

LAPORAN PENELITIAN GRANT



IDENTIFIKASI KARAKTERISTIK WANITA PEKERJA SEKS TIDAK LANGSUNG (WPSTL) TERHADAP HIV

PENGUSUL :

Dhesi Ari Astuti, S.SiT., M.Kes. NIDN . 0505128401



PRODI KEBIDANAN PROGRAM MAGISTER (S-2)

STIKES 'AISYIAH' YOGYAKARTA

2013/2014

HALAMAN PENGESAHAN

PENELITIAN DOSEN GRANT

Judul Penelitian : Identifikasi Karakteristik Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung (WPSTL) Terhadap HIV
: 372/Kebidanan

Kode/Bidang Ilmu : Dhesi Ari Astuti, S.Si.T., M.Kes.
Ketua Peneliti : 07.05.078
a. Nama Lengkap : 0505128401
b. NIP/NIK : Asisten Ahli
c. NIDN : S2 Kebidanan
d. Jabatan Fungsional :
e. Prodi :
f. Nomor HP : Jl.Ring Road Barat No 63 Mlangi Nogotirto Gamping Sleman DIY 55292
g. Alamat Institusi : dhesi_stikesayo@yahoo.com
h. Surel (email) : Diusulkan Rp. 5.000.000,00
Biaya yang diusulkan

Yogyakarta, Nopember 2017

Mengetahui,
Wakil Ketua I
Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta


(Ismarwati, S. ST., S.KM., M.P.H.)
NIDN 0517095702

Ketua Tim Pengusul


(Dhesi Ari Astuti, S. SIT., M. Kes)
NIDN 0505128401



Mengetahui
Ketua LPPM


(Marnu'ah, S.Kep., Ners., M.Kep.-Sp KJ)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikumWr. Wb

Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan penelitian dosen grand ini memiliki tujuan agar dapat meningkatkan mutu dan kualitas kesehatan masyarakat sesuai dengan kebutuhan wilayah setempat dan melaksanakan kegiatan yang sesuai pemecahan masalah/intervensi berbasis HTA. Penyusunan proposal ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan dan pengarahan dari semua pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Warsiti, M.Kep., Sp.Mat., selaku Ketua Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta
2. Ismarwati, S.KM., S.ST., M.PH, selaku Wakil Ketua I Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta
3. Seluruh pihak yang telah membantu penyusunan Proposal yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun untuk perbaikan selanjutnya.

Yogyakarta, Juni 2014

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
INTISARI.....	v
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penelitian	3
1.3 Rumusan Masalah Penelitian	4
1.4 Luaran Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 VCT.....	4
2.2 HIV.....	6
2.3 Peran Ibu Rumah tangga di keluarga terhadap HIV AIDS	7
BAB II METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	9
3.2 Subjek Penelitian.....	9
3.3 Metode Pengolahan dan Analisa Data	9
3.4 Etika Penelitian	10
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	11
4.2 Pembahasan.....	14
BAB V SIMPULAN	
5.1 Kesimpulan	20
5.2 Saran.....	20
BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN	
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

INTISARI

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) yang pertama kali ditemukan pada tahun 1981 telah berkembang menjadi masalah kesehatan global. Sindrom AIDS berasal dari infeksi virus *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*. HIV terjadi pada wanita yang sudah menikah terinfeksi dari suaminya karena tidak konsistennya menggunakan kondom ketika berhubungan seks dengan wanita pekerja seks (WPS). Seks komersial dibedakan ke dalam berbagai tipe Wanita Pekerja Seks (WPS), salah satunya yaitu WPS tidak langsung (WPSTL). Pengelompokan ini didasarkan pada basis tempat mereka bekerja, cara menawarkan diri kepada klien, atau tipe pelayanan seksual yang disediakan. Dilaporkan bahwa jumlah WPSTL yang beroperasi kini semakin berkembang. Tujuan penelitian ini adalah untuk menginvestigasi tentang karakteristik perilaku WPSTL terhadap tes HIV. Metode yang digunakan adalah kombinasi dari Precede Proceed Model dan Health Belief Model sebagai landasan teori dengan mengambil variabel-variabel yang berpengaruh dan mendukung tercapainya tujuan penelitian, disebut metode kuantitatif. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan maupun tingkat pengetahuan WPSTL mengenai tes HIV dengan melakukan tes HIV.

Kata kunci: WPSTL, tes HIV, karakteristik, tingkat pendidikan dan pengetahuan



Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) yang pertama kali ditemukan pada tahun 1981 telah berkembang menjadi masalah kesehatan global. Sekitar 60 juta orang telah tertular *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan 25 juta telah meninggal akibat AIDS, sedangkan saat ini orang yang hidup dengan HIV sekitar 35 juta. Setiap hari terdapat 7400 orang baru terkena HIV atau 5 orang per menit. Pada tahun 2007 terjadi 2,7 juta infeksi baru HIV dan 2 juta kematian akibat AIDS. Berdasarkan laporan UNAIDS 2009 bahwa 25-40% kasus infeksi baru HIV di beberapa negara Asia pada wanita yang sudah menikah menjadi terinfeksi HIV (UNAIDS, 2009). Di Kamboja bahwa sebagian besar HIV ditularkan oleh golongan heteroseksual dan tingginya kasus HIV pada istri karena terinfeksi dari suaminya (Heng, S., Vonthanak, S., Chhorvann, 2009). Hal ini juga terjadi di Vietnam dimana tingginya kasus HIV pada wanita yang sudah menikah terinfeksi dari suaminya karena tidak konsistennya menggunakan kondom ketika berhubungan seks dengan wanita pekerja seks (WPS) (UNAIDS, 2008).

Pekerja seks langsung (WPSL) adalah pekerja seks yang menyediakan jasa pelayanan seks sebagai pekerjaan utama. Sedangkan pekerja seks tidak langsung (WPSTL) adalah pekerja seks yang menyediakan jasa pelayanan seks sebagai sampingan disamping pekerjaan lainnya yang utama. Untuk itulah strategi yang berbeda diperlukan untuk WPSTL yang bekerja dibawah lingkungan yang sangat berbeda dimana dukungan dari staf kesehatan dan kelompok sebaya sangat kurang, memiliki paparan resiko kekerasan yang lebih besar ketika mereka menolak untuk melakukan seks yang tidak aman dengan klien, dan kurangnya informasi tentang HIV (Varga, CA., 1997).

Hasil wawancara dengan salah satu staf bagian Penanggulangan Masalah Kesehatan (PMK) Dinas Kesehatan Bantul menyatakan bahwa di Kabupaten Bantul merupakan Kabupaten yang memiliki keunikan yaitu tidak diijinkan adanya tempat hiburan seperti bar, karaoke, namun ada tempat-tempat yang pekerja wanita di salon dan panti pijat menyediakan jasa pelayanan seksual.

Kelompok resiko tinggi terhadap HIV seperti WPSTL sebaiknya melakukan testing HIV secara rutin setiap 3 (tiga) bulan sekali. Namun demikian, dilaporkan bahwa jumlah WPSTL yang beroperasi kini semakin berkembang, meskipun adanya peraturan mengenai larangan pelacuran maupun sarana pelacuran yang ditutup. Oleh karena itu penulis ingin menginvestigasi tentang karakteristik perilaku WPSTL terkait tingkat pendidikan maupun pengetahuan terhadap tes HIV dengan dilakukannya tes tersebut.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah : Bagaimana Karakteristik Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung (WPSTL) Terhadap HIV

C. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui karakteristik responden dari : umur, pendidikan, status pernikahan, lama bekerja, pengetahuan WSTL tentang HIV, pengetahuan WPSTL tentang Tes HIV
2. Mengetahui hubungan karakteristik responden dari : umur, pendidikan, status pernikahan, lama bekerja, pengetahuan WSTL tentang HIV, pengetahuan WPSTL tentang Tes HIV dengan Perilaku Tes HIV

D. Luaran Penelitian

WPSTL bersedia melakukan tes HIV. Hasil penelitian ini selanjutnya akan dipublikasikan pada :

- 1) Pekan Ilmiah Tahunan Bidan 2015
- 2) Jurnal Kebidanan Keperawatan STIKES 'Aisyiyah tahun 2015
- 3) Pengayaan bahan ajar KBKR pada materi Penyimpangan Seksual Remaja dan Dampaknya.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tes HIV/ VCT

1. Definisi

Proses konseling pra testing, konseling post testing, dan testing HIV secara sukarela yang bersifat *confidential* dan secara lebih dini membantu orang mengetahui status HIV. Konseling pra testing memberikan pengetahuan tentang HIV & manfaat testing, pengambilan keputusan untuk testing, dan perencanaan atas issue HIV yang akan dihadapi. Konseling post testing membantu seseorang untuk mengerti & menerima status (HIV+) dan merujuk pada layanan dukungan. Voluntary Counseling Test (VCT) ini merupakan pintu masuk penting untuk pencegahan dan perawatan HIV (Depkes RI, 2012).

2. Prinsip Layanan Voluntary Counseling and Testing (VCT)

VCT merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat dan sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV/AIDS berkelanjutan yang berdasarkan prinsip (Departemen Kesehatan RI, 2006):

- a. Sukarela dalam melaksanakan testing HIV. Pemeriksaan HIV hanya dilaksanakan atas dasar kerelaan klien tanpa paksaan dan tanpa tekanan. Keputusan untuk melakukan pemeriksaan terletak ditangan klien. Testing dalam VCT bersifat sukarela sehingga tidak direkomendasikan untuk testing wajib pada pasangan yang akan menikah, pekerja seksual, Injecting Drug User (IDU), rekrutmen pegawai / tenaga kerja Indonesia dan asuransi kesehatan.
- b. Saling mempercayai dan terjaminnya kerahasiaan. Layanan harus bersifat profesional, menghargai hak dan martabat semua klien. Semua informasi yang disampaikan klien harus dijaga kerahasiaannya oleh konselor dan petugas kesehatan, tidak diperkenankan didiskusikan diluar konteks kunjungan klien. Semua informasi tertulis harus disimpan dalam tempat yang tidak dapat dijangkau oleh mereka yang tidak berhak. Untuk penanganan kasus

klien selanjutnya dengan seijin klien maka informasi kasus dari diri klien dapat diketahui.

- c. Mempertahankan hubungan relasi konselor dan klien yang efektif
Konselor mendukung klien untuk kembali mengambil hasil testing dan mengikuti pertemuan konseling pasca testing untuk mengurangi perilaku berisiko. Dalam VCT dibicarakan juga respon dan perasaan klien dalam menerima hasil testing dan tahapan penerimaan hasil testing positif.
- d. Testing merupakan salah satu komponen dari VCT. WHO dan Departemen Kesehatan RI telah memberikan pedoman yang dapat digunakan untuk melakukan testing HIV. Penerimaan hasil testing senantiasa diikuti oleh konseling pasca testing oleh konselor yang sama atau konselor lain yang disetujui oleh klien.

3. Model Pelayanan Konseling dan Testing HIV Sukarela (VCT)

Layanan VCT dapat diimplementasikan dalam berbagai setting, dan sangat bergantung pada kondisi dan situasi daerah setempat, kebutuhan masyarakat dan profil klien, seperti individual atau pasangan, perempuan atau laki-laki, dewasa atau anak muda. Model layanan VCT terdiri dari (Departemen Kesehatan RI, 2006)

a. Mobile VCT (Panjangkauan dan keliling)

Layanan Konseling dan Testing HIV Sukarela model panjangkauan dan keliling (mobile VCT) dapat dilaksanakan oleh LSM atau layanan kesehatan yang langsung mengunjungi sasaran kelompok masyarakat yang memiliki perilaku berisiko atau berisiko tertular HIV di wilayah tertentu. Layanan ini diawali dengan survey atau penelitian atas kelompok masyarakat di wilayah tersebut dan survey tentang layanan kesehatan dan layanan dukungan lainnya di daerah setempat.

b. Statis VCT (VCT di Klinik)

Pusat Konseling dan Testing HIV Sukarela terintegrasi dalam sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya, artinya bertempat

dan menjadi bagian dari layanan kesehatan yang telah ada. Sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya harus memiliki kemampuan memenuhi kebutuhan masyarakat akan konseling dan testing HIV, layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan terkait dengan HIV dan AIDS.

4. VCT untuk Pekerja Seks

Pekerja seks mempunyai resiko tertular HIV karena jumlah pelanggan yang banyak, tidak dapat bersikeras terhadap pelanggan yang menolak menggunakan kondom, penganiayaan (oleh pelanggan yang menolak menggunakan kondom), pengguna narkotik suntik, atau datang dari daerah terpencil dimana belum ada HIV dan karena tidak paham bahasa setempat sehingga kurang mengerti pesan teks yang aman. Konseling dan testing HIV dapat diberikan oleh pekerja seks yang dapat diterima oleh pekerja seks lain, setelah dilatih sebelumnya.

Sebagai kelompok resiko tinggi WPS harus melakukan VCT secara rutin untuk menghindari terjadinya penularan HIV. Dalam konseling post-tes untuk hasil negative, konselor diminta menyarankan kepada klien yang mempunyai perilaku berisiko untuk kembali melakukan VCT sesudah 3 bulan, karena WPS mungkin sekarang sedang berada dalam periode jendela (Family Health International, 2004) dimana telah terjadi penularan HIV tetapi belum dapat dideteksi melalui tes HIV. Selain itu konselor juga menyarankan kepada klien yang berada dalam periode jendela untuk mengurangi perilaku berisiko, untuk menghindari kemungkinan terjadinya penularan HIV kepada orang lain jika diri WPS saat itu sudah terinfeksi HIV.

Dalam VCT ada 2 kegiatan utama yakni konseling dan tes HIV. Konseling dilakukan oleh seorang konselor khusus yang telah dilatih untuk memberikan konseling VCT. Tidak semua konselor bisa dan boleh memberikan konseling VCT. Oleh karena itu seorang konselor VCT adalah orang yang telah mendapat pelatihan khusus dengan standar pelatihan

nasional. Konseling dalam rangka VCT utamanya dilakukan sebelum dan sesudah tes HIV. Konseling setelah tes HIV dapat dibedakan menjadi 2 yakni konseling untuk hasil tes positif dan konseling untuk hasil tes negative. Namun demikian sebenarnya masih banyak jenis konseling lain yang sebenarnya perlu diberikan kepada pasien berkaitan dengan hasil VCT yang positif seperti konseling pencegahan, konseling kebutuhan berobat, konseling keluarga, konseling berkelanjutan, konseling menghadapi kematian, dan konseling untuk masalah psikiatrik yang menyertai klien/keluarga dengan HIV dan AIDS (PKBI Pusat, 2007).

B. HIV/AIDS

1. Pengertian

HIV adalah penyakit yang menyerang system kekebalan tubuh, dan Aids adalah kumpulan segala akibat kekurangan atau kelemahan system kekebalan tubuh yang dibentuk setelah lahir (Rukiyah, 2010).

HIV merupakan virus sitopatik yang tergolong *family retrovidae* atau retrovirus (Nasronudin, 2013). Infeksi HIV pada tubuh dapat melalui horizontal, vertikal bahkan transeksual, dapat mencapai sirkulasi sistemik. Begitu mencapai sirkulasi sistemik, HIV akan mulai terdeteksi pada hari ke 4 sampai 11 sejak paparan pertama. Keadaan pertama akan ditandai dengan menurunnya CD4 dan peningkatan HIV-RNA yang akan meningkat dengan cepat dan akan menurun pada saat tertentu, jika infeksi terus meningkat maka sistem imun akan semakin menurun (CD4 menurun). Wanita yang terinfeksi HIV mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk kanker serviks daripada yang tidak terinfeksi, gangguan sistem imun pada tubuh yang terjadi pada infeksi HIV merupakan penyebab tingginya lesi prekanker yang ditemukan (Chirenje, 2005; Moodley et al., 2006).

AIDS merupakan singkatan dari *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*. *Acquired* artinya didapat, jadi bukan merupakan penyakit turunan, *Immuno* berarti system kekebalan tubuh, *Deficiency* artinya kekurangan, sedangkan *syndrome* adalah kumpulan gejala.

Aids adalah penyakit yang disebabkan oleh virus yang merusak kekebalan tubuh, sehingga tubuh mudah diserang oleh penyakit-penyakit yang lain yang berakibat fatal. Padahal penyakit-penyakit tersebut misalnya sebagai virus, protozoa, dan basil tidak menyebabkan gangguan yang berarti pada orang yang sistem kekebalannya normal. Selain penyakit infeksi, penderita Aids juga mudah terkena kanker. Dengan demikian gejala Aids amat bervariasi (Rukiyah, 2010).

Virus yang menyebabkan penyakit ini adalah virus HIV (Human Immuno Deficiency Virus). Dewasa ini dikenal juga dua tipe HIV yaitu HIV 1 dan HIV 2. Sebagian besar disebabkan oleh HIV 1. Sedangkan infeksi oleh HIV 2 didapatkan di Afrika Selatan. Infeksi HIV 1 memberikan gambaran klinis yang hampir sama. Hanya infeksi HIV 1 lebih mudah ditularkan dan masa sejak mulai infeksi (masuknya virus ke tubuh) sampai timbulnya penyakit lebih pendek.

2. Proses Infeksi HIV

Proses terjadinya infeksi HIV yaitu setelah HIV masuk ke dalam tubuh, virus menuju ke kelenjar limfe dan berada dalam sel dendritik dalam beberapa hari. Kemudian terjadi sindrom retroviral akut semacam flu disertai viremia hebat dengan keterlibatan berbagai kelenjar limfe. Sindrom ini akan hilang sendiri setelah 1-3 minggu. Kadar virus yang tinggi dalam darah dapat diturunkan oleh sistem imun tubuh. Proses ini berlangsung berminggu-minggu sampai terjadi keseimbangan antara pembentukan virus baru dan upaya eliminasi oleh respons imun. Titik keseimbangan disebut set point dan sangat penting karena menentukan perjalanan penyakit selanjutnya (Arief Mansjoer, 2010).

C. Peran Ibu Rumah tangga di keluarga terhadap HIV AIDS

Prostitusi sering kali disebutkan sebagai profesi yang paling tua. Kata prostitusi berasal dari bahasa Latin '*prostituere*' yang artinya mengekspose. Dalam hukum Romawi, prostitusi didefinisikan sebagai penjualan tubuh

seseorang tanpa pertimbangan yang hati-hati dan tanpa kesenangan (Budiono, 2000). Harcourt dan Donovan mendefinisikan prostitusi sebagai pertukaran jasa seksual dengan uang atau sejenisnya. Batasan prostitusi juga tidak terlalu jelas mulai dari *'erotic displays'* yang tidak membutuhkan kontak fisik dengan klien hingga hubungan seksual yang tidak aman yang memiliki risiko tinggi dengan sejumlah klien (Murti, 2003). Ada banyak alasan untuk memilih profesi sebagai pekerja seksual mulai dari panggilan atau terlahir sebagai pekerja seks (Devadasis dan Nautch girls di India dan Nepal), alasan ekonomi, ketergantungan obat, survival, pelecehan, hingga perubahan kelas social. Motif-motif ini mempengaruhi otonomi dan kemampuan mereka dalam merespon pesan-pesan kesehatan (Murti, 2003).

Pada abad 20, nampak dengan jelas telah terjadi perubahan pada prostitusi. Pada awalnya kebanyakan transaksi dengan pekerja seks dilakukan di rumah-rumah dimana prostitusi merupakan satu-satunya bisnis yang dijalankan. Para pekerja bekerja, makan, dan tidur di sini. Rumah-rumah ini ditandai dengan lampu merah kecil. Oleh sebab itu daerah prostitusi disebut sebagai daerah lampu merah (*red light district*) (Murti, 2003).

D. Jenis-jenis pekerja seks

1. Prostitusi Langsung (*Direct prostitution*)

Dalam prostitusi langsung sangat jelas bahwa tujuan utama dari interaksi adalah pertukaran seks dengan uang.

2. Prostitusi tidak langsung (*Indirect Prostitution*)

Prostitusi tidak selalu menjadi sumber pemasukan utama bagi seseorang, bahkan di tempat yang relatif jauh dari kemiskinan. Prostitusi dapat menjadi pemasukan tambahan bagi pekerja yang pendapatannya kecil atau tidak teratur di industry lain. Pada kasus ini, transaksi mungkin tidak dikenal sebagai prostitusi. Akibatnya, risiko baik secara pribadi maupun secara umum lebih tinggi daripada dalam industry seks langsung. Beberapa bentuk prostitusi tidak langsung melibatkan hubungan seksual, namun hanya setelah transaksi tertentu sebelumnya pembeli bir, pijat, atau setelah

beberapa bentuk hiburan dinikmati. Seringkali mereka telah mengonsumsi sejumlah obat atau alcohol sebelum berhubungan seks. Batasan prostitusi juga tidak terlalu jelas mulai dari 'erotic displays' yang tidak membutuhkan kontak fisik dengan klien hingga hubungan seksual yang tidak aman yang memiliki risiko tinggi dengan sejumlah klien (Harcourt C and Donovan B, 2005).



BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif, jenis penelitian survey.

B. Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah seluruh WPSTL salon dan panti pijat binaan LSM Kembang di Kabupaten Bantul sejumlah 67 orang.

C. Alat dan Teknik Pengumpulan Data

Alat yang dipakai dalam penelitian ini adalah kuesioner terstruktur yang disusun menurut variabel yang akan diteliti. Bentuk pertanyaan yang dipakai adalah bentuk pertanyaan tertutup.

Teknik pengambilan data dengan cara memberikan kuesioner kepada WPSTL dan kemudian peneliti membacakan dan memberi penjelasan maksud dari setiap pertanyaan yang ada pada kuesioner penelitian kemudian responden mengisi kuesioner yang dibagikan tersebut. Tujuannya agar maksud dari pertanyaan dalam kuesioner dapat dimengerti dan dipahami oleh responden (klarifikasi).

Uji coba kuesioner dilakukan sebelum penelitian dilakukan dengan tujuan untuk memperoleh validitas dan reabilitas dari kuesioner. Uji coba dilakukan pada responden selain subyek penelitian, yang mempunyai karakteristik yang hampir sama dengan penelitian.

D. Metode Pengolahan dan Analisa Data

Pengolahan data dengan komputer melalui tahap-tahap editing dengan memeriksa kelengkapan data yang dibutuhkan, koding dengan memberi tanda untuk memudahkan pengolahan data, dan tabulating ke dalam master tabel agar lebih mudah diinterpretasikan. Selanjutnya data dianalisis menggunakan software analisis data dengan komputer.

E. Etika Penelitian

Penelitian diawali dengan perijinan kepada LSM Kembang selanjutnya meminta perijinan kepada responden dengan menggunakan *informed consent* untuk kesediaan responden. Hasil penelitian untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan peningkatan deteksi dini pencegahan HIV AIDS pada individu dan masyarakat.



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

Karakteristik Sosiodemografi Responden

1. Umur Responden

Tabel.4.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur

Umur	Frekuensi	Persentase
Dewasa (17-40 tahun)	51	76.1
Tua (41-56 tahun)	16	23.9
Total	67	100.0

Tabel 4.1 menunjukkan persentase umur responden. Hasil penelitian menunjukkan distribusi umur responden yang paling banyak responden kelompok umur antara 17- 40 tahun yaitu dari 67 responden terdapat 51 (76,1%) responden sedangkan responden pada kelompok umur kategori tua sebanyak 16(23,9%).

2. Tingkat Pendidikan Responden

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase
Dasar	43	64.2
Lanjutan	24	35.8
Total	67	100.0

Tabel 4.2 menunjukkan persentase tingkat pendidikan responden mayoritas mempunyai pendidikan tingkat dasar (SLTP dan SD) yaitu dari 67 responden sebanyak 43 (64,2%) mempunyai tingkat pendidikan dasar, Sedangkan responden yang mempunyai tingkat pendidikan lanjutan (SLTA) sebanyak 24 (35,8%).

3. Status Pernikahan Responden

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pernikahan

Status Pernikahan	Frekuensi	Persentase
Belum Nikah	16	23.9
Sudah Nikah/Pernah Nikah	51	76.1
Total	67	100.0

Tabel 4.3 menunjukkan persentase status pernikahan responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden sudah menikah yaitu dari 67 responden ada sebanyak 51 (76,1%) responden yang sudah menikah. Sedangkan responden yang belum menikah sebanyak 16 (23,9%).

4. Lama Bekerja Responden Sebagai WPST

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama bekerja

Lama Bekerja Sebagai WPSTL	Frekuensi	Persentase
< 6 bulan	13	19.4
> 6 bulan	54	80.6
Total	67	100.0

Tabel 4.4 menunjukkan persentase lama bekerja responden sebagai WPSTL di salon dan panti pijat binaan LSM Kembang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah bekerja lebih dari 6 bulan yaitu dari 67 responden ada sebanyak 54 orang (80,6%) responden yang sudah bekerja lebih dari 6 bulan sebagai WPSTL. Sedangkan responden yang bekerja kurang dari 6 bulan sebanyak 13 (19,4%).

5. Tingkat Pengetahuan Responden Tentang HIV

Tabel 4.5. Distribusi responden menurut tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Kurang Baik	17	25.4
Baik	50	74.6
Total	67	100.0
Median 22		

Tabel 4.5 menunjukkan tingkat pengetahuan responden mengenai hal-hal yang berkaitan dengan HIV/AIDS. Sebagian besar responden mempunyai tingkat pengetahuan baik yaitu dari 67 responden sebanyak 50 (74,6%) responden mempunyai tingkat pengetahuan kategori

baik. Sedang responden yang mempunyai tingkat pengetahuan kurang baik sebanyak 17 (25,4%) responden. Secara rinci jawaban responden terdapat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.6. Frekuensi jawaban responden mengenai tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS

Pernyataan	Jawaban			
	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
1 HIV/AIDS adalah penyakit yang salah satunya karena melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan	64	95,5	3	4,5
2 HIV adalah virus yang mengganggu system kekebalan dalam tubuh manusia	56	83,6	11	16,4

Tabel 4.6. Frekuensi jawaban responden mengenai tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS (lanjutan)

Pernyataan	Jawaban			
	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
3 Seseorang yang terkena HIV biasanya tidak menunjukkan gejala yang khusus / tertentu	46	68,7	21	31,3
4 Apakah seseorang yang terlihat sehat tetapi menderita HIV/AIDS dapat menularkan pada orang lain?	60	89,6	7	10,4
5 Apakah HIV itu sama dengan AIDS?	21	31,3	46	68,7
6 AIDS adalah sekumpulan gejala yang disebabkan karena menurunnya kekebalan tubuh akibat terinfeksi HIV	64	95,5	3	4,5
7 HIV dapat menular melalui :				
a. Penggunaan alat makan bersama.	54	80,6	13	19,4
b. Penggunaan alat minum bersama.	54	80,6	13	19,4
c. Hubungan seksual tanpa kondom secara vaginal.	66	98,5	1	1,5
d. Hubungan seksual tanpa kondom secara oral.	60	89,6	7	10,4
e. Berpelukan.	58	86,6	9	13,4
f. Tranfusi darah orang yang tertular HIV	66	98,5	1	1,5
g. Penularan dari ibu kepada anak yang dikandungnya.	64	95,5	3	4,5
h. Pemberian ASI dari ibu kepada bayinya.	66	98,5	1	1,5
i. Bersalaman/berjabat tangan.	63	94	4	6



	Pernyataan	Jawaban			
		Ya		Tidak	
		f	%	f	%
8	j. Berganti-ganti pasangan seksual. Pencegahan penularan HIV dapat dilakukan dengan cara	66	98,5	1	1,5
	a. Melakukan hubungan seksual dengan menggunakan kondom	62	92,5	5	7,5
	b. Tidak makan bersama-sama dengan penderita HIV/AIDS.	48	71,6	19	28,4
	c. Tidak menggunakan alat makan bersama.	50	74,6	17	25,4
	d. Tidak menggunakan alat minum bersama.	48	71,6	19	28,4
	e. Tidak bersalaman/berjabat tangan dengan orang yang tertular HIV	54	80,6	13	19,4
	f. Tidak memberikan ASI dari ibu yang tertular HIV kepada bayinya.	56	83,6	11	16,4

Tabel 4.6. Frekuensi jawaban responden mengenai tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS (lanjutan)

	Pernyataan	Jawaban			
		Ya		Tidak	
		f	%	f	%
	g. Tidak berpelukan dengan orang yang tertular HIV.	48	71,6	19	28,4
	h. Tidak menerima transfusi darah orang yang tertular HIV.	58	86,6	9	13,4
	i. Tidak berganti-ganti pasangan seks	61	91	6	9

Tabel 4.6 tentang tingkat pengetahuan tentang HIV/ AIDS menunjukkan 31,3% responden menjawab salah terhadap pertanyaan tentang seseorang yang terkena HIV biasanya tidak menunjukkan gejala yang khusus / tertentu.

Responden yang menjawab salah terhadap pertanyaan tentang pencegahan penularan HIV dengan tidak makan bersama-sama dengan penderita HIV/AIDS sebanyak 71,6%.

Responden yang menjawab salah terhadap pertanyaan pencegahan penularan HIV dengan tidak menggunakan alat makan bersama sebanyak 74,6%.

Responden yang menjawab salah terhadap pertanyaan pencegahan penularan HIV dengan tidak menggunakan alat minum bersama sebanyak 71,6%.

Responden yang menjawab salah terhadap pertanyaan pencegahan penularan HIV dengan tidak bersalaman/berjabat tangan dengan orang yang tertular HIV sebanyak 80,6%.

Responden yang menjawab salah terhadap pertanyaan pencegahan penularan HIV dengan tidak berpelukan dengan orang yang tertular HIV sebanyak 71,6%.

6. Tingkat Pengetahuan Responden tentang tes HIV

Tabel 4.7. Distribusi responden menurut tingkat pengetahuan tentang tes HIV

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Kurang Baik	32	47.8
Baik	35	52.2
Total	67	100.0
Median = 26		

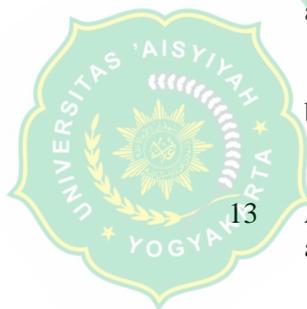
Tabel 4.7 menunjukkan tingkat pengetahuan responden mengenai hal-hal yang berkaitan dengan HIV/AIDS dan tes HIV. Sebagian besar responden mempunyai tingkat pengetahuan baik yaitu dari 67 responden sebanyak 35 (52,2%) responden mempunyai tingkat pengetahuan kategori baik. Sedang responden yang mempunyai tingkat pengetahuan kurang baik sebanyak 32 (47,8%) responden. Secara rinci jawaban responden terdapat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.8. Frekuensi jawaban responden mengenai tingkat pengetahuan tentang tes HIV

Pernyataan	Jawaban			
	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
9 Pengetahuan tentang tes HIV				
a. Tes HIV adalah suatu tes untuk mengetahui status penyakit HIV	66	98,5	1	1,5
b. Tes HIV adalah suatu tes untuk mengetahui status penyakit HIV dan penyakit lainnya pada seseorang.	17	25,4	50	74,6

Tabel 4.8. Frekuensi jawaban responden mengenai tingkat pengetahuan tentang tes HIV (lanjutan)

Pernyataan	Jawaban			
	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
10 Tes HIV dapat dilakukan di klinik VCT	62	92,5	5	7,5
11 Apakah kepanjangan dari VCT <i>VCT= Voluntary Counseling and Testing</i>	55	82,1	12	17,9
12 Apakah yang dimaksud dengan klinik VCT				
a. Klinik yang menyediakan layanan konseling dan tes HIV secara sukarela.	57	85,1	10	14,9
b. Klinik yang menyediakan layanan konseling dan tes HIV atas anjuran konselor	21	31,3	46	68,7
13 Apa sajakah tahapan dalam VCT?				
a. Sebelum melakukan tes HIV seseorang harus melakukan konseling pra tes HIV	60	89,6	7	10,4
b. Setelah konseling pra tes HIV , klien diberikan pilihan akan tes HIV atau tidak	58	86,6	9	13,4
c. Setelah dilakukan tes HIV dan diperoleh hasilnya, klien diberikan konseling pasca tes HIV	58	86,6	9	13,4
14 Informasi yang diperoleh seseorang saat melakukan konseling				
a. Mendapat informasi tentang IMS.	59	88,1	8	11,9
b. Mendapat informasi tentang HIV.	66	98,5	1	1,
c. Mendapat informasi tentang AIDS.	66	98,5	1	1,5



Pernyataan	Jawaban			
	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Layanan apakah diperoleh seseorang setelah mendapatkan hasil tes HIV				
15 a. layanan dukungan psikologis	57	85,1	10	14,9
b.pemberian informasi dan pengetahuan HIV dan AIDS	63	94	4	6
c.pemberian informasi HIV dan AIDS sehingga terjadi perubahan perilaku ke arah yang lebih sehat, aman dan bertanggungjawab	64	95,5	3	4,5

Tabel 4.8 tentang tingkat pengetahuan tentang tes HIV menunjukkan 25,4% responden menjawab salah pada pertanyaan tentang tes HIV adalah suatu tes untuk mengetahui status penyakit HIV dan penyakit lainnya pada seseorang.

Terhadap pertanyaan tentang apakah yang dimaksud dengan klinik VCT, 31,3% menjawab salah pada pertanyaan klinik yang menyediakan layanan konseling dan tes HIV atas anjuran konselor.

Distribusi frekuensi karakteristik WPTSL yang Melakukan dan Tidak Melakukan Tes HIV

1. Umur Responden

Tabel 4.9. Distribusi frekuensi umur WPSTL dengan melakukan tes HIV

Umur	Melakukan Tes HIV				Total (N= 67)		p Value
	Tidak Tes HIV		Tes HIV				
	F	%	F	%	F	%	
Dewasa	29	56,9	22	43,1	51	100	0,066
Tua	5	31,3	11	68,8	16	100	

Hasil tabulasi silang umur WPSTL dengan melakukan tes HIV yang disajikan dalam tabel 4.23 menunjukkan bahwa pada responden yang tidak melakukan tes HIV mayoritas ada pada kelompok umur dewasa yaitu sebesar 29 responden (56,9%), sedangkan yang melakukan tes HIV mayoritas ada pada kelompok umur tua 11 responden (68,8%). Hasil uji statistik diperoleh

nilai maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan melakukan tes HIV.

2. Tingkat Pendidikan

Tabel 4.10. Distribusi frekuensi tingkat pendidikan responden dengan melakukan tes HIV

Tingkat Pendidikan	Melakukan Tes HIV						P Value
	Tidak Tes HIV		Tes HIV		Total (N= 67)		
	F	%	F	%	F	%	
Dasar	26	60,5	17	39,5	43	100	<i>0,030</i>
Lanjutan	8	33,3	16	66,7	24	100	

Hasil tabulasi silang tingkat pendidikan WPSTL dengan melakukan tes HIV yang disajikan dalam tabel 4.24 menunjukkan bahwa pada responden yang tidak melakukan tes HIV mayoritas ada pada tingkat pendidikan dasar yaitu 26 responden (60,5%) sedangkan yang melakukan tes HIV mayoritas ada pada tingkat pendidikan lanjutan 16 (66,7%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,030$ maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan melakukan tes HIV.

3. Status Pernikahan

Tabel 4.11 Distribusi frekuensi status pernikahan responden dengan melakukan tes HIV

Status Pernikahan	Melakukan Tes HIV						p Value
	Tidak Tes HIV		Tes HIV		Total (N= 67)		
	F	%	F	%	F	%	
Belum menikah	8	50,0	8	50,0	16	100	<i>0,779</i>
Menikah	12	46,2	14	53,6	26	100	
Janda	14	56	11	44	25	100	

Hasil tabulasi silang status pernikahan WPSTL dengan melakukan tes HIV yang disajikan dalam tabel 4.25 menunjukkan bahwa pada responden yang tidak melakukan tes HIV mayoritas ada janda yaitu 56 % responden, sedangkan yang melakukan tes HIV mayoritas ada pada kelompok status menikah yaitu 53,6 responden. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,779$

maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara status menikah dengan melakukan tes HIV.

4. Lama Bekerja

Tabel 4.12. Distribusi frekuensi Lama responden dengan melakukan tes HIV

Lama Bekerja	Melakukan Tes HIV						P Value
	Tidak Tes HIV		Tes HIV		Total (N= 67)		
	f	%	F	%	F	%	
≤ 6 bulan	8	61,5	5	38,5	13	100	0,289
>6bulan	26	48,1	28	51,9	54	100	

Hasil tabulasi silang lama bekerja WPSTL dengan melakukan tes HIV yang disajikan dalam tabel 4.26 menunjukkan bahwa pada responden yang tidak melakukan tes HIV mayoritas ada pada kelompok yang bekerja ≤ 6 bulan yaitu 8 (61,5%) responden, sedangkan yang melakukan tes HIV mayoritas ada pada kelompok yang lama bekerja yaitu >6bulan yaitu 28 (51,9%) responden. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,289$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara lama bekerja responden sebagai WPSTL dengan melakukan tes HIV.

5. Pengetahuan WPSTL tentang HIV

Tabel 4.13. Distribusi frekuensi Pengetahuan WPSTL mengenai HIV dengan melakukan tes HIV

* Tingkat Pengetahuan	Melakukan Tes HIV						P Value
	Tidak Tes HIV		Tes HIV		Total (N= 67)		
	F	%	f	%	F	%	
Kurang Baik	10	58,8	7	41,2	17	100	0,624
Baik	24	48,0	26	52,0	50	100	

Hasil tabulasi silang pengetahuan WPSTL mengenai HIV dengan melakukan tes HIV yang disajikan dalam tabel 4.27 menunjukkan bahwa pada responden yang tidak melakukan tes HIV mayoritas ada pada kelompok yang tingkat pengetahuannya kurang baik yaitu 10 responden (58,8%), sedangkan yang melakukan tes HIV mayoritas ada pada kelompok yang tingkat pengetahuan baik 26 (52%) responden. Hasil uji

statistik diperoleh nilai $p = 0,624$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan tentang HIV dengan melakukan tes HIV.

6. Pengetahuan WPSTL mengenai Tes HIV

Tabel 4.14. Distribusi frekuensi Pengetahuan WPSTL mengenai tes HIV dengan melakukan tes HIV

Tingkat Pengetahuan	Melakukan Tes HIV				Total (N= 67)		P Value
	Tidak Tes HIV		Tes HIV				
n	F	%	f	%	F	%	
Kurang Baik	22	68,8	10	31,3	32	100	<i>0,010</i>
Baik	12	34,3	23	65,7	35	100	

Hasil tabulasi silang pengetahuan WPSTL mengenai HIV dengan melakukan tes HIV yang disajikan dalam tabel 4.28 menunjukkan bahwa pada responden yang tidak melakukan tes HIV mayoritas ada pada kelompok yang tingkat pengetahuannya kurang baik yaitu 22 responden (68,8%), sedangkan yang melakukan tes HIV mayoritas ada pada kelompok yang tingkat pengetahuan baik 23 (65,7%) responden. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,010$ maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan tentang tes HIV dengan melakukan tes HIV.

B. PEMBAHASAN

1. Hubungan Karakteristik dengan Perilaku Tes HIV

WPSTL merupakan salah satu populasi berisiko tinggi terinfeksi HIV dan IMS lainnya akibat seringnya berhubungan seks berganti-ganti pasangan dan seringkali hubungan seks tersebut dilakukan secara tidak aman, seperti tidak menggunakan kondom ketika melayani klien (Varga, CA., 1997). Kelompok risiko tinggi sebaiknya melakukan VCT secara rutin setiap 3 (tiga) bulan sekali. Hal ini dilakukan untuk mengantisipasi terjadinya periode jendela, dimana seseorang telah terinfeksi HIV tetapi belum menampakkan adanya reaksi ketika dilakukan tes HIV. Konseling dan Tes HIV telah

terbukti sangat bernilai tinggi dalam mendeteksi kejadian HIV dan merupakan pintu gerbang menuju pelayanan kesehatan dan dukungan sesuai yang dibutuhkan (Depkes RI, 2012). Dalam penelitian ini responden adalah WPSTL di salon dan panti pijat di Kabupaten Bantul Binaan LSM Kembang sehingga mereka telah mendapatkan informasi dan sosialisasi mengenai HIV/AIDS dan tes HIV dari petugas lapangan (*outreacher*) LSM Kembang.

Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa responden yang tidak melakukan tes HIV memahami bahwa tes HIV merupakan sesuatu yang penting bagi mereka namun tidak dapat mereka lakukan. Adanya ketidaksesuaian antara pemahaman responden tentang tes HIV yang baik dengan ketidakmauan responden melakukan tes HIV dapat disebabkan oleh banyak faktor. Salah satu faktor yang mempengaruhi responden untuk tidak melakukan tes HIV adalah persepsi responden yang kurang baik terhadap tes HIV. Meskipun responden mempunyai pengetahuan dan sikap yang baik tentang tes HIV, namun adanya persepsi yang kurang baik terhadap pelaksanaan tes HIV sudah cukup menjadi alasan bagi responden untuk tidak melakukan tes HIV.

a. Tingkat pendidikan responden

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,030$ maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan tindakan melakukan tes HIV. Sedangkan hasil uji multivariat menunjukkan bahwa pendidikan tidak berpengaruh terhadap responden dalam melakukan tes HIV (p value 0,067). Hasil penelitian ini memberikan kesimpulan bahwa secara statistik ada hubungan yang tidak signifikan antara pendidikan dengan melakukan tes HIV yang dilakukan oleh responden.

Responden yang berpendidikan dasar dan tidak melakukan tes HIV dapat disebabkan karena responden belum memahami bahwa HIV merupakan penyakit berbahaya, dimana orang yang terpapar HIV dapat kehilangan kebebasan dalam berinteraksi dengan orang lain.

Pendidikan responden yang tergolong dasar memberikan pemahaman bahwa menghindari mengetahui bahwa dirinya terpapar HIV memberikan dampak positif bagi kehidupannya dalam berinteraksi dengan orang lain sehingga tidak melakukan tes HIV. Bagi orang yang baru mengetahui bahwa dirinya terpapar HIV dapat menimbulkan dampak psikologis yang tidak baik bagi dirinya yaitu kehilangan semangat untuk hidup dan bekerja.

Penelitian ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (Notoatmodjo, 2003) bahwa tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berpikir sejauh mana keuntungan yang mungkin diperoleh dari gagasan tersebut. Berhubung mayoritas WPSTL mempunyai pendidikan tingkat dasar, maka respon yang diberikan oleh WPSTL dalam hal ini adalah tidak melakukan tes HIV.

Kenyataan ini menunjukkan bahwa WPSTL dalam melakukan tes HIV tidak semata-mata berhubungan dengan tingkat pendidikan responden, artinya tingkat pendidikan rendah ataupun lanjut tidak berhubungan secara langsung terhadap melakukan tes HIV pada WPSTL. Hal ini tidak sesuai dengan teori bahwa perilaku manusia semata-mata ditentukan oleh kemampuan berfikirnya (Thoha, 2004). Hal ini juga senada dengan teori Green yang menyatakan pendidikan adalah salah satu *predisposing factor*, sehingga jika tidak diikuti dengan beberapa faktor lain maka tidak akan menimbulkan perilaku kesehatan.

Menurut Notoatmodjo (Notoatmodjo, 2003), tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berpikir sejauh mana keuntungan yang mungkin

diperoleh dari gagasan tersebut. Dalam hal ini semakin tinggi pendidikan seseorang, maka kesempatan dia untuk memperoleh suatu informasi akan sesuatu dan juga pengetahuan akan sesuatu hal semakin lebar. Dimana melalui lama pendidikan yang ditempuh melalui jenjang sekolah responden akan semakin banyak pula mendapatkan informasi dari berbagai sumber.

b. Tingkat pengetahuan responden tentang tes HIV

Responden yang mempunyai pengetahuan baik dan melakukan tes HIV menunjukkan bahwa pengetahuan yang dimiliki responden berpengaruh terhadap perilaku responden terutama dalam melakukan tes HIV. Responden yang mempunyai pengetahuan baik tentang HIV dan VCT dan melakukan tes HIV dapat disebabkan karena adanya motivasi responden untuk melakukan tes HIV disamping sudah tersedianya peralatan untuk melakukan tes HIV. Dalam hal ini, responden lebih menggantungkan diri kepada layanan VCT mobile dinas kesehatan Bantul dalam melakukan tes HIV. Sementara, layanan VCT mobile dari dinkes Bantul, jarang menjangkau mereka sehingga mereka tidak dapat melakukan tes HIV.

Hasil analisis bivariat menunjukkan responden yang melakukan tes HIV mempunyai pengetahuan yang kurang baik tentang pencegahan penularan HIV/AIDS, hal ini dimungkinkan karena masih ada beberapa jawaban responden memiliki anggapan yang benar tentang penularan HIV/AIDS meliputi : responden menjawab HIV dapat menular melalui penggunaan alat minum bersama ada 80,6%, responden yang menjawab HIV dapat menular melalui berpelukan ada 88,1% responden menjawab HIV dapat menular melalui bersalaman/berjabat tangan ada 95,5%. Sedang pengetahuan yang berkaitan dengan VCT juga masih ada yang miskonsepsi bahwa klinik VCT adalah klinik yang menyediakan layanan konseling dan tes HIV atas anjuran konselor ada 73,1%.

Ada faktor lain yang menyebabkan responden melakukan tes HIV meskipun mempunyai pengetahuan yang baik tentang HIV yaitu cara penyampaian informasi yang tidak sesuai/tepat sebagai faktor perantara yang menghubungkan pengetahuan dengan melakukan tes HIV atau hal ini mengindikasikan adanya kekurangjelasan informasi dan pendidikan yang diperoleh WPSTL tentang kesehatan seksual dan reproduksi yang diperlukan bagi WPSTL binaan LSM Kembang Yogyakarta. Jika keadaan tersebut berlangsung terus, berakibat negatif yang berkaitan dengan HIV/ AIDS.

c. Status pernikahan responden

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa, responden menikah atau tidak menikah mempunyai peluang yang sama untuk tidak melakukan tes HIV. Hal ini menunjukkan bahwa tes HIV dianggap sebagai sesuatu yang kurang penting dilihat dari sisi pernikahan. Artinya, bagi responden, menikah atau tidak menikah tetap saja dapat terpapar HIV karena mereka menyadari dampak dari aktifitas mereka secara seksual. Kenyataan ini menunjukkan bahwa WPSTL dalam melakukan tes HIV tidak berhubungan dengan status perkawinan responden. Faktor status perkawinan hanya merupakan salah satu faktor pemungkin yang menentukan seseorang melakukan tes HIV.

Status perkawinan merupakan salah satu faktor penting pada perbedaan insiden IMS. Insiden IMS dikatakan lebih tinggi pada orang yang belum menikah, bercerai atau orang yang terpisah dari keluarganya bila dibandingkan dengan orang yang sudah menikah (Daud, 2006). Dimana IMS merupakan gerbang utama masuknya HIV dan AIDS.

d. Lama bekerja responden sebagai WPSTL

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,289$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara lama bekerja

responden dengan WPSTL melakukan tes HIV. Artinya lama atau tidaknya WPSTL bekerja tidak berhubungan secara langsung terhadap WPSTL melakukan tes HIV.

Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa responden yang telah lama bekerja maupun baru bekerja sebagai WPSTL menunjukkan akatifitas yang sama yaitu tidak melakukan tes HIV. Lamanya responden dalam menjalankan profesi sebagai WPSTL tidak menjadikan responden sadar bahwa melakukan tes HIV sangat penting untuk mendeteksi dini terpaparnya virus HIV. Begitu juga responden yang baru bekerja kurang dari 6 bulan, juga tidak menumbuhkan kesadaran untuk melakukan tes HIV.

Teori Health Belief Model memandang masa kerja seseorang akan mempengaruhi perilaku seseorang. Masa kerja seseorang pada pekerjaan tertentu merupakan pengalaman yang sangat berharga dan penting bagi dirinya yang bersangkutan sebagai landasan untuk bertindak lebih baik dalam melakukan sesuatu pekerjaan. Semakin lama masa kerja seseorang pada bidang tertentu maka semakin baik pula pengalamannya dalam bidang tersebut (Rosenstock, 1974). Demikian juga menurut Swastha pengalaman dapat mempengaruhi pengamatan seseorang dalam bertingkah laku (Swastha, Basu, 2005).

Pengalaman bisa diperoleh dari semua perbuatannya dimasa lalu atau dapat pula dipelajari, sebab dengan belajar seseorang memperoleh pengalaman. Sunarto juga menjelaskan bahwa ketika seseorang melakukan tindakan, mereka belajar. Pembelajaran (learning) menggambarkan perubahan perilaku individu yang muncul karena pengalaman. Para teoritikus pembelajaran mengatakan bahwa hampir semua perilaku manusia berasal dari belajar (Sunarto, 2004).

e. Usia Responden

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa pada responden yang tidak melakukan tes HIV mayoritas ada pada kelompok umur dewasa

yaitu sebesar 29 (58%) responden. Hasil uji statistik bivariat diperoleh nilai $p = 0,066$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan melakukan tes HIV.

Dilihat dari usia responden termasuk kategori usia dewasa. Usia merupakan salah satu faktor yang dapat menggambarkan kematangan seseorang baik fisik, psikis maupun sosial, termasuk juga kematangan dalam berfikir dan mengambil Keputusan (Budiono, 2000). Bertambahnya usia makin dewasa atau dalam penelitian ini dalam kategori tua maka akan banyak proses pembelajaran yang didapatkan dari perjalanan kehidupannya sebagai makhluk sosial dan berbudaya, memiliki posisi dan peran yang penting bagi kehidupannya (Hurlock, 2004).

Secara psikologis usia dikenal 2 (dua) macam jenis usia yakni usia kronologis (*chronological age*) dan usia mental (*mental age*). *Chronological age* atau disebut juga usia kalender adalah usia seseorang yang dihitung sejak lahir sampai waktu tertentu (Depkes RI, 2010). Dalam kehidupan sehari-hari ketika seseorang ditanya berapa usianya, pada umumnya dijawab dengan usia kronologis. Sedangkan *mental age* adalah usia yang merujuk pada tingkat kemampuan mental seseorang setelah dibandingkan dengan kelompok seusianya (BKKBN, 2012).

Perbedaan usia mempengaruhi karakteristik individu baik dari segi fisik, psikososial maupun perkembangan kognitifnya. Dimana ciri dari usia dewasa awal adalah masa melakukan penyesuaian diri dengan cara hidup baru dan memanfaatkan kebebasan yang diperolehnya (Sarwono S, 1997). Hurlock mengatakan bahwa usia dewasa awal dimulai pada umur 18 tahun sampai kira-kira 40 tahun, saat perubahan fisik dan psikologi (Satoto, 2001). Pada usia itu dimana terjadi masa transisi, baik transisi secara fisik (*physically transition*), transisi secara intelektual (*cognitive transition*) serta peran sosial (*social role transition*) (Santrock, 2001).

Menurut Green umur termasuk faktor yang mempermudah (*predisposing factor*) terjadinya perubahan perilaku seseorang (Green, 2002). Sedangkan Brotosaputro, perubahan perilaku dapat disebabkan karena proses pendewasaan (*maturation*). Melalui pengalaman umur, individu yang bersangkutan telah melakukan adaptasi perilaku terhadap lingkungan. Pernyataan ini menunjukkan bahwa umur responden yang semakin dewasa akan lebih mudah untuk beradaptasi dengan lingkungan yang ada di sekitarnya (Budiono, 2000).

f. Tingkat pengetahuan responden tentang HIV

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,01$ maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan tindakan melakukan tes HIV. Responden yang mempunyai pengetahuan baik dan melakukan tes HIV menunjukkan bahwa pengetahuan yang dimiliki responden berpengaruh terhadap perilaku responden terutama dalam melakukan tes HIV. Responden yang mempunyai pengetahuan baik tentang HIV dan VCT dan melakukan tes HIV dapat disebabkan karena adanya motivasi responden untuk melakukan tes HIV disamping sudah tersedianya peralatan untuk melakukan tes HIV. Dalam hal ini, responden lebih menggantungkan diri kepada layanan VCT mobile dinas kesehatan Bantul dalam melakukan tes HIV. Sementara, layanan VCT mobile dari dinkes Bantul, jarang menjangkau mereka sehingga mereka tidak dapat melakukan tes HIV.

Hasil analisis bivariat menunjukkan responden yang melakukan tes HIV mempunyai pengetahuan yang kurang baik tentang pencegahan penularan HIV/AIDS, hal ini dimungkinkan karena masih ada beberapa jawaban responden memiliki anggapan yang benar tentang penularan HIV/AIDS meliputi : responden menjawab HIV dapat menular melalui penggunaan alat minum bersama ada 80,6%, responden yang menjawab HIV dapat menular melalui berpelukan ada 88,1% responden menjawab HIV dapat menular melalui bersalaman/ berjabat tangan ada 95,5%.

Sedang pengetahuan yang berkaitan dengan VCT juga masih ada yang miskonsepsi bahwa klinik VCT adalah klinik yang menyediakan layanan konseling dan tes HIV atas anjuran konselor ada 73,1%.

Ada faktor lain yang menyebabkan responden melakukan tes HIV meskipun mempunyai pengetahuan yang baik tentang HIV yaitu cara penyampaian informasi yang tidak sesuai/tepat sebagai faktor perantara yang menghubungkan pengetahuan dengan melakukan tes HIV (Notoatmodjo, 2003) atau hal ini mengindikasikan adanya kekurangjelasan informasi dan pendidikan yang diperoleh WPSTL tentang kesehatan seksual dan reproduksi yang diperlukan bagi WPSTL binaan LSM Kembang Yogyakarta. Jika keadaan tersebut berlangsung terus, berakibat negatif yang berkaitan dengan HIV/ AIDS.



UNISA
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Hasil dari penelitian ini antara lain sebagai berikut:

1. Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan dengan melakukan tes HIV.
2. Karakteristik WPSTL sebagian besar adalah berada pada usia dewasa (17-40 tahun) 74,6%, berpendidikan dasar (SLTP dan SD) 64,2%, status pernikahan sudah menikah/ pernah menikah 76,1%, memiliki lama bekerja sebagai kapster salon/ panti pijat > 6 bulan 80,6%.
3. Tingkat pendidikan responden mengenai hal-hal yang berkaitan dengan HIV/AIDS sebagian besar mempunyai tingkat pengetahuan baik yaitu dari 67 responden sebanyak 50 (74,6%) responden mempunyai tingkat pengetahuan kategori baik. Sedang responden yang mempunyai tingkat pengetahuan kurang baik sebanyak 17 (25,4%) responden.
4. Tingkat pengetahuan responden mengenai hal-hal yang berkaitan dengan tes HIV sebagian besar mempunyai tingkat pengetahuan baik yaitu dari 67 responden sebanyak 35 (52,2%) responden mempunyai tingkat pengetahuan kategori baik. Sedang responden yang mempunyai tingkat pengetahuan kurang baik sebanyak 32 (47,8%) responden.

B. Saran

1. Meningkatkan program untuk menurunkan stigma dan diskriminasi bagi WPSTL yang melakukan konseling dan tes HIV dengan memperkuat program *Care Support and Treatment (CST)*.
2. Tes HIV pada WPSTL terbanyak pada VCT mobile sehingga VCT mobile sediaan dilakukan secara intens.
3. WPSTL yang mempunyai pengetahuan rendah harus ditingkatkan pengetahuan dan kesadaran melalui pelatihan tentang proses penularan HIV/AIDS
4. Membentuk program peer educator yang diambil dari komunitas WPSTL di salon dan panti pijat

5. Meningkatkan pemahaman dan pengetahuan mengenai bahaya IMS dan HIV/AIDS karena masih banyak yang belum memahami cara penularan dan pencegahan IMS dan HIV/ AIDS



unisa
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

DAFTAR PUSTAKA

- Arief Mansjoer. (2010). *Kapita Selekta Kedokteran, edisi 4*. Jakarta: Media Aesculapius.
- BKKBN. (2012). Mitos-mitos seputar PMS. Retrieved September 20, 2012, from <<http://www.bkkbn.go.id/hqweb/ceria/pengelolaanceria/pp3ms.html>>
- Budiono, B. (2000). *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Semarang: Badan Penerbit UNDIP.
- Chirenje, Z. M. (2005). HIV and cancer of the cervic. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 19(2 SPEC. ISS.), 269–276. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2004.10.002>
- Daud, T. (2006). Perilaku Seksual PSK di Bekas Lokalisasi “Yang Tahu” Kota Bengkulu Setelah Peraturan Daerah No 24 Tahun 2000,.
- Departemen Kesehatan RI. (2006). *Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Secara Sukarela (VCT)*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Depkes RI. (2010). Modul Pelatihan Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Bayi. Retrieved from www.kesehatanibu.depkes.go.id.
- Depkes RI. (2012). *Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela HIV (Voluntary Counseling and Testing)*. Dirjen Pelayanan Medik, Dirjen Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan.
- Family Health International. (2004). *HIV Voluntary Counseling and Testing : A Reference Guide for Counselors and Trainers*.
- Green, L. W. (2002). *Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach*. Mayfield Publishing Company. Mountain View Toronto-London 1991.
- Harcourt C and Donovan B. (2005). The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infection*, 81, 201–206.
- Heng, S., Vonthanak, S., Chhorvann, C. & K. (2009). Distribution of HIV in Cambodia: findings from the first national population survey. *AIDS*, 17 Juli.23.
- Hurlock, E. B. (2004). *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Erlangga.
- Moodley, J. R., Hoffman, M., Carrara, H., Allan, B. R., Cooper, D. D., Rosenberg, L., ... Williamson, A.-L. (2006). HIV and pre-neoplastic and neoplastic lesions of the cervix in South Africa: a case-control study. *BMC Cancer*, 6(135), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-6-135>

- Murti, B. (2003a). *Prinsip dan metode riset epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Murti, B. (2003b). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi (Edisi kedua) Jilid Pertama*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Nasronudin. (2013). *HIV & AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial*. Surabaya: Universitas Airlangga Press.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- PKBI Pusat. (2007). *Konseling dan tes HIV sukarela*.
- Rosenstock, I. (1974). *Historical Origin of The Health Belief Model*, In : becker, Marshall H, Eds. *Thorofare*. New Jersey.
- Rukiyah. (2010). *Asuhan Kebidanan IV, Patologi Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Santrock, J. W. (2001). *Adolescence (8th ed.)*.
- Sarwono S. (1997). *Sosiologi Kesehatan : Beberapa konsep Beserta Aplikasinya*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Satoto. (2001). *The right condom on the right place*. Semarang.
- Sunarto. (2004). *Prinsip-Prinsip Pemasaran*. Yogyakarta: AMUS & UST Press.
- Swastha, Basu, I. (2005). *Manajemen Pemasaran Modern*. Yogyakarta: Penerbit Liberty.
- Thoha, M. (2004). *Perilaku Organisasi : Konsep Dasar dan Aplikasi*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- UNAIDS. (2008). *Report on the global AIDS epidemic*.
- UNAIDS. (2009). *HIV transmission in intimate partner relationships in Asia*.
- Varga, CA. (1997). *The condom conundrum: Barriers to condom use among commercial sex workers in Durban South Africa*. *African Journal of Reproductive Health*, p 1:74-88.

Lampiran 1

Justifikasi Anggaran

Honor				
Honor dan Transport	Honor/jam	Waktu (jam/mg)	minggu	Honor per tahun (Rp)
Ketua	30000	2	25	1500000
Sub Total				1500000
Peralatan Penunjang				
Material	Justifikasi Pemakaian	Kuantitas	Harga satuan	Harga peralatan penunjang (Rp)
Kertas HVS	Beli	2 rim	30000	60000
Catridge	Beli	1 buah	250000	250000
Ballpoint	Beli	30 buah	5000	150000
Tas Kit dan Snack	Beli	30 buah	50000	1500000
Stop Map	Beli	30 buah	5000	150000
Penggandaan Kuesioner	Fotokopi	2000 lembar	300	3100000
Sub Total				
Lain –lain				
Penggandaan laporan	Hasil	6 eksemplar	20000	200000
Biaya publikasi	Hasil	2 artikel	200000	200000
Sub total				400000
Total Anggaran yang diperlukan setahun				5.000.000



Lampiran 2

BIODATA PENELITI

A. Ketua Peneliti:

- 1 Nama Lengkap : Dhesi Ari Astuti, S.Si.T., M.Kes.
- 2 Jabatan Fungsional : Asisten Ahli
- 3 NIP : 07.05.078
- 4 Tempat dan Tanggal lahir : Bantul, 5 Desember 1984
- 5 Alamat Rumah : Ngaran Balecatur Gamping Sleman
- 6 Nomor Telepon/ HP : 081225878909
- 7 Alamat Kantor : STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta
- 8 Nomor Telepon/Faks : (0274)4469199
- 9 Email : dhesi_stikesayo@yahoo.co.id
- 10 Mata Kuliah yang Diampu : Asuhan Kebidanan VA (Komunitas),
Metopen dan Biostatistik, Askeb 1B

B. Riwayat Pendidikan

Program	S-1	S-2
Nama Perguruan Tinggi	Poltekkes Depkes Yogyakarta	UNDIP Semarang
Bidang Ilmu	Kebidanan	Promosi Kesehatan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan HIV/AIDS
Tahun Masuk	2007	2010
Tahun Lulus	2008	2012

C. Pengalaman Penelitian (5 tahun terakhir)

No	Tahun	Judul penelitian	Ketua/ Anggota	Sumber dana, Jumlah (Rp)
1	2012	Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku WPSTL melakukan VCT di Kabupaten Bantul	Ketua	STIKES Rp 1.5000.000,00
2	2013	Uji beda antara metode penyuluhan dengan FGD melihat video terhadap	Peneliti II	STIKES Rp 5.000.000,00

		pengetahuan dan sikap melakukan papsmear di Desa Wiyoro Banguntapan Bantul		
3	2014	Deteksi dini kejadian depresi pada Ibu Hamil dan Post Partum dengan EPDS di Bidan Delima Kabupaten Bantul	Peneliti II	STIKES Rp 5.000.000,00

D. Pengalaman Pengabdian Masyarakat

No	Tahun	Judul Pengabdian Masyarakat	Ketua/Anggota	Sumber dana, Jumlah (Rp)
1	2013	Deteksi dini kanker serviks di Desa Wiyoro Banguntapan Bantul	Anggota	STIKES Rp.4.000.000,00
2	2014	Pengabdian masyarakat di Giripeni	Ketua	STIKES Rp 500.000,00
3	2014	Pengabdian masyarakat di Balecatur	Ketua	STIKES Rp 500.000,00

Biodata sebagai salah satu syarat dalam pengajuan usulan penelitian dosen pemula dan apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian, saya sanggup menerima sanksinya.

Yogyakarta, 28 April 2014



Dhesi Ari Astuti



