.407	1	.236	.239	.022	2.543
	Constant	-2.267	1.832	1.531	1	.216	.104		
Step 2(a)	PENGET	1.948	.848	5.284	1	.022	7.018	1.333	36.962
	ORANG	-1.437	1.206	1.419	1	.234	.238	.022	2.527
	Constant	-2.258	1.828	1.525	1	.217	.105		
Step 3(a)	PENGET	1.897	.822	5.329	1	.021	6.663	1.331	33.340
	Constant	-3.948	1.305	9.147	1	.002	.019		

a Variable(s) entered on step 1: PENGET, SIKAP, ORANG.

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 2(a)	Variables	SIKAP	.043	1	.836
	Overall Statistics		.043	1	.836
Step 3(b)	Variables	SIKAP	.060	1	.806
		ORANG	1.563	1	.211
	Overall Statistics		1.607	2	.448

a Variable(s) removed on step 2: SIKAP.

b Variable(s) removed on step 3: ORANG.



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
DINAS KESEHATAN
Jalan Adi Sucipto No. 84C Telp. 0333-424794 Fax : 0333-424794
BANYUWANGI

Banyuwangi, 4 April 2011

No : 441.7/ 783/429.102/2011
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi Ijin Pengambilan
Data Awal

K e p a d a
Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa,
Politik dan Perlindungan
Masyarakat
di -

BANYUWANGI

Menunjuk surat saudara Nomor: 072/034/REKOM/
429.204/2011 tanggal 28 Januari 2011 perihal Rekomendasi Ijin
Pengambilan Data Awal, pada dasarnya kami tidak keberatan
memberikan rekomendasi ijin kepada mahasiswa :

Nama : **KHUSNUL KHOTIMAH**
NIM : 072110101071
Waktu : 4 April 2011 s/d 10 April 2011
Tempat Pengambilan data : Lokalisasi Gempol Porong
Judul penelitian : Faktor – faktor yang mempengaruhi
Perilaku Pencegahan IMS dan HIV /
AIDS pada Wanita Pekerja Seks (WPS)
di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten
Banyuwangi.

Kepada pencari data wajib mentaati peraturan dan tata tertib
yang berlaku dan setelah selesai melaksanakan Ijin Pengambilan Data
Awal, diminta kepada yang bersangkutan untuk memberikan 1 (satu)
exemplar laporan hasil penelitian dimaksud kepada Dinas Kesehatan
Kab. Banyuwangi.

Demikian agar dapat dipergunakan sebagai mana mestinya.



**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN BANYUWANGI**

H. HARIADJI SUGITO, SKM, MM

Pembina Tk. I

NIP. 19561027 197608 1 001

Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Banyuwangi
3. Mahasiswa yang bersangkutan

Lampiran I. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

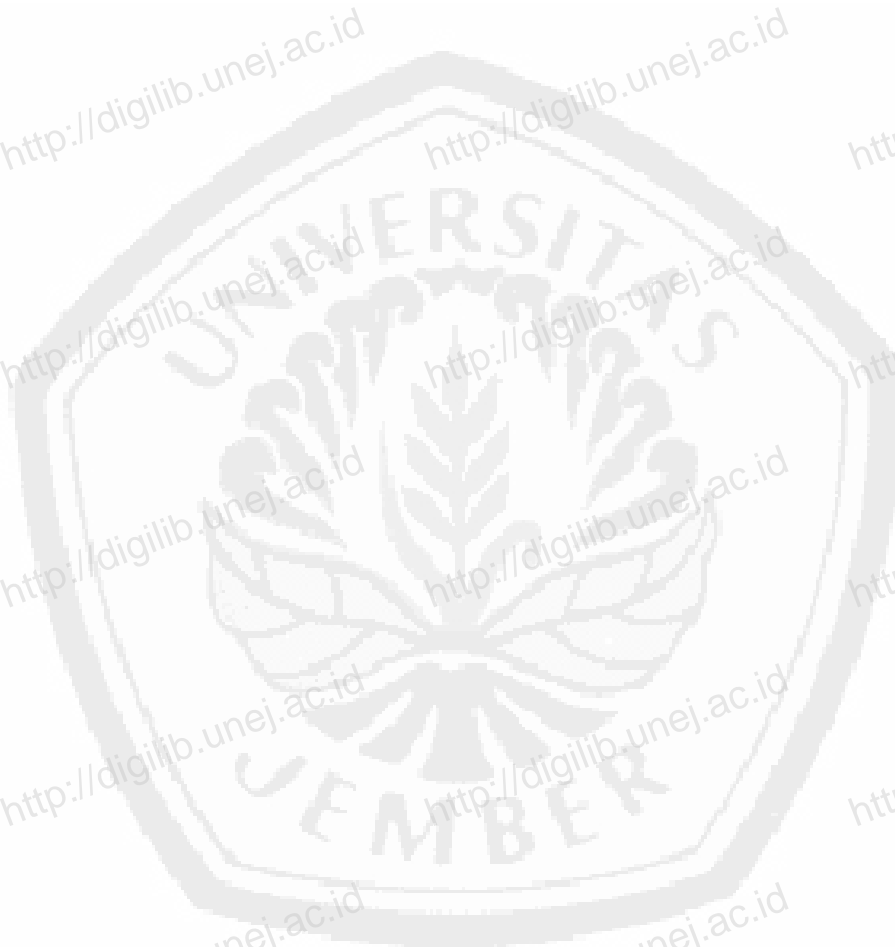
Kecamatan Cluring merupakan salah satu kecamatan di Kabupaten Banyuwangi yang terletak di selatan Kota Banyuwangi dan memiliki jarak 40 Km dari Kota Banyuwangi. Kecamatan Cluring terdiri dari beberapa desa yang salah satunya bernama Desa Kaliploso. Sebagian besar penduduk di desa tersebut adalah bertani, hanya sebagian saja masyarakatnya bekerja sebagai guru dan lain-lainnya. Salah satu lokalisasi tempat prostitusi komersial yang ada di Desa Kaliploso Kecamatan Cluring Kabupaten Banyuwangi adalah Lokalisasi Gempol Porong. Lokalisasi tersebut berada di tengah-tengah area persawahan dan kebun jeruk yang tidak jauh dari rumah penduduk setempat, sehingga kondisi WPS tidak terasa diasingkan dari kehidupan sosial begitu juga dengan penduduk di sekitar lokalisasi yang tidak mengisolasi para WPS ditempat tersebut untuk berbaur dengan dunia luar. Akses menuju lokalisasi ini sangat mudah, karena dapat dijangkau dengan kendaraan roda dua maupun roda empat.

Adapun batas-batas wilayah Lokalisasi Gempol Porong sebagai berikut:

- Sebelah Utara : Desa Kalirejo
- Sebelah Barat : Desa Tapanrejo dan Curah Kerakal Muncar
- Sebelah Selatan : Desa Plampang Muncar
- Sebelah Timur : Desa Plosorejo

Lokalisasi Gempol Porong merupakan lokalisasi yang memiliki jumlah Wanita Pekerja Seks yang cukup tinggi di Banyuwangi, yaitu berkisar 60-80 WPS. Jumlah populasi WPS di lokalisasi ini berubah-ubah, tidak selalu menetap pada angka tertentu karena mobilisasi yang sangat tinggi pada WPS tersebut. Jumlah wisma di lokalisasi ini sebanyak 27 wisma. Dalam setiap wisma terdapat satu mucikari yang mempunyai 2-5 WPS. Lokalisasi ini sudah terbentuk kepengurusan yang dibuat dalam rangka menjaga keamanan dan ketertiban lokalisasi serta sudah ada dua *outlet* kondom yang bekerjasama dengan salah satu produsen alat kontrasepsi. Hal ini

dimaksudkan agar para WPS ataupun pelanggan tidak kesulitan dalam memperoleh kondom. Selain itu, di lokalitas ini juga berlaku sanksi atau hukuman bagi WPS yaitu akan dikeluarkan jika diketahui terinfeksi HIV/AIDS.



Lampiran J. Dokumentasi



Gambar 1. Gerbang Utama Menuju Lokalisasi Gempol Porong



Gambar 2. Pintu Masuk Menuju Lokalisasi Gempol Porong



Gambar 3. Wawancara dengan responden



Gambar 4. Wawancara dengan responden



Gambar 5. Salah Satu Wisma di Lokalisasi Gempol Porong



Gambar 6. Aula Lokalisasi Gempol Porong



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
DINAS KESEHATAN

Jalan Adi Sucipto No. 84 Telp. 0333-424794 Fax : 0333-413173
BANYUWANGI 68415

Banyuwangi, 24 Mei 2011

Nomor : 441.7 / 1283 / 429.102/ 2011
Sifat : Segera
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi Ijin Penelitian
Untuk Penyusunan Skripsi

Kepada
Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa,
Politik dan Perlindungan Masyarakat
di -

BANYUWANGI

Menunjuk surat saudara Nomor : 072/049/REKOM/429.24/2011 tanggal 20 Mei 2011 perihal Rekomendasi Ijin Penelitian untuk penyusunan Skripsi, Pada dasarnya kami tidak keberatan memberikan Ijin Penelitian kepada mahasiswa :

NAMA : **KHUSNUL KHOTIMAH**
NIM : 072110101071
Waktu : 23 Mei sampai dengan 23 Juni 2011
Tempat pengambilan data : Lokalisasi Gempol Porong Desa Kaliploso Kecamatan Cluring Kabupaten Banyuwangi.
Judul Penelitian : Beberapa Faktor yang mempengaruhi Prilaku Pencegahan IMS dan HIV/AIDS pada Wanita Pekerja Seks di Lokalisasi Gempol Porong Kabupaten Banyuwangi.

Kepada pencari data wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku dan setelah selesai melaksanakan Penelitian, diminta kepada bersangkutan untuk memberikan 1 (satu) Exemplar laporan hasil penelitian dimaksud kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab. Banyuwangi.

Demikian agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

a.n Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Banyuwangi
Sekretaris



Dra. HUSNUL CHOTIMAH H, MSI

Pembina

NIP. 19640101 199202 2 002

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Dekan Fakultas Kesehatan Jember.
2. Camat Cluring
3. Kepala Puskesmas Tampo
4. Mahasiswa yang bersangkutan