

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PRAKTIK WANITA PEKERJA SEKS (WPS) DALAM VCT ULANG  
DI LOKALISASI SUNAN KUNING, SEMARANG**



**TESIS**

**Untuk memenuhi persyaratan mencapai derajat Sarjana S-2  
Magister Promosi Kesehatan**

**S. GUNAWAN WIDIYANTO  
E4C006137**

**PROGRAM STUDI MAGISTER PROMOSI KESEHATAN  
PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2008**

# HALAMAN PENGESAHAN

TESIS  
FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PRAKTIK WANITA PEKERJA SEKS (WPS) DALAM VCT ULANG  
DI LOKALISASI SUNAN KUNING, SEMARANG

Telah dipertahankan di depan penguji pada tanggal 11 November 2008  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat.

Menyetujui  
Dewan Penguji

Pembimbing I

Pembimbing II

dr. Bagoes Widjanarko, MPH  
NIP. 131 962 236

dr. Antono Suryoputro, MPH  
NIP. 131 689 638

Penguji I

Penguji II

drg. Zahroh Shaluhiyah, MPH, PhD  
NIP. 131 627 954

dr. Nurhayati, M.Kes  
NIP. 140 120 641

Program Studi  
Magister Promosi Kesehatan  
Program Pascasarjana UNDIP  
Ketua,

drg. Zahroh Shaluhiyah, MPH, PhD  
NIP. 131 627 954

## **HALAMAN PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya disebutkan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, Desember 2008

S. Gunawan Widiyanto

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Diucapkan terima kasih kepada Menteri Pendidikan Nasional yang telah memberikan dukungan pembiayaan melalui Program Beasiswa Unggulan hingga penyelesaian Tesis berdasarkan DIPA Sekretariat Jenderal DEPDIKNAS Tahun Anggaran 2006 sampai dengan 2008.

**MAGISTER PROMOSI KESEHATAN  
KONSENTRASI KESEHATAN REPRODUKSI DAN HIV/AIDS  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2008**

ABSTRAK

STEFANUS GUNAWAN WIDIYANTO

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK WANITA PEKERJA SEKS (WPS) DALAM VCT ULANG DI LOKALISASI SUNAN KUNING, SEMARANG

xviii + 136 hal + 39 tabel + 8 gambar + 7 lampiran

WPS 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. Untuk menghindari terjadinya penularan HIV, WPS harus melakukan konseling dan testing HIV secara periodik setiap 3 (tiga) bulan sekali.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) dalam VCT ulang di lokalisasi Sunan Kuning, Semarang dengan pendekatan belah lintang dengan besar sampel 90 WPS dari populasi 635 WPS, proporsi 50%, dan selang kepercayaan 95%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 71,1% responden mempunyai keyakinan yang baik tentang VCT dan 28,9% responden berkeyakinan kurang. 75,6% menilai baik jika mengetahui status HIV dirinya dan 24,4% menilai kurang baik. Dorongan dari orang lain untuk melakukan VCT 97,8% baik dan hanya 2,2% yang kurang. 86,7% WPS mempunyai motivasi baik untuk mengikuti dorongan orang lain dan 13,3% kurang motivasi. Praktik organisasi klinik VCT dirasakan baik oleh 88,9% responden dan hanya 11,1% yang kurang baik. Lingkungan organisasi klinik VCT dirasakan baik oleh 96,7% responden dan hanya 3,3% yang merasakan kurang baik.

Uji *chi square* menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan secara signifikan dengan praktik VCT ulang adalah keyakinan mengenai VCT ( $p=0,000$ ), nilai tentang status HIV dirinya ( $p=0,000$ ) dan motivasi untuk mengikuti dorongan orang lain ( $p=0,000$ ). Variabel dorongan orang lain untuk melakukan VCT, praktik organisasi dan lingkungan organisasi klinik VCT tidak mempunyai hubungan signifikan.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa keyakinan tentang VCT merupakan variabel yang mempunyai pengaruh paling signifikan dibanding variabel lainnya, dengan dikontrol oleh variabel nilai tentang status HIV dirinya, motivasi mengikuti dorongan orang lain, praktik organisasi klinik VCT dan lingkungan organisasi klinik VCT.

Kata kunci : wanita pekerja seks (WPS), praktik, VCT ulang, Sunan Kuning.  
Kepustakaan : 37, 1991-2008

**MASTER PROGRAM IN HEALTH PROMOTION  
REPRODUCTIVE HEALTH AND HIV-AIDS STUDY  
DIPONEGORO UNIVERSITY  
SEMARANG  
2008**

ABSTRACT

STEFANUS GUNAWAN WIDIYANTO

FACTORS ASSOCIATED WITH REPEATED HIV VOLUNTARY  
COUNSELING AND TESTING (VCT) AMONG FEMALE SEX WORKER IN  
SUNAN KUNING, SEMARANG

xviii + 136 pages + 39 tables + 8 pictures + 7 appendixes

Female sex workers (FSWs) were HIV related high risk group. They did sexual intercourse with many partners and they also did unsafe intercourse. To prevent HIV transmission, FSWs should do HIV testing every 3 months.

This cross sectional research is aimed to know the factors associated with repeat VCT among FSWs in Sunan Kuning, Semarang. 90 respondents involved in this study from 635 FSWs, using proportion 50% and Confidence Interval=95% .

The study found that 71,1% FSWs had a good belief about VCT and 28,9% had bad belief. 75,6% FSWs had a good value about knowing her HIV status and 24,4% had a bad value. 97,8% got good support from others to do repeat VCT, but 2,2% did not get this support. 86,7% had good motivation to comply other's support and 13,3% had low motivation to comply. 88,9% FSWs found good organizational practice at VCT clinic and 11,1% did not find this kind of practice. About VCT clinic environmental, 96,7% found good clinic environment and 3,3% did not find it.

Bivariate analysis show that FSWs repeat VCT practice significantly correlated with FSWs belief about VCT, value about knowing her HIV status and motivation to comply others support. Others support to do repeat VCT, VCT clinic organizational practice and VCT clinic environment variables were not significantly correlated with FSWs repeat VCT practice.

Multivariate analysis found that belief about VCT had significantly correlation than other variables.

Keyword : female sex workers, practice, repeat VCT, Sunan Kuning.

Bibliography : 37, 1991-2008

## RIWAYAT HIDUP

- Nama : Stefanus Gunawan Widiyanto
- Tempat/tanggal lahir : Kab. Semarang, 12 Januari 1976
- Agama : Katolik
- Alamat : Perum. Griya Praja Indah Gang Jawa No. 118  
Purwodadi, Kab. Grobogan, Jawa Tengah
- Riwayat pendidikan : 1. SD Negeri Kebondowo I, Kabupaten Semarang  
Lulus tahun 1987
2. SMP Negeri 1 Salatiga, Kota Salatiga  
Lulus tahun 1990
3. SMA Negeri 1 Salatiga, Kota Salatiga  
Lulus tahun 1993
4. Fakultas Kesehatan Masyarakat UNDIP  
Lulus tahun 1999
- Riwayat pekerjaan : - Seksi Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi  
Dinas Kesehatan Kabupaten Grobogan  
tahun 2002 - sekarang

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas limpahan kasih karuniaNya sehingga penulis berhasil menyelesaikan tesis sebagai salah satu persyaratan dalam menempuh studi di Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro. Penyusunan tesis ini dapat diselesaikan dengan dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Penulis menyampaikan penghargaan dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Bambang Pudjiono, SH selaku Bupati Grobogan atas ijin yang diberikan untuk melanjutkan pendidikan.
2. Drg. Zahroh Shaluhiah, MPH, PhD selaku ketua Program Pasca Sarjana Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro.
3. dr. Bagoes Widjanarko, MPH selaku Pembimbing I dan dr. Antono Suryoputro, MPH selaku Pembimbing II dalam penyusunan tesis.
4. Prof. Madya dr. Khalib Abdul Latip selaku Supervisor selama penulis berada di Universiti Kebangsaan Malaysia.
5. Drg. Palti Siregar, M.Kes (MMR) selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Grobogan atas dukungan dan ijin yang diberikan.
6. Bapak Suwandi E.P. selaku Ketua Pengurus Resos Argorejo, Kalibanteng Kulon atas ijin yang diberikan dalam pengambilan data.
7. Teman-teman BSU Diknas 2006 atas kekompakan, dinamika dan sikap kritis yang selalu diberikan.
8. Orang tuaku, istriku, anak-anakku Salsha dan Aya, yang tak pernah berhenti melepas doa serta memberi dukungan dengan tulus dan penuh cinta.

Penulis menyadari masih terdapat kekurangan dan keterbatasan dalam penyusunan tesis ini sehingga membutuhkan adanya pendapat dan saran perbaikan dari berbagai pihak. Semoga tesis ini memberikan manfaat bagi penulis dan semua pihak yang berkepentingan.

Semarang, Desember 2008

S. Gunawan Widiyanto

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESAHAN	
HALAMAN PERNYATAAN	
ABSTRAK	
RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR	
DAFTAR ISI	
DAFTAR TABEL	
DAFTAR GAMBAR	
DAFTAR LAMPIRAN	
DAFTAR SINGKATAN	
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. PERUMUSAN MASALAHAN.....	11
C. TUJUAN PENELITIAN.....	12
Tujuan Umum.....	12
Tujuan Khusus.....	12
D. MANFAAT PENELITIAN.....	13
E. RUANG LINGKUP.....	14
F. KEASLIAN PENELITIAN.....	15
 BAB II	 18
TINJAUAN PUSTAKA	18
A. LOKALISASI SUNAN KUNING SEMARANG.....	18
B. WPS DI LOKALISASI SUNAN KUNING.....	21
C. EPIDEMIOLOGI HIV DAN AIDS.....	23
D. DAMPAK SOSIAL EKONOMI DARI AIDS.....	26
E. <i>VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT)</i> .....	29
F. SARANA DAN PRASARANA KLINIK VCT.....	41
G. PEMANFAATAN LAYANAN VCT.....	45
H. PERILAKU ORGANISASI.....	51
I. <i>THEORY OF REASONED ACTION</i> .....	53
J. <i>PRECEDE – PROCEED MODEL</i> .....	57

K.	KERANGKA TEORI.....	66
BAB III METODOLOGI PENELITIAN		67
A.	KERANGKA KONSEP.....	67
B.	HIPOTESIS.....	68
C.	JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN.....	69
D.	POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN.....	69
E.	DEFINISI OPERASIONAL VARIABEL PENELITIAN DAN SKALA PENGUKURAN.....	71
F.	ALAT DAN CARA PENELITIAN.....	73
G.	PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA .....	82
BAB IV HASIL PENELITIAN		83
A.	GAMBARAN LOKASI PENELITIAN.....	83
B.	KARAKTERISTIK SOSIODEMOGRAFI RESPONDEN	84
C.	ANALISIS UNIVARIAT.....	89
D.	ANALISIS BIVARIAT.....	103
E.	ANALISIS MULTIVARIAT.....	109
BAB V PEMBAHASAN		113
A.	KARAKTERISTIK SOSIODEMOGRAFI RESPONDEN	113
B.	KEYAKINAN MENGENAI KONSELING DAN TESTING HIV.....	117
C.	NILAI JIKA MENGETAHUI STATUS HIV DIRINYA.....	119
D.	DORONGAN ORANG LAIN UNTUK MELAKUKAN VCT.....	122
E.	MOTIVASI MENGIKUTI DORONGAN ORANG LAIN UNTUK MELAKUKAN VCT.....	124
F.	PRAKTIK ORGANISASI KLINIK VCT.....	126
G.	LINGKUNGAN ORGANISASI KLINIK VCT.....	129
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN		131
A.	KESIMPULAN.....	131
B.	SARAN.....	134

DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN-LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Alasan mencari testing HIV, keputusan melakukan testing HIV dan kegagalan mengambil hasil testing HIV dari klien VCT berjenis kelamin perempuan di Rumah Sakit Provinsi Chiang Mai, Thailand Utara tahun 1995 – 1999.....	48
Tabel 3.1	Definisi operasional dari variabel penelitian.....	72
Tabel 3.2	Hasil uji validitas kuesioner variabel keyakinan tentang VCT	77
Tabel 3.3	Hasil uji validitas kuesioner variabel nilai jika mengetahui status HIV.....	77
Tabel 3.4	Hasil uji validitas kuesioner variabel dorongan orang lain untuk melakukan VCT.....	78
Tabel 3.5	Hasil uji validitas kuesioner variabel motivasi mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT.....	78
Tabel 3.6	Hasil uji validitas kuesioner variabel praktik organisasi klinik VCT.....	79
Tabel 3.7	Hasil uji validitas kuesioner variabel lingkungan organisasi klinik VCT.....	79
Tabel 3.8	Hasil uji reliabilitas kuesioner penelitian.....	81
Tabel 4.1	Distribusi frekuensi responden berdasarkan kelompok umur	85
Tabel 4.2	Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pernikahan.....	85
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan.....	86
Tabel 4.4	Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama bekerja sebagai WPS.....	86
Tabel 4.5	Distribusi frekuensi responden berdasarkan praktik VCT ulang.....	87
Tabel 4.6	Distribusi frekuensi responden berdasarkan tempat VCT terakhir.....	88
Tabel 4.7	Tabulasi silang antara tempat terakhir VCT dengan praktik responden dalam VCT ulang.....	88

Tabel 4.8	Distribusi frekuensi responden berdasarkan keyakinan mengenai VCT.....	89
Tabel 4.9	Distribusi frekuensi jawaban responden mengenai keyakinan tentang VCT.....	90
Tabel 4.10	Distribusi frekuensi responden berdasarkan nilai jika tahu status HIV dirinya.....	92
Tabel 4.11	Distribusi frekuensi jawaban responden mengenai nilai jika mengetahui status HIV dirinya .....	93
Tabel 4.12	Distribusi frekuensi responden berdasarkan dorongan orang lain untuk melakukan VCT.....	94
Tabel 4.13	Distribusi frekuensi jawaban responden mengenai dorongan orang lain untuk melakukan VCT.....	95
Tabel 4.14	Distribusi frekuensi responden berdasarkan motivasi untuk mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT	96
Tabel 4.15	Distribusi frekuensi jawaban responden mengenai motivasi untuk mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT	97
Tabel 4.16	Distribusi frekuensi responden berdasarkan praktik organisasi klinik VCT.....	99
Tabel 4.17	Distribusi frekuensi jawaban responden tentang praktik organisasi klinik VCT.....	100
Tabel 4.18	Distribusi frekuensi responden berdasarkan waktu pengambilan hasil tes HIV.....	100
Tabel 4.19	Distribusi frekuensi responden berdasarkan lingkungan organisasi klinik VCT.....	101
Tabel 4.20	Distribusi frekuensi jawaban responden tentang lingkungan organisasi klinik VCT.....	102
Tabel 4.21	Tabulasi silang antara keyakinan tentang VCT dengan praktik responden dalam VCT ulang.....	103
Tabel 4.22	Tabulasi silang antara nilai jika mengetahui status HIV dengan praktik responden dalam VCT ulang.....	104
Tabel 4.23	Tabulasi silang antara dorongan orang lain untuk melakukan VCT dengan praktik responden dalam VCT ulang.....	105
Tabel 4.24	Tabulasi silang antara motivasi untuk mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT dengan praktik responden	

	dalam VCT ulang.....	106
Tabel 4.25	Tabulasi silang antara praktik organisasi klinik VCT dengan praktik responden dalam VCT ulang.....	107
Tabel 4.26	Tabulasi silang antara lingkungan organisasi klinik VCT dengan praktik responden dalam VCT ulang.....	108
Tabel 4.27	Ringkasan hasil analisis bivariat.....	109
Tabel 4.28	Hasil seleksi bivariat dengan <i>omnibus test</i> variabel independen dengan praktik responden dalam melakukan VCT ulang....	110
Tabel 4.29	Hasil pemodelan multivariat variabel independen dengan praktik responden dalam melakukan VCT ulang.....	111
Tabel 4.30	Hasil uji regresi logistik akhir antara variabel independen dengan praktik WPS dalam melakukan VCT ulang.....	112

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Alur klien dalam konseling pre tes.....	38
Gambar 2.2. Alur klien dalam konseling post tes.....	39
Gambar 2.3. Grafik jumlah kunjungan klien VCT Kota Semarang per triwulan berdasarkan jenis pekerjaan penjaja seks dari triwulan III tahun 2005 – triwulan II tahun 2008.....	49
Gambar 2.4. Grafik jumlah kunjungan klien VCT Kota Semarang per triwulan dengan jenis kelamin perempuan berdasarkan inisiatif kunjungan dari triwulan III tahun 2005 – triwulan II tahun 2008.....	50
Gambar 2.5 <i>Theory of Reasoned Action</i> .....	54
Gambar 2.6. <i>Precede – Proceed Model</i> .....	59
Gambar 2.7. Fase diagnosis administrasi dan kebijakan serta fase diagnosis pendidikan dan organisasi dari <i>Precede – Proceed Model</i> ...	65
Gambar 4.1. Diagram pie dari tempat VCT terakhir pada kelompok responen yang tidak melakukan VCT ulang.....	89

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	SURAT IJIN PENELITIAN
Lampiran 2	KUESIONER PENELITIAN
Lampiran3	HASIL UJI VALIDITAS KUESIONER
Lampiran 4	HASIL UJI RELIABILITAS KUESIONER
Lampiran 5	HASIL DISTRIBUSI FREKUENSI
Lampiran 6	HASIL UJI CHI SQUARE
Lampiran 7	HASIL UJI REGRESI LOGISTIK

## DAFTAR SINGKATAN

WPS	:	Wanita Pekerja Seks
VCT	:	<i>Voluntary Counseling and Testing HIV</i>
HIV	:	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
AIDS	:	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ODHA	:	Orang Dengan HIV dan AIDS
LSM	:	Lembaga Swadaya Masyarakat
NAPZA	:	narkotika, psikotropika dan zat adiktif
IMS	:	Infeksi Menular Seksual
PMTCT	:	<i>Prevention of Mother To Child Transmission</i>
CST	:	<i>Care, Support and Treatment</i>
LSL	:	lelaki suka lelaki
IDU	:	<i>Injecting Drug User</i>
ASA PKBI	:	Aksi Stop AIDS Paguyuban Keluarga Berencana Indonesia
KIE	:	Komunikasi, Informasi dan Edukasi

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Perkembangan permasalahan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) semakin lama semakin mengkhawatirkan baik dari sisi kuantitatif maupun kualitatif. Walaupun secara geografi, yang semula diharapkan dapat menghambat perkembangan jumlah Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di dunia namun pada kenyataannya dalam kurun waktu 20 tahun terakhir jumlahnya telah mencapai lebih dari 60 juta orang dan 20 juta diantaranya telah meninggal.<sup>1)</sup> Tidak mengherankan bila permasalahan HIV dan AIDS telah menjadi epidemi di hampir 190 negara.<sup>1)</sup>

Saat ini Indonesia sudah tidak lagi tergolong sebagai negara dengan prevalensi rendah, tapi sudah masuk ke epidemi terkonsentrasi dengan lebih dari 5 % populasi tertentu di beberapa kota dan wilayah di Indonesia yang mengidap HIV. Bahkan di beberapa kota dan wilayah tertentu epidemik ini diperkirakan sudah masuk pada populasi umum.<sup>2)</sup> Indonesia termasuk salah satu negara di Asia yang mengalami epidemi HIV dan AIDS dengan prevalensi yang meningkat tajam dan belum menunjukkan penurunan meskipun upaya penanggulangan HIV dan AIDS telah dilaksanakan oleh masyarakat, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan swasta serta pemerintah.<sup>3)</sup>

Infeksi HIV di Indonesia cenderung tetap meningkat pada masa lima tahun mendatang berkaitan dengan bertambah banyaknya hubungan seksual yang tidak terlindungi dan penularan HIV melalui jarum suntik penyalahguna narkotika, psikotropika dan zat adiktif (napza).<sup>3)</sup> Dikhawatirkan terjadi

penyebaran epidemi baru dan kasus AIDS yang dirawat akan bertambah banyak. Kematian akibat AIDS di antara kelompok penduduk usia produktif akan meningkat.

Menurut estimasi Departemen Kesehatan dan Komisi Penanggulangan AIDS, pada tahun 2006 ada sekitar 145.000 – 193.000 orang terinfeksi HIV.<sup>3)</sup> Angka ini semakin besar bila tidak ditanggulangi dengan komprehensif. Karena dalam upaya penanggulangan ada beberapa hal mendesak yang perlu diatasi. Seperti epidemi HIV pada pengguna narkoba suntik, epidemi HIV pada perilaku seks berisiko, angka Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV yang tinggi, pemakaian kondom yang masih rendah, stigma dan diskriminasi yang menghambat respon terhadap HIV dan AIDS, serta risiko penularan HIV yang tinggi pada kelompok usia muda dan perempuan.<sup>3)</sup>

Faktor risiko penularan tersebut yang menjadikan permasalahan HIV dan AIDS berkaitan dengan sosio-ekonomi-pertahanan-keamanan-budaya, disamping permasalahan jumlah yang semakin membesar. Sehingga permasalahan menjadi kompleks.<sup>1)</sup>

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional menyatakan bahwa area prioritas penanggulangan HIV dan AIDS menurut Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007 – 2010 sebagai berikut :<sup>4)</sup>

1. Pencegahan HIV dan AIDS
2. Perawatan, Pengobatan dan Dukungan terhadap ODHA
3. Surveilans HIV dan AIDS serta Infeksi Menular Seksual
4. Penelitian dan Riset Operasional
5. Lingkungan Kondusif
6. Koordinasi dan Harmonisasi Multipihak
7. Kestinambungan Penanggulangan.

Upaya pelayanan, perawatan, pengobatan dan dukungan terhadap ODHA dilakukan baik melalui pendekatan klinis maupun pendekatan berbasis masyarakat dan keluarga (*community and home-based care*) serta dukungan pembentukan persahabatan ODHA. Tujuan dari upaya tersebut adalah mengurangi penderitaan akibat HIV dan AIDS dan mencegah penularan lebih lanjut infeksi HIV serta meningkatkan kualitas hidup ODHA.

Untuk mencapai tujuan tersebut dilaksanakan kegiatan antara lain mengembangkan infrastruktur pelayanan kesehatan, pelayanan konseling dan testing secara sukarela (VCT – *Voluntary Counseling and Testing*), pelayanan pencegahan penularan HIV dari ibu kepada bayinya (PMTCT - *Prevention of Mother To Child Transmission*), perawatan ODHA dan perawatan berbasis masyarakat dan keluarga serta dukungan pembentukan persahabatan ODHA.

Layanan VCT adalah program pencegahan sekaligus jembatan untuk mengakses layanan manajemen kasus serta perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA (CST- *Care, Support and Treatment*). Program layanan VCT dimaksudkan membantu masyarakat terutama populasi berisiko dan anggota keluarganya untuk mengetahui status kesehatan yang berkaitan dengan HIV dimana hasilnya dapat digunakan sebagai bahan motivasi upaya pencegahan penularan dan mempercepat mendapatkan pertolongan kesehatan sesuai kebutuhan.<sup>5)</sup>

Layanan VCT harus mencakup pre-test konseling, testing HIV dan post-test konseling. Kegiatan tes dan hasil tes pasien harus dijalankan atas dasar prinsip kerahasiaan.<sup>5)</sup>

Pelaksanaan VCT meliputi promosi layanan VCT, memberikan layanan konseling, pre-tes, post-tes oleh konselor yang terlatih serta memberikan penjelasan dan penawaran tentang kesediaan klien menjalani test HIV.

Hasil tes HIV digolongkan menjadi 3 hasil (Family Health International, 2004), yaitu: <sup>6)</sup>

1. Non-Reaktif

Hasil tes non-reaktif menunjukkan bahwa tidak terdeteksi antibodi HIV di dalam darah. Hasil ini dapat mempunyai beberapa arti, orang tersebut tidak terinfeksi HIV, atau orang tersebut mungkin terinfeksi HIV tetapi tubuhnya belum memproduksi antibodi HIV. Dalam kondisi ini orang tersebut sedang berada dalam periode jendela (*window period*).

2. Reaktif

Hasil tes reaktif menunjukkan bahwa antibodi HIV terdeteksi dalam darah orang tersebut. Hasil ini menunjukkan bahwa orang tersebut telah terinfeksi HIV, tetapi bukan berarti orang tersebut mengidap AIDS.

3. *Indeterminate*

Suatu hasil tes *indeterminate* dapat diartikan sebagai berikut : orang tersebut mungkin terinfeksi HIV dan sedang dalam proses membentuk antibodi (*acute sero-conversion*); atau orang tersebut mempunyai antibodi dalam darah yang hampir sama dengan antibodi HIV. Antibodi ini yang bereaksi dengan tes HIV.

Untuk hasil tes yang reaktif, konselor menjelaskan makna hasil tes reaktif dan konselor menanyakan kepada klien siapa yang boleh tahu tentang hasil tes.

Untuk hasil tes non-reaktif dan *indeterminate*, konselor memberikan penjelasan tentang makna hasil tes. Konseling yang diberikan antara lain konseling untuk perubahan perilaku. Biasanya klien disarankan untuk melakukan tes ulang setelah 3 bulan dari hasil tes pertamanya. <sup>7)</sup>

Target sasaran layanan VCT sangat luas yaitu pada kelompok berisiko tertular dan kelompok rentan. Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang karena lingkup pekerjaan, lingkungan, rendahnya ketahanan keluarga dan rendahnya kesejahteraan keluarga, status kesehatan, sehingga mudah tertular HIV. Kelompok tersebut seperti : orang dengan mobilitas tinggi, perempuan, remaja, anak jalanan, orang miskin, ibu hamil, penerima transfusi darah.

Kelompok berisiko tertular adalah kelompok masyarakat yang berperilaku risiko tinggi seperti penjaja seks dan pelanggannya, pasangan tetap penjaja seks, gay (MSM-*man sex with man*), pengguna napza suntik (penasun) dan pasangannya serta narapidana.<sup>8)</sup>

Namun demikian, belum banyak orang yang dijangkau oleh program pencegahan (kurang dari 10 %), dan sangat sedikit yang dapat mengakses pelayanan VCT (18 % penasun dan 14 % pekerja seks). Di kalangan kelompok rentan, pengetahuan tentang HIV dan AIDS meningkat, tetapi masih belum mencukupi; hanya 43 % lelaki suka lelaki (LSL) dan 24 % pekerja seks perempuan yang bisa mengidentifikasi secara benar cara-cara pencegahan penularan HIV secara seksual. Perilaku berisiko juga masih banyak yang melakukannya: hanya sekitar 50 % pekerja seks perempuan dan lelaki suka lelaki yang melaporkan secara rutin menggunakan kondom, sementara kurang dari 20% penasun yang melaporkan menghindari praktik berbagi jarum suntik dan mau menggunakan kondom. Pengguna napza suntik ternyata juga sangat berkaitan dengan industri seks, meningkatkan risiko penyebaran HIV ke populasi umum.<sup>9)</sup>

Jumlah pengidap infeksi HIV dan kasus AIDS di Indonesia yang dilaporkan 1 Januari 2007 sampai dengan 30 Desember 2007 adalah 927 pengidap HIV dan 2.947 kasus AIDS. Secara kumulatif pengidap infeksi HIV

dan kasus AIDS di Indonesia yang dilaporkan mulai 1 Juli 1987 sampai dengan 30 Desember 2007, terdiri dari 6.066 pengidap HIV dan 11.141 kasus AIDS.<sup>10)</sup>

Persentase kumulatif kasus AIDS di Indonesia menurut faktor risiko sampai dengan Desember 2007 adalah 49,86% *Injecting Drug User* (IDU), 41,86% heteroseksual, 3,90% homoseksual, 2,59% transmisi perinatal, 1,70% dari transfusi darah dan 2,59% tidak diketahui.<sup>10)</sup>

Jumlah kumulatif kasus HIV dan AIDS di Jawa Tengah tahun 1993 sampai dengan bulan September 2007 adalah kasus HIV sebanyak 959 orang, kasus AIDS sebanyak 317 orang dengan jumlah keseluruhan 1.276 orang, dan 154 orang diantaranya meninggal dunia. Faktor risiko penularan HIV dan AIDS di Jawa Tengah 60,25% heteroseksual, 30,91% pengguna narkoba suntik atau *Injecting Drug User* (IDU), 3,47% homoseksual, 3,79% perinatal dan 0,95% dari transfusi darah.<sup>11)</sup>

Jumlah kasus HIV di Kota Semarang sampai dengan bulan Oktober 2006 sebanyak 132 kasus dengan 63 penderita berjenis kelamin pria dan 69 penderita berjenis kelamin wanita. Jumlah kasus HIV di Kota Semarang menurut risiko pekerjaan pada tahun 2007 adalah 100 kasus pelanggan WPS, 64 kasus WPS, 17 kasus IDU dan 4 kasus waria.

Sampai dengan bulan Desember 2007 jumlah klinik VCT yang ada di Kota Semarang sebanyak 9 (sembilan) klinik VCT yang dikelola oleh instansi pemerintah maupun lembaga swadaya masyarakat (LSM) yaitu :

1. Klinik VCT RS. Dr. Kariadi
2. Klinik VCT RSUD Tugurejo
3. Klinik VCT RSUD Kota Semarang, Ketileng
4. Klinik VCT RS Panti Wilasa Citarum

5. Klinik VCT Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru (BP4)  
Semarang
6. Klinik VCT LSM Kalandara
7. Klinik VCT LSM Wahana Bakti Sejahtera
8. Klinik VCT Griya ASA PKBI Kota Semarang
9. Klinik VCT ASA PKBI Jawa Tengah

Meskipun menganut asas keterbukaan dimana setiap orang bebas untuk mengakses klinik VCT, dalam pelaksanaannya terdapat pembagian wilayah antara pengelola klinik VCT yang dikelola oleh Lembaga Swadaya Masyarakat berdasar area penjangkauan masing-masing lembaga.

Persentase klien yang mengunjungi klinik VCT Griya ASA Kota Semarang pada tahun 2006 berdasar jenis dampingan adalah sebagai berikut :

- WPS lokalisasi : 41,7 %
- WPS jalanan : 18,7 %
- Pekerja panti pijat : 13,5 %
- Pasangan risti : 12,5 %
- Pelanggan : 6,25 %
- WPS panggilan : 3,1 %
- Mantan WPS : 2 %
- Lain – lain : 2 %

Dilihat dari aspek kuantitas, Wanita Pekerja Seks (WPS) di Kota Semarang sebagian besar beroperasi melayani klien di 2 tempat, yaitu di resos (lokalisasi) Sunan Kuning, Argorejo dan Gambilangu, Rowosari Atas, Kota Semarang. Dalam jumlah kecil lainnya, WPS menjajakan diri tersebar di beberapa daerah dan jalanan Kota Semarang. WPS jalanan tersebut tidak sering berpindah, mempunyai lokasi yang tetap untuk menjajakan diri.

Terkait dengan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS, dalam kehidupan sehari-hari WPS terdapat beberapa pihak yang mempunyai pengaruh cukup besar dalam upaya pencegahan penularan IMS dan HIV. Berbagai LSM yang peduli dalam pencegahan HIV dan AIDS telah melakukan penjangkauan terhadap WPS dan pelanggannya. Beberapa diantaranya menyediakan tempat khusus di lokasi untuk lebih mendekatkan pelayanan pemeriksaan IMS, termasuk HIV, dan memberikan pelayanan lain seperti konseling dan klinik VCT.

Figur lain yang mempunyai pengaruh cukup kuat dalam perilaku WPS adalah mucikari. Dalam industri seks terdapat struktur hirarki tersendiri. Mucikari adalah seseorang yang bertanggung jawab secara langsung untuk menyediakan fasilitas yang mempermudah WPS untuk menjajakan diri, dan menjadi peran yang sangat penting dalam industri seks. Mucikari di lokasi menyediakan kamar dan akomodasi lain untuk pelayanan seksual pada klien. Mucikari merupakan orang yang sebagian pendapatannya bergantung dari WPS dan sebagai timbal baliknya memberikan pelayanan kepada WPS dalam bentuk perlindungan dan kontak dengan pelanggan.<sup>12)</sup> Pendapatan lain dari mucikari bersumber dari jasa penyediaan layanan karaoke untuk pelanggan dan penjualan berbagai jenis minuman dan makanan kecil yang dikonsumsi pelanggan saat berkaraoke atau bercakap-cakap dengan WPS.

Selain itu mucikari biasanya mengadakan pertemuan rutin dengan WPS untuk membahas cara-cara meningkatkan pelayanan dan menarik lebih banyak pelanggan serta membahas masalah-masalah yang dihadapi oleh WPS.<sup>12)</sup> Mucikari sangat berperan dalam menentukan apakah seorang WPS dapat tinggal di tempat tersebut, ijin untuk meninggalkan rumah dengan tamu dan mengikuti aktivitas yang diadakan oleh lingkungan ataupun LSM yang

melakukan pendampingan untuk pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS.

Pengaruh sesama WPS juga cukup kuat dalam berbagai kegiatan seorang WPS. Sebelum mengikuti suatu kegiatan pendampingan dari LSM, seorang WPS akan mencari informasi terlebih dahulu dari sesama WPS mengenai kegiatan tersebut, atau mencari teman untuk bersama-sama mengikuti kegiatan.

Sebuah penelitian tentang perilaku pemanfaatan skrining IMS oleh WPS menyatakan bahwa sebagian besar responden penelitian yang ditemui mempunyai kelompok sebaya dan kelompok rujukan (*peer and reference groups*). Responden juga mempunyai pengalaman sebelumnya tentang riwayat IMS baik pada diri sendiri maupun teman dekatnya. Responden telah merasakan kerentanan, keseriusan, manfaat dan tindakan memanfaatkan skrining IMS.<sup>13)</sup>

Terdapat responden yang tidak tahu manfaat dari pelayanan skrining dan mereka melakukan skrining karena merupakan peraturan dari pihak resosialisasi maupun pihak Griya ASA PKBI Kota Semarang. Sebagian kecil responden tidak melakukan skrining secara rutin karena tidak adanya dukungan dari bapak/ibu asuh dan teman sesama WPS.

Dalam sebuah studi tentang pengaruh VCT ulang pada seksual berisiko dan insiden HIV di Rakai, Uganda menunjukkan bahwa dari 6.377 responden, sebanyak 64% yang pernah mengakses pelayanan VCT. Dari 64% yang mengakses pelayanan VCT, 62,2% pertama kali mengakses VCT sedang 37,8% lainnya adalah responden yang pernah menjalani tes HIV ulang.<sup>14)</sup>

Fase diagnosis pendidikan dan organisasi model Precede memberi penekanan pada faktor-faktor predisposisi, pemberdayaan, dan penguatan.<sup>15)</sup> Model ini menjelaskan bahwa keyakinan dan nilai yang muncul dalam diri

seseorang mempengaruhi tindakan seseorang. Dorongan dari orang lain dan perilaku petugas kesehatan menjadi faktor yang memperkuat terjadinya tindakan. Ketersediaan sumber daya yang mendukung dalam suatu pelayanan kesehatan juga akan menjadi faktor pemungkin yang menyebabkan terjadinya suatu tindakan.

*Theory of Reasoned Action* menjelaskan hubungan antara *beliefs* (behavioral dan normatif), sikap, niat (*intentions*) dan perilaku. Determinan perilaku yang paling penting adalah niat. Determinan langsung dari niat berperilaku seseorang adalah sikap dan norma subyektif yang berhubungan dengan perilaku tersebut. Sikap dipengaruhi oleh keyakinan individu tentang hasil atau penghargaan yang muncul akibat perilaku tersebut dan diperkuat oleh evaluasi dari hasil atau penghargaan tersebut. Norma subyektif dipengaruhi oleh keyakinan normatif dan diperkuat oleh motivasi untuk mematuhi apa yang dilakukan oleh orang lain sebagai rujukan.<sup>16)</sup>

Sebagai salah satu populasi berisiko tinggi, WPS merupakan pengunjung klinik VCT dengan prosentase terbanyak di Kota Semarang pada tahun 2006. Sampai saat ini belum banyak diketahui prevalensi WPS yang melakukan VCT ulang. Dengan melihat banyaknya pengaruh dari berbagai figur dalam profesi WPS, penelitian ini ingin mengetahui lebih lanjut faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) dalam VCT ulang di lokalisasi Sunan Kuning, Semarang.

## **B. PERUMUSAN MASALAH**

WPS 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. Data KPA Kota Semarang pada

tahun 2007 menunjukkan bahwa persentase penularan HIV tertinggi berdasar risiko pekerjaan adalah pelanggan WPS dan WPS.

Untuk menghindari terjadinya penularan HIV, WPS harus melakukan konseling dan testing HIV secara periodik untuk mengetahui status HIV dirinya. Kelompok resiko 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 test HIV.

Dalam lingkungan WPS, terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi WPS untuk menjalani VCT secara periodik, baik yang berasal dari dalam diri WPS sendiri seperti keyakinan dan evaluasi atas pengalaman VCT maupun dari luar seperti pengaruh dari orang-orang yang setiap hari ditemui, antara lain mucikari, sesama WPS, pelanggan dan petugas outreach. Praktik pelayanan dan ketersediaan sumber daya dalam klinik VCT juga dapat mempengaruhi tindakan WPS dalam melakukan VCT ulang.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) dalam VCT ulang di lokalisasi Sunan Kuning, Semarang.

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik WPS dalam VCT ulang di lokalisasi Sunan Kuning, Semarang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi karakteristik sosiodemografi pada WPS yang melakukan VCT ulang.
- b. Mengetahui distribusi frekuensi responden berdasarkan :
  - 1) praktik VCT ulang dalam 3 bulan terakhir
  - 2) keyakinan mengenai manfaat VCT
  - 3) nilai dengan mengetahui status HIV dirinya
  - 4) dorongan orang lain untuk melakukan VCT
  - 5) motivasi mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT
  - 6) praktik organisasi klinik VCT
  - 7) lingkungan organisasi klinik VCT
- c. Mengetahui hubungan antara praktik WPS dalam VCT ulang dengan keyakinan mengenai manfaat VCT.
- d. Mengetahui hubungan antara praktik WPS dalam VCT ulang dengan nilai yang diperoleh dengan mengetahui status HIV.
- e. Mengetahui hubungan antara praktik WPS dalam VCT ulang dengan dorongan dari orang lain untuk melakukan VCT.
- f. Mengetahui hubungan antara praktik WPS dalam VCT ulang dengan motivasi untuk mengikuti dorongan orang lain melakukan VCT.
- g. Mengetahui hubungan antara praktik WPS dalam VCT ulang dengan praktik organisasi klinik VCT.
- h. Mengetahui hubungan antara praktik WPS dalam VCT ulang dengan faktor lingkungan organisasi klinik VCT.
- i. Mengetahui kekuatan hubungan berbagai variabel yang menyebabkan dilakukannya praktik VCT ulang pada WPS.

#### **D. MANFAAT PENELITIAN**

Manfaat yang dapat diberikan dari penelitian ini adalah :

1. Lembaga terkait

Penelitian ini dapat memberikan informasi kepada lembaga-lembaga yang melakukan penjangkauan pada WPS tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik WPS dalam VCT ulang, dalam rangka pencegahan dan penanggulangan kasus HIV dan AIDS.

2. Masyarakat

Penelitian ini dapat memberikan informasi yang lebih luas kepada masyarakat mengenai keberadaan klinik VCT dan layanannya serta prosedur untuk mengaksesnya sehingga masyarakat dapat memanfaatkan layanan klinik VCT.

3. Dinas Kesehatan

Sebagai salah satu sumber informasi dalam melakukan perencanaan kegiatan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Dinas Kesehatan, khususnya pada kelompok WPS yang saat ini merupakan populasi kelompok risiko tinggi terbesar.

4. Peneliti lain

Hasil penelitian ini dapat dikembangkan dengan subyek penelitian populasi berisiko tinggi selain WPS dalam kerangka pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS.

5. Penulis

Penulis mampu menerapkan dan mengembangkan ilmu pengetahuan kesehatan reproduksi, HIV dan AIDS dalam bentuk penelitian.

## **E. RUANG LINGKUP**

### 1. Lingkup Keilmuan

Lingkup keilmuan dalam penelitian ini adalah promosi kesehatan.

### 2. Lingkup Materi

Lingkup materi yang dikaji yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik WPS dalam VCT ulang di lokasi Sunan Kuning, Semarang.

### 3. Lingkup Sasaran

Sasaran penelitian ini yaitu WPS di lokasi Sunan Kuning, Argorejo, Kota Semarang yang pernah melakukan konseling dan testing HIV.

### 4. Lingkup Waktu

Penelitian dilakukan selama bulan Januari 2008 sampai dengan bulan September 2008.

## F. KEASLIAN PENELITIAN

NO	PENELITI	JUDUL PENELITIAN	TUJUAN PENELITIAN	HASIL PENELITIAN	PERBEDAAN
1	Joseph K.B. Matovu, et al , 2006	Repeat Voluntary HIV Counseling and Testing (VCT), Sexual Risk Behavior and HIV incidence in Rakai, Uganda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengetahui pengaruh VCT ulang pada perilaku seksual berisiko dan insidensi HIV.</li> <li>• Menguji hubungan antara :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- persetujuan melakukan VCT</li> <li>- Karakteristik sosiodemografi (umur, gender, pendidikan, status perkawinan)</li> <li>- Karakteristik perilaku (jumlah partner seksual, penggunaan kondom, hubungan seksual non-regular saat ini)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterlibatan perempuan (54%) sebagai responden penelitian lebih tinggi dibanding laki-laki (46%)</li> <li>• Dari total 6.377 responden, 64% setuju melakukan VCT (50,4% perempuan, 49,6% laki-laki) pada penelitian ini</li> <li>• Pada responden yang menolak melakukan VCT, melakukan VCT pertama kali dan melakukan VCT ulang, persentase status perkawinan secara keseluruhan dari urutan tertinggi ke terendah adalah menikah, tidak menikah dan bercerai/duda/janda/berpisah</li> <li>• Dari responden yang setuju melakukan VCT, 62,2% responden pertama kali menjalani VCT dan bagi 37,8% responden merupakan VCT ulang.</li> <li>• Dibanding dengan responden yang menolak menjalani VCT, responden yang menjalani VCT ulang berusia lebih tua, cenderung lebih banyak berjenis kelamin laki-laki, dan berpendidikan lebih tinggi.</li> <li>• Dibanding dengan responden yang menolak menjalani VCT, perilaku seksual responden dengan VCT ulang :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cenderung lebih konsisten menggunakan kondom</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variabel penelitian</li> <li>• Lokasi penelitian</li> <li>• Responden</li> <li>• Metode penelitian</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lebih tidak konsisten menggunakan kondom dalam 6 bulan terakhir</li> <li>- Tidak ada perbedaan signifikan dalam multi-partner seksual</li> <li>- Tidak ada perbedaan signifikan mengenai hubungan seksual non-regular</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dibanding dengan responden yang menolak menjalani VCT, perilaku seksual responden yang pertama kali menjalani VCT: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada perbedaan yang signifikan dalam konsistensi menggunakan kondom, juga dalam kurun waktu 6 bulan terakhir</li> <li>- Tidak ada perbedaan signifikan dalam multi-partner seksual</li> <li>- Tidak ada perbedaan signifikan mengenai hubungan seksual non-regular</li> </ul> </li> <li>• Tidak ada perbedaan yang signifikan dalam insidensi HIV antara responden yang menolak menjalani VCT, responden yang pertama kali menjalani VCT, dan responden yang menjalani VCT ulang.</li> <li>• Pengembangan pesan pengurangan risiko yang menekankan pentingnya praktik seksual yang aman akan membantu orang yang menjalani tes ulang HIV menyadari bahwa ancaman risiko terinfeksi HIV</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--

				<p>terhadap mereka tetap berlanjut.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Repeat tester</i> cenderung untuk mengurangi perilaku seksual berisiko dibanding yang menolak VCT dan menjalani VCT pertama kali.</li> </ul>	
2	Dyah Indriani, skripsi, 2007	Perilaku pemanfaatan skrining IMS oleh WPS resosialisasi Argorejo dalam pencegahan HIV dan AIDS di klinik Griya ASA PKBI Kota Semarang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengetahui perilaku pemanfaatan skrining IMS oleh WPS resosialisasi Argorejo dalam pencegahan HIV dan AIDS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WPS mempunyai kelompok sebaya dan kelompok rujukan</li> <li>• WPS mempunyai pengalaman sebelumnya tentang riwayat IMS pada diri sendiri atau teman dekat.</li> <li>• WPS telah merasakan kerentanan, keseriusan, manfaat dan tindakan memanfaatkan skrining IMS.</li> <li>• Ada responden yang tidak tahu manfaat dari skrining IMS</li> <li>• Ada responden yang memanfaatkan skrining karena merupakan peraturan dari resos maupun pihak Griya ASA PKBI Kota Semarang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tujuan penelitian</li> <li>• Variabel penelitian</li> <li>• Metode penelitian</li> </ul>

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. LOKALISASI SUNAN KUNING SEMARANG**

Lokalisasi Sunan Kuning terletak di wilayah perbukitan Kelurahan Kalibanteng Barat tepatnya di RW IV. Lokalisasi tersebut menempati areal tanah seluas kira-kira 3,5 hektar. Di tempat itu berdiri rumah-rumah mucikari yang semula merupakan bangunan-bangunan yang sederhana. Selain itu lokalisasi Sunan Kuning dilengkapi dengan gedung pendidikan, lapangan olahraga, dan pos keamanan dan penjagaan.

Di Sunan Kuning secara estetis banyak tokoh-tokoh yang terlibat dan masing-masing mempunyai peran yang berbeda, antara lain sebagai berikut.

Mucikari adalah mereka yang biasa disebut *papi/mami* dari para WPS. Mucikari sebagian besar memiliki wisma dengan sertifikat tanah. Jadi secara turun temurun mereka tinggal di lokalisasi Sunan Kuning. Juga terdapat mucikari yang mantan WPS. Beberapa mucikari menjadi pengurus rehabilitasi sosial, pengurus RW/RT.

Ketua RW (rukun warga) bertugas mengurus kepentingan warga Sunan Kuning, ikut mendata kependudukan WPS yang baru. Melakukan tugas-tugas sosial kemasyarakatan dan hubungan komunikasi dengan lembaga-lembaga formal seperti kelurahan dan sebagainya.

Ketua Rukun Tetangga (RT) tugasnya hampir sama dengan ketua RW dengan kewenangan lebih sempit yakni hanya per gang. RW IV terdiri atas 6 RT yang terbagi di setiap gangnya.

Rehabilitasi sosial Sunan Kuning dikelola oleh pengurus Resos terdiri atas pengasuh laki-laki / *papi* dan pengasuh perempuan / *mami*. Kepengurusan rehabilitasi sosial tidak melibatkan WPS, bertempat di satu kantor di dalam gedung rehabilitasi sosial.

Lokalisasi Sunan Kuning mempunyai peraturan yang ditegakkan untuk anak asuh maupun mucikari. Salah satunya adalah kegiatan yang wajib diikuti oleh seluruh WPS adalah pembinaan. WPS biasa menyebutnya sekolah. Kegiatan ini diselenggarakan di Gedung Resos secara rutin bergilir, hari Selasa untuk gang 1,2,3, sedangkan sisanya pada hari Kamis untuk gang 4,5,6, dan Malang. Hari-hari selain itu, mereka gunakan untuk mencari klien di depan wisma. Sedangkan kegiatan pilihan untuk menambah keterampilan WPS dapat mengikuti latihan merias di salon, menjahit dan memasak.

Pembinaan dan pendidikan yang dilakukan oleh tim Rehabilitasi Sosial memberi dampak positif kepada WPS di Sunan Kuning. Materi pembinaan yang diberikan setiap minggunya berbeda-beda, terdapat materi tentang siraman rohani keagamaan, keamanan, kesejahteraan, dan kesehatan, khususnya kesehatan seksual. Sebelum pembinaan dari Departemen Agama, Kapolsek, Dinas Sosial Kota Semarang dan LSM Griya ASA, WPS mendapat suntikan vitamin dan pengobatan khusus IMS dari Puskesmas Lebdosari.

Setiap WPS di rehabilitasi sosial Sunan Kuning harus terdaftar secara sah. Demikian juga para mucikari sebagai orang tua asuh atau induk semang para WPS tersebut. Terdapat aturan-aturan dan tata tertib yang harus ditaati

oleh WPS dan mucikari di Sunan Kuning. Aturan-aturan dan tata tertib tersebut apabila dilanggar akan dikenai sanksi oleh pengurus.

Peraturan yang terdapat di rehabilitasi sosial Sunan Kuning diterapkan untuk anak asuh dan pengasuh. Peraturan yang diberlakukan kepada anak asuh diantaranya sebagai berikut.

1. Terdaftar pada pengurus rehabilitasi sosial Sunan Kuning dan mendapat Kartu Tanda Anggota dari Kabag Bina Mitra Polres Semarang Barat
2. Menetap pada satu pengasuh (tidak boleh kost)
3. Memiliki pakaian seragam olah raga/ *training pack* untuk kegiatan olah raga
4. Memiliki pakaian seragam pembinaan dan kontrol kesehatan di Gedung Resos Argorejo : blus putih dan rok hitam (kecuali Tim Pengelola dan Tim Motivasi/ Evaluasi)
5. Sanggup mengikuti kegiatan pembinaan, kontrol kesehatan dan olah raga yang ditetapkan pengurus.
6. Selama KTA dari Bina Mitra berlaku dilarang pindah ke lain pengasuh, kecuali anak-anak dirugikan oleh Ibu/ Bapak pengasuh atau sebaliknya.
7. Dilarang mengadakan aktivitas di luar rumah setelah pukul 23.00 WIB, dan diberikan toleransi waktu sampai dengan pukul 01.00 WIB untuk melaporkan pengunjung ke Petugas Wajib Laport di Gedung Pendidikan Argorejo.

8. Sanggup mentaati semua peraturan/tata tertib yang telah disepakati bersama antara Pengurus rehabilitasi sosial maupun RT, RW setempat.

## **B. WPS DI LOKALISASI SUNAN KUNING**

Dalam industri seks, WPS digolongkan menjadi 2 kelompok, WPS dengan kegiatan terorganisir dan WPS yang melakukan kegiatan tanpa terorganisasi.<sup>12)</sup> WPS yang tidak terorganisir menjaring pelanggan mereka secara langsung. Yang termasuk dalam kelompok ini adalah WPS yang mangkal di jalanan atau tempat-tempat umum seperti pasar, kuburan atau stasiun, WPS panggilan, dan yang mencari pelanggan secara bebas di hotel, kafe, diskotik dan tempat-tempat sejenis.

WPS yang melakukan kegiatan secara terorganisasi bekerja dibawah kontrol perantara seperti mucikari atau *mami*. Termasuk dalam kategori ini adalah WPS yang mencari pelanggan di lokalisasi dan panti pijat. WPS dalam kategori ini mendapatkan perlindungan dari pelanggan yang tidak bertanggung jawab. Perlindungan diberikan oleh mucikari atau penjaga keamanan di lokalisasi dimana WPS tersebut bekerja.

Wanita Pekerja Seks di lokalisasi Sunan Kuning tinggal di kost/wisma di kompleks lokalisasi atau tinggal di sekitar wisma dengan kost bersama pasangan tidak resminya. Kebanyakan WPS merupakan *single parent* karena mereka mempunyai pengalaman traumatis berkaitan dengan riwayat rumah tangga mereka. Ada juga WPS yang tinggal di Semarang dan menjadi warga Semarang.

Sebagian besar WPS tinggal bersama pengasuhnya, atau sering disebut mucikari. Dukungan terhadap pemakaian kondom pada sebagian kecil WPS tidak diberikan.<sup>17)</sup> Sebagian kecil mucikari hanya menekankan uang sewa kamar dan tidak terlalu memperhatikan pemakaian kondom kepada klien. Tindakan mucikari seperti ini mendorong anak asuh untuk semakin bebas dan tidak merasa diawasi meski terdapat pengawasan dari pengurus Resos dan Griya ASA tentang pemakaian kondom. Namun, pengawasan yang lebih efektif adalah pengawasan dari pengasuh karena tinggal bersama dalam satu wisma.<sup>17)</sup>

Pembinaan dan pendidikan terhadap WPS dilakukan oleh tim Rehabilitasi Sosial dengan materi pembinaan yang diberikan berbeda-beda setiap minggunya, seperti materi tentang siraman rohani keagamaan, keamanan, kesejahteraan, dan kesehatan, khususnya kesehatan seksual.

Peningkatan pengetahuan WPS tentang Infeksi Menular Seksual, termasuk HIV dan AIDS sering disampaikan pada pembinaan yang dilakukan di Gedung Resos setiap hari Selasa dan Kamis, khususnya pada materi kesehatan. Sebuah penelitian tentang perilaku pemanfaatan skrining IMS oleh WPS di Sunan Kuning pada tahun 2007 menyatakan bahwa sebagian besar responden penelitian yang ditemui mempunyai kelompok sebaya dan kelompok rujukan (*peer and reference groups*). WPS juga mempunyai pengalaman sebelumnya tentang riwayat IMS baik pada diri sendiri maupun teman dekatnya. WPS telah merasakan kerentanan, keseriusan, manfaat dan tindakan memanfaatkan skrining IMS.<sup>13)</sup> Terdapat WPS yang tidak tahu manfaat dari pelayanan skrining dan mereka melakukan skrining karena merupakan peraturan dari pihak resosialisasi maupun pihak Griya ASA PKBI

Kota Semarang. Sebagian kecil WPS tidak melakukan skrining secara rutin karena tidak adanya dukungan dari mucikari dan teman sesama WPS.

Informasi tentang VCT juga diberikan oleh pengurus Resos. Pengurus Resos mengorganisir WPS untuk melakukan VCT secara berkelompok ke rumah sakit, dengan biaya transportasi yang bersumber dari lembaga-lembaga donor. Pada saat biaya transport untuk melakukan VCT dihentikan oleh lembaga donor, maka pengurus tidak lagi membawa WPS untuk melakukan VCT secara berkelompok ke klinik VCT di rumah sakit.

Untuk lebih mendekatkan pelayanan pengobatan IMS dan pencegahan penularan HIV, ASA PKBI Kota Semarang membuka klinik IMS dan klinik VCT di lokalisasi Sunan Kuning. Petugas outreach Griya ASA juga melakukan penjangkauan pada WPS dan mendidik beberapa WPS menjadi pendidik sebaya (*peer educator*) bagi sesama WPS.

### **C. EPIDEMIOLOGI HIV DAN AIDS**

AIDS merupakan kumpulan berbagai gejala penyakit akibatnya turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan oleh virus HIV.<sup>5)</sup>

Orang yang terinfeksi virus HIV belum tentu AIDS. Perlu waktu 3-10 tahun untuk menjadi AIDS. HIV positif belum tentu AIDS, tetapi akhirnya akan menjadi AIDS, dan status HIV positif tidak pernah berubah menjadi HIV negatif.

Secara ringkas, tahapan perubahan dari HIV ke AIDS yaitu : <sup>18)</sup> <sup>19)</sup>

#### **1. Fase 1**

Pada fase ini individu sudah terpapar dan terinfeksi, tetapi ciri-ciri infeksi belum terlihat meskipun dilakukan tes darah, namun bisa juga mengalami

gejala ringan, seperti flu (biasanya 2-3 hari dan sembuh sendiri). Umur infeksi 3 – 6 bulan.

## 2. Fase 2

Umur infeksi 3 – 10 tahun setelah terinfeksi HIV. Pada fase ini individu sudah positif HIV, tapi belum menampakkan gejala sakit (atau bisa saja menampakkan gejala ringan, misalnya flu 2 – 3 hari dan sembuh sendiri) dan sudah dapat menularkan kepada orang lain.

## 3. Fase 3

Gejala-gejala penyakit mulai muncul, antara lain keringat yang berlebihan di malam hari, diare terus-menerus, pembengkakan kelenjar getah bening, flu yang tidak sembuh-sembuh, nafsu makan berkurang dan badan menjadi lemah, serta berat badan terus berkurang, dan sistem kekebalan tubuh mulai berkurang. Pada fase ini belum disebut sebagai gejala AIDS.

## 4. Fase 4

Sudah masuk pada fase AIDS, dan timbul infeksi-infeksi oportunistik. Ada gejala utama dan gejala minor. Jika seseorang memiliki minimal dua dari tiga gejala utama dan satu dari lima gejala minor, maka dapat disimpulkan menderita AIDS.

Gejala utama yaitu :

- Demam berkepanjangan lebih dari tiga bulan,
- Diare kronis lebih dari satu bulan (berulang maupun terus-menerus),
- penurunan berat badan lebih dari 10% dalam tiga bulan.

Gejala minor yaitu :

- Batuk kronis lebih dari satu bulan

- Infeksi pada mulut dan tenggorokan yang disebabkan oleh *Candida albicans*
- Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh
- Munculnya Herpes Zoster yang berulang
- Adanya bercak-bercak gatal di seluruh tubuh.

Kelompok populasi yang berisiko terhadap HIV dan AIDS yaitu Wanita Pekerja Seks (WPS), pelanggan WPS dan pasangannya, pengguna jarum suntik dan pasangannya, waria dan pelanggan waria, laki-laki suka laki-laki, dan narapidana. Meskipun risiko penularan kecil tetapi risiko tetap ada bagi kelompok pekerjaan berisiko terpapar HIV seperti petugas kesehatan, petugas laboratorium, dan orang yang bekerja dengan spesimen atau bahan yang terinfeksi HIV, terutama bila menggunakan benda tajam. Berbagai penelitian multi-institusi menyatakan bahwa risiko penularan HIV setelah kulit tertusuk jarum atau benda tajam lainnya yang tercemar oleh darah seseorang yang terinfeksi HIV adalah sekitar 0,3%, sedangkan risiko penularan HIV akibat paparan bahan yang tercemar HIV ke membran mukosa atau kulit yang mengalami erosi adalah sekitar 0,09%.<sup>4)</sup>

Jumlah pekerja seks baik perempuan maupun laki-laki meningkat dari tahun ke tahun. Pekerja seks langsung berada di lokasi, lokalisasi dan di tempat-tempat umum, dan pekerja seks tidak langsung umumnya berada di lingkungan bisnis hiburan seperti karaoke, bar, salon kecantikan, panti pijat, dsb. Pekerja seks merupakan sub-populasi berperilaku risiko tinggi (risti) bersama dengan waria, lelaki suka lelaki (LSL). Menurut estimasi Departemen Kesehatan RI tahun 2006 jumlah wanita pekerja seks (WPS) 177.200 -265.000 orang, waria penjaja seks 21.000 – 35.000 orang dan LSL

berjumlah 384.000 – 1.148.000 orang. Jumlah pelanggan mereka jauh lebih banyak yaitu 2.435.000 – 3.813.000 untuk WPS, 62.000 – 104.000 untuk waria. Lelaki pekerja seks semakin meningkat jumlahnya di kota besar. Pertumbuhan ekonomi di daerah perkotaan dan pelemahan ekonomi pedesaan dikhawatirkan akan meningkatkan jumlah WPS lebih pesat. Bilamana upaya melakukan seks aman bagi mereka dan pelanggannya tidak berjalan baik, maka penyebaran HIV melalui modus ini akan terus berlangsung.<sup>4)</sup>

#### **D . DAMPAK SOSIAL DAN EKONOMI AIDS**

Perubahan dan penyimpangan perilaku adalah setiap perilaku yang tidak berhasil menyesuaikan diri dengan kehendak masyarakat atau kelompok tertentu dalam masyarakat. Penyimpangan merupakan perbuatan yang mengabaikan norma yang terjadi jika individu atau kelompok tidak mematuhi patokan baku dalam masyarakat. Proses pembentukan dan perubahan perilaku dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor dari dalam maupun faktor dari luar individu. Faktor dari dalam selain sistem susunan saraf yang mengontrol reaksi individu terhadap segala rangsangan, juga aspek dari dalam individu itu sendiri seperti persepsi, motivasi dan emosi. Faktor perubahan perilaku individu maupun masyarakat terutama perubahan perilaku seks, mencoba dan menggunakan narkoba mempunyai pengaruh besar terhadap potensi peningkatan penyebaran HIV dan AIDS.<sup>18)</sup>

## **1. Dampak terhadap demografi**

Salah satu efek jangka panjang endemi HIV dan AIDS yang telah meluas adalah dampak pada indikator demografi. Karena tingginya proporsi kelompok umur yang lebih muda terkena penyakit yang membahayakan ini, dapat diperkirakan nantinya akan menurunkan angka harapan hidup. Karena semakin banyak orang yang diperkirakan hidup dalam jangka waktu yang lebih pendek, kontribusi yang diharapkan dari mereka pada ekonomi nasional dan perkembangan sosial menjadi semakin kecil dan kurang dapat diandalkan.<sup>4)</sup>

## **2. Dampak terhadap sistem pelayanan kesehatan**

Tingginya tingkat penyebaran HIV dan AIDS pada kelompok manapun berarti bahwa semakin banyak orang menjadi sakit, dan membutuhkan jasa pelayanan kesehatan. Perkembangan penyakit yang lambat dari infeksi HIV berarti bahwa pasien sedikit demi sedikit menjadi lebih sakit dalam jangka waktu yang panjang, membutuhkan semakin banyak perawatan kesehatan. Biaya langsung dari perawatan kesehatan tersebut semakin lama akan menjadi semakin besar. Waktu dan sumber daya yang diberikan untuk merawat pasien HIV dan AIDS sedikit demi sedikit dapat mempengaruhi program lainnya dan menghabiskan sumber daya untuk aktivitas kesehatan lainnya.<sup>4)</sup>

Penelitian yang dilakukan oleh John Kaldor dkk pada tahun 2005 memprediksi bahwa pada tahun 2010, bila upaya penanggulangan tidak ditingkatkan maka 6% tempat tidur akan digunakan oleh penderita AIDS dan di Papua mencapai 14% dan pada tahun 2025 angka – angka tersebut

akan menjadi 11% dan 29%. Meningkatnya jumlah penderita AIDS berarti meningkatnya kebutuhan ARV. <sup>4)</sup>

### **3. Dampak terhadap ekonomi nasional**

Mengingat bahwa HIV lebih banyak menjangkiti orang muda dan mereka yang berada pada umur produktif utama (94% pada kelompok usia 19 sampai 49 tahun), epidemi HIV dan AIDS memiliki dampak yang besar pada angkatan kerja, terutama di Papua. Epidemi HIV dan AIDS akan meningkatkan terjadinya kemiskinan dan ketidak seimbangan ekonomi yang diakibatkan oleh dampaknya pada individu dan ekonomi. <sup>4)</sup>

Meskipun kemiskinan adalah faktor yang paling jelas dalam menimbulkan keadaan risiko tinggi dan memaksa banyak orang ke dalam perilaku yang berisiko tinggi, kebalikannya dapat pula berlaku – pendapatan yang berlebih, terutama di luar pengetahuan keluarga dan komunitas – dapat pula menimbulkan risiko yang sama. Pendapatan yang besar (umumnya tersedia bagi pekerja terampil pada pekerjaan yang profesional) membuka kesempatan bagi individu untuk melakukan perilaku risiko tinggi yang sama: berpergian jauh dari rumah, pasangan sex yang banyak, berhubungan dengan pekerja seks, obat terlarang, minuman keras, dan lainnya. <sup>4)</sup>

### **4. Dampak terhadap tatanan sosial**

Adanya stigma dan diskriminasi akan berdampak pada tatanan sosial masyarakat. Penderita HIV dan AIDS dapat kehilangan kasih sayang dan kehangatan pergaulan sosial. Sebagian akan kehilangan pekerjaan dan sumber penghasilan yang pada akhirnya menimbulkan kerawanan sosial. Sebagian mengalami keretakan rumah tangga sampai perceraian. Jumlah

anak yatim dan piatu akan bertambah yang akan menimbulkan masalah tersendiri. Oleh sebab itu keterbukaan dan hilangnya stigma dan diskriminasi sangat perlu mendapat perhatian di masa mendatang.<sup>4)</sup>

## **E. VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT)**

### **1. Definisi Konseling dalam VCT**

Konseling dalam VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV dan AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV dan AIDS.

### **2. Peran Konseling dan Testing Sukarela (VCT)**

- a. Layanan VCT dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan klien pada saat klien mencari pertolongan medik dan testing yaitu dengan memberikan layanan dini dan memadai baik kepada mereka dengan HIV positif maupun negatif. Layanan ini termasuk konseling, dukungan, akses untuk terapi suportif, terapi infeksi oportunistik, dan ART.
- b. VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif dimana memungkinkan klien, dengan bantuan konselor terlatih, menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV dan AIDS, mempelajari status dirinya, dan mengerti tanggung jawab untuk menurunkan

perilaku berisiko dan mencegah penyebaran infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.

- c. Testing HIV dilakukan secara sukarela tanpa paksaan dan tekanan, segera setelah klien memahami berbagai keuntungan, konsekuensi, dan risiko.

Konseling dan tes HIV sukarela yang dikenal sebagai *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV dan AIDS berkelanjutan. Program VCT dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan klien dengan memberikan layanan dini dan memadai baik kepada mereka dengan HIV positif maupun negatif. Layanan ini termasuk pencegahan primer melalui konseling dan KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) seperti pemahaman HIV, pencegahan penularan dari ibu ke anak (*Prevention of Mother To Child Transmission – PMTCT*) dan akses terapi infeksi oportunistik, seperti tuberkulosis (TBC) dan infeksi menular seksual.<sup>2)</sup>

VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif dimana memungkinkan klien, dengan bantuan konselor terlatih, menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV dan AIDS, mempelajari status dirinya, mengerti tanggung jawab untuk menurunkan perilaku berisiko dan mencegah penularan infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.<sup>2)</sup>

VCT merupakan kegiatan konseling bersifat sukarela dan rahasia, yang dilakukan sebelum dan sesudah tes darah untuk HIV di laboratorium.

Test HIV dilakukan setelah klien terlebih dahulu memahami dan menandatangani *informed consent* yaitu surat persetujuan setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan benar.<sup>5)</sup>

VCT merupakan hal penting karena:

1. Merupakan pintu masuk ke seluruh layanan HIV dan AIDS
2. Menawarkan keuntungan, baik bagi yang hasil tesnya positif maupun negatif, dengan fokus pada pemberian dukungan atas kebutuhan klien seperti perubahan perilaku, dukungan mental, dukungan terapi ARV, pemahaman faktual dan terkini atas HIV dan AIDS
3. Mengurangi stigma masyarakat
4. Merupakan pendekatan menyeluruh: kesehatan fisik dan mental
5. Memudahkan akses ke berbagai pelayanan yang dibutuhkan klien baik kesehatan maupun psikososial.

Meskipun VCT adalah sukarela namun utamanya diperuntukkan bagi orang-orang yang sudah terinfeksi HIV atau AIDS, dan keluarganya, atau semua orang yang mencari pertolongan karena merasa telah melakukan, tindakan berisiko di masa lalu dan merencanakan perubahan di masa depannya, dan mereka yang tidak mencari pertolongan namun berisiko tinggi.<sup>5)</sup>

Ada beberapa prinsip yang harus dipatuhi dalam pelayanan VCT, yakni VCT harus dilakukan dengan :<sup>8)</sup>

1. sukarela, tanpa paksaan,
2. kerahasiaan terjamin: proses dan hasil tes rahasia dalam arti hanya diketahui dokter/konselor dan klien,
3. harus dengan konseling,

4. VCT tidak boleh dilakukan tanpa adanya konseling atau dilakukan secara diam-diam, dan
5. harus ada persetujuan dari pasien dalam bentuk penandatanganan 'Lembar Persetujuan' (*informed consent*).

Tujuan umum VCT adalah untuk mempromosikan perubahan perilaku yang mengurangi risiko mendapat infeksi dan penyebaran HIV.<sup>8)</sup>

Tujuan Khusus VCT Bagi ODHA:<sup>8)</sup>

1. Meningkatkan jumlah ODHA yang mengetahui bahwa dirinya terinfeksi HIV. Saat ini sangat sedikit orang di Indonesia yang diketahui terinfeksi HIV. Kurang dari 2,5% orang diperkirakan telah terinfeksi HIV mengetahui bahwa dirinya terinfeksi.
2. Mempercepat diagnosa HIV.

Sebagian besar ODHA di Indonesia baru mengetahui bahwa dirinya terinfeksi setelah mencapai tahap simtomatik (bergejala) dan masuk ke stadium AIDS, bahkan dalam keadaan hampir meninggal. Dengan diagnosa lebih dini, ODHA mendapat kesempatan untuk melindungi diri dan pasangannya, serta melibatkan dirinya dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, sesuai dengan asas keterlibatan lebih besar oleh ODHA (*GIPA-Greater Involvement of People with AIDS*) yang dideklarasikan pada KTT AIDS Paris 1994, yang ditanda tangani 42 negara termasuk Indonesia.

3. Meningkatkan penggunaan layanan kesehatan dan pencegahan terjadinya infeksi lain pada ODHA.

ODHA yang belum mengetahui dirinya terinfeksi HIV tidak dapat mengambil manfaat profilaksis terhadap infeksi oportunistik, yang

sebetulnya sangatlah mudah dan efektif. Selain itu, mereka juga tidak dapat memperoleh terapi antiretroviral secara lebih awal, sebelum sistem kekebalan tubuhnya rusak total dan tidak dapat dipulihkan kembali.

4. Meningkatkan kepatuhan terhadap terapi antiretroviral.

Agar virus tidak menjadi resisten dan efektifitas obat dapat dipertahankan diperlukan kepatuhan yang tinggi terhadap pengobatan. Kepatuhan tersebut didorong oleh pemberian informasi yang lengkap, dan pemahaman terhadap informasi tersebut, serta dukungan oleh pendamping.

5. Meningkatkan jumlah ODHA yang berperilaku hidup sehat dan melanjutkan perilaku yang kurang berisiko terhadap penularan HIV dan IMS. Jika sebagian ODHA tahu status HIV dirinya, dan berperilaku sehat agar tidak menulari orang lain maka mata rantai epidemi HIV akan terputus.

Konseling merupakan proses interaksi antara konselor dan klien yang membuahkan kematangan kepribadian pada konselor dan memberikan dukungan mental-emosional pada klien. Proses konseling mencakup upaya-upaya yang realistis dan terjangkau serta dapat dilaksanakan.

Proses konseling hendaknya mampu:<sup>8)</sup>

1. Memastikan klien mendapatkan informasi yang sesuai fakta
2. Menyediakan dukungan saat krisis
3. Mendorong perubahan yang dibutuhkan untuk pencegahan atau membatasi penyebaran infeksi

4. Membantu klien memusatkan perhatian dan mengenali kebutuhan jangka pendek serta jangka panjang dirinya sendiri
5. Menjangkau tindakan nyata yang sesuai untuk dapat diadaptasikan klien dalam kondisi yang berubah
6. Membantu klien memahami informasi peraturan perundangan tentang kesehatan dan kesejahteraan
7. Membantu klien untuk menerima informasi yang tepat, dan menghargai serta menerima tujuan tes HIV baik secara teknik, sosial, dan implikasi hukum.

Selama proses berlangsung, konselor bertindak sebagai pantulan cermin bagi pikiran, perasaan dan perilaku klien, dan konselor memandu klien menemukan jalan keluar yang diyakininya. Konseling berlangsung tidak cukup hanya satu sesi, beberapa kali pertemuan konseling sering kali diperlukan, tergantung dari masalah dan kebutuhan klien.<sup>8)</sup>

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

Pelayanan VCT dapat dikembangkan diberbagai layanan terkait yang dibutuhkan, misalnya klinik IMS, klinik TB, ART, dan sebagainya. Lokasi layanan VCT hendaknya perlu petunjuk atau tanda yang jelas hingga mudah diakses dan mudah diketahui oleh klien VCT. Nama klinik cukup mudah dimengerti sesuai dengan etika dan budaya setempat dimana pemberian nama tidak mengundang stigma dan diskriminasi.

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:<sup>20)</sup>

a. *Mobile VCT* (Penjangkauan dan keliling)

Layanan Konseling dan Testing HIV Sukarela model penjangkauan 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* (Klinik VCT tetap)

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.

Contoh pengembangan pelayanan VCT di sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya:

1) Pelayanan VCT di sarana kesehatan seperti rumah sakit.

2) Pelayanan VCT di sarana kesehatan lainnya:

a) Pusat Kesehatan Masyarakat

- b) Keluarga Berencana (KB)
- c) Klinik KIA untuk Pencegahan Penularan Ibu-Anak (*Prevention of mother to child transmission* = PMTCT)
- d) Infeksi Menular Seksual ( *Sexually transmitted infections* = STI)
- e) Terapi Tuberkulosa
- f) LSM

Layanan ini dapat dikelola oleh Pemerintah dan masyarakat.

#### 4. VCT untuk pekerja seks

Pekerja seks mempunyai risiko 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 seks yang aman. Konseling dan testing HIV dapat diberikan oleh pekerja seks yang dapat diterima oleh pekerja seks lain, setelah dilatih sebelumnya.<sup>20)</sup>

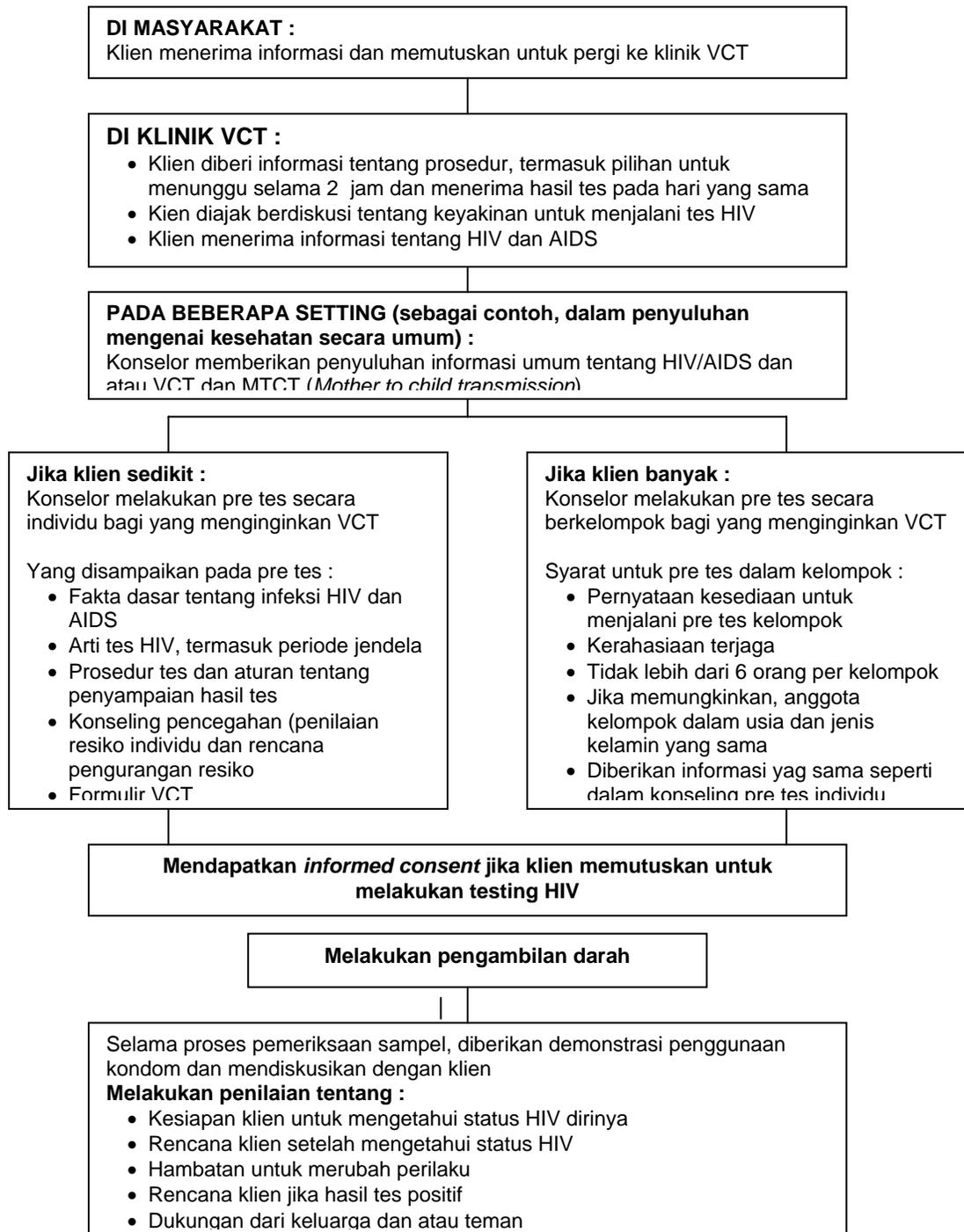
Sebagai kelompok resiko tinggi WPS harus melakukan VCT secara rutin untuk menghindari terjadinya penularan HIV. Dalam konseling post-tes untuk hasil tes negatif, konselor diminta menyarankan kepada klien yang mempunyai perilaku beresiko untuk kembali melakukan VCT sesudah 3 bulan, karena WPS mungkin sekarang sedang berada dalam periode jendela,<sup>6)</sup> 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

beresiko, untuk menghindari kemungkinan terjadinya penularan HIV kepada orang lain jika diri WPS saat itu sudah terinfeksi HIV.

Di 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 negatif. Namun demikian sebenarnya masih banyak jenis konseling lain yang sebenarnya perlu diberikan kepada pasien berkaitan dengan hasil VCT yang positif seperti konseling pencegahan, konseling kepatuhan berobat, konseling keluarga, konseling berkelanjutan, konseling menghadapi kematian, dan konseling untuk masalah psikiatrik yang menyertai klien/keluarga dengan HIV dan AIDS.<sup>8)</sup>

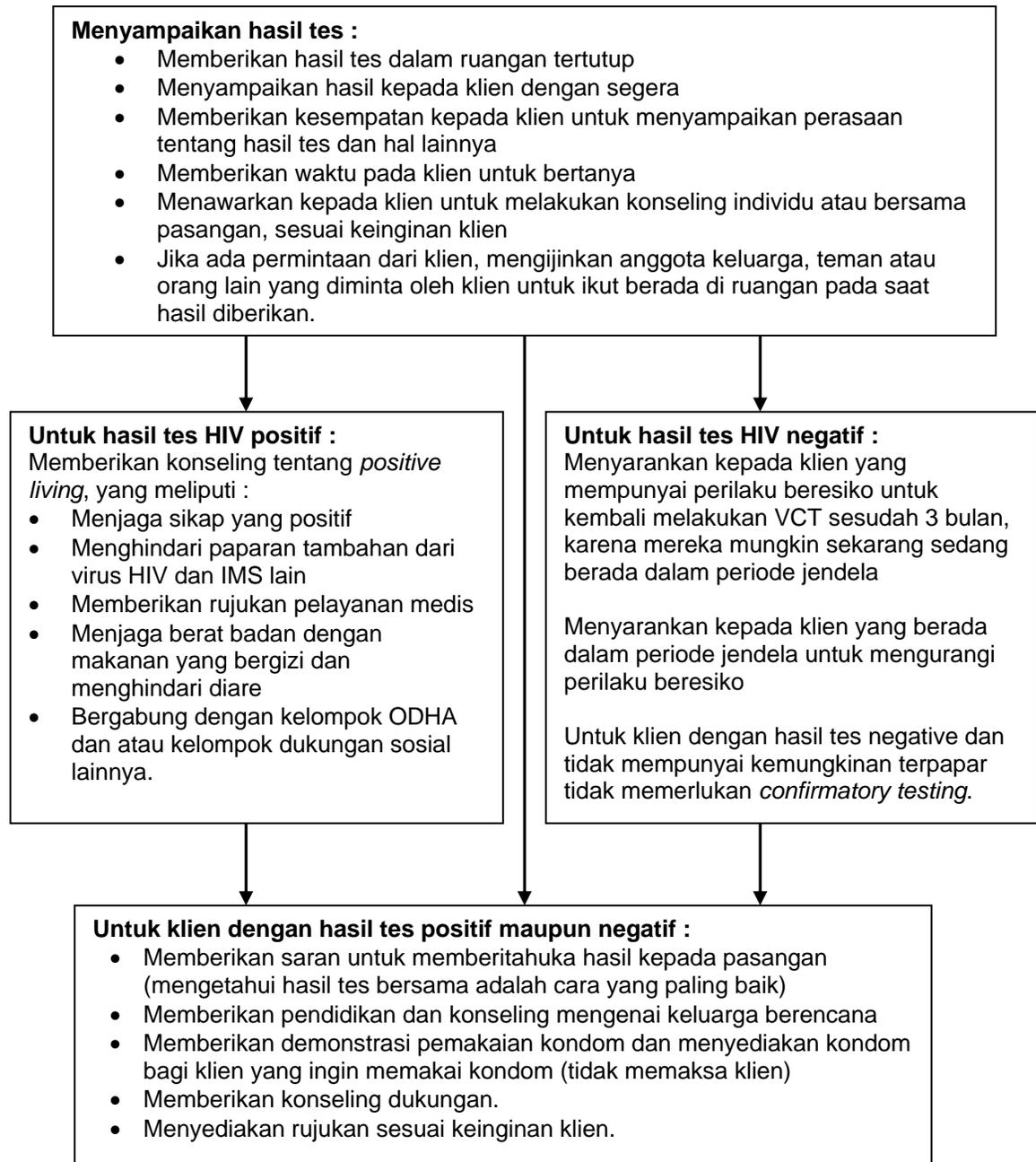
Pada konseling untuk hasil tes negatif, disarankan kepada klien yang mempunyai perilaku risiko tinggi untuk kembali melakukan VCT sesudah 3 bulan, karena klien pada saat tersebut mungkin sedang berada dalam periode jendela. Disamping itu, klien juga disarankan untuk mengurangi perilaku berisiko.

**Gambar 2.1. Alur klien dalam konseling pre tes**



Sumber : VCT TOOLKIT; HIV Voluntary Counseling and Testing: A Reference Guide for Counselors and Trainers, Family Health International, January 2004:52.

**Gambar 2.2. Alur klien dalam konseling post tes**



Sumber : VCT TOOLKIT; HIV Voluntary Counseling and Testing: A Reference Guide for Counselors and Trainers, Family Health International, January 2004:58.

Kegiatan kedua dalam VCT adalah tes HIV itu sendiri. Tes HIV umumnya dilakukan dengan cara mendeteksi antibodi dalam darah seseorang. Antibodi adalah suatu zat yang dihasilkan sistem kekebalan tubuh manusia sebagai reaksi membendung serangan bibit penyakit yang masuk. Tes HIV berbasis deteksi antibodi paling tidak ada 3 kelompok yakni:<sup>8)</sup>

1. *Rapid Test*,
2. *Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA)*; dan
3. *Western Blot*.

*Rapid test* lebih tepat digunakan oleh institusi kesehatan kecil yang hanya memeriksa sedikit sampel setiap hari. *Rapid test*, sesuai dengan namanya, hanya membutuhkan waktu pemeriksaan 10 menit. Sementara itu tes ELISA dan *Western blot* biasanya digunakan sebagai tes konfirmasi dan tersedia di rumah-rumah sakit besar atau RSU tingkat propinsi.

Aspek penting didalam *informed consent* adalah :<sup>20)</sup>

1. Klien telah diberi penjelasan cukup tentang risiko dan dampak sebagai akibat dari tindakannya dan klien menyetujuinya;
2. Klien mempunyai kemampuan menangkap pengertian dan mampu menyatakan persetujuannya (secara intelektual dan psikiatris);
3. Klien tidak dalam paksaan untuk memberikan persetujuan meski konselor memahami bahwa mereka memang sangat memerlukan pemeriksaan HIV;
4. Untuk klien yang tidak mampu mengambil keputusan bagi dirinya karena keterbatasan dalam memahami informasi maka tugas konselor untuk

berlaku jujur dan obyektif dalam menyampaikan informasi sehingga klien memahami dengan benar dan dapat menyetakan persetujuannya.

#### **F. SARANA DAN PRASARANA KLINIK VCT**

Keterbatasan sarana dan prasarana akan sangat berpengaruh dalam proses konseling dan testing HIV secara sukarela. VCT adalah pelayanan yang mengutamakan kenyamanan dan kerahasiaan orang yang melakukan VCT oleh karena itu sarana yang tersedia harus betul-betul dapat menjamin kerahasiaan dan kenyamanan. Menurut Kepmenkes RI Nomor: 1507/Menkes/SK/X/2005 bahwa sarana dan prasarana yang harus tersedia di layanan VCT adalah:<sup>7) 20)</sup>

##### **1. Papan nama / petunjuk**

Papan petunjuk lokasi dipasang secara jelas sehingga memudahkan akses klien ke klinik VCT, demikian juga di depan ruang klinik VCT dipasang papan bertuliskan pelayanan VCT.

##### **2. Jam Kerja Layanan**

Jam kerja layanan konseling dan testing terintegrasi dalam jam kerja institusi pelayanan kesehatan setempat. Dibutuhkan jumlah konselor yang cukup agar layanan dapat dilakukan sehingga klien tidak harus menunggu terlalu lama. Layanan konseling penjangkauan dilakukan atas kesanggupan jam kerja para penjangkau dan ketersediaan waktu klien. Sebaiknya tersedia jam kerja pada pagi hari maupun sore hari sehingga mempermudah akses klien yang bekerja maupun bersekolah. Di fasilitas kesehatan dengan keterbatasan sumber daya, maka konseling dan testing tidak dapat dilakukan setiap hari kerja. Oleh

karena itu jam kerja VCT disesuaikan dengan jam kerja pelayanan kesehatan lain yang terkait konseling dan testing seperti KIA, TB,IMS, IDU.

3. Ruang tunggu dilengkapi dengan:

- Materi Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE): poster, leaflet, brosur yang berisi bahan pengetahuan tentang HIV dan AIDS, Infeksi Menular Seksual (IMS), Keluarga Berencana, *Ante-natal Care* (ANC), *tuberculosis* (TB), hepatitis, penyalahgunaan napza, perilaku sehat, nutrisi, pencegahan penularan dan seks aman.
- Informasi prosedur konseling dan testing.
- Kotak saran
- Tempat sampah, tisu dan persediaan air minum
- Bila mungkin sediakan TV, video dan mainan anak
- Buku catatan resepsionis untuk perjanjian klien kalau mungkin komputer untuk mencatat data.
- Meja dan kursi yang nyaman
- Kalender.

4. Ruang konseling dilengkapi dengan :

- Tempat duduk bagi klien dan konselor.
- Buku catatan perjanjian klien dan catatan harian, formulir *informed consent*, catatan medis klien, formulir pra dan pasca testing, buku rujukan, formulir rujukan, kalender dan alat tulis.
- Kondom dan alat peraga penis, jika memungkinkan alat peraga reproduksi perempuan.

- Alat peraga lainnya misalnya gambar berbagai infeksi oportunistik dan alat peraga menyuntik yang aman.
  - Buku resep gizi seimbang
  - Tisu
  - Air minum
  - Kartu rujukan
  - Lemari arsip atau lemari dokumen yang dapat dikunci.
5. Ruang pengambilan darah dilengkapi dengan :
- Jarum dan sepril steril
  - Tabung dan botol tempat penyimpanan darah
  - Stiker kode
  - Kapas alkohol
  - Cairan desinfektan
  - Sarung tangan karet
  - Apron plastik
  - Sabun dan tempat cuci tangan dengan air mengalir.
  - Tempat sampah barang terinfeksi, barang tidak terinfeksi dan barang tajam.
  - Petunjuk pajanan okupasional dan alur permintaan pertolongan pasca pajanan okupasional.
6. Ruang petugas kesehatan dan petugas non kesehatan dilengkapi dengan:
- Meja dan kursi
  - Tempat pemeriksaan fisik

- Stetoskop dan tensi meter
- Kondom dan alat peraga penggunaannya
- KIE HIV dan AIDS serta infeksi oportunistik
- Blangko resep
- Alat timbangan berat badan.

7. Ruang laboratorium dilengkapi dengan :

- Reagen untuk testing dan peralatannya
- Sarung tangan karet
- Jas laboratorium
- Lemari pendingin
- Alat sentrifusi
- Ruang penyimpanan *testing kit*
- Buku-buku register
- Cap tanda positif atau negatif
- Pedoman testing HIV
- Pedoman pajanan okupasi
- Lemari untuk menyimpan arsip yang dapat dikunci.

Ruang konseling harus memenuhi persyaratan aman dan nyaman oleh karena konseling memerlukan waktu yang lama serta harus menjaga kerahasiaan, ruangan tertutup dan suara tidak dapat didengar dari ruangan lain, satu alur dengan pintu masuk dan keluar yang berbeda, akses mudah dan cukup pencahayaan agar proses konseling dan edukasi menggunakan alat peraga dapat dengan jelas dilakukan.<sup>20)</sup>

Ruang konseling harus nyaman, terjaga kerahasiaannya, dan terpisah dari ruang tunggu dan ruang pengambilan darah. Terdapat pintu masuk dan pintu keluar bagi klien yang berlainan yang letaknya sedemikian rupa sehingga klien yang selesai konseling dan klien berikutnya yang akan konseling tidak saling bertemu.<sup>20)</sup>

#### **G. PEMANFAATAN LAYANAN VCT**

Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Harudin dkk. (2007) di Yogyakarta menyebutkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan VCT antara lain: <sup>7)</sup>

1. faktor dari konselor antara lain;
  - a) menggali faktor risiko;
  - b) konseling post tes diberikan oleh konselor yang berbeda;
  - c) mutu konseling pre tes yang kurang baik;
  - d) perlakuan yang kurang empati ;
  - e) bahasa yang digunakan konselor terkadang tidak dipahami klien;
  - f) pengambilan sampel darah di luar ruangan;
2. faktor dari klien antara lain
  - a) klien yang kritis;
  - b) klien adalah tokoh masyarakat;
  - c) klien tidak datang untuk mengambil hasil;
3. faktor manajemen antara lain;
  - a) klinik belum berdiri sebagai satu unit organisasi otonom;
  - b) konselor masih rangkap tugas;
  - c) waktu tunggu klien yang lama;

- d) ruang konseling yang belum menjamin konfidensialitas dan kenyamanan klien;
- e) belum ada tenaga *community coordinator*;
- f) belum ada program penjangkauan di masyarakat;
- g) media KIE yang masih terbatas;
- h) pemasaran sosial VCT masih kurang;
- i) sarana dan prasarana masih terbatas.

Penelitian yang dilakukan oleh Harudin dkk. (2007) menemukan beberapa kendala dalam pelaksanaan testing HIV antara lain waktu tunggu klien, sikap petugas yang kurang empati dan pengambilan sampel yang dilakukan tidak di dalam ruang pengambilan sampel. Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan pelayanan terhadap mereka yang akan melaksanakan testing HIV.

Tingkat penerimaan yang cukup tinggi dari masyarakat terhadap klinik VCT di Uganda yang menyediakan layanan testing HIV cepat dan hasilnya dapat diambil pada hari yang sama.<sup>21)</sup> Rapid tes HIV direkomendasikan oleh World Health Organization (WHO) sehingga hasil tes cepat tersedia dan dapat segera diikuti dengan konseling post test untuk hasil HIV negatif maupun hasil HIV positif.<sup>21)</sup>

Hasil dari penelitian Solomon, S. dkk tentang VCT di India yang dilakukan tahun 1994 – 2002 menyatakan bahwa alasan yang paling sering disampaikan klien untuk datang ke klinik VCT adalah karena perilaku berisiko dari klien (42,6%), mempunyai gejala seperti tanda HIV dan AIDS (70,2%), mengulang testing untuk meyakinkan diri karena hasil sebelumnya

positif HIV (44,8%), dan saat ini mempunyai pasangan yang mengidap HIV (29,8%).<sup>22)</sup>

Suatu penelitian tentang layanan VCT di Provinsi Chiang Mai, Thailand oleh Kawichai, S., dkk pada tahun 2002 – 2003 menyatakan bahwa alasan tidak mengikuti testing HIV antara lain bersamaan dengan waktu bekerja (42,3%), tidak mempunyai risiko terinfeksi HIV (34,9%), tidak mengerti dengan jelas tentang layanan VCT (24,2%) dan telah melakukan testing HIV (5,0%). Alasan lainnya adalah takut bila hasil tes HIV positif dan takut akan stigma yang muncul dari masyarakat.<sup>23)</sup>

Hasil lain pada penelitian tersebut adalah sebagian besar alasan responden datang ke klinik VCT adalah ingin tahu status HIV dirinya. Alasan lainnya meliputi terkait dengan perilaku berisiko, tidak ingin merasa cemas terlalu lama, dan alasan lainnya. Sedangkan motivasi yang mendorong responden datang ke klinik VCT adalah tidak dipungut biaya, tempat layanan VCT mudah dijangkau dan nyaman, dan dapat mengetahui hasilnya pada hari yang sama.

Dalam penelitian yang lain pada tahun 1995 - 1999, Kawichai S. dkk menyatakan bahwa klien laki-laki maupun perempuan yang tidak berpendidikan lebih cenderung untuk tidak mengikuti testing HIV. Persepsi klien tentang risiko HIV dan pengetahuan tentang perilaku yang berisiko berhubungan dengan tingkat penerimaan VCT yang lebih tinggi.<sup>24)</sup>

Hasil penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa alasan mencari layanan testing HIV pada kelompok responden berjenis kelamin perempuan adalah sebagai berikut :

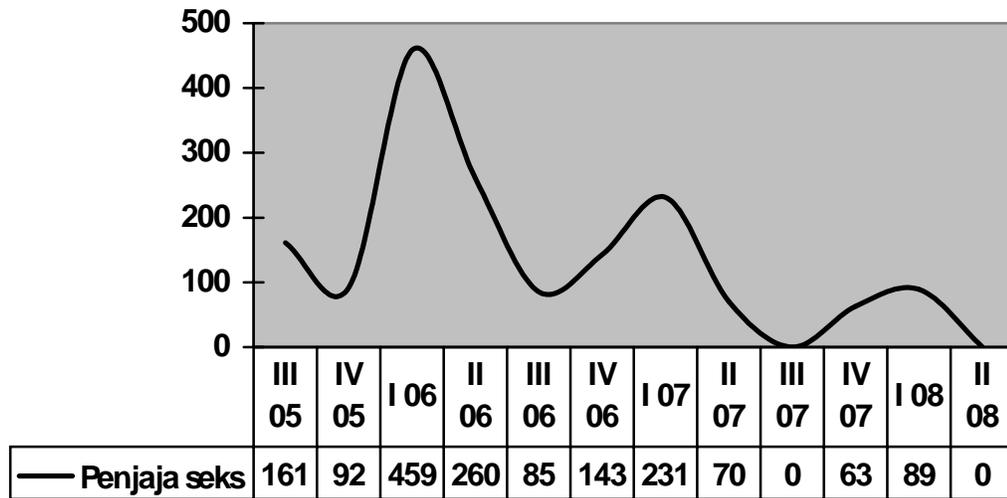
Tabel 2.1. Alasan mencari testing HIV, keputusan melakukan testing HIV dan kegagalan mengambil hasil testing HIV dari klien VCT berjenis kelamin perempuan di Rumah Sakit Provinsi Chiang Mai, Thailand Utara tahun 1995–1999

Alasan mencari testing HIV	Jumlah (%)	Memutuskan tidak test HIV (%)	Melakukan test HIV tapi tidak mengambil hasil test (%)
Berencana untuk melahirkan	147 (9,2)	3 (2,0)	9 (6,2)
Hamil dan telah datang ke pelayanan prenatal	686 (42,9)	139 (20,3)	74 (13,7)
Mempunyai perilaku berisiko	36 (2,2)	6 (16,7)	2 (6,7)
Pasangan mempunyai perilaku berisiko	76 (4,8)	8 (10,5)	5 (7,4)
Pasangan mempunyai gejala/terinfeksi/meninggal akibat AIDS	241 (15,1)	9 (3,7)	12 (5,2)
Takut terinfeksi HIV/ingin tahu status HIV dirinya	136 (8,5)	16 (11,8)	8 (6,7)
Mempunyai gejala-gejala HIV	78 (4,9)	3 (3,8)	8 (10,7)
Orang lain menyarankan untuk test HIV	121 (7,6)	29 (24,0)	17 (18,9)
Telah terinfeksi HIV	39 (2,4)	13 (33,3)	4 (15,4)
Lain-lain	40 (2,5)	5 (12,5)	1 (2,9)

Sumber : Kawichai, S. Celentano, D. D., Chaifongsri, R., et al. Profiles of HIV Voluntary Counseling and Testing of clients at a district hospital, Chiang Mai Province, Northern Thailand, from 1995 to 1999. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002; 30: 496. <sup>24)</sup>

Menurut data kunjungan klien VCT di Kota Semarang yang dilaporkan ke Komisi Penanggulangan AIDS Kota Semarang, terjadi penurunan yang signifikan dalam kunjungan klien VCT dengan jenis pekerjaan penaja seks mulai dari triwulan III tahun 2005 sampai dengan triwulan II tahun 2008. <sup>25)</sup>

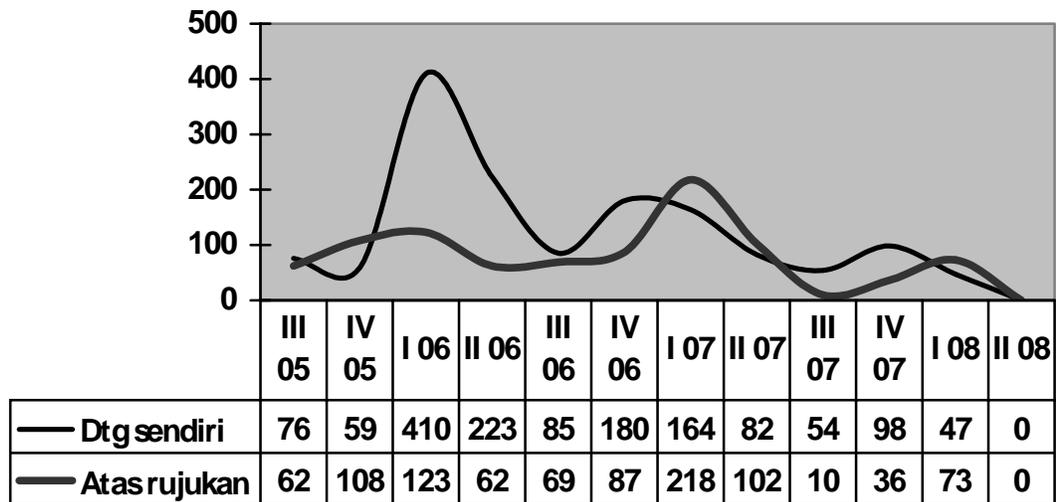
Gambar 2.3 Grafik jumlah kunjungan klien VCT Kota Semarang per triwulan berdasarkan jenis pekerjaan penjaja seks dari triwulan III tahun 2005 – triwulan II tahun 2008



Sumber : Laporan bulanan VCT Komisi Penanggulangan AIDS Kota Semarang

Penurunan jumlah kunjungan klien juga terjadi pada periode waktu yang sama, baik pada klien yang datang sendiri ke klinik VCT maupun pada klien yang datang atas rujukan (klinik, LSM dan lain-lain) dengan jenis kelamin perempuan.

Gambar 2.4 Grafik jumlah kunjungan klien VCT Kota Semarang per triwulan dengan jenis kelamin perempuan berdasarkan inisiatif kunjungan dari triwulan III tahun 2005 – triwulan II tahun 2008



Sumber : Laporan bulanan VCT Komisi Penanggulangan AIDS Kota Semarang

Kelancaran finansial dari lembaga donor yang bergerak pada pencegahan dan penanggulangan HIV di Kota Semarang, seperti Family Health International (FHI) dan Global Fund, memberikan pengaruh yang signifikan, khususnya pada penurunan jumlah kunjungan klien klinik VCT yang datang atas rujukan. Beberapa lembaga donor menyediakan biaya transport bagi kelompok risiko tinggi yang melakukan VCT. Dana tersebut dikelola oleh lembaga penjangkau kelompok risiko tinggi.

Penghentian aliran dana dari lembaga donor tersebut menjadi salah satu faktor yang menyebabkan berkurangnya jumlah klien yang datang ke klinik VCT.

## H. PERILAKU ORGANISASI

Perilaku organisasi adalah bidang ilmu yang menyelidiki dampak dari pengaruh individu, kelompok dan struktur dalam organisasi terhadap perilaku orang-orang yang terlibat didalamnya yang bertujuan untuk mengaplikasikan pengetahuan tersebut dalam meningkatkan efektifitas organisasi.<sup>26)</sup>

Perilaku organisasi ini terutama mempelajari apa saja yang dikerjakan orang-orang dalam sebuah organisasi dan bagaimana perilaku atau tindakan itu bisa mempengaruhi penampilan organisasi.

Ada beberapa karakteristik kepribadian yang bisa meramalkan perilaku manusia dalam organisasi. Karakteristik tersebut adalah :<sup>26)</sup>

### 1. Pusat kontrol pribadi

Orang yang mampu mengontrol tujuan hidupnya merasa ikut memutuskan tindakannya untuk organisasi dan merasa bertanggung jawab atas tindakannya.

Orang yang merasa hidupnya dikontrol oleh kekuatan luar lebih sering menunjukkan ketidakpuasan, mematuhi atasan dan petunjuk-petunjuk.

### 2. Orientasi keberhasilan

Orang dengan kebutuhan tinggi untuk mencapai keberhasilan selalu mempunyai kinerja yang lebih baik, mampu mengatasi hambatan-hambatan dan ingin merasakan bahwa keberhasilan atau kegagalan disebabkan oleh tindakan-tindakannya sendiri.

3. Authoritarianisme

Terdapat suatu kepercayaan bahwa perlu adanya perbedaan status dan kekuasaan orang-orang dalam organisasi karena bisa mempengaruhi prestasi kerja anggota.

4. Machiavelianisme

Individu biasanya bersifat pragmatik dan mempertahankan jarak emosional tertentu. Pada pekerjaan yang memerlukan ketrampilan negosiasi, individu dengan machiavelianisme tinggi akan lebih produktif.

5. Harga diri

Orang dengan harga diri rendah lebih mudah kena pengaruh luar dibanding orang dengan harga diri yang tinggi. Mereka ini lebih suka mencari persetujuan orang lain dan lebih cenderung untuk menyetujui saja kepercayaan dan perilaku orang-orang yang dihormatinya.

6. Pengawasan diri

Individu dengan pengawasan diri yang tinggi menunjukkan kemampuan adaptasi yang luar biasa, menunjukkan penyesuaian perilakunya terhadap faktor-faktor luar yang situasional dan dapat berperilaku lain pada situasi yang berbeda.

7. Keberanian mengambil resiko

Individu yang berani mengambil resiko lebih cepat membuat keputusan dan menggunakan sedikit informasi dalam menentukan pilihan mereka.

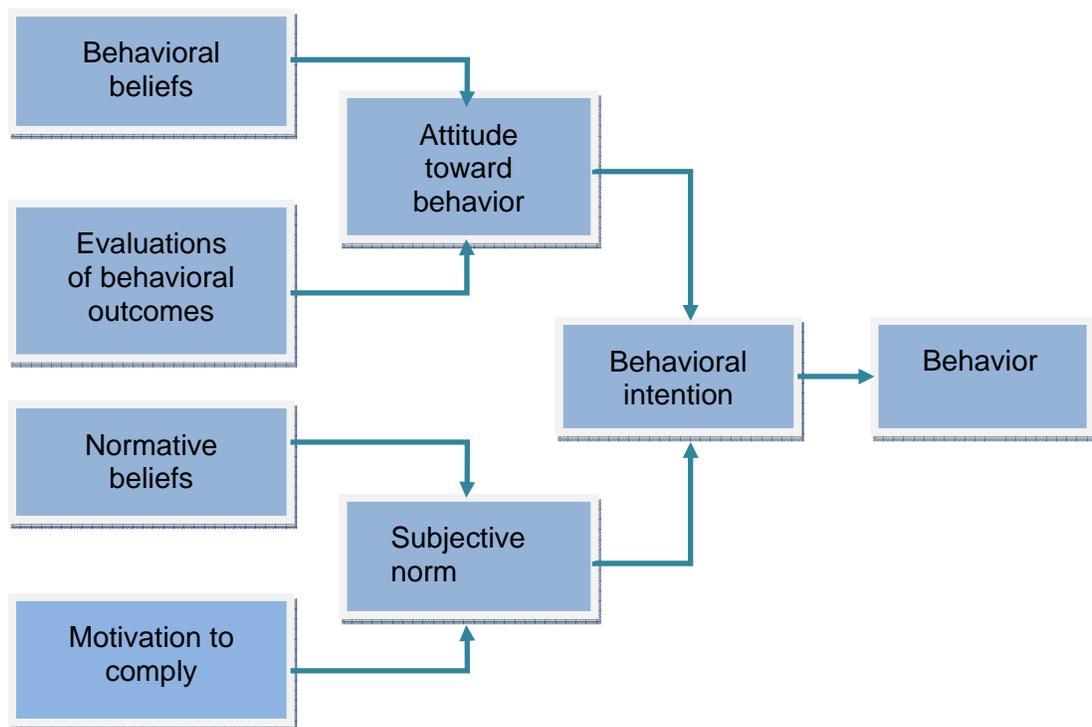
## I. **THEORY OF REASONED ACTION**

*Theory of Reasoned Action*, pertama kali diperkenalkan Fishbein pada tahun 1967, adalah mengenai hubungan antara keyakinan (behavioral dan normatif), sikap, intensi, dan perilaku. Teori ini menerangkan bahwa determinan paling penting dari perilaku adalah intensi perilaku dari seseorang. Determinan langsung dari intensi seseorang adalah sikap terhadap perilaku dan norma subyektif yang berhubungan dengan perilaku tersebut.<sup>16)</sup> Sikap ditentukan oleh keyakinan individu tentang hasil atau penghargaan atas perilaku yang dilakukan (*behavioral beliefs*) yang dipertimbangkan berdasar evaluasi atas hasil atau penghargaan tersebut. Dengan demikian, seseorang yang mempunyai keyakinan kuat bahwa hasil bernilai positif akan diperoleh dari melakukan perilaku tersebut, akan mempunyai sikap positif terhadap perilaku tersebut. Sebaliknya, seseorang yang mempunyai keyakinan kuat bahwa hasil bernilai negatif akan didapatkan dari melakukan perilaku tersebut, akan mempunyai sikap negatif terhadap perilaku tersebut.

Norma subyektif seseorang ditentukan oleh keyakinan normatif (*normative beliefs*), apakah orang lain yang dianggap penting oleh individu tersebut setuju atau tidak setuju atas perilaku tersebut, akan mempengaruhi motivasi untuk patuh dengan orang lain tersebut. Dengan demikian, seseorang yang percaya bahwa orang lain berharap individu tersebut seharusnya melakukan suatu perilaku, dan termotivasi untuk memenuhi harapan orang lain itu, akan mempunyai norma subyektif yang positif. Sebaliknya, seseorang yang mempercayai bahwa orang lain menghendaki

individu tersebut seharusnya tidak melakukan perilaku tersebut akan mempunyai norma subyektif yang negatif, dan seseorang yang kurang termotivasi untuk mematuhi orang lain akan mempunyai norma subyektif yang relatif netral.<sup>16)</sup>

Gambar 2.5. Theory of Reasoned Action



Sumber : Montano, D. E. dan Kasprzyk, D., dalam Glanz, K., et al, *Health behavior and health education: theory, research and practice*, 3<sup>rd</sup> edition, Jossey-Bass, San Fransisco, 2002.<sup>16)</sup>

Asumsi dari teori ini adalah bahwa individu merupakan “*rational actors*”. Itu berarti seluruh individu memproses informasi dan termotivasi untuk bertindak atas dasar proses tersebut. Teori ini juga berasumsi bahwa ada alasan-alasan tertentu yang menentukan motivasi seseorang untuk menjalankan suatu perilaku. Alasan-alasan tersebut, dibuat atas keyakinan normatif dan perilaku seseorang, menentukan sikap dan norma subyektif,

tidak memandang apakah keyakinan-keyakinan tersebut rasional, logis, atau dibenarkan oleh beberapa standar obyektif. Kekuatan dari teori ini adalah menyediakan suatu *framework* untuk melihat alasan-alasan tersebut. Teori ini menawarkan suatu kerangka kerja untuk mengupas tindakan individu dengan mengidentifikasi, mengukur, dan menghubungkan keyakinan-keyakinan yang relevan pada individu atau kelompok, mengajak kita untuk mengerti alasan-alasan mereka sendiri yang memotivasi perilaku mereka. *Theory of Reasoned Action* tidak mengkhususkan keyakinan tertentu tentang hasil perilaku atau perilaku normatif orang lain yang seharusnya diukur. Hasil-hasil perilaku dan perilaku orang lain akan berbeda untuk perilaku-perilaku yang berbeda. Begitu pula, hal tersebut mungkin akan berbeda untuk perilaku yang sama tetapi untuk populasi yang berbeda.<sup>15)</sup>

*Theory of Reasoned Action* dari Ajzen & Fishbein menggunakan pendekatan kognitif, dan didasari ide bahwa "... *humans are reasonable animals who, in deciding what action to take, systematically process and utilize the information available to them...*" (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Middlestadt, 1989 dalam Smet, B., 1994). *Theory of Reasoned Action* merupakan teori perilaku manusia secara umum: aslinya teori ini dipergunakan di dalam berbagai macam perilaku manusia, khususnya yang berkaitan dengan permasalahan sosial-psikologis, kemudian makin bertambah digunakan untuk menentukan faktor-faktor yang berkaitan dengan perilaku kesehatan.<sup>15)</sup>

Teori ini menghubungkan keyakinan (*beliefs*), sikap (*attitude*), kehendak/intensi (*intention*), dan perilaku. Intensi merupakan prediktor

terbaik dari perilaku. Jika ingin mengetahui apa yang akan dilakukan seseorang, cara terbaik untuk meramalkannya adalah mengetahui intensi orang tersebut.<sup>15)</sup>

Intensi ditentukan oleh sikap dan norma subyektif. Komponen pertama mengacu pada sikap terhadap perilaku. Sikap ini merupakan hasil pertimbangan untung dan rugi dari perilaku tersebut (*outcomes of the behavior*). Disamping itu juga dipertimbangkan pentingnya konsekuensi-konsekuensi yang akan terjadi bagi individu (*evaluation regarding the outcome*). Komponen kedua mencerminkan dampak dari norma-norma subyektif. Di dalam pengertian tertentu, istilah ini agak menyesatkan. Norma sosial mengacu pada seseorang terhadap bagaimana dan apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggapnya penting (*referent-person*) dan motivasi seseorang untuk mengikuti pikiran tersebut.<sup>15)</sup>

Seseorang mempunyai keyakinan dan mengevaluasi perilaku dan norma sosial mencakup peran variabel eksternal, seperti variabel demografis, jenis kelamin, usia, yang tidak muncul secara langsung dalam *Theory of Reasoned Action*.<sup>15)</sup>

Dalam menyesuaikan tingkah laku dengan norma masyarakat biasanya individu melihat kepada kelompok acuan (*reference group*), yaitu kelompok yang dijadikan acuan atau panutan individu. Kelompok acuan ini tidak harus merupakan kelompok yang terorganisasi, melainkan kelompok yang mempunyai tujuan dan ciri-ciri serupa, misalnya kelompok remaja, kelompok sebaya. Peran kelompok acuan ini sangat penting dalam mengatur dan mengarahkan perilaku individu. Sebaliknya dari pihak individu diharapkan ada kesediaan untuk mematuhi peraturan dan norma-

norma yang berlaku, seperti yang dianjurkan oleh pimpinan masyarakat serta kelompok acuan. Kepatuhan ini disebut juga konformitas (*conformity*).<sup>18)</sup>

Konformitas adalah membeloknya atau berubahnya pandangan atau tindakan individu sebagai akibat dari tekanan kelompok yang muncul karena adanya pertentangan antara pendapat individu dengan pendapat kelompok.<sup>18)</sup>

*Theory of Reasoned Action* menganggap bahwa orang-orang mempertimbangkan untung atau rugi dan berperilaku sesuai dengan hasil analisis mereka. Ini mencakup anggapan bahwa orang-orang berpikir tentang risiko secara mendetail, mengetahui tentang penyakit yang mana dikaitkan dengan perilaku yang mana, dan menaksir kemungkinan akan menjadi sakit parah.<sup>15)</sup>

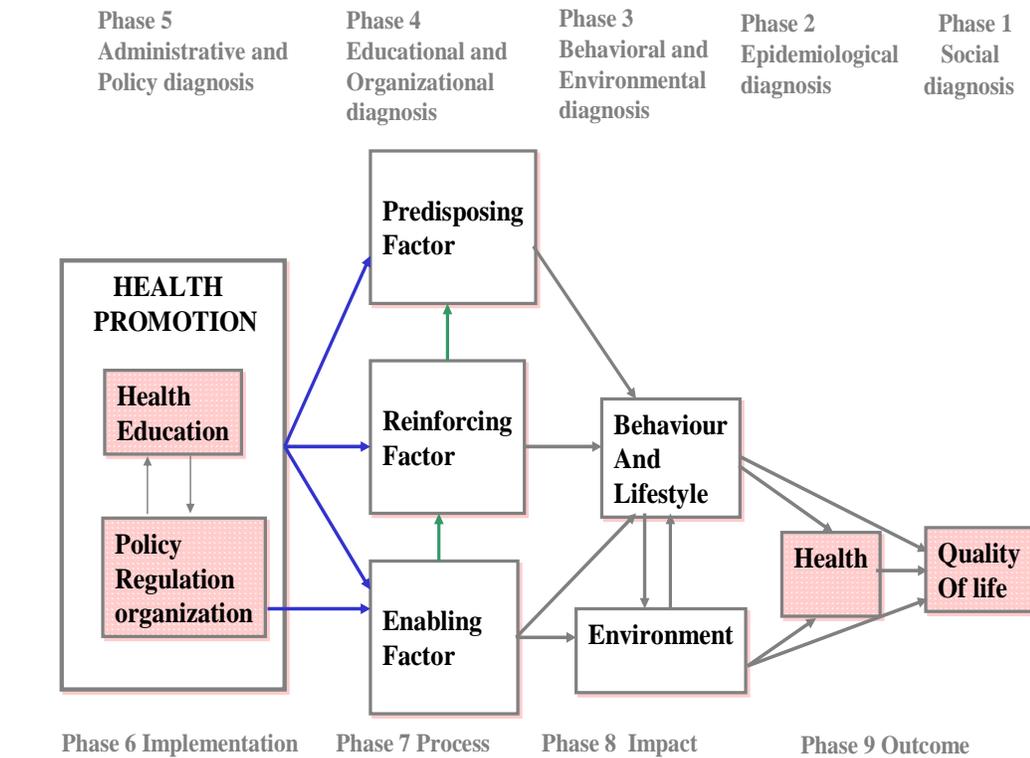
*Theory of Reasoned Action* menawarkan beberapa keuntungan dibandingkan *Health Belief Model*. Pengaruh yang jelas nampak dari norma subyektif memberikan perspektif penting. Teori ini juga mempertimbangkan keuntungan-keuntungan dari perilaku berisiko kesehatan. Lebih dari itu, ini tidak dibatasi pertimbangan-pertimbangan kesehatan jika seseorang membuat keputusan melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan: menurut *Theory of Reasoned Action* seseorang dapat membuat pertimbangan didasarkan atas alasan-alasan yang sama sekali berbeda.<sup>15)</sup>

## J. **PRECEDE – PROCEED MODEL**

Lawrence Green dan rekan-rekannya selama satu dasawarsa terakhir, mengembangkan *Precede-Procede Model*, yang sekarang terkenal untuk

merencanakan program-program pendidikan kesehatan. Green menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar perilaku (*non behavior causes*).<sup>27)</sup>

Meskipun model ini mendasarkan diri pada Model Kepercayaan Kesehatan atau *Health Belief Model* dan sistem-sistem konseptual lain, namun model Precede merupakan model sejati, yang lebih mengarah kepada upaya-upaya pragmatik mengubah perilaku kesehatan daripada sekedar upaya pengembangan teori. Green dan rekan-rekannya menganalisis kebutuhan kesehatan komunitas dengan cara menetapkan lima diagnosis berbeda, yaitu diagnosis sosial, diagnosis epidemiologi, diagnosis perilaku, diagnosis pendidikan dan diagnosis administrasi/kebijakan.<sup>15)</sup>

Gambar 2.6. *Precede – Proceed Model*

The Precede-Proceed model for health promotion planning and evaluation

Sumber : Green, Lawrence W. *Health Promotion Planning An Education and Environmental Approach*. Mayfield Publishing Company. Mountain View, 1991: 24

Sesuai dengan perspektif perilaku, fase diagnosis pendidikan dan organisasi model Precede memberi penekanan pada faktor-faktor predisposisi, pemberdayaan, dan penguatan. Dua faktor pertama berkaitan dengan anteseden dari suatu perilaku tersebut, sedangkan faktor penguatan merupakan sinonim dari istilah konsekuen yang dipakai dalam analisis perilaku.<sup>15)</sup>

Fase diagnosis pendidikan dan organisasi menguji hubungan antara kondisi perilaku dan lingkungan dengan status kesehatan atau kualitas hidup untuk menentukan apa penyebabnya. Fase ini mengidentifikasi faktor-faktor yang harus diubah untuk memulai dan mempertahankan proses perubahan perilaku dan lingkungan.<sup>28)</sup> Faktor-faktor ini akan menjadi target antara dari program. Mereka mungkin terlihat sebagai proses perubahan yang harus dilakukan jika perubahan perilaku dan lingkungan harus segera terjadi.

Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor :

**1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*)**

lalah faktor yang mempermudah atau mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Merupakan anteseden dari perilaku yang menggambarkan rasional atau motivasi melakukan suatu tindakan, nilai dan kebutuhan yang dirasakan, berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok untuk bertindak.<sup>29)</sup> Mereka sebagian besar berada dalam domain psikologi. Secara umum,dapat dikatakan faktor predisposisi sebagai pertimbangan-pertimbangan personal dari suatu individu atau kelompok yang mempengaruhi terjadinya suatu perilaku. Pertimbangan tersebut dapat mendukung atau menghambat terjadinya perilaku.

Yang termasuk dalam kelompok faktor predisposisi adalah pengetahuan, sikap, nilai-nilai budaya, kepercayaan.

### **a. Keyakinan**

Keyakinan adalah suatu bagian dari faktor predisposisi atau sering disebut sebagai faktor yang berkaitan dengan motivasi seseorang atau kelompok untuk melakukan segala tindakan.<sup>28)</sup>

Keyakinan merupakan sebuah pendirian bahwa suatu fenomena atau obyek bernilai benar atau nyata. Health Belief Model menjelaskan kaitan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dengan pola keyakinan tertentu. Model tersebut berdasar asumsi-asumsi berikut tentang perubahan perilaku :<sup>28)</sup>

1. Orang harus mempercayai bahwa kesehatan dirinya terancam. Untuk penyakit yang tanpa gejala seperti hipertensi atau kanker stadium awal, orang harus percaya bahwa dirinya dapat terkena dan tidak merasakan gejalanya.
2. Orang harus meyakini keseriusan kondisi yang akan terjadi akibat sakit atau ketidaknyamanan yang dideritanya.
3. Dalam menilai keadaan, orang harus mempercayai bahwa keuntungan yang berawal dari perilaku yang diharapkan menimbulkan biaya dan ketidaknyamanan, tetapi masih mungkin untuk dilakukan.
4. Harus ada tanda atau sesuatu yang mempercepat orang tersebut merasa perlu untuk segera melakukan tindakan.

### **b. Nilai**

Budaya, pandangan antar generasi dalam suatu hal menggambarkan nilai yang diyakini oleh seseorang.<sup>28)</sup> Nilai cenderung

mengelompok dalam golongan dan lintas generasi yang mempunyai kesamaan sejarah atau geografi. Nilai mendasarkan pada apa yang seseorang lakukan dilihat dari terminologi etika atau moral. Nilai berkisar antara benar dan salah, baik dan buruk dari perilaku tertentu.

Dalam program promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan, seseorang tidak diminta untuk merubah nilai. Seseorang diminta membantu orang untuk mengenali inkonsistensi antara nilai yang mereka miliki dengan perilaku mereka.

## **2. Faktor pemungkin (*enabling factors*)**

lalah faktor yang memungkinkan untuk terjadinya perilaku tertentu atau menungkinkan suatu motivasi direalisasikan. Yang termasuk dalam kelompok faktor pemungkin adalah ketersediaan pelayanan kesehatan, aksesibilitas dan kemudahan pencapaian pelayanan kesehatan baik dari segi jarak maupun segi biaya dan sosial serta adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tersebut.

Faktor pemungkin, seringkali merupakan kondisi dari lingkungan, memfasilitasi dilakukannya suatu tindakan oleh individu atau organisasi.<sup>28)</sup> Juga termasuk kondisi yang berlaku sebagai hambatan dari tindakan itu, seperti ketiadaan sarana transportasi yang menghambat partisipasi seseorang dalam program kesehatan. Faktor pemungkin juga meliputi ketrampilan baru yang diperlukan seseorang, organisasi atau masyarakat untuk membuat suatu perubahan perilaku atau lingkungan.

Faktor pemungkin menjadi target antara dari intervensi program pada masyarakat atau organisasi. Terdiri dari sumber daya dan ketrampilan baru untuk membuat suatu tindakan kesehatan dan tindakan organisasi yang dibutuhkan untuk merubah lingkungan. Sumber daya berupa organisasi dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan, petugas, sekolah, klinik penjangkauan atau sumber daya sejenis. Ketrampilan dalam pengaruhnya terhadap masyarakat, seperti melalui perubahan organisasi dan kegiatan sosial, dapat memungkinkan tindakan untuk secara langsung mempengaruhi lingkungan fisik atau lingkungan pelayanan kesehatan.

### **3. Faktor penguat (*reinforcing factors*)**

lalah faktor yang memperkuat (atau kadang-kadang justru dapat memperlunak) untuk terjadinya perilaku tersebut. Merupakan faktor yang memperkuat suatu perilaku dengan memberikan penghargaan secara terus menerus pada perilaku dan berperan pada terjadinya pengulangan.

Faktor penguat merupakan konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah pelaku menerima umpan balik positif dan akan mendapat dukungan sosial.<sup>28)</sup> Yang termasuk dalam kelompok faktor penguat meliputi pendapat, dukungan sosial, pengaruh teman, kritik baik dari teman-teman sekerja atau lingkungan bahkan juga saran dan umpan balik dari petugas kesehatan.

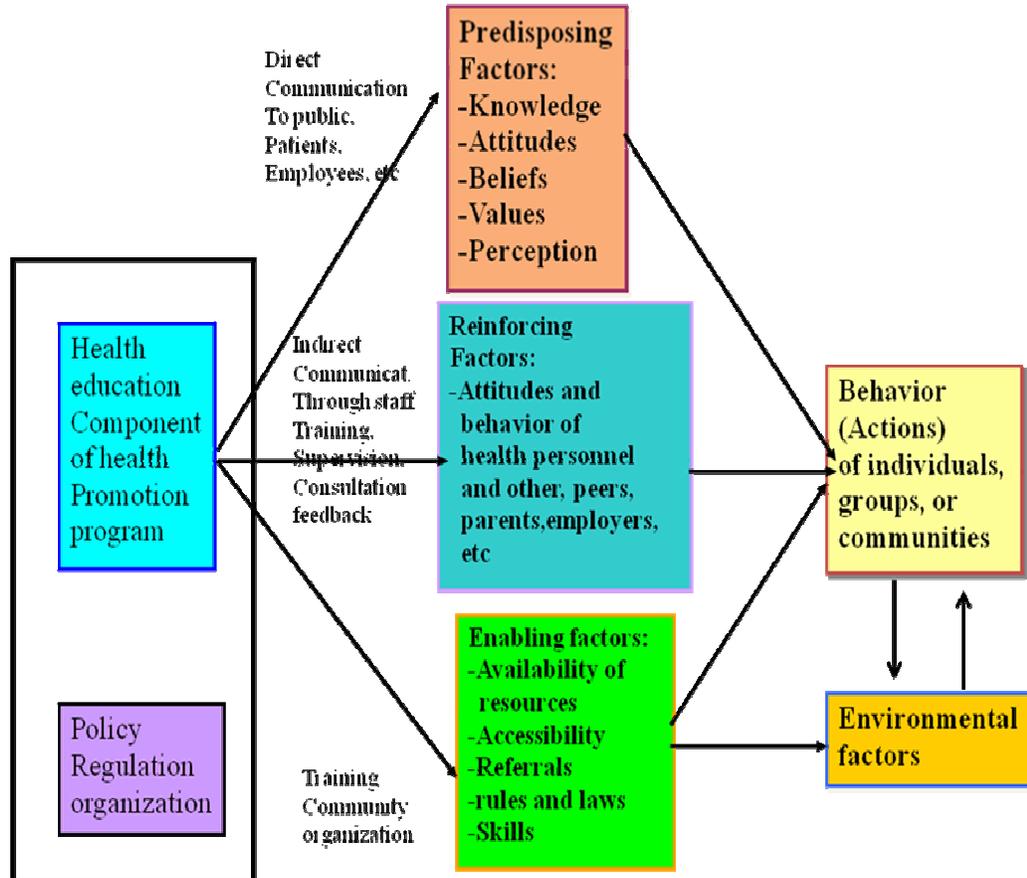
Faktor ini juga meliputi konsekuensi fisik dari perilaku, yang mungkin terpisah dari konteks sosial. Sebagai contoh adalah perasaan nyaman (atau sakit) yang disebabkan oleh latihan fisik.

Keuntungan sosial (contoh : pengakuan dari orang lain), keuntungan fisik (contoh : kenyamanan), penghargaan yang dapat diukur (contoh : keuntungan ekonomi, bebas biaya), dan penghargaan imajinatif (contoh : penghormatan dari orang lain, hubungan dengan orang terhormat yang mempunyai perilaku yang sama) semuanya memperkuat perilaku. Faktor penguat juga meliputi konsekuensi yang berlawanan atau hukuman, yang dapat membawa pada perilaku yang positif.

Beberapa faktor penguat yang memberikan penguatan sosial dapat menjadi faktor pemungkin jika berubah menjadi dukungan sosial, seperti bantuan keuangan atau bantuan transport. Penguatan dapat bersifat imajinatif, seperti meniru suatu perilaku sesudah tertarik dengan seseorang dalam suatu iklan televisi yang terlihat sangat menikmati perilaku tersebut.

Penguatan bersifat positif atau sebaliknya tergantung pada sikap dan perilaku orang-orang yang terkait, dan beberapa diantaranya mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap perilaku. Dukungan sosial atau masyarakat dapat mendorong tindakan individu untuk bekerja sama atau bergabung dengan kelompok yang membuat perubahan. Dukungan tersebut dapat berasal dari anggota masyarakat, petugas kesehatan dan praktisi promosi kesehatan.

Gambar 2.7. Fase diagnosis administrasi dan kebijakan serta fase diagnosis pendidikan dan organisasi dari *Precede – Proceed Model*



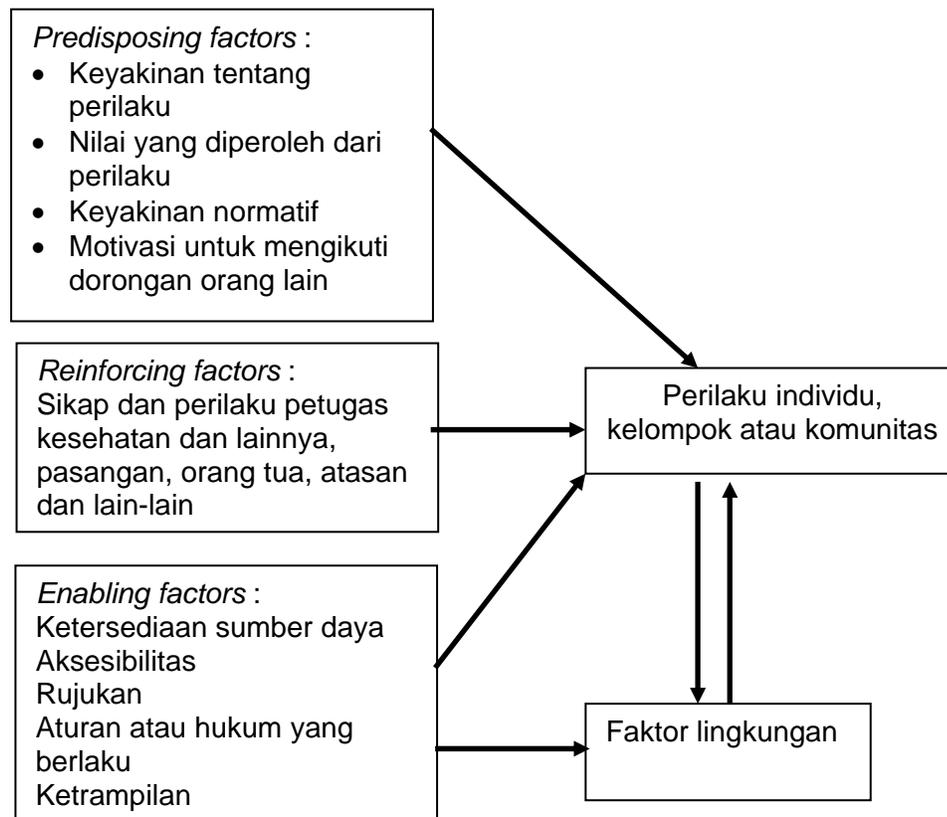
Sumber : Green, Lawrence W. *Health Promotion Planning An Education and Environmental Approach*. Mayfield Publishing Company. Mountain View, 1991: 24

### Lingkungan Pelayanan Kesehatan

Faktor pemungkin untuk perilaku pelayanan kesehatan meliputi sumber daya kesehatan seperti klinik penjangkauan, rumah sakit, ruang gawat darurat, penyedia layanan kesehatan serta fasilitas dan program lain. Biaya, jarak, ketersediaan sarana transportasi, jam buka dan lain sebagainya merupakan faktor yang mempengaruhi aksesibilitas dan ketersediaan

fasilitas pelayanan kesehatan.<sup>28)</sup> Kondisi lingkungan juga dapat mempengaruhi faktor risiko penyakit, baik kondisi yang bersifat sehat maupun tidak sehat.

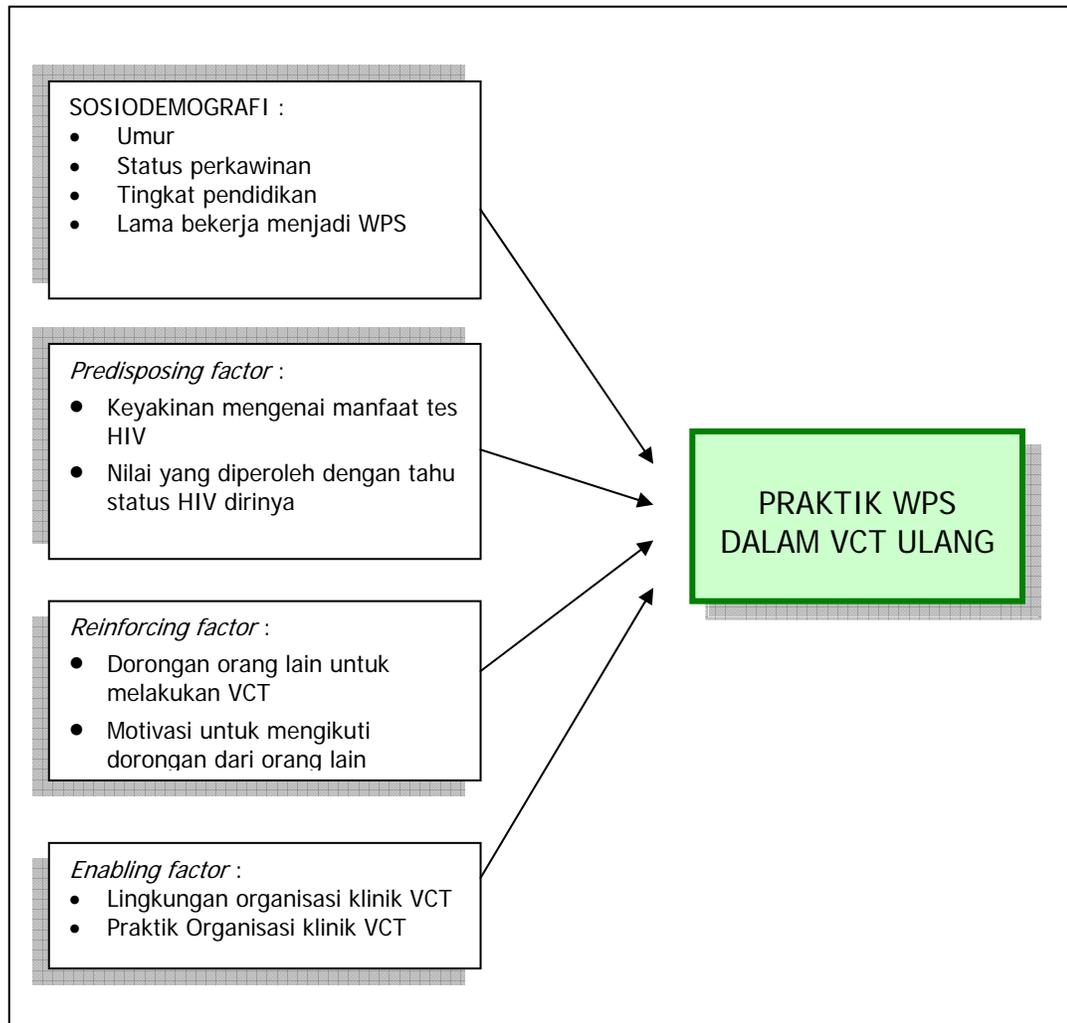
## K. KERANGKA TEORI



## BAB III

### METODOLOGI PENELITIAN

#### A. KERANGKA KONSEP :



## **B. HIPOTESIS**

1. WPS dengan keyakinan kurang mengenai manfaat tes HIV lebih banyak tidak melakukan VCT ulang dibanding WPS dengan keyakinan yang baik.
2. Terdapat hubungan antara keyakinan mengenai manfaat VCT dengan praktik WPS dalam VCT ulang.
3. Terdapat hubungan antara nilai yang diperoleh jika mengetahui status HIV dengan praktik WPS dalam VCT ulang.
4. Terdapat hubungan antara dorongan dari orang lain untuk melakukan VCT dengan praktik WPS dalam VCT ulang.
5. Terdapat hubungan antara motivasi untuk mengikuti dorongan dari orang lain untuk melakukan VCT dengan praktik WPS dalam VCT ulang.
6. Terdapat hubungan antara praktik organisasi klinik VCT dengan praktik WPS dalam VCT ulang.
7. Terdapat hubungan antara lingkungan organisasi klinik VCT dengan praktik WPS dalam VCT ulang.
8. Keyakinan mengenai manfaat VCT, nilai yang diperoleh dengan mengetahui status HIV, dorongan dari orang lain untuk melakukan VCT, motivasi mengikuti dorongan orang lain, praktik organisasi klinik VCT dan lingkungan organisasi klinik VCT memberikan pengaruh terhadap praktik WPS dalam VCT ulang.

### **C. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN**

Jenis penelitian ini adalah penelitian survey, dengan metode wawancara dengan kuesioner dan pengamatan lapangan, serta dengan menggunakan pendekatan potong lintang (*cross sectional study*).

Studi potong lintang mengumpulkan informasi tentang status penyakit saat ini dan atau status paparan saat ini. Informasi penyakit atau paparan tertentu dapat dikumpulkan dalam suatu periode waktu, sebagai contoh dalam satu bulan terakhir atau satu tahun terakhir. Metode ini digunakan untuk menentukan prevalensi suatu penyakit atau paparan tertentu.

Keuntungan dari studi potong lintang ini adalah relatif tidak mahal dan dapat dilakukan dalam jangka waktu pendek. Selain itu, memberikan informasi status penyakit atau paparan terkini, serta mengurangi masalah yang muncul bagi responden dalam melakukan *recall* kejadian yang lampau.<sup>30)</sup>

### **D. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN**

Penelitian akan dilakukan di lokalisasi Sunan Kuning, Argorejo, Kota Semarang. Sunan Kuning merupakan salah satu dari dua lokalisasi yang terdapat di Kota Semarang. Lokalisasi lainnya adalah lokalisasi Rowosari Atas, atau yang lebih dikenal dengan nama lain Gambilangu, berlokasi di batas barat Kota Semarang. Dibanding dengan Gambilangu, lokalisasi Sunan Kuning mempunyai populasi WPS lebih banyak dan mempunyai wilayah yang lebih luas.

Di wilayah lokalisasi Sunan Kuning terdapat sebuah Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang melakukan penjangkauan, yaitu ASA PKBI Kota

Semarang. LSM ASA PKBI mendirikan Griya ASA, yang biasa disebut *Drop-in Centre*, merupakan institusi lokal dengan memadukan *outreach* dan pelayanan medis. Penguatan kesehatan reproduksi melalui penjangkauan ini, diharapkan akan mampu mempengaruhi WPS untuk melakukan pemeriksaan *screening*.<sup>17)</sup> Klinik VCT telah disediakan oleh Griya ASA di dalam wilayah lokasi Sunan Kuning untuk mempermudah akses pelayanan untuk WPS dan pelanggannya.

Populasi sasaran dalam penelitian ini adalah semua Wanita Pekerja Seks (WPS) yang terdapat di lokasi Sunan Kuning, Argorejo, Kota Semarang. Menurut laporan tahunan KPA Kota Semarang tahun 2007, saat ini terdapat 635 WPS yang bekerja di lokasi Sunan Kuning.<sup>31)</sup>

Populasi sampel adalah Wanita Pekerja Seks (WPS) di lokasi Sunan Kuning, Argorejo, Kota Semarang yang pernah melakukan konseling dan testing di klinik VCT.

Pemilihan sampel dilakukan secara *simple random sampling*. Penentuan jumlah sampel dilakukan dengan rumus berikut :<sup>32)</sup>

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P).N}{d^2 (N-1) + z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Dimana :

$z = 1,960$  (tingkat kepercayaan 95%)

$P = 0,5$

$d = 0,1$

$N = 635$

Dari perhitungan dengan rumus sampel diatas, didapatkan jumlah sampel minimal sebesar 84 sampel. Dalam penelitian ini, sampel yang diambil sebanyak 90 WPS.

Pada saat dilakukan pengambilan data, pengurus resos Sunan Kuning tidak mempunyai data lengkap WPS yang bekerja lokasi tersebut. Hal tersebut terjadi karena pada saat itu terjadi reorganisasi pengurus, dan data anak asuh tidak diserahkan kepada pengurus yang baru. Data yang tersedia hanya data anak asuh baru di masing-masing pengasuh yang dicatat mulai dari bulan April 2008.

Peneliti menggunakan daftar WPS yang sudah pernah melakukan VCT yang diambil dari LSM ASA PKBI Kota Semarang yang melakukan pendampingan pada WPS serta membuka klinik VCT dan pemeriksaan IMS di lokasi Sunan Kuning, sebagai dasar pengambilan sampel.

#### **E. DEFINISI OPERASIONAL VARIABEL PENELITIAN DAN SKALA PENGUKURAN**

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah praktik VCT ulang WPS di lokasi Sunan Kuning.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah :

1. Keyakinan mengenai manfaat VCT
2. Nilai yang diperoleh dengan mengetahui status HIV
3. Dorongan dari orang lain
4. Motivasi untuk mengikuti dorongan orang lain
5. Praktik organisasi klinik VCT
6. Lingkungan organisasi klinik VCT.

Definisi operasional dari variabel penelitian adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 Definisi operasional dari variabel penelitian

No	Variabel	Indikator variabel	Cara ukur	Kategori	Skala data
1	Keyakinan mengenai manfaat VCT	Pendirian responden yang meyakini bahwa konseling dan testing ulang HIV akan memberikan manfaat pada diri responden.	Pertanyaan berjumlah 10 pertanyaan. Pertanyaan (+) : 1,2,4,5,7,9,10 Pertanyaan (-) : 3,6,8. Skor jawaban: antara 1 - 5	Skor tertinggi untuk variabel ini berjumlah 50 dan terendah 10. Pengkategorian berdasar nilai median, yaitu : Kurang : $\leq 30$ Baik : $> 30$	Ordinal
2	Nilai yang diperoleh dengan mengetahui status HIV	Pandangan responden tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada diri WPS akibat mengetahui status HIV dirinya.	Pertanyaan berjumlah 10 pertanyaan. Pertanyaan (+) : 1,2,3,5,7,8,9,10 Pertanyaan (-) : 4,6. Skor jawaban: antara 1 - 5	Skor tertinggi untuk variabel ini berjumlah 50 dan terendah 10. Pengkategorian berdasar nilai median, yaitu : Kurang : $\leq 30$ Baik : $> 30$	Ordinal
3	Dorongan orang lain	Dukungan, himbauan dan atau perintah dari orang lain pada diri responden untuk mau melakukan VCT ulang. Dorongan yang diukur berasal dari: -mucikari -petugas outreach -sesama WPS -keluarga -petugas kesehatan klinik VCT -pelanggan -pasangan/pacar	Pertanyaan berjumlah 7 pertanyaan. Seluruh pertanyaan bersifat <i>favourable</i> . Skor jawaban: antara 1 - 5	Skor tertinggi untuk variabel ini berjumlah 35 dan terendah 7. Pengkategorian berdasar nilai median, yaitu : Kurang : $\leq 21$ Baik : $> 21$	Ordinal

No	Variabel	Indikator variabel	Cara ukur	Kategori	Skala data
4	Motivasi mengikuti dorongan orang lain	Keinginan responden untuk mengikuti dorongan, himbauan, perintah dari orang lain untuk melakukan VCT ulang.	Pertanyaan berjumlah 7 pertanyaan. Seluruh pertanyaan bersifat <i>favourable</i> . Skor jawaban: antara 1 - 5	Skor tertinggi untuk variabel ini berjumlah 35 dan terendah 7. Pengkategorian berdasar nilai median, yaitu : Kurang : $\leq 21$ Baik : $> 21$	Ordinal
5	Praktik organisasi klinik VCT	Praktik pelayanan yang diberikan oleh klinik VCT pada klien mulai dari pendaftaran, konseling pre-tes, tes HIV, konseling post-tes.	Sebelum dilakukan uji validitas berjumlah 11 pertanyaan. Pertanyaan (+) : 2,4,6,7,8,9. Pertanyaan (-) : 1,3,5. Jawaban ya mendapat skor 1 dan tidak skor 2.	Skor tertinggi untuk variabel ini berjumlah 18 dan terendah 9. Pengkategorian berdasar nilai median, yaitu : Kurang : $\geq 13$ Baik : $< 13$	Ordinal
6	Lingkungan organisasi klinik VCT	Lingkungan klinik VCT yang memberikan kenyamanan dan ketersediaan daya dukung bagi kelancaran konseling dan testing HIV.	Sebelum dilakukan uji validitas berjumlah 9 pertanyaan. Seluruh pertanyaan bersifat <i>favourable</i> . Jawaban ya mendapat skor 1 dan tidak skor 2.	Skor tertinggi untuk variabel ini berjumlah 16 dan terendah 8. Pengkategorian berdasar nilai median, yaitu : Kurang : $\geq 12$ Baik : $< 12$	Ordinal
7	Praktik VCT ulang		1. VCT ulang jika WPS melakukan VCT ulang dalam waktu 3 bulan terakhir, dihitung dari saat dilakukannya wawancara. 2. Tidak VCT ulang jika WPS melakukan VCT ulang dalam waktu 3 bulan terakhir, dihitung dari saat dilakukannya wawancara.		

## F. ALAT DAN CARA PENELITIAN

Teknik pengumpulan data primer dilakukan dengan metode wawancara menggunakan kuesioner yang telah disediakan oleh peneliti. Beberapa pertanyaan dalam kuesioner diambil oleh peneliti dari kuesioner standar yang telah dipublikasikan.

Sebelum digunakan dalam wawancara dengan responden, instrumen diuji terlebih dahulu dengan melakukan uji coba pada subyek lain yang bukan merupakan populasi sasaran. Uji coba dilakukan pada 30 WPS di Gambilangu, Semarang. Pemilihan lokasi ujicoba di Gambilangu berdasarkan asumsi bahwa WPS di Gambilangu mempunyai karakteristik yang hampir sama dengan WPS di Sunan Kuning. WPS di kedua lokasi tersebut tinggal dalam lingkungan lokalisasi yang terorganisasi, dimana terdapat kepengurusan dalam lokalisasi. Semua WPS juga menetap bersama dengan masing-masing mucikari, tidak tinggal terpisah.

Pengumpulan data dibantu oleh 3 (tiga) orang enumerator yang membantu peneliti untuk melakukan wawancara kepada responden. Sebelum dilakukan pengumpulan data, enumerator dilatih oleh peneliti agar dapat melakukan wawancara dengan cara yang benar dan mempunyai persepsi yang sama dengan peneliti sehingga akan didapatkan data yang diperlukan.

Sebelum wawancara dilakukan, terlebih dahulu diberikan penjelasan kepada responden mengenai tujuan penelitian dan data-data yang diambil bersifat rahasia dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini.

Wawancara dilakukan dengan mendatangi setiap responden di tempat tinggal masing-masing di Sunan Kuning dengan terlebih dulu meminta ijin kepada mucikari. Hal ini dilakukan untuk mengurangi terjadinya bias pada jawaban responden jika dibanding wawancara dilakukan dengan cara mengumpulkan seluruh responden secara bersamaan pada suatu tempat.

Pengambilan data sekunder dilakukan untuk melengkapi kebutuhan data yang sesuai untuk keperluan penelitian seperti data umum rehabilitasi sosial

Sunan Kuning, data-data program kegiatan pendampingan WPS dan kegiatan VCT. Selain itu peneliti juga melakukan observasi lapangan di lingkungan rehabilitasi sosial Sunan Kuning.

## 1. Validitas Instrumen

Terdapat empat jenis validitas pengukuran, yaitu : (1) validitas muka; (2) validitas isi; (3) validitas kriteria; dan (4) validitas konstruk.<sup>33)</sup>

Validitas instrumen dalam penelitian ini diukur dengan validitas konstruk. Validitas instrumen diukur dari hasil uji coba kuesioner yang dilakukan pada responden dengan ciri-ciri yang relatif sama dengan ciri-ciri responden dalam penelitian ini. Bila alat pengukur telah memiliki validitas konstruk berarti semua item (pertanyaan atau pernyataan) yang ada di dalam alat pengukur itu mengukur konsep yang ingin diukur.<sup>33)</sup>

Jumlah responden untuk uji coba paling sedikit 30 orang. Jumlah responden yang lebih dari 30 orang biasanya cukup memadai untuk taraf uji coba. Hal ini disebabkan distribusi skor (nilai, hasil pengukuran) akan mendekati distribusi normal.<sup>34)</sup>

Validitas instrumen diukur dengan menggunakan Korelasi Item-Total (*Item-Total Correlation*). Streiner dan Norman (2000) menyatakan Korelasi Item-Total (*Item-Total Correlation*) merupakan tes homogenitas alat ukur dengan cara mengkorelasikan item-item secara individual dengan alat ukur keseluruhan setelah mengurangi item itu.<sup>33)</sup>

Teknik korelasi yang dipakai ialah teknik korelasi product moment yang rumusnya sebagai berikut:<sup>33)</sup>

$$r_{i(t-1)} = \left( \frac{r_{it}\sigma_t - \sigma_i}{\sqrt{(\sigma_i^2 + \sigma_t^2 - 2\sigma_i\sigma_t r_{it})}} \right)$$

Dimana :

$r_{i(t-1)}$  : korelasi item i dengan skor total, setelah menyingkirkan pengaruh item i terhadap skor total

$r_{it}$  : korelasi item i dengan skor total

$\sigma_i$  : deviasi standar item i

$\sigma_t$  : deviasi standar skor total

Pada umumnya koefisien yang terbaik untuk mengukur korelasi-item total adalah koefisien korelasi product moment Pearson seperti disajikan diatas.<sup>33)</sup> Jika item dikotomi, maka koefisien yang dianjurkan adalah korelasi titik-biserial (*point-biserial correlation*). Jika level pengukuran lebih dari dua, maka koefisien korelasi *product moment* cukup kuat untuk digunakan meskipun data tidak didistribusikan dengan normal.<sup>33)</sup>

Hasil dari uji validitas kesioner penelitian adalah sebagai berikut :

Tabel 3.2. Hasil uji validitas kuesioner variabel keyakinan tentang VCT

<b>Pertanyaan</b>	<b>Hasil</b>
Pertanyaan 1	valid
Pertanyaan 2	valid
Pertanyaan 3	valid
Pertanyaan 4	valid
Pertanyaan 5	valid
Pertanyaan 6	valid
Pertanyaan 7	valid
Pertanyaan 8	valid
Pertanyaan 9	valid
Pertanyaan 10	valid

Seluruh pertanyaan yang digunakan dalam kuesioner penelitian untuk variabel keyakinan tentang VCT adalah valid.

Tabel 3.3. Hasil uji validitas kuesioner variabel nilai jika mengetahui status HIV

<b>Pertanyaan</b>	<b>Hasil</b>
Pertanyaan 1	valid
Pertanyaan 2	valid
Pertanyaan 3	valid
Pertanyaan 4	valid
Pertanyaan 5	valid
Pertanyaan 6	valid
Pertanyaan 7	valid
Pertanyaan 8	valid
Pertanyaan 9	valid
Pertanyaan 10	valid

Seluruh pertanyaan yang digunakan dalam kuesioner penelitian untuk variabel nilai jika mengetahui status HIV dirinya adalah valid.

Tabel 3.4. Hasil uji validitas kuesioner variabel dorongan orang lain untuk melakukan VCT

<b>Pertanyaan</b>	<b>Hasil</b>
Pertanyaan 1	valid
Pertanyaan 2	valid
Pertanyaan 3	valid
Pertanyaan 4	valid
Pertanyaan 5	valid
Pertanyaan 6	valid
Pertanyaan 7	valid

Seluruh pertanyaan yang digunakan dalam kuesioner penelitian untuk variabel dorongan orang lain untuk melakukan VCT adalah valid.

Tabel 3.5. Hasil uji validitas kuesioner variabel motivasi untuk mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT

<b>Pertanyaan</b>	<b>Hasil</b>
Pertanyaan 1	valid
Pertanyaan 2	valid
Pertanyaan 3	valid
Pertanyaan 4	valid
Pertanyaan 5	valid
Pertanyaan 6	valid
Pertanyaan 7	valid

Seluruh pertanyaan yang digunakan dalam kuesioner penelitian untuk variabel dorongan orang lain untuk melakukan VCT adalah valid.

Tabel 3.6. Hasil uji validitas kuesioner variabel praktik organisasi klinik VCT

<b>Pertanyaan</b>	<b>Hasil</b>
Pertanyaan 1	valid
Pertanyaan 2	valid
Pertanyaan 3	tidak valid
Pertanyaan 4	valid
Pertanyaan 5	valid
Pertanyaan 6	valid
Pertanyaan 7	valid
Pertanyaan 8	valid
Pertanyaan 9	tidak valid
Pertanyaan 10	valid
Pertanyaan 11	valid
Pertanyaan 14	tidak valid

Pertanyaan nomor 3, 9 dan 14 yang digunakan dalam kuesioner penelitian untuk variabel dorongan orang lain untuk melakukan VCT dinyatakan tidak valid.

Tabel 3.7. Hasil uji validitas kuesioner variabel lingkungan organisasi klinik VCT

<b>Pertanyaan</b>	<b>Hasil</b>
Pertanyaan 1	valid
Pertanyaan 2	valid
Pertanyaan 3	valid
Pertanyaan 4	valid
Pertanyaan 5	valid
Pertanyaan 6	valid
Pertanyaan 7	valid
Pertanyaan 8	valid
Pertanyaan 9	tidak valid

Pertanyaan nomor 9 yang digunakan dalam kuesioner penelitian untuk variabel dorongan orang lain untuk melakukan VCT dinyatakan tidak valid.

Pertanyaan dalam kuesioner yang dinyatakan tidak valid dalam uji validitas, selanjutnya tidak digunakan dalam pengambilan data di lokasi Sunan Kuning Semarang. Hal ini karena masih terdapat pertanyaan-pertanyaan lain yang valid dan dapat mewakili pertanyaan yang tidak valid tersebut.

## 2. Reliabilitas Instrumen

Reliabilitas pengukuran ditentukan oleh homogenitas cara pengukuran di dalam alat ukur itu sendiri, dan konsistensi pengukuran ketika diterapkan di berbagai situasi.

Uji reliabilitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah reliabilitas belah-paroh (*split-half reliability*) dengan metode pengukuran derajat reliabilitas Alpha Cronbach. Uji reliabilitas belah-paroh memeriksa homogenitas alat ukur dengan cara membagi item-item ke dalam dua paroh kelompok. Jika kedua paroh berkorelasi tinggi, maka dikatakan alat ukur memiliki konsistensi internal.<sup>33)</sup>

Alpha Cronbach merupakan ekstensi KR-20, dapat digunakan untuk item-item yang mempunyai lebih dari dua jawaban. Jika digunakan pada item-item dikotomi, alpha Cronbach memberikan hasil yang sama dengan KR-20.<sup>33)</sup>

Rumus dari alpha Cronbach adalah :

$$\alpha = \left( \frac{n}{n-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_T^2} \right)$$

Dimana :

$n$  : jumlah item

$\sigma_i$  : deviasi standar masing-masing item

$\sigma_T$  : simpang baku dari skor total

Tingkat reliabilitas dengan metode alpha Cronbach diukur berdasarkan skala alpha 0 sampai dengan 1. Berdasarkan skala tersebut, nilai alpha dikatakan reliabel jika mencapai  $> 0,60$ .<sup>35)</sup>

Hasil dari uji reliabilitas kuesioner penelitian adalah sebagai berikut :

Tabel 3.8. Hasil uji reliabilitas kuesioner penelitian

No	Nama Variabel	Alpha Cronbach	Jumlah Item
1.	Keyakinan mengenai manfaat VCT	0,675	10
2.	Nilai yang diperoleh dengan mengetahui status HIV	0,904	10
3.	Dorongan dari orang lain	0,793	7
4.	Motivasi untuk mengikuti dorongan orang lain	0,765	7
5.	Praktik organisasi	0,622	9
6.	Lingkungan organisasi	0,685	8

Hasil uji reliabilitas tersebut menunjukkan bahwa semua variabel mempunyai alpha Cronbach lebih tinggi dari 0,6, yang berarti instrumen tersebut reliabel untuk dijadikan alat penelitian.

## G. PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

Pengolahan data penelitian menggunakan program *Statistical Programme for Social Science* (SPSS) versi 13.0. Analisis data penelitian dilakukan dengan cara:

### 1. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan variabel penelitian secara deskriptif dalam bentuk distribusi frekuensi.

### 2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antar variabel penelitian. Analisis menggunakan uji statistik *chi square* dengan selang kepercayaan 95 %.

### 3. Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui kekuatan hubungan antar beberapa variabel penelitian. Analisis menggunakan regresi logistik.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### A. GAMBARAN LOKASI PENELITIAN

Lokalisasi Sunan Kuning terletak di wilayah perbukitan Kelurahan Kalibanteng Barat tepatnya di RW IV. Lokalisasi tersebut menempati areal tanah seluas kira-kira 3,5 hektar. Di tempat itu berdiri rumah-rumah mucikari yang semula merupakan bangunan-bangunan yang sederhana. Selain itu lokalisasi Sunan Kuning dilengkapi dengan gedung pendidikan, lapangan olahraga, dan pos keamanan dan penjagaan.

Setiap WPS di rehabilitasi sosial Sunan Kuning harus terdaftar secara sah. Demikian juga para mucikari sebagai orang tua asuh atau induk semang para WPS tersebut. Terdapat aturan-aturan dan tata tertib yang harus ditaati oleh WPS dan mucikari di Sunan Kuning. Aturan-aturan dan tata tertib tersebut apabila dilanggar akan dikenai sanksi oleh pengurus.

Rehabilitasi sosial Sunan Kuning dikelola oleh pengurus Resos terdiri atas pengasuh laki-laki / *papi* dan pengasuh perempuan / *mami* serta wakil warga masyarakat yang tinggal di wilayah tersebut. Kepengurusan rehabilitasi sosial tidak melibatkan WPS, bertempat di satu kantor di dalam gedung rehabilitasi sosial.

Lokalisasi Sunan Kuning mempunyai peraturan yang ditegakkan untuk anak asuh maupun mucikari. Salah satunya adalah kegiatan yang wajib diikuti oleh seluruh WPS adalah pembinaan. WPS biasa menyebutnya sekolah. Kegiatan ini diselenggarakan di Gedung Resos secara rutin bergilir,

hari Selasa untuk gang 1,2,3, sedangkan sisanya pada hari Kamis untuk gang 4,5,6, dan Malang. Hari-hari selain itu, mereka gunakan untuk mencari klien di depan wisma. Sedangkan kegiatan pilihan untuk menambah keterampilan WPS dapat mengikuti latihan merias di salon, menjahit dan memasak.

Pembinaan dan pendidikan yang dilakukan oleh tim Rehabilitasi Sosial memberi dampak positif kepada WPS di Sunan Kuning. Materi pembinaan yang diberikan setiap minggunya berbeda-beda, terdapat materi tentang siraman rohani keagamaan, keamanan, kesejahteraan, dan kesehatan, khususnya kesehatan seksual. Sebelum pembinaan dari Departemen Agama, Kapolsek, Dinas Sosial Kota Semarang dan LSM Griya ASA, WPS mendapat suntikan vitamin dan pengobatan khusus IMS dari Puskesmas Lebdosari.

Di lokasi Sunan Kuning terdapat klinik IMS dan VCT yang sering disebut dengan Klinik Griya Asa. Klinik ini dikelola oleh LSM ASA PKBI yang melakukan penjangkauan pada wanita pekerja seks. Keberadaan klinik tersebut memberi manfaat bagi WPS karena dapat memperoleh layanan pengobatan IMS dan melakukan konsultasi mengenai IMS, serta melakukan konseling dan testing HIV.

## **B. KARAKTERISTIK SOSIODEMOGRAFI RESPONDEN**

### **1. Umur**

Total sampel dalam penelitian ini berjumlah 90 WPS dengan umur berkisar antara 17 – 43 tahun. Rata-rata umur responden dalam penelitian ini

26 tahun. Sebanyak 37,8 % responden berusia dibawah 24 tahun, yang berarti masih dalam usia remaja.

Tabel 4.1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan kelompok umur

<b>Kelompok Umur</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
≤ 18 tahun	6	6,7
19 – 23 tahun	28	31,1
24 – 28 tahun	28	31,1
29 – 33 tahun	15	16,7
34 – 38 tahun	8	8,9
≥ 39 tahun	5	5,5
Jumlah	90	100

## 2. Status Pernikahan

Tabel 4.2 menunjukkan status pernikahan dari responden. Status pernikahan 66,7 % responden adalah cerai hidup/cerai mati. 8,9 % responden dengan status menikah dan 24,4 % responden belum menikah.

Tabel 4.2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pernikahan

<b>Status pernikahan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Belum menikah	22	24,4
Menikah	8	8,9
Cerai hidup/mati	60	66,7
Jumlah	90	100

## 3. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan responden dapat dikatakan tergolong cukup rendah, 35,6 % dengan pendidikan terakhir tidak tamat/tamat SD dan 45,6 % dengan pendidikan terakhir tamat SMP. Hanya 18,9 % responden dengan pendidikan

terakhir tamat SMA. Tidak terdapat responden dengan pendidikan tamat akademi/perguruan tinggi.

Tabel 4.3. Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan

<b>Tingkat Pendidikan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Tidak tamat / tamat SD	32	35,6
Tamat SMP	41	45,6
Tamat SMA	17	18,9
Tamat Akademi/PT	-	-
Jumlah	90	100

#### 4. Lama Bekerja

Sesuai dengan umur responden yang sebagian besar masih tergolong muda, 46,7 % responden telah bekerja sebagai WPS selama kurang dari 1 tahun. 31,1 % responden bekerja sebagai WPS antara 1 – 2 tahun, 15,6 % responden telah bekerja selama 2 – 4 tahun sebagai WPS, 6,6 % responden telah bekerja sebagai WPS selama lebih dari 4 tahun. Rata-rata lama bekerja responden sebagai WPS adalah 21 bulan.

Tabel 4.4. Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama bekerja sebagai WPS

<b>Lama bekerja sebagai WPS</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Kurang dari 1 tahun	42	46,7
1 – 2 tahun	28	31,1
2 – 4 tahun	14	15,6
4 – 6 tahun	2	2,2
Lebih dari 6 tahun	4	4,4
Jumlah	90	100

## 5. Praktik VCT ulang

Praktik VCT ulang responden dikategorikan menjadi 2 (dua), yaitu responden yang tidak melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir dan responden yang melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir. Sebesar 42,2 % WPS dalam penelitian ini tidak melakukan VCT ulang dan 57,8 % WPS melakukan VCT ulang.

Tabel 4.5. Distribusi frekuensi responden berdasarkan praktik VCT ulang

<b>Praktik VCT ulang</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Tidak melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir	38	42,2
Melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir	52	57,8
Jumlah	90	100

## 6. Tempat VCT terakhir

Tempat VCT terakhir responden terdistribusi cukup merata. Sebanyak 38,9 % WPS melakukan VCT terakhir di rumah sakit. 28,9 % WPS melakukan VCT terakhir di klinik VCT swasta yang terdapat di lingkungan resosialisasi Sunan Kuning. Sebanyak 32,2 % responden melakukan VCT di tempat lain. Tempat lain tersebut adalah gedung Resosialisasi Sunan Kuning. Didapatkan informasi dari WPS dan pengurus resosialisasi bahwa pada pertengahan tahun 2008 pernah diadakan VCT di gedung resosialisasi tersebut.

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tempat VCT terakhir

Tempat terakhir VCT	Jumlah	Persentase
Klinik VCT swasta	26	28,9
Rumah sakit	35	38,9
Tempat lain	29	32,2
Jumlah	90	100

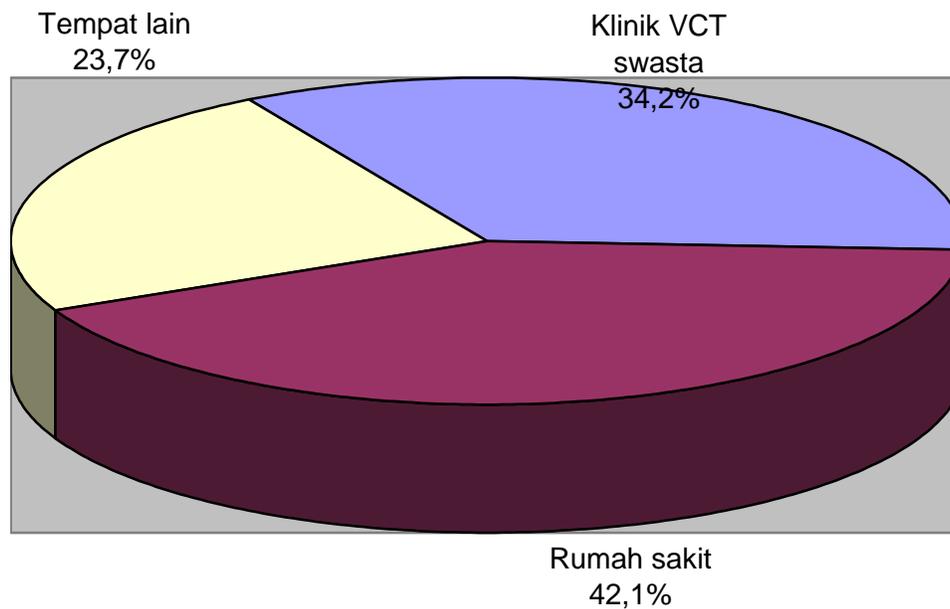
50 % responden yang melakukan VCT terakhir di klinik VCT swasta melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir. Sebanyak 54,3 % responden yang melakukan VCT terakhir di rumah sakit dan 69 % WPS yang melakukan VCT terakhir di tempat lain merupakan VCT ulang.

Tabel 4.7 Tabulasi silang antara tempat terakhir VCT dengan praktik responden dalam VCT ulang

Tempat terakhir VCT	Tidak VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		Total	
	n	%	n	%	n	%
Klinik VCT swasta	13	50	13	50	26	100
Rumah sakit	16	45,7	19	54,3	35	100
Tempat lain	9	31	20	69	29	100

Pada kelompok responden yang tidak melakukan VCT dalam 3 bulan terakhir, 34,2 % melakukan VCT terakhir di klinik VCT swasta, 42,1 % melakukan VCT terakhir di rumah sakit dan 23,7 % melakukan VCT terakhir di tempat lain, seperti digambarkan dalam gambar berikut.

Gambar 4.1 Diagram pie dari tempat VCT terakhir pada kelompok responden yang tidak melakukan VCT ulang



### C. ANALISIS UNIVARIAT

#### 1. Keyakinan mengenai VCT

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 71,1 % responden sudah mempunyai keyakinan yang baik tentang VCT, tetapi masih terdapat 28,9 % responden yang mempunyai keyakinan kurang baik tentang VCT.

Tabel 4.8 Distribusi frekuensi responden berdasarkan keyakinan mengenai VCT

Keyakinan mengenai VCT	Jumlah	Persentase
Keyakinan baik	64	71,1
Keyakinan kurang baik	26	28,9
Jumlah	90	100

Secara rinci , keyakinan responden yang kurang baik mengenai VCT diuraikan sebagai berikut. Sebanyak 36,7 % responden mempunyai keyakinan bahwa meski telah melakukan VCT, tidak merubah kesehatan diri WPS karena sering berganti-ganti pasangan seksual. Peneliti menganalisis bahwa masih terdapat ketidakyakinan dalam diri WPS untuk tetap dapat berperilaku seks yang aman meskipun berganti-ganti pasangan. Hal ini disebabkan oleh masih terdapat banyak pelanggan yang tidak mau menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan WPS.

Tabel 4.9 Distribusi frekuensi jawaban responden mengenai keyakinan tentang VCT

No	Pernyataan	Keyakinan	
		Kurang baik (%)	Baik (%)
1	Status HIV hanya dapat diketahui dengan testing HIV	10	90
2	Jika tidak melakukan konseling, maka tidak akan mendapat informasi tentang IMS, HIV & AIDS	12,2	87,8
3	Perilaku seks WPS tidak berisiko mengidap HIV sehingga tidak harus melakukan VCT	35,5	64,5
4	Seseorang akan terkena AIDS dalam beberapa tahun mendatang jika tidak melakukan VCT secara rutin	14,4	85,6
5	WPS perlu melakukan test HIV secara rutin karena semua pelanggan sangat berisiko terkena Infeksi Menular Sekual (IMS)	11,1	88,9
6	WPS masih dapat melindungi diri dari HIV tanpa melakukan VCT	35,6	64,4
7	Seseorang yang berhubungan seks dengan orang yang berisiko mengidap HIV perlu melakukan VCT	16,6	83,4
8	Melakukan VCT tidak akan merubah kesehatan WPS karena sering berganti-ganti pasangan seksual	36,7	63,3
9	VCT bermanfaat bagi orang yang berisiko HIV	13,3	86,7
10	WPS merubah perilaku seks berisiko setelah melakukan VCT	35,5	64,5

Keyakinan yang kurang baik juga ditunjukkan oleh 35,6 % responden dengan menyatakan masih dapat melindungi diri dari HIV tanpa melakukan VCT. Terdapat persepsi yang salah dari responden bahwa tanpa melalui tes HIV di klinik VCT, mereka dapat mengetahui apakah diri mereka terinfeksi HIV atau tidak, hanya dengan melihat tanda-tanda dan perubahan-perubahan yang tampak pada diri mereka.

Sebesar 35,5 % responden masih mempunyai keyakinan bahwa perilaku seks WPS tidak berisiko mengidap HIV sehingga tidak harus melakukan VCT. Peneliti menganalisis bahwa pengetahuan responden dalam kelompok ini mengenai faktor risiko penularan HIV masih kurang.

Sebanyak 35,5 % responden mempunyai keyakinan bahwa banyak teman-teman WPS yang tidak merubah perilaku seks berisiko setelah melakukan VCT. Keyakinan ini menyebabkan responden juga terpengaruh untuk tidak merubah perilaku berisiko pada dirinya, karena perilaku teman-teman WPS mempunyai pengaruh yang besar terhadap perilaku individu WPS. Sebuah penelitian pada perilaku pemanfaatan skrining oleh WPS di Kota Semarang menunjukkan bahwa WPS tidak melakukan skrining karena tidak adanya dukungan dari teman sesama WPS.<sup>13)</sup>

## **2. Nilai jika mengetahui status HIV dirinya**

Hasil penelitian menunjukkan sebesar 75,6 % responden menilai baik jika WPS mengetahui status HIV dirinya tetapi masih terdapat 24,4 % responden yang menilai kurang baik jika WPS mengetahui status HIV dirinya.

Tabel 4.10 Distribusi frekuensi responden berdasarkan nilai jika tahu status HIV pada dirinya

<b>Nilai tentang status HIV</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Nilai baik	68	75,6
Nilai kurang	22	24,4
Jumlah	90	100

Masih adanya nilai yang kurang baik jika WPS mengetahui status HIV dirinya diuraikan sebagai berikut. Sebesar 45,6 % responden menyatakan bahwa tidak akan mampu merubah perilaku pelanggan untuk melakukan seks yang aman meskipun telah melakukan VCT. Hal ini menunjukkan bahwa WPS belum mempunyai kemampuan untuk mempengaruhi pelanggan untuk berperilaku seks yang aman. Selain itu, juga menggambarkan bahwa pengetahuan pelanggan tentang penularan IMS masih kurang sehingga masih tetap melakukan perilaku seks yang tidak aman.

Sebesar 23,3 % responden juga menilai bahwa meskipun banyak orang yang melakukan VCT, tidak akan mengurangi terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap pengidap HIV. Hal ini menggambarkan bahwa WPS belum mempunyai sikap positif terhadap penderita HIV setelah menjalani konseling pada saat melakukan VCT. WPS dalam kelompok ini belum memberikan dukungan terhadap upaya menghilangkan adanya stigma dan diskriminasi terhadap pengidap HIV. Peneliti menganalisis bahwa terjadinya hal tersebut karena konseling pra-tes dan post-tes yang diberikan kepada WPS kurang mendalam sehingga tidak mendapatkan hasil yang baik.

Tabel 4.11 Distribusi frekuensi jawaban responden mengenai nilai jika mengetahui status HIV dirinya

No	Pernyataan	Nilai	
		Kurang baik (%)	Baik (%)
1	Mengetahui status HIV akan membuat seseorang tidak melakukan hubungan seks beresiko.	21,1	78,9
2	Seseorang akan menderita AIDS bila tidak melakukan VCT	12,2	87,8
3	Mengetahui status HIV membuat perasaan nyaman	8,9	91,1
4	Setelah melakukan test HIV, saya dan pasangan saya tidak perlu berperilaku seks yang aman.	20	80
5	Setelah tahu status HIV akan mempraktikkan seks yang aman kepada semua pasangan seks.	18,9	81,1
6	Setelah melakukan VCT, tidak akan mampu merubah perilaku pelanggan untuk melakukan seks yang aman.	45,6	54,4
7	Setelah melakukan VCT mendapatkan informasi yang tentang IMS, HIV dan AIDS yang jelas dan sesuai fakta.	7,8	92,2
8	Mendapatkan akses ke berbagai pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan IMS, HIV dan AIDS setelah melakukan VCT.	7,7	92,3
9	Semakin banyak orang yang melakukan VCT akan semakin mengurangi terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap pengidap HIV.	23,3	76,7
10	Setelah melakukan VCT, merasa terbantu untuk merencanakan perubahan untuk masa depan.	6,7	93,3

Sebanyak 21,1 % responden masih menyatakan bahwa meski telah mengetahui status HIV dirinya, seseorang tetap akan melakukan hubungan seks berisiko. Hal ini juga menunjukkan bahwa persepsi responden masih mempunyai persepsi yang salah tentang kegawatan atau keparahan yang ditimbulkan jika seseorang terinfeksi HIV. Dimungkinkan juga terdapat

motivasi lain dalam diri responden yang menyebabkan tetap melakukan hubungan seks yang berisiko, antara lain lebih mudah mendapatkan uang, atau takut kehilangan pelanggan jika memaksa pelanggan untuk melakukan seks yang aman.

### 3. Dorongan orang lain untuk melakukan VCT

Dorongan orang lain yang secara kontinyu berada di lingkungan sekitar WPS bekerja atau secara psikologis mempunyai ikatan cukup kuat dengan WPS memberikan pengaruh yang cukup besar terhadap perilaku WPS dalam melakukan VCT. Dalam penelitian ini, dorongan orang lain yang diukur adalah dorongan dari mucikari, petugas outreach, teman WPS, keluarga, petugas kesehatan klinik VCT, pelanggan dan pasangan/pacar.

Sebanyak 97,8 % responden dikategorikan mendapat dorongan yang baik dari orang lain untuk melakukan VCT. Namun demikian masih terdapat 2,2 % responden yang kurang mendapatkan dorongan dari orang lain untuk melakukan VCT.

Tabel 4.12 Distribusi frekuensi responden berdasarkan dorongan orang lain untuk melakukan VCT

<b>Dorongan orang lain untuk melakukan VCT</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Dorongan baik	88	97,8
Dorongan kurang	2	2,2
Jumlah	90	100

Secara keseluruhan, sebagian besar WPS mendapat dorongan yang baik dari orang lain kepada dirinya untuk melakukan VCT. WPS

mendapatkan dorongan yang baik untuk melakukan VCT dari mucikari, petugas outreach, teman-teman WPS, petugas kesehatan klinik VCT dan pasangan atau pacar.

Dorongan yang kurang baik dari orang lain secara terperinci sebagai berikut. Sebanyak 15,5 % WPS kurang mendapatkan dorongan dari keluarga. Hal ini disebabkan karena sebagian WPS bekerja di lokalisasi Sunan Kuning tanpa sepengetahuan dari keluarga. Mereka hanya mengatakan bekerja di Kota Semarang dengan jenis pekerjaan sebagai penjaga toko, pembantu rumah tangga atau pekerjaan lain yang dianggap wajar oleh keluarga mereka. Ketidaktahuan keluarga tentang pekerjaan responden yang sebenarnya menyebabkan WPS merasa tidak mendapatkan dorongan dari keluarga untuk melakukan VCT.

Tabel 4.13 Distribusi frekuensi jawaban responden mengenai dorongan orang lain untuk melakukan VCT

No	Subyek pemberi dorongan	Dorongan	
		Kurang baik (%)	Baik (%)
1	Petugas outreach	1,1	98,9
2	Petugas kesehatan di klinik VCT	1,1	98,9
3	Mucikari	3,3	96,7
4	Teman-teman WPS	3,3	96,7
5	Pasangan/pacar	4,4	95,6
6	Pelanggan	8,9	91,1
7	Keluarga	15,5	84,5

Sebanyak 8,9 % responden kurang mendapatkan dorongan untuk melakukan VCT dari pelanggan. Ketidaktahuan pelanggan tentang VCT dan manfaat melakukan VCT memberikan kontribusi terhadap kurangnya dorongan dari pelanggan untuk melakukan VCT. Juga masih terdapat

pelanggan dengan pengetahuan yang kurang tentang IMS dan cara-cara penularannya sehingga tidak memberikan dorongan kepada WPS untuk melakukan VCT.

#### 4. Motivasi mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 86,7 % responden mempunyai motivasi baik untuk mengikuti dorongan orang lain, tetapi masih terdapat 13,3 % responden yang kurang mempunyai motivasi untuk mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT.

Tabel 4.14 Distribusi frekuensi responden berdasarkan motivasi mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT

<b>Motivasi mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Motivasi baik untuk mengikuti dorongan orang lain	78	86,7
Kurang motivasi mengikuti dorongan orang lain	12	13,3
Jumlah	90	100

Tabel 4.15 menunjukkan bahwa sebagian besar WPS mempunyai motivasi yang kuat untuk mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT. Hasil ini menunjukkan kepatuhan WPS kepada mucikari sehingga mempunyai motivasi yang baik mengikuti dorongan dari mucikari. Kepatuhan serupa juga timbul terhadap dorongan dari petugas outreach dan petugas kesehatan klinik VCT. Rasa segan terhadap subyek-subyek tersebut meningkatkan dorongan pada diri WPS untuk melakukan VCT.

Masih terdapat sebagian kecil responden yang kurang mempunyai motivasi untuk mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT. Sebanyak 15,5 % WPS kurang mempunyai motivasi untuk mengikuti dorongan dari keluarga. Tingginya persentase WPS yang kurang motivasi mengikuti dorongan keluarga berkaitan dengan kurangnya dorongan dari keluarga. WPS yang kurang mendapatkan dorongan dari keluarga, akan mengurangi motivasi untuk melakukan VCT.

Tabel 4.15 Distribusi frekuensi jawaban responden mengenai motivasi mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT

No	Sumber dorongan dari :	Motivasi mengikuti dorongan	
		Kurang baik (%)	Baik (%)
1	Mucikari	1,1	98,9
2	Petugas kesehatan di klinik VCT	2,2	97,8
3	Petugas outreach	3,3	96,7
4	Teman-teman WPS	5,5	94,5
5	Pelanggan	6,7	93,3
6	Pasangan/pacar	8,9	81,1
7	Keluarga	15,5	84,5

Masih terdapat sebanyak 8,9 % responden kurang motivasi untuk mengikuti dorongan untuk melakukan VCT dari pasangan atau pacar. Beberapa WPS mempunyai pasangan seks tetap<sup>37)</sup> dan tinggal bersama di sekitar lokalisasi. Mereka hidup bersama tanpa ikatan perkawinan yang resmi.

Perilaku pasangan mempengaruhi perilaku individu WPS. Jika pasangan menganggap dirinya tidak berisiko tertular HIV, maka mereka tidak menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual. Hal serupa juga

terjadi pada praktik VCT ulang yang dilakukan oleh WPS. Jika pasangan tidak merasa perlu melakukan VCT karena merasa dirinya tidak berisiko tertular HIV, tetapi memberikan dorongan pada WPS pasangannya, maka WPS kurang mempunyai motivasi untuk melakukan VCT.

Sebesar 6,7 % responden juga kurang motivasi mengikuti dorongan pelanggan. Peneliti menganalisis bahwa kurangnya motivasi tersebut berkaitan dengan perilaku pelanggan yang tidak dapat dijadikan panutan bagi WPS, seperti masih banyak pelanggan yang tidak mau menggunakan kondom atau pelanggan yang tidak menepati janji untuk membayar WPS sesuai dengan kesepakatan pada awal transaksi seksual, sehingga WPS tidak mempunyai rasa segan terhadap pelanggan. Akibatnya WPS kurang motivasi untuk mengikuti dorongan dari pelanggan, meski dorongan itu bersifat positif.

## **5. Praktik organisasi klinik VCT**

Praktik organisasi klinik VCT diukur untuk memberikan gambaran praktik pelayanan di klinik VCT kepada klien, dimana dalam penelitian ini WPS Sunan Kuning sebagai klien. WPS harus melalui beberapa tahapan dalam pemeriksaan, dan menghadapi beberapa petugas seperti , petugas di ruang tunggu, konselor dan petugas laboratorium. Praktik organisasi klinik VCT yang kurang baik akan mempengaruhi kunjungan WPS ke klinik VCT.

Sebesar 88,9 % responden telah mendapatkan praktik pelayanan organisasi klinik VCT yang baik. Namun masih terdapat 11,1 % responden yang mendapatkan praktik pelayanan organisasi klinik VCT yang kurang baik.

Tabel 4.16 Distribusi frekuensi responden berdasarkan praktik organisasi klinik VCT

<b>Praktik organisasi klinik VCT</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Praktik organisasi VCT baik	80	88,9
Praktik organisasi VCT kurang baik	10	11,1
Jumlah	90	100

Sebanyak 44,4% WPS menyatakan bahwa mereka harus menunggu lebih dari 1 jam di ruang tunggu sebelum melakukan konseling pra-tes. Lama waktu tunggu ini dapat menurunkan motivasi WPS untuk melakukan VCT ulang di klinik yang sama.

Sebesar 20 % WPS mendapati konselor menggunakan bahasa yang kurang dimengerti oleh klien. Penggunaan istilah-istilah yang kurang familiar bagi klien, terlalu bersifat medis atau menggunakan istilah asing akan menurunkan minat WPS dalam komunikasi yang terjadi selama konseling dijalankan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 22,2 % responden yang merasa diperlakukan diskriminatif pada saat berada di klinik VCT yang diakibatkan oleh pekerjaan mereka sebagai WPS. Pelayanan yang diberikan oleh petugas pendaftaran di rumah sakit berbeda antara pasien umum yang berobat dengan klien yang akan melakukan VCT.

31,1 % responden melakukan konseling pra-tes dan konseling post-tes dengan konselor yang berbeda. Hal ini tidak mendukung proses konseling karena terdapat kemungkinan konselor pada konseling post-tes tidak mengetahui proses pada konseling pra-tes sehingga konselor membutuhkan

waktu tambahan untuk mendapatkan informasi awal tentang WPS. Akibatnya WPS akan semakin lama berada di klinik VCT, yang dapat menyebabkan kejenuhan bagi klien.

Tabel 4.17 Distribusi frekuensi jawaban responden tentang praktik organisasi klinik VCT

No	Praktik Organisasi Klinik VCT	Baik	Tidak baik
		%	%
1	Waktu tunggu konselor	55,6	44,4
2	Proses komunikasi	92,2	7,8
3	Bahasa konselor	80	20
4	Perlakuan konselor terhadap klien	97,8	2,2
5	Perlakuan terhadap klien WPS	77,8	22,2
6	Manfaat materi konseling pra-tes	87,8	11,1
7	Konselor pre-tes dan post-tes	68,9	31,1
8	Manfaat materi konseling post-tes	83,3	16,7
9	Pelayanan petugas pengambilan darah	96,7	3,3

Tabel berikut menggambarkan lama waktu pengambilan hasil tes oleh responden. 67,8 % WPS mendapatkan hasil tes HIV mereka dalam hari yang sama dengan pengambilan sampel darah. Sebanyak 18,9 % responden mengambil hasil tes dalam 1 minggu berikutnya dan hanya 6,6 % yang mengambil hasil tes lebih dari 1 minggu setelah konseling dilakukan.

Tabel 4.18 Distribusi frekuensi responden berdasarkan waktu pengambilan hasil tes HIV

Waktu pengambilan hasil tes HIV	Jumlah	Persentase
Kurang dari 1 hari	61	67,8
1 – 7 hari	17	18,9
7 – 30 hari	3	3,3
Lebih dari 1 bulan	3	3,3
Tidak menjawab	1	1,1
Total	85	100

Lama pengambilan hasil tes bergantung pada kesiapan diri WPS untuk mengetahui hasil tes HIV. WPS akan mengambil hasil tes pada hari yang sama jika sudah siap mengetahui hasilnya. Jika belum siap mereka dapat mengambil hasil tes pada waktu lain.

## 6. Lingkungan organisasi klinik VCT

Sebesar 96,7 % responden telah mendapati lingkungan organisasi klinik VCT yang baik, tetapi masih terdapat 3,3 % responden yang mendapati lingkungan organisasi klinik VCT yang kurang baik pada saat melakukan VCT.

Tabel 4.19 Distribusi frekuensi responden berdasarkan lingkungan organisasi klinik VCT

Lingkungan organisasi klinik VCT	Jumlah	Persentase
Lingkungan organisasi VCT baik	83	96,7
Lingkungan organisasi VCT kurang baik	3	3,3
Jumlah	90	100

Lingkungan organisasi klinik VCT yang dirasakan kurang baik oleh responden diuraikan sebagai berikut. Sebanyak 25,6 % responden lainnya tidak melihat tersedianya informasi prosedur/alur konseling bagi klien. Tidak tersedianya informasi prosedur atau alur konseling sering terjadi pada klinik VCT *mobile*. Ketersediaan informasi prosedur konseling dan tes HIV akan membantu klien untuk dapat mempersiapkan diri untuk mengikuti seluruh

kegiatan konseling. Dengan mengetahui prosedur konseling juga menimbulkan rasa nyaman pada diri klien.

Tabel 4.20 Distribusi frekuensi jawaban responden tentang lingkungan organisasi klinik VCT

No	Lingkungan Organisasi Klinik VCT	Ya	Tidak
		%	%
1	Tempat VCT yang dikunjungi terasa nyaman	96,7	3,3
2	Terdapat informasi prosedur/alur konseling bagi klien pada klinik VCT yang dikunjungi	73,3	25,6
3	Pintu masuk ruang konseling berbeda dengan pintu keluar sehingga klien tidak akan bertemu dengan klien lain ketika melakukan VCT	54,4	45,6
4	Tempat konseling dan testing HIV yang dikunjungi menjamin rasa kepercayaan klien	95,6	4,4
5	Klien merasa kerahasiaan dirinya terjaga pada saat melakukan konseling dan testing HIV	92,2	7,8
6	Fasilitas konseling dan testing HIV yang pernah dikunjungi responden cukup lengkap	94,4	4,4
7	Tersedia materi pendidikan yang mencukupi di ruang tunggu klinik VCT yang dikunjungi, seperti : poster, leaflet, brosur tentang HIV, AIDS, IMS, seks yang aman	90	10
8	Tersedia materi pendidikan yang mencukupi di ruang konseling klinik VCT yang dikunjungi seperti : kondom, alat peraga penis, alat peraga suntik, gambar infeksi oportunistik	84,4	15,6

Sebesar 45,6 % responden mendapati pintu masuk ruang konseling yang sama dengan pintu keluarnya dan 54,4 % lainnya menyatakan bahwa pintu masuk dan pintu keluar ruang konseling berbeda. Pintu masuk dan pintu keluar ruang konseling yang sama akan menyebabkan klien dapat terlihat oleh klien lain yang sedang menunggu giliran. Akibatnya kerahasiaan diri klien tidak terjaga karena kemungkinan responden akan bertemu dengan klien lain pada waktu menjalani VCT.

## D. ANALISIS BIVARIAT

### 1. Keyakinan mengenai VCT

Sebanyak 84,6 % WPS dengan keyakinan yang kurang baik mengenai VCT, tidak melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir. Diantara responden dengan keyakinan baik tentang VCT, terdapat 75 % responden yang melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir, sedang 25 % lainnya tidak melakukan VCT ulang.

Tabel 4.21 Tabulasi silang antara keyakinan tentang VCT dengan praktik responden dalam VCT ulang

Variabel	Tidak VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		Total		OR (95% CI)	Nilai p
	n	%	n	%	n	%		
Keyakinan kurang baik	22	84,6	4	15,4	26	100	16,500 4,939 - 55,127	0,000
Keyakinan baik	16	25	48	75	64	100		

Hasil uji *chi square* menunjukkan nilai  $p = 0,000$ , sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara keyakinan individu tentang VCT dengan perilaku dalam melakukan VCT ulang. Didapatkan nilai Odds Ratio (OR)=16,500, artinya WPS dengan keyakinan kurang mengenai VCT mempunyai peluang 16,5 kali untuk tidak melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir dibanding WPS dengan keyakinan baik tentang VCT.

## 2. Nilai jika mengetahui status HIV dirinya

WPS dengan nilai tentang status HIV dirinya yang kurang baik yang tidak melakukan VCT ulang sebesar 81,8 % dan 18,2 % melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir. Pada kelompok WPS dengan nilai tentang status HIV yang baik, sebesar 70,6 % WPS melakukan VCT ulang dan 29,4 % WPS tidak melakukan VCT ulang.

Tabel 4.22 Tabulasi silang antara nilai jika mengetahui status HIV dengan praktik responden dalam VCT ulang

Variabel	Tidak VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		Total		OR (95% CI)	Nilai p
	n	%	n	%	n	%		
Nilai tentang status HIV kurang baik	18	81,8	4	18,2	22	100	10,800 3,245 - 35,945	0,000
Nilai tentang status HIV baik	20	29,4	48	70,6	68	100		

Diperoleh nilai  $p = 0,000$  dalam uji statistik, yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara nilai tentang status HIV dirinya dengan perilaku WPS dalam melakukan VCT ulang. Nilai  $OR=10,8$  yang berarti WPS dengan nilai kurang baik tentang status HIV dirinya mempunyai peluang 10,8 kali lebih besar untuk tidak melakukan VCT dibanding WPS dengan nilai yang baik tentang status HIV dirinya.

### 3. Dorongan orang lain untuk melakukan VCT

Tabulasi silang pada tabel 4.23 menunjukkan bahwa pada kelompok WPS yang kurang mendapat dorongan dari orang lain untuk melakukan VCT, 50 % diantaranya tidak melakukan VCT ulang. Sedangkan untuk WPS yang merasakan dorongan yang baik dari orang lain terdapat 58 % WPS yang melakukan VCT ulang dan 42 % WPS yang tidak melakukan VCT ulang.

Tabel 4.23 Tabulasi silang antara dorongan orang lain untuk melakukan VCT dengan praktik responden dalam VCT ulang

Variabel	Tidak VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		Total		OR (95% CI)	Nilai p
	n	%	n	%	n	%		
Dorongan kurang baik	1	50	1	50	2	100	1,378	0,669
Dorongan baik	37	42	51	58	88	100	0,083 - 22,756	

Didapatkan hasil nilai  $p=0,669$ , artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dorongan orang lain untuk melakukan VCT dengan perilaku WPS dalam melakukan VCT ulang.

### 4. Motivasi mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT

Dari tabulasi silang berikut, diketahui bahwa 100 % WPS yang kurang mempunyai motivasi mengikuti dorongan orang lain tidak melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir. Pada WPS yang mempunyai motivasi tinggi

untuk mengikuti dorongan orang lain, sebanyak 66,7 % melakukan VCT ulang, sedang 33,3 % tidak melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir.

Tabel 4.24 Tabulasi silang motivasi untuk mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT dengan praktik responden dalam VCT ulang

Variabel	Tidak VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		Total		OR (95% CI)	Nilai p
	n	%	n	%	n	%		
Motivasi kurang	12	100	-	-	12	100	-	0,000
Motivasi tinggi	26	33,3	52	66,7	78	100	-	

Uji *chi square* menghasilkan nilai  $p=0,000$ . Nilai  $p$  tersebut berarti terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi mengikuti dorongan orang lain dengan perilaku WPS dalam melakukan VCT ulang.

### 5. Praktik organisasi klinik VCT

Tabulasi silang menunjukkan bahwa pada WPS yang merasakan praktik organisasi klinik VCT yang kurang baik, sebesar 30 % WPS melakukan VCT ulang dan 70 % WPS tidak melakukan VCT ulang. Sedang pada WPS yang mendapatkan praktik organisasi klinik VCT yang baik, sebanyak 61,3 % melakukan VCT ulang dan 38,8 % WPS tidak melakukan VCT ulang.

Tabel 4.25 Tabulasi silang praktik organisasi klinik VCT dengan praktik responden dalam VCT ulang

	Tidak VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		Total		OR (95% CI)	Nilai p
	n	%	n	%	n	%		
Praktik organisasi kurang baik	7	70	3	30	10	100	3,688	0,062
Praktik organisasi baik	31	38,8	49	61,3	80	100	0,887 – 5,340	

Uji *chi square* menghasilkan nilai  $p=0,062$ . Nilai  $p > 0,05$  berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara praktik organisasi klinik VCT dengan perilaku WPS dalam melakukan VCT ulang.

## 6. Lingkungan organisasi klinik VCT

Pada WPS yang termasuk dalam kategori mendapati lingkungan organisasi klinik VCT yang kurang baik, sebanyak 66,7 % melakukan VCT ulang dan 33,3 % WPS tidak melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir. Pada WPS yang mendapati lingkungan organisasi klinik VCT yang baik, sebesar 57,5 % melakukan VCT ulang dan 42,5 % tidak melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir.

Tabel 4.26. Tabulasi silang lingkungan organisasi klinik VCT dengan praktik responden dalam VCT ulang

	Tidak VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		VCT ulang dalam 3 bulan terakhir		Total		OR (95% CI)	Nilai p
	n	%	n	%	n	%		
Lingkungan organisasi kurang baik	1	33,3	2	66,7	3	100	0,676 0,059 – 7,735	0,617
Lingkungan organisasi baik	37	42,5	50	57,5	87	100		

Uji *chi square* menghasilkan nilai  $p=0,617$ , yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara lingkungan organisasi klinik VCT dengan praktik WPS dalam melakukan VCT ulang.

## 7. Ringkasan analisis bivariat

Ringkasan dari hasil analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 4.27.

Tabel 4.27. Ringkasan hasil analisis bivariat

Variabel Independen	Variabel Dependen	Signifikansi	Nilai p
Keyakinan mengenai VCT	Praktik WPS dalam VCT ulang	Ada hubungan dengan praktik WPS dalam VCT ulang.	0,000
Nilai jika mengetahui status HIV dirinya		Ada hubungan dengan praktik WPS dalam VCT ulang.	0,000
Dorongan orang lain untuk melakukan VCT		Tidak ada hubungan dengan praktik WPS dalam VCT ulang.	0,669
Motivasi mengikuti dorongan orang lain		Ada hubungan dengan praktik WPS dalam VCT ulang.	0,000
Praktik organisasi klinik VCT		Tidak terdapat hubungan dengan praktik WPS dalam VCT ulang.	0,062
Lingkungan organisasi klinik VCT		Tidak terdapat hubungan dengan praktik WPS dalam VCT ulang.	0,617

## E. ANALISIS MULTIVARIAT

Analisis multivariat dalam penelitian ini menggunakan regresi logistik ganda dengan model prediksi. Pemodelan dengan tujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen. Pada pemodelan ini semua

variabel dianggap penting sehingga dapat dilakukan estimasi beberapa koefisien regresi logistik sekaligus.<sup>36)</sup>

### 1. Seleksi Bivariat

Bila hasil bivariat menghasilkan nilai  $p < 0,25$ , maka variabel tersebut langsung masuk ke tahap multivariat. Untuk variabel independen yang hasil bivariatnya menghasilkan nilai  $p > 0,25$  namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat.

Hasil seleksi bivariat dengan menggunakan regresi logistik sederhana, dengan melihat hasil *omnibus test* pada bagian *block*, menunjukkan nilai  $p$  sebagai berikut :

Tabel 4.28. Hasil seleksi bivariat dengan *omnibus test* variabel independen dengan praktik responden dalam VCT ulang

Variabel	nilai p
Keyakinan tentang VCT	0,000
Nilai jika tahu status HIV	0,000
Dorongan orang lain untuk melakukan VCT	0,823
Motivasi mengikuti dorongan orang lain	0,000
Praktik organisasi klinik VCT	0,060
Lingkungan organisasi klinik VCT	0,748

### 2. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dengan menggunakan regresi logistik menunjukkan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.29. Hasil pemodelan multivariat variabel independen dengan praktik responden dalam VCT ulang

<b>Variabel</b>	<b>nilai p</b>
Keyakinan tentang VCT	0,027
Nilai jika tahu status HIV	0,338
Dorongan orang lain untuk melakukan VCT	0,999
Motivasi mengikuti dorongan orang lain	0,998
Praktik organisasi klinik VCT	0,459
Lingkungan organisasi klinik VCT	0,633

Terdapat 5 variabel dengan nilai  $p > 0,05$ , yaitu nilai jika tahu status HIV, dorongan orang lain untuk melakukan VCT, motivasi untuk mengikuti dorongan orang lain, praktik organisasi klinik VCT dan lingkungan organisasi klinik VCT.

Langkah selanjutnya adalah dengan melakukan pemodelan dengan mengeluarkan satu persatu variabel dengan nilai  $p > 0,05$ . Jika hasil perbandingan Odds Ratio (OR) masing-masing variabel independen tidak ada yang lebih dari 10 %, maka variabel tersebut dikeluarkan dari model. Jika terdapat perubahan OR salah satu variabel lebih dari 10 %, maka variabel tersebut dimasukkan kembali dalam model.

Analisis akhir dengan regresi logistik, dimana variabel dorongan orang lain untuk melakukan VCT telah dikeluarkan, mendapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.31. Hasil uji regresi logistik akhir antara variabel independen dengan praktik WPS dalam melakukan VCT ulang

Variabel	Signifi- kansi	Exp(B)	95,0% C.I.for EXP(B)	
			Lower	Upper
Keyakinan tentang VCT	,025	7,194	1,274	40,627
Nilai jika mengetahui status HIV dirinya	,337	2,854	,336	24,236
Motivasi untuk mengikuti dorongan orang lain	,998	1874118384,56	,000	.
Praktik organisasi klinik VCT	,451	2,521	,228	27,876
Lingkungan organisasi klinik VCT	,637	,521	,035	7,813

Pada penelitian *cross sectional*, model regresi logistik dapat digunakan untuk menjelaskan nilai Odds ratio pada masing-masing variabel. Oleh karena analisis menggunakan multivariat, maka nilai OR sudah terkontrol oleh variabel lain yang ada pada model.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa keyakinan tentang VCT merupakan variabel yang mempunyai kekuatan hubungan paling signifikan dibanding variabel lainnya, dengan nilai  $p = 0,025$ . Didapatkan nilai OR variabel keyakinan tentang VCT adalah 7,194.

Artinya WPS dengan keyakinan kurang baik mengenai VCT akan mempunyai kemungkinan tidak melakukan VCT ulang sebesar 7 kali lebih tinggi dibandingkan WPS dengan keyakinan yang baik tentang VCT yang tidak melakukan VCT ulang, setelah dikontrol oleh variabel nilai tentang status HIV dirinya, motivasi mengikuti dorongan orang lain, praktik organisasi klinik VCT dan lingkungan organisasi klinik VCT.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. KARAKTERISTIK SOSIODEMOGRAFI RESPONDEN**

Rata-rata umur responden dalam penelitian ini adalah 26 tahun. Sebanyak 37,8 % responden masih dalam usia remaja (dibawah 24 tahun). Dapat dikatakan bahwa profil WPS dalam penelitian ini adalah berumur relatif muda dengan mobilitas cukup tinggi dan berpendidikan rendah. Pada umumnya WPS melakukan hubungan seks pertama pada usia belasan atau awal usia dua puluhan tahun.<sup>37)</sup> Berdasarkan status pernikahan, 24,4% responden belum menikah.

Sesuai dengan batasan usia remaja menurut *World Health Organization* (WHO) adalah 12 – 24 tahun, sehingga lebih dari sepertiga responden berada dalam usia remaja. Dalam kaitan dengan kesehatan reproduksi, pada usia remaja sangat perlu memperhatikan sistem, fungsi dan proses reproduksi yang mereka miliki. Salah satu layanan kesehatan reproduksi yang sangat dibutuhkan oleh remaja yang bekerja sebagai WPS adalah komunikasi, informasi dan edukasi mengenai Infeksi Menular Seksual (IMS), termasuk melakukan konseling dan testing HIV.

Perilaku WPS yang berkaitan dengan HIV sangat heterogen. Hal serupa terjadi pada beberapa negara Asia seperti China dan Vietnam.<sup>37)</sup> Lama kerja sebagai pekerja seks, lingkungan kerja yang kurang berkualitas, dan pasangan seks yang berganti-ganti, merupakan faktor risiko terjadinya

penularan IMS pada WPS. Penelitian kualitatif dan kuantitatif menunjukkan bahwa perilaku berisiko WPS bukan hanya dibawah kontrol WPS itu sendiri, yang biasanya mempunyai motivasi rendah dan keterbatasan dalam melakukan negoisasi penggunaan kondom, tetapi praktik seks WPS juga dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi, lingkungan kerja dan sikap mucikari.<sup>17) 37)</sup>

WPS sebagai kelompok resiko tinggi disarankan untuk melakukan VCT ulang setelah 3 bulan. Hasil penelitian menunjukkan sejumlah 42,2 % WPS tidak melakukan VCT ulang dan 57,8 % WPS melakukan VCT ulang.

Meski tidak dilakukan uji statistik terhadap hubungan tingkat pendidikan responden dengan praktik VCT ulang, terdapat kecenderungan bahwa tingkat pendidikan responden yang cukup rendah lebih memungkinkan untuk tidak mengikuti testing ulang HIV.<sup>24)</sup> Hal ini terjadi karena responden tidak mengerti dengan jelas mengenai layanan VCT dan penularan HIV.<sup>23) 37)</sup>

Rata-rata lama bekerja responden sebagai WPS adalah 21 bulan, dengan waktu kerja terlama 96 bulan. Jika WPS tidak melakukan VCT secara rutin, dimungkinkan upaya mempromosikan perubahan perilaku yang mengurangi risiko infeksi dan penyebaran HIV tidak akan terjadi. Bahkan sebaliknya, dapat terjadi penyebaran HIV secara cepat melalui hubungan seks yang tidak aman dengan pelanggan WPS, terlebih untuk WPS dengan waktu bekerja yang lama. Hubungan seks yang tidak aman sangat mungkin terjadi karena program kondom 100 % yang dicanangkan oleh Pemerintah Kota Semarang di lokalisasi Sunan Kuning saat ini belum bisa berjalan sesuai keinginan karena konsistensi penggunaan kondom di kalangan WPS masih cukup rendah.<sup>31)</sup>

Sebagian WPS mempunyai pasangan seks komersial dan pasangan seks tetap,<sup>37)</sup> yang dalam bahasa Jawa sering disebut *gemblek*. WPS memberikan perkecualian kepada *gembleknya* untuk tidak memakai kondom saat berhubungan seksual.<sup>37)</sup> Mereka mempercayai dan menganggap bahwa *gemblek* setia dan hanya berhubungan seks dengan dirinya, tidak bergantian dengan pasangan lain.<sup>17)</sup> Persepsi yang salah bahwa *gemblek* dipercaya bebas dari IMS tersebut tanpa disadari akan memperbesar risiko tertular IMS.

Tempat VCT terakhir responden terdiri dari 3 jenis lokasi VCT yaitu rumah sakit, klinik VCT swasta yang terdapat di lingkungan rehabilitasi sosial Sunan Kuning dan tempat lain. Tempat lain tersebut adalah gedung Resos Sunan Kuning. Tidak terdapat perbedaan yang cukup besar pada persentase tempat VCT terakhir.

Ketiga tempat VCT yang dikunjungi WPS merupakan gambaran model layanan VCT yang disediakan. klinik VCT Griya Asa dan klinik VCT di rumah sakit adalah jenis klinik VCT statis, terintegrasi dalam sarana kesehatan lainnya, artinya bertempat dan menjadi bagian dari layanan kesehatan yang telah ada.<sup>20)</sup> Klinik VCT statis dirancang untuk kemampuan memenuhi kebutuhan masyarakat akan konseling dan testing HIV, layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan terkait dengan HIV dan AIDS.

Klinik VCT yang bertempat di gedung Resos Sunan Kuning bersifat temporer. VCT diadakan di lokasi tersebut hanya pada waktu tertentu dan diawali dengan survey. Pelaksanaan VCT bagi WPS di Gedung Resos ini adalah bentuk dari *mobile VCT*. Tujuannya adalah untuk melakukan penjangkauan pada kelompok masyarakat yang memiliki perilaku

berisiko, seperti WPS dan pelanggannya. Oleh karena itu, klinik VCT *mobile* tidak memiliki sarana dan pelayanan yang lengkap seperti klinik VCT statis.

Secara fisik, keberadaan klinik VCT Griya Asa sangat dekat dengan tempat bekerja atau tempat tinggal WPS karena berada di dalam kompleks lokalisasi Sunan Kuning. Dukungan terhadap pencegahan penularan IMS juga diberikan dalam bentuk melakukan penjangkauan dan menyediakan pelayanan medis untuk mempermudah pelayanan kepada WPS dan pelanggannya. Dilihat dari jumlah responden yang melakukan VCT terakhir, klinik VCT Griya Asa merupakan tempat yang paling sedikit dikunjungi oleh WPS.

Pada pertengahan tahun 2008 pengurus rehabilitasi sosial Sunan Kuning menyediakan layanan VCT *mobile* untuk WPS yang bertempat di Gedung Resos. Sebesar 32,2 % responden penelitian melakukan VCT terakhir di tempat ini.

Sebanyak 38,9 % responden melakukan VCT terakhir di rumah sakit, dan merupakan persentase terbesar tempat VCT terakhir yang dikunjungi oleh responden meskipun lokasi terbilang cukup jauh dari lokalisasi dibanding dengan klinik Griya Asa dan Gedung Resos. Hal tersebut menunjukkan bahwa jarak klinik VCT bukan merupakan suatu hambatan bagi WPS untuk melakukan VCT secara rutin.

Pada kelompok responden yang tidak melakukan VCT dalam 3 bulan terakhir, 34,2 % melakukan VCT terakhir di klinik VCT swasta, 42,1 % melakukan VCT terakhir di rumah sakit dan 23,7 % melakukan VCT terakhir di tempat lain. Persentase terbesar responden yang tidak melakukan VCT ulang berasal WPS yang melakukan VCT terakhir di rumah sakit. Peneliti

menganalisis bahwa terdapat beberapa hal yang mempengaruhi WPS dengan tempat VCT terakhir di rumah sakit untuk tidak melakukan VCT ulang, antara lain :

1. Adanya paksaan dari pengurus resos kepada WPS untuk melakukan VCT. Pengurus memerintahkan beberapa WPS saat mengikuti pembinaan di gedung resos, untuk pergi ke klinik VCT secara bersamaan.
2. Waktu tunggu yang relatif lama untuk menjalani konseling karena jumlah klien relatif banyak dan jumlah konselor yang ada terbatas.

## **B. KEYAKINAN MENGENAI KONSELING DAN TESTING HIV**

Hasil uji statistik bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara keyakinan tentang VCT dengan praktik VCT ulang pada WPS. Uji statistik multivariat juga menunjukkan bahwa keyakinan tentang VCT merupakan variabel yang mempunyai pengaruh paling signifikan terhadap praktik VCT ulang.

Sebagian besar WPS yang mempunyai keyakinan kurang baik tentang VCT tidak melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir. Dapat diartikan bahwa WPS di lokasi Sunan Kuning kurang merasakan manfaat yang diperoleh jika melakukan VCT secara rutin. Variabel lain seperti evaluasi terhadap VCT, dorongan orang lain, motivasi mengikuti dorongan, praktik organisasi dan lingkungan organisasi klinik VCT juga mempengaruhi WPS untuk tidak melakukan VCT ulang. Keyakinan seseorang dalam perilaku mencakup peran variabel eksternal yang tidak muncul secara langsung. WPS tidak melakukan VCT ulang secara rutin tidak hanya didasari pertimbangan kesehatan, tetapi dapat didasarkan atas alasan yang sama sekali berbeda.<sup>15)</sup>

Keyakinan sering disebut sebagai faktor yang berkaitan dengan motivasi seseorang untuk melakukan suatu tindakan. Keyakinan sebagian besar WPS tentang VCT termasuk dalam kategori baik. WPS telah mempercayai bahwa kesehatan dirinya terancam dalam beberapa tahun mendatang jika tidak melakukan VCT. Mereka juga telah meyakini keseriusan kondisi yang terjadi bila terinfeksi HIV. Kesadaran akan perlunya tes HIV secara rutin sudah ada pada kelompok ini. Persepsi klien tentang risiko HIV dan pengetahuan tentang perilaku yang berisiko berhubungan dengan tingkat penerimaan VCT yang lebih tinggi.<sup>24)</sup>

Kurangnya keyakinan menjadi penyebab tidak dilakukannya VCT ulang. Penelitian yang dilakukan oleh Kawichai dan kawan-kawan pada tahun 2002-2003 menunjukkan bahwa alasan tidak mengikuti testing HIV diantaranya adalah tidak mempunyai risiko terinfeksi HIV dan tidak mengerti dengan jelas tentang layanan VCT.<sup>23)</sup>

Masih terdapat beberapa keyakinan WPS yang salah tentang VCT. Diantaranya adalah banyaknya responden yang berkeyakinan bahwa perilaku seksnya tidak berisiko mengidap HIV dan WPS mempunyai keyakinan bahwa dirinya masih dapat melindungi diri tanpa melakukan VCT. Faktor penguat yang menyebabkan kurangnya keyakinan tentang VCT yang berasal dari lingkungan WPS adalah WPS masih melihat teman-teman WPS yang tidak merubah perilaku seks berisiko setelah melakukan VCT.

Keyakinan bahwa perilaku seks WPS tidak berisiko mengidap HIV terjadi karena pengetahuan WPS tentang IMS termasuk HIV masih kurang. WPS tidak mengetahui secara jelas faktor-faktor risiko penyebab terjadinya penularan virus HIV sehingga tidak sadar bahwa dirinya saat ini mempunyai

risiko tertular HIV. Persepsi yang salah ini akan menyebabkan WPS tidak melakukan VCT ulang secara rutin.

Disamping itu, masih terdapat WPS yang mempunyai keyakinan bahwa dirinya masih dapat melindungi diri tanpa melakukan VCT. Hal ini terjadi karena kurangnya penyebarluasan informasi dan pemberian edukasi kepada kelompok risiko tinggi seperti WPS. Mobilitas WPS yang cukup tinggi dengan berpindah-pindah lokasi juga dapat menyebabkan WPS kurang mendapatkan informasi yang benar tentang HIV karena WPS hanya mendapatkan informasi yang terpotong-potong, yang memungkinkan terbentuknya keyakinan yang salah dalam diri WPS.

Beberapa WPS masih melihat teman-teman WPS yang tidak merubah perilaku seks berisiko setelah melakukan VCT. Karena pengaruh sesama WPS cukup besar bagi individu, maka WPS yang mempunyai persepsi yang salah tentang VCT akan meniru perilaku yang kurang baik dari WPS lain.

### **C. NILAI JIKA MENGETAHUI STATUS HIV DIRINYA**

Sikap terhadap perilaku ditentukan oleh keyakinan individu tentang perilaku yang dipertimbangkan berdasar evaluasi atas hasil tersebut.<sup>16)</sup> Individu mempertimbangkan untung atau rugi dan berperilaku sesuai hasil analisis mereka.<sup>15)</sup> Dalam penelitian ini, evaluasi atas hasil VCT diukur dengan mengkategorikan nilai jika WPS mengetahui status HIV dirinya menjadi 2 kategori, yaitu baik dan kurang baik. Hasilnya adalah terdapat hubungan yang signifikan antara nilai jika mengetahui status HIV dirinya dengan perilaku WPS dalam VCT ulang.

WPS yang menilai baik jika mengetahui status HIV dirinya sebagian besar melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir. Dapat diartikan bahwa mereka memahami konsekuensi-konsekuensi penting yang akan terjadi jika tidak melakukan test HIV secara rutin. Hal ini sesuai dengan penelitian Solomon, S. dkk di India pada tahun 1994 – 2002 yang menyatakan bahwa alasan klien datang ke klinik VCT karena menyadari perilaku seks dirinya berisiko, mengulang tes untuk meyakinkan hasil tes HIV sebelumnya dan mempunyai pasangan seks yang berisiko mengidap HIV.<sup>22)</sup>

Sebaliknya, WPS yang menilai kurang baik jika mengetahui status HIV dirinya sebagian besar tidak melakukan VCT ulang karena kurang memahami konsekuensi jika mereka tertular HIV. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Kawichai, S. dkk di Thailand pada tahun 2002 – 2003 bahwa salah satu alasan tidak mengikuti testing HIV adalah tidak mengerti dengan jelas tentang layanan VCT.<sup>23)</sup>

Terdapat beberapa nilai yang kurang baik pada beberapa WPS yang perlu untuk diubah. Diantaranya adalah mengetahui status HIV tidak akan membuat seseorang tidak melakukan hubungan seks yang berisiko. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa setelah melakukan VCT, WPS tidak memperlihatkan perubahan mengurangi perilaku berisiko. Peningkatan pemahaman tentang pengurangan perilaku berisiko perlu diberikan kepada pelanggan dan mucikari, sehingga akan mempermudah WPS untuk melakukan praktik seks yang aman.

Beberapa WPS juga menyatakan bahwa setelah melakukan VCT, tidak akan mampu merubah perilaku pelanggan untuk melakukan seks yang aman. Kemampuan WPS untuk melakukan negoisasi kepada pelanggan

untuk dapat melakukan seks yang aman masih kurang. WPS masih merasa takut penghasilan mereka akan berkurang jika mengharuskan pelanggan untuk memakai kondom pada saat berhubungan seks.

Pemahaman lain yang perlu diubah pada diri WPS adalah masih terdapat WPS yang tidak menganggap bahwa melakukan VCT akan semakin mengurangi terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap pengidap HIV. Dapat diartikan bahwa WPS masih mempunyai persepsi bahwa pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS masih merupakan tanggung jawab individu, bukan merupakan upaya yang harus dilakukan secara terpadu, sehingga tidak memberikan dukungan yang positif.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa nilai jika mengetahui status HIV dirinya bersama dengan variabel lain mempunyai peran dalam menentukan dilakukannya VCT ulang.

Nilai menggambarkan pandangan dalam suatu hal yang diyakini oleh seseorang. Nilai berkisar antara benar dan salah, baik dan buruk dari perilaku tertentu. Dalam program promosi kesehatan, seseorang tidak diminta untuk merubah nilai, tetapi diminta untuk mengenali inkonsistensi antara nilai yang mereka miliki dengan perilaku mereka.

WPS di lokasi Sunan Kuning sebagian besar sudah mempunyai nilai yang baik tentang mengetahui status HIV dirinya melalui tes HIV. Tetapi masih banyak ditemui WPS yang tidak melakukan VCT ulang meskipun mereka menilai baik jika seseorang mengetahui status HIV dirinya. WPS perlu mengenali lebih lanjut faktor yang menyebabkan terjadinya inkonsistensi antara nilai yang baik pada diri WPS tentang status HIV dirinya dengan praktik WPS untuk tidak melakukan VCT ulang.

#### **D. DORONGAN ORANG LAIN UNTUK MELAKUKAN VCT**

Dorongan orang lain yang diukur dalam penelitian ini adalah dorongan dari mucikari, petugas outreach, teman WPS, keluarga, petugas kesehatan klinik VCT, pelanggan dan pasangan/pacar. Sebagian besar WPS mendapatkan dorongan yang baik dari orang-orang di sekitar mereka dan sebagian besar WPS mendapatkan dorongan yang baik melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir. Mereka mempunyai norma subyektif yang positif dan termotivasi untuk memenuhi dorongan orang lain tersebut.<sup>16)</sup>

Di lokalisasi Sunan Kuning terdapat pengurus rehabilitasi sosial yang terdiri dari beberapa mucikari dan warga di wilayah tersebut yang menjadi acuan bagi WPS. Pengurus mempunyai organisasi yang baik dan mempunyai peran sangat penting dalam mengatur kegiatan WPS<sup>12)</sup>, seperti mengikuti kegiatan pembinaan dan screening IMS yang dilakukan di Gedung Resos.

Peneliti menemukan adanya konformitas ada perilaku WPS Sunan Kuning dalam melakukan VCT secara rutin. Konformitas adalah membeloknya atau berubahnya pandangan atau tindakan individu sebagai akibat dari tekanan kelompok yang muncul karena adanya pertentangan antara pendapat individu dengan pendapat kelompok.<sup>18)</sup> Peneliti melihat bahwa pengurus memberikan paksaan kepada WPS untuk melakukan VCT di rumah sakit secara berkelompok. Pengurus rehabilitasi sosial menunjuk WPS yang sedang mengikuti pembinaan di Gedung Resos untuk meninggalkan kegiatan pembinaan, dan pergi melakukan VCT. Pengurus juga telah menyediakan transportasi untuk mengangkut WPS bersama-

sama menuju tempat VCT. Dari pengamatan peneliti, tidak satupun WPS yang berani untuk menolak perintah pengurus untuk melakukan VCT.

Dorongan yang bersifat memaksa ini justru akan menyebabkan WPS tidak lagi berinisiatif untuk melakukan penjadwalan VCT secara individu, karena bergantung pada perintah pengurus. Jika pengurus tidak memerintah untuk melakukan VCT, dimungkinkan WPS akan tidak merencanakan untuk melakukan VCT secara rutin. Pemaksaan tersebut juga telah mengabaikan prinsip kesukarelaan bagi klien yang akan melakukan konseling dan tes HIV.

Dorongan dari orang lain merupakan faktor penguat terhadap dilakukannya praktik VCT ulang oleh WPS. Pada saat melakukan VCT ulang, WPS mendapatkan keuntungan sosial berupa pengakuan sosial dari sesama WPS, keuntungan fisik dengan rasa nyaman yang diperoleh setelah mendapatkan hasil tes dan penghargaan dari pengurus berupa bantuan transportasi.<sup>28)</sup> Semua keuntungan dan penghargaan tersebut akan semakin mendorong WPS untuk melakukan VCT ulang secara rutin.

Dorongan dari keluarga dianggap kurang baik oleh WPS. Sedang dorongan dari pihak selain keluarga dianggap cukup baik. Hal ini disebabkan oleh ketidakterbukaan WPS kepada keluarga atas pekerjaan sebagai pekerja seks.

WPS juga masih merasakan kurangnya dorongan dari pelanggan. Peneliti menganalisis bahwa pengetahuan yang kurang dari pelanggan tentang IMS menyebabkan pelanggan kurang peduli terhadap kesehatan WPS, termasuk risiko WPS tertular HIV dari pelanggan.

Dorongan yang muncul secara terus menerus dari orang-orang yang terkait akan mempunyai pengaruh yang besar terhadap praktik VCT ulang WPS. Beberapa diantaranya mempunyai pengaruh yang lebih besar dibanding dorongan dari pihak lain. Diantaranya adalah dorongan dari sesama WPS, dari mucikari dan dari petugas kesehatan.

#### **E. MOTIVASI MENGIKUTI DORONGAN ORANG LAIN UNTUK MELAKUKAN VCT**

Motivasi mengikuti dorongan orang lain merupakan bagian dari norma subyektif yang dimiliki oleh WPS. Serupa dengan dorongan yang WPS dapatkan untuk melakukan VCT, sebagian besar WPS mempunyai motivasi yang baik untuk mengikuti dorongan tersebut, yang diwujudkan dengan melakukan VCT ulang.

Sebaliknya, seluruh WPS yang kurang mempunyai motivasi mengikuti dorongan orang lain, tidak melakukan VCT dalam 3 bulan terakhir. Hasil yang hampir sama ditunjukkan pada penelitian tentang pencarian test HIV di rumah sakit di Provinsi Chiang Mai, Thailand Utara pada tahun 1995 – 1999. Dari kelompok wanita yang melakukan VCT atas dorongan orang lain, 24 % memutuskan tidak menjalani tes HIV dan 18,9% memutuskan untuk melakukan tes HIV tetapi hasil tes HIV tidak diambil.<sup>24)</sup>

Hasil analisis statistik bivariat dan multivariat mendukung *Theory of Reason Action* bahwa motivasi WPS untuk mematuhi anjuran orang lain untuk melakukan VCT akan menentukan praktik WPS dalam melakukan VCT ulang. Hasil analisis menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi mengikuti dorongan orang lain dengan perilaku WPS dalam

melakukan VCT ulang. Motivasi tersebut juga berperan menentukan praktik WPS untuk tidak melakukan VCT ulang.

Dorongan orang lain akan mempengaruhi motivasi untuk melakukan VCT. Pada kelompok WPS yang mempunyai motivasi rendah untuk mengikuti dorongan orang lain, dorongan dari pengurus yang muncul dalam bentuk paksaan untuk melakukan VCT secara bersama-sama dengan WPS lain, justru tidak akan meningkatkan motivasi WPS. Pemaksaan tersebut akan menyebabkan mengurangi motivasi WPS, jika pada saat yang bersamaan WPS sudah merencanakan untuk melakukan kegiatan lainnya.

WPS kurang mempunyai motivasi untuk mengikuti dorongan dari pelanggan, pasangan/pacar dan keluarga. Kurangnya motivasi tersebut berhubungan dengan kurangnya rasa segan atau menghormati dari diri WPS terhadap subyek-subyek tersebut. Motivasi WPS untuk melakukan VCT menjadi baik jika subyek yang memberi dorongan adalah mucikari, petugas kesehatan dan petugas outreach.

WPS di lokalisasi Sunan Kuning mempunyai norma subyektif positif yang mendukung praktik VCT ulang. Keyakinan normatif WPS dan motivasi untuk mematuhi apa yang orang lain inginkan membentuk norma subyektif.<sup>16)</sup> Semua subyek yang ada di sekitar WPS mendorong WPS untuk melakukan VCT, dan WPS mempunyai motivasi untuk mematuhi setelah memproses informasi dari subyek-subyek tersebut. Jika WPS mematuhi dorongan subyek-subyek tersebut, maka akan memperoleh keuntungan-keuntungan dan penghargaan dari tindakan yang telah dilakukannya.<sup>28)</sup>

Penguatan yang bersifat positif tersebut juga akan membawa individu untuk bergabung dengan kelompok subyek-subyek yang mendukung VCT

sebagai salah satu cara pencegahan penularan HIV.<sup>28)</sup> Sehingga akan mampu mendorong individu lain untuk ikut melakukan perubahan dengan melakukan VCT ulang secara rutin.

#### **F. PRAKTIK ORGANISASI KLINIK VCT**

Dalam penelitian ini WPS sebagai klien dari klinik VCT diminta untuk mengukur praktik organisasi pelayanan klinik VCT yang dikunjungi. Meski secara statistik tidak terdapat hubungan yang signifikan dengan perilaku WPS dalam VCT ulang, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar WPS yang mendapatkan praktik organisasi klinik VCT yang kurang baik tidak melakukan VCT ulang pada 3 bulan terakhir.

Sebagian besar WPS telah mendapati praktik organisasi klinik VCT yang baik. Praktik organisasi juga berperan dalam menentukan rasio peningkatan kemungkinan tidak dilakukannya VCT ulang pada WPS yang mempunyai keyakinan kurang baik tentang VCT.<sup>26)</sup>

Menurut WPS di lokalisasi Sunan Kuning, sebagian besar variabel yang diukur pada praktik organisasi klinik VCT menunjukkan bahwa klinik VCT memberikan pelayanan yang baik kepada klien. Variabel tersebut antara lain proses komunikasi yang lancar, konselor jarang menggunakan bahasa atau istilah yang tidak dipahami klien, klien diperlakukan dengan baik oleh konselor dan pelayanan petugas laborat yang ramah pada saat pengambilan darah. WPS juga menyatakan bahwa materi konseling pra-tes dan materi konseling post-tes bermanfaat bagi klien.

Hampir separuh responden menyatakan bahwa waktu yang diperlukan untuk bertemu konselor relatif lama, lebih dari 1 jam. Hal ini terjadi akibat

WPS pergi ke klinik VCT di rumah sakit secara berkelompok dalam jumlah 8 – 10 orang yang dikoordinir oleh pengurus resos. Sehingga WPS datang ke klinik VCT pada waktu yang bersamaan. Keterbatasan jumlah konselor yang berada di klinik VCT menyebabkan WPS harus menunggu cukup lama untuk mendapatkan giliran.

Lama waktu tunggu akan mempengaruhi motivasi WPS untuk mau datang ke klinik VCT untuk waktu yang selanjutnya. Jika WPS terlalu lama menunggu, akan mengurangi motivasi untuk datang di waktu selanjutnya. Untuk mengantisipasi agar waktu tunggu tidak terlalu lama, pengurus disarankan untuk tidak membawa WPS pergi ke klinik VCT dalam jumlah yang besar. Pengurus dapat menyarankan kepada WPS untuk memanfaatkan keberadaan klinik VCT Griya Asa yang terdapat di lokalisasi Sunan Kuning.

Hal yang kurang baik yang dinyatakan oleh WPS adalah bahwa klien mendapatkan perlakuan yang diskriminatif pada saat berada di klinik VCT yang disebabkan karena pekerjaan mereka sebagai pekerja seks. Hasil penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Harudin dan kawan-kawan di Yogyakarta pada tahun 2007 menunjukkan hasil yang sama bahwa ditemukan beberapa kendala dalam pelaksanaan testing HIV antara lain waktu tunggu klien, sikap petugas yang kurang empati dan terdapat perbedaan pelayanan terhadap klien yang akan melaksanakan testing HIV.<sup>7)</sup>

Hanya sebagian kecil WPS yang merasa mendapatkan perlakuan yang diskriminatif pada saat berada di klinik VCT yang disebabkan karena pekerjaan mereka sebagai pekerja seks. Perlakuan tersebut tidak didapatkan pada saat menjalani konseling atau tes HIV. Mereka mendapatkan perlakuan

yang berbeda dengan pasien umum lainnya pada saat mendaftar. Perlakuan ini hanya didapatkan jika mereka melakukan VCT di rumah sakit. WPS menjadi sangat mudah dikenali karena mereka datang secara berkelompok dan didampingi oleh pengurus rehabilitasi sosial.

Penggunaan bahasa yang kurang dimengerti, menggunakan istilah-istilah yang tidak familiar bagi WPS akan menurunkan motivasi WPS dan menyebabkan WPS bersikap pasif selama proses konseling, baik pada saat konseling pra-tes maupun konseling post-tes. Akibat yang terjadi adalah mutu konseling menjadi kurang baik dan komunikasi antara konselor dengan klien hanya berjalan satu arah. Untuk mengatasi hal ini diperlukan peningkatan kemampuan konselor VCT, khususnya dalam menghadapi klien yang telah sering melakukan konseling di klinik VCT untuk menghindari rasa jenuh yang muncul dalam diri klien.

Praktik organisasi klinik VCT yang perlu diperbaiki adalah masih terdapat klien yang mendapatkan konseling pra-tes dan konseling post-tes dari konselor yang berbeda. Hal ini akan menyebabkan WPS semakin lama berada di klinik VCT dan menimbulkan kejenuhan bagi klien. Pengelola klinik VCT harus dapat memastikan bahwa konselor benar-benar mempunyai waktu cukup untuk melakukan konseling dengan klien dan tidak mempunyai tugas rangkap.

Sebagian besar klien dalam penelitian ini menyatakan bahwa hasil tes HIV mereka ambil pada hari yang sama. Dalam alur pelayanan VCT, pada saat klien berada di ruang tunggu, klien sudah diberikan informasi tentang prosedur VCT, termasuk pilihan untuk menunggu selama 2 jam untuk dapat menerima hasil tes pada hari yang sama. Tingkat penerimaan masyarakat

cukup tinggi terhadap klinik VCT yang menyediakan layanan testing HIV cepat dan hasilnya dapat diambil pada hari yang sama.<sup>21)</sup>

Sebagian kecil klien mengambil hasil tes HIV pada hari yang lain. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh ketidaksiapan klien dalam menerima hasil tes, baik hasil reaktif maupun non-reaktif, klien belum mempunyai rencana setelah mendapatkan hasil tes HIV dan klien merasa tidak mendapat dukungan dari keluarga atau teman. Kemungkinan lain yang berkaitan dengan model pengangkutan WPS menuju klinik VCT secara bersama-sama, WPS yang mendapatkan giliran VCT terakhir tidak mengambil hasil pada hari yang sama karena sudah ditunggu pengurus dan teman WPS lain untuk segera pulang bersama.

#### **G. LINGKUNGAN ORGANISASI KLINIK VCT**

Sebagian besar variabel yang diukur pada lingkungan organisasi klinik VCT menunjukkan bahwa klinik VCT sudah memberikan tempat pelayanan yang baik kepada klien. Sebagian besar WPS menyatakan bahwa tempat VCT yang dikunjungi terasa nyaman, terdapat informasi prosedur/alur konseling bagi klien, tempat VCT menjamin rasa kepercayaan klien dan kerahasiaan informasi yang diberikan klien terjaga. Fasilitas konseling dan testing di klinik VCT cukup lengkap, yang dinyatakan dengan tersedianya materi pendidikan yang memadai di ruang tunggu klinik VCT seperti poster, leaflet, brosur tentang IMS, HIV dan AIDS, serta seks yang aman. Materi pendidikan di ruang konseling klinik VCT dirasakan cukup lengkap, yang dinyatakan dengan tersedianya kondom, alat peraga penis, alat peraga suntik dan gambar-gambar infeksi oportunistik.

Secara umum, lingkungan organisasi klinik VCT yang dikunjungi klien telah mempunyai sarana dan prasarana yang mendukung pelayanan VCT sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1507/Menkes/SK/X/05, meskipun masih terdapat beberapa hal yang dirasakan masih kurang baik.

Diantaranya adalah tidak terdapat informasi alur atau prosedur konseling yang cukup jelas bagi klien. Sebagian WPS juga masih mendapati pintu masuk ruang konseling dan sekaligus digunakan sebagai pintu keluar yang sama pada saat melakukan VCT. Hal ini akan menghilangkan prinsip kerahasiaan klien yang menjalani VCT karena kemungkinan dapat bertemu dengan klien lain yang sedang menunggu untuk bertemu dengan konselor. Hal ini dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi pengelola klinik VCT untuk dapat melakukan penataan ruangan klinik sehingga tidak mengurangi prinsip kerahasiaan klien.

Kondisi lingkungan akan memfasilitasi dilakukannya atau tidak suatu tindakan oleh individu.<sup>28)</sup> Jika kondisi lingkungan klinik VCT menjadi hambatan bagi klien karena merasa tidak terjaga kerahasiaannya, dimungkinkan mengurangi motivasi WPS untuk datang lagi ke klinik VCT tersebut. Perubahan lingkungan dalam bentuk penataan klinik VCT dapat meningkatkan partisipasi WPS sebagai klien dalam pencegahan dan penanggulangan HIV.

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. KESIMPULAN

Beberapa kesimpulan yang dapat diambil dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Karakteristik sosiodemografi Wanita Pekerja Seks (WPS) yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah rata-rata responden berumur 26 tahun, 37,8 % responden diantaranya berusia dibawah 24 tahun, masih tergolong sebagai remaja. Tingkat pendidikan responden dapat dikatakan tergolong cukup rendah, 35,6 % dengan pendidikan terakhir tidak tamat/tamat SD dan 45,6 % dengan pendidikan terakhir tamat SMP. Status pernikahan sebagian besar responden adalah cerai hidup/cerai mati (66,7 %). Rata-rata lama bekerja sebagai WPS adalah 21 bulan.
2. Berdasar praktik VCT ulang dalam waktu 3 bulan terakhir, sebesar 42,2 % WPS dalam penelitian ini tidak melakukan VCT ulang dan 57,8 % WPS melakukan VCT ulang. Tempat VCT terakhir terdistribusi cukup merata pada 3 lokasi, yaitu rumah sakit (38,9 %), klinik VCT Griya ASA (28,9 %) dan klinik VCT *mobile* yang dibuka pada pertengahan tahun 2008 di Gedung Resos (32,2 %).
3. Sebesar 28,9 % WPS mempunyai keyakinan kurang baik tentang VCT dan sebesar 71,1 % WPS mempunyai keyakinan baik tentang VCT. Terdapat hubungan yang signifikan antara keyakinan individu tentang

- VCT dengan praktik dalam melakukan VCT ulang ( $p=0,000$ ). WPS dengan keyakinan kurang mengenai VCT mempunyai peluang 16,5 kali untuk tidak melakukan VCT ulang dalam 3 bulan terakhir dibanding WPS dengan keyakinan baik tentang VCT.
4. Beberapa pernyataan yang tidak mendukung keyakinan yang baik tentang VCT adalah banyaknya responden yang setuju bahwa perilaku seksnya tidak berisiko mengidap HIV, WPS merasa masih dapat melindungi diri tanpa melakukan VCT dan seringnya berganti pasangan seksual tidak akan merubah kesehatan dirinya meski sudah melakukan VCT. Faktor dari luar yang menyebabkan kurangnya keyakinan tentang VCT adalah banyak teman-teman WPS yang tidak merubah perilaku seks berisiko setelah melakukan VCT.
  5. Sebesar 24,4 % WPS mempunyai nilai kurang baik jika mengetahui status HIV dirinya dan sebesar 75,6 % WPS mempunyai nilai baik jika mengetahui status HIV dirinya. Terdapat hubungan yang signifikan antara nilai tentang status HIV dirinya dengan praktik WPS dalam melakukan VCT ulang ( $p=0,000$ ). WPS dengan nilai kurang baik tentang status HIV dirinya mempunyai peluang 10,8 kali lebih besar untuk tidak melakukan VCT dibanding WPS dengan nilai yang baik jika mengetahui status HIV dirinya.
  6. Beberapa pernyataan yang tidak mendukung nilai yang baik tentang status HIV dirinya adalah terdapat responden yang setuju untuk tidak berperilaku seks yang aman meskipun telah melakukan tes HIV dan merasa tidak mampu mengubah perilaku pelanggan untuk melakukan seks yang aman.

7. Sebesar 2,2 % WPS kurang mendapat dorongan dari orang lain untuk melakukan VCT dan sebesar 97,8 % WPS mendapat dorongan yang baik dari orang lain untuk melakukan VCT. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dorongan orang lain untuk melakukan VCT dengan praktik WPS dalam melakukan VCT ulang.
8. Beberapa responden merasakan kurangnya dorongan dari keluarga dalam melakukan VCT. Terdapat dorongan dari pengurus resos yang berkesan memaksa WPS untuk melakukan VCT ulang secara berkelompok.
9. Sebesar 13,3 % WPS kurang mempunyai motivasi mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT dan sebesar 86,7 % WPS mempunyai motivasi yang baik dari orang lain untuk melakukan VCT. Terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi mengikuti dorongan orang lain dengan praktik WPS dalam melakukan VCT ulang.
10. Sebesar 11,1 % WPS mendapatkan praktik organisasi klinik VCT yang kurang baik dan sebesar 88,9 % WPS mendapatkan praktik organisasi klinik VCT yang kurang baik. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara praktik organisasi klinik VCT dengan praktik WPS dalam melakukan VCT ulang.
11. Terdapat 44,4 % responden yang membutuhkan waktu lebih dari 1 jam untuk menunggu konselor. Hal ini terjadi karena WPS pergi ke klinik VCT di rumah sakit secara berkelompok dalam jumlah 8 – 10 orang sehingga terjadi penumpukan klien. Sebanyak 22,2 % responden mendapatkan perlakuan yang diskriminatif pada saat mendaftar di klinik VCT yang

berada di rumah sakit, yang disebabkan karena pekerjaan mereka sebagai pekerja seks.

12. Sebesar 3,3 % WPS mendapatkan lingkungan organisasi klinik VCT yang kurang baik dan sebesar 96,7 % WPS mendapatkan lingkungan organisasi klinik VCT yang kurang baik. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara lingkungan organisasi klinik VCT dengan praktik WPS dalam melakukan VCT ulang.
13. Sebanyak 25,6 % responden tidak mendapati informasi prosedur/alur konseling bagi klien pada klinik VCT yang dikunjunginya. Sebesar 45,6 % klien mendapati ruang konseling dengan pintu masuk dan pintu keluar yang sama sehingga prinsip kerahasiaan diri klien kurang terjaga.
14. Keyakinan WPS tentang VCT merupakan variabel yang mempunyai kekuatan hubungan paling signifikan terhadap praktik dalam VCT ulang. Variabel nilai tentang status HIV dirinya, motivasi mengikuti dorongan orang lain untuk melakukan VCT, praktik organisasi klinik VCT dan lingkungan organisasi klinik VCT memberikan kontribusi terhadap kemungkinan dilakukannya VCT ulang oleh WPS.

## **B. SARAN**

1. Memberikan pendidikan kesehatan reproduksi kepada WPS yang sebagian besar masih remaja dan mempunyai perilaku berisiko tinggi untuk merubah keyakinan yang kurang baik tentang VCT ulang melalui kelompok sebaya dan kelompok yang menjadi acuan atau panutan WPS terutama tentang :

- persepsi bahwa WPS masih dapat melindungi diri dari HIV tanpa melakukan VCT
  - persepsi bahwa perilaku seks WPS tidak berisiko mengidap HIV
  - persepsi bahwa WPS tidak mampu merubah perilaku seks pelanggan menjadi perilaku yang aman
  - persepsi bahwa VCT tidak mengurangi terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap pengidap HIV
2. Memberikan pendidikan kesehatan reproduksi kepada WPS dan pelanggan WPS agar dapat berperilaku seks yang aman sehingga mengurangi risiko penularan IMS, termasuk HIV.
  3. Meningkatkan kemampuan negoisasi WPS kepada pelanggan untuk selalu melakukan perilaku seks yang aman dengan tujuan mengurangi risiko penularan HIV.
  4. Meningkatkan peran mucikari dan pengurus rehabilitasi sosial Sunan Kuning untuk mengatur jumlah WPS yang melakukan VCT secara berkelompok sehingga tidak terjadi penumpukan di ruang tunggu klinik VCT. Penumpukan klien di ruang tunggu berakibat waktu tunggu klien bertambah lama.
  5. Memberikan saran kepada manajemen klinik VCT untuk selalu menekankan kepada seluruh staf yang terlibat dalam pelayanan di klinik VCT agar memberikan perlakuan yang tidak diskriminatif kepada seluruh klien, misalnya dengan memisahkan loket pendaftaran bagi pasien umum dan bagi klien klinik VCT.

6. Melakukan penataan ruangan di klinik VCT agar tercipta ruang konseling dan ruang pelayanan lain yang menjamin konfidensialitas dan kenyamanan klien.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI. *Lampiran KepMenKes RI no. 567/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman pelaksanaan pengurangan dampak buruk narkoba, psikotropika dan zat adiktif*. 2006.
2. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. *Buku pedoman pelaksanaan akselerasi penanggulangan HIV/AIDS di 100 Kabupaten/Kota*. 2006.
3. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. *Strategi nasional penanggulangan HIV/AIDS 2003 – 2007*. 2003.
4. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. *Strategi nasional penanggulangan HIV dan AIDS 2007 – 2010*. 2007.
5. Anonymous. *Sekilas tentang konseling dan VCT*. tersedia di <http://www.sahiva.or.id/Links/Konseling.htm> diakses pada tanggal 19 Maret 2007.
6. Family Health International. *HIV Voluntary Counseling and Testing: A Reference Guide for Counselors and Trainers*. January 2004.
7. Haruddin, Hasanbasri, M. Woerjandari, A. *Studi pelaksanaan HIV Voluntary Counseling And Testing (VCT) di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. Working Paper Series No. 3, Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2007. Tersedia di [http://lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/working/no.3\\_Haruddin\\_01\\_07.pdf](http://lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/working/no.3_Haruddin_01_07.pdf) diakses pada tanggal 12 Nopember 2007.
8. PKBI Pusat. *Konseling dan tes HIV sukarela*. 2007. tersedia di <http://www.pkbi.or.id/berita/berita.asp?id=3385> diakses pada tanggal 19 Mei 2007.
9. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. *AIDS di Indonesia*. 2008. Tersedia di [http://www.aidsindonesia.or.id/index.php?option=com\\_content&task=view&id=15&Itemid=123](http://www.aidsindonesia.or.id/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=123) diakses pada tanggal 12 Pebruari 2008.
10. Ditjen PPM & PL Depkes RI. *Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia*. 2008. Tersedia di <http://www.aids-ina.org/files/datakasus/des07.pdf> diakses pada tanggal 12 Pebruari 2008.
11. Purwanto, Edy. *Situasi dan Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Jawa Tengah*. Kertas Kerja, Seminar HIV dan AIDS di Blora, Jawa Tengah. 15 November. 2007.

12. Hull, Terence .H., Sulistyarningsih, E., Jones, Gavin W., *Prostitution in Indonesia: its history and evolution*. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta. 1999.
13. Indriani, Dyah. Perilaku pemanfaatan skrining IMS oleh WPS Resosialisasi Argorejo dalam pencegahan HIV dan AIDS di klinik Griya ASA PKBI Kota Semarang. Skripsi. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro. Semarang. 2007.
14. Matovu, J.K.B., Gray, R.H., Kiwanuka, N, et al. Repeat Voluntary HIV Counseling and Testing (VCT), sexual risk behavior and HIV incidence in Rakai, Uganda. *AIDS Behavior*. 2007; 11: 71-78.
15. Smet, Bart, *Psikologi Kesehatan*. PT Gramedia Widiasarana Indonesia. Jakarta. 1994.
16. Montano, Daniel E., Kasprzyk, D. The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. Dalam: Glanz, K., Rimer B.K., Lewis, F.M. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 3<sup>rd</sup> edition. Jossey-Bass. San Fransisco. 2002.
17. Mubarokah, Kismi. Teknik negosiasi WPS (Wanita Penjaja Seks) dalam mengajak klien memakai kondom: studi kualitatif upaya pencegahan HIV/ AIDS di Lokalisasi Sunan Kuning, Semarang. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. Semarang. 2006.
18. Nasronudin, *HIV&AIDS – Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis, dan Sosial*, Airlangga University Press. Surabaya. 2007.
19. Yayasan Kerti Praja, *Buku Pegangan Konselor HIV/AIDS*. Macfarlane Burnet Institute for Medical Research and Public Health Limited. 2003.
20. Departemen Kesehatan RI, *Pedoman pelayanan konseling dan testing HIV/AIDS secara sukarela (Voluntary Counselling and Testing)*. 2006.
21. Kassler, W. J., Alwano-Edyegu, Marum, E., et al. Rapid HIV testing with same-day results: A field trial. *International Journal of STD and AIDS*. 1998; 3: 134-138.
22. Solomon, S., Kouyoumdjian, F. G., Cecelia, A. J., et al. Why are People Getting Tested? Self-Reported Reasons for Seeking Voluntary Counseling and Testing at a Clinic in Chennai, India. *AIDS and Behavior*, 2006; 10 (4): 415-420.
23. Kawichai, S. Celentano, D. D., Chariyalertsak, S., et al. Community-based Voluntary Counseling and Testing Services in rural communities of Chiang Mai Province, Northern Thailand. *AIDS Behavior*, 2007; 11: 770-777.

24. Kawichai, S. Celentano, D. D., Chaifongsri, R., et al. Profiles of HIV Voluntary Counseling and Testing of clients at a district hospital, Chiang Mai Province, Northern Thailand, from 1995 to 1999. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002; 30: 493-502.
25. Komisi Penanggulangan AIDS Kota Semarang. *Laporan Bulanan VCT Kota Semarang*. 2008.
26. Muchlas, Makmuri, *Perilaku Organisasi*, Program Pendidikan Pasca Sarjana Magister Manajemen Rumahsakit Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta. 1994.
27. Bungin, B. *analisis data penelitian kualitatif, pemahaman filosofis dan metodologis ke arah penguasaan model aplikasi*. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta. 2003.
28. Green, Lawrence W. *Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach*. Mayfield Publishing Company. Mountain View-Toronto-London. 1991.
29. Gielen, A.C., McDonald, E.M., Using The Precede-Proceed Planning Model To Apply Health Behavior Theories. Dalam: Glanz, K., Rimer B.K., Lewis, F.M. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 3<sup>rd</sup> edition. Jossey-Bass. San Fransisco. 2002.
30. Silman, Alan J., Macfarlane, Gary J., *Epidemiological studies: a practical guide*. Second Edition. Cambridge University Press. Cambridge. 2002.
31. Komisi Penanggulangan AIDS Kota Semarang. *Laporan Tahunan Komisi Penanggulangan AIDS Kota Semarang Tahun 2007*. 2008.
32. Lemeshow, S., Hosmer, David W., Klar, J. *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 1997.
33. Murti, Bhisma. *Prinsip dan metode riset epidemiologi*. Edisi kedua, jilid pertama. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 2003.
34. Ancok, Djamaludin, *Teknik penyusunan skala pengukur*. Cetakan kesepuluh. Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2002.
35. Sugiyono, *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*, Alfabeta, Bandung, 2007.
36. Hastono, Priyo Sutanto. *Basic Data Analysis for Health Research*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2006.

37. Hong Yan, Li Xiaoming. Behavioral studies of female sex workers in China: a literature review and recommendation for future research. *AIDS Behavior*, 2007.

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK VCT ULANG  
HIV PADA WANITA PEKERJA SEKS (WPS) DI LOKALISASI SUNAN KUNING,  
SEMARANG**

Responden yang kami hormati,

Kami dari Universitas Diponegoro Semarang sedang melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik VCT ulang HIV pada wanita pekerja seks (WPS). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui keyakinan dan nilai tentang konseling dan testing HIV, dorongan orang lain untuk melakukan konseling dan testing HIV, motivasi untuk mengikuti dorongan tersebut, serta penilaian terhadap proses dan fasilitas yang tersedia di klinik VCT.

Keterlibatan Anda dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tanpa paksaan. Anda diharapkan menjawab seluruh pertanyaan dengan sebenar-benarnya untuk keperluan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Semua jawaban yang Anda berikan dalam wawancara berikut bersifat rahasia dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kami mengucapkan terima kasih atas keterlibatan dan kerjasama yang telah Anda berikan dalam penelitian ini.

Hormat kami,

Peneliti

---

**PERNYATAAN KESEDIAAN RESPONDEN**

Saya menyatakan bersedia untuk mengikuti wawancara dalam penelitian ini dan tidak berkeberatan informasi yang saya berikan digunakan untuk kepentingan penelitian.

---

Responden

No. Kuesioner : [ ][ ][ ]

Tanggal interview : [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]

**Kuesioner Penelitian**  
**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK VCT ULANG**  
**HIV PADA WANITA PEKERJA SEKS (WPS) DI LOKALISASI SUNAN KUNING,**  
**SEMARANG**

**Bagian A : KARAKTERISTIK SOSIODEMOGRAFI**

No	Pertanyaan dan filter	Kategori Koding
<b>A1</b>	Pada bulan dan tahun berapa Anda dilahirkan?	Bulan [ ][ ] Tidak tahu bulan apa 98 Tahun [ ][ ][ ][ ] Tidak tahu tahun berapa 99
<b>A2</b>	Apa status perkawinan Anda saat ini?	Tidak/belum menikah 1 Menikah 2 Cerai hidup/cerai mati 3
<b>A3</b>	Apakah tingkat pendidikan terakhir yang telah Anda tempuh sampai saat ini?	Tamat/Tidak tamat SD 1 Tamat SMP 2 Tamat SMA 3 Tamat Akademi/PT 4
<b>A4</b>	Sudah berapa lama Anda bekerja sebagai wanita pekerja seks sampai saat ini?	Tahun [ ][ ] Bulan [ ][ ]

**Bagian B : RIWAYAT KONSELING DAN TESTING HIV**

No	Pertanyaan dan filter	Kategori Koding
B1	Pernakah Anda melakukan konseling dan testing HIV?	Pernah 1 Tidak pernah 2 Tidak tahu/tidak menjawab 99
	Jika jawaban <b>tidak pernah</b> atau <b>tidak tahu</b> , wawancara dihentikan, beralih ke responden lain	
B2	Kapan terakhir kali Anda melakukan konseling dan testing HIV?	Tahun [ ][ ][ ][ ] Bulan [ ][ ]
B3	Dimana terakhir kali Anda melakukan konseling dan testing HIV?	Klinik VCT swasta 1 Rumah sakit 2 Puskesmas 3 Penjara 4 Tempat lain 5 Tidak menjawab 99

**Bagian C : KEYAKINAN MENGENAI KONSELING DAN TESTING HIV**

No	Pertanyaan dan filter	Kategori Koding
		Sgt Tdk Setuju      Netral      Sgt Setuju Tidak Setuju      Setuju
C1	Status HIV pada diri saya hanya dapat diketahui dengan cara melakukan testing	1      2      3      4      5

	HIV.					
C2	Jika saya tidak melakukan konseling, maka saya tidak akan mendapat informasi tentang IMS, HIV dan AIDS.	1	2	3	4	5
C3	Perilaku seks saya tidak menyebabkan saya beresiko mengidap HIV sehingga saya tidak harus melakukan konseling dan testing HIV. <b>R</b>	1	2	3	4	5
C4	Saya akan terkena AIDS dalam beberapa tahun mendatang jika tidak melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5
C5	Saya perlu melakukan test HIV secara rutin karena semua pelanggan sangat beresiko terkena Infeksi Menular Sekual (IMS)	1	2	3	4	5
C6	Saya masih dapat melindungi diri dari HIV tanpa melakukan konseling dan testing HIV. <b>R</b>	1	2	3	4	5
C7	Saya berhubungan seks dengan seseorang yang beresiko mengidap HIV sehingga saya perlu melakukan konseling dan testing HIV.	1	2	3	4	5
C8	Melakukan VCT tidak akan merubah kesehatan diri saya karena saya sering berganti-ganti pasangan seksual. <b>R</b>	1	2	3	4	5
C9	Saya berkeyakinan bahwa konseling dan testing HIV bermanfaat bagi orang yang beresiko HIV.	1	2	3	4	5
C10	Banyak teman-teman WPS yang merubah perilaku seks beresiko setelah melakukan VCT	1	2	3	4	5

**Bagian D : NILAI YANG DIPEROLEH DENGAN MENGETAHUI STATUS HIV**

No	Pertanyaan dan filter	Kategori Koding				
		Sgt Tdk Setuju	Tidak Setuju	Netral	Setuju	Sgt Setuju
D1	Mengetahui status HIV pada diri saya akan membuat saya tidak melakukan hubungan seks beresiko.	1	2	3	4	5
D2	Saya merasa sangat yakin akan menderita AIDS bila tidak melakukan konseling dan testing HIV.	1	2	3	4	5
D3	Melakukan konseling dan testing HIV secara rutin membuat perasaan saya lebih nyaman.	1	2	3	4	5
D4	Meskipun telah melakukan test HIV, saya dan pasangan saya tidak perlu berperilaku seks yang aman. <b>R</b>	1	2	3	4	5
D5	Setelah melakukan VCT, saya akan mempraktikkan seks yang aman kepada semua pasangan seks saya.	1	2	3	4	5
D6	Meskipun telah melakukan VCT, saya tidak akan mampu merubah perilaku pelanggan untuk melakukan seks yang aman. <b>R</b>	1	2	3	4	5
D7	Dengan melakukan VCT, saya mendapatkan informasi yang tentang IMS, HIV dan AIDS yang jelas dan sesuai fakta.	1	2	3	4	5
D8	Saya mendapatkan akses ke berbagai pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan IMS, HIV dan AIDS setelah melakukan VCT.	1	2	3	4	5
D9	Semakin banyak orang yang melakukan VCT akan semakin mengurangi terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap pengidap HIV.	1	2	3	4	5
D10	Setelah melakukan VCT, diri saya merasa terbantu untuk merencanakan perubahan untuk masa depan saya.	1	2	3	4	5

**Bagian E : DORONGAN DARI ORANG LAIN**

No	Pertanyaan dan filter	Kategori Koding				
		Sgt Tdk Setuju	Tidak Setuju	Netral	Setuju	Sgt Setuju
E1	Mucikari saya mendorong saya untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5
E2	Petugas outreach mendorong saya untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5
E3	Teman-teman WPS mendorong saya untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5
E4	Keluarga saya mendorong saya untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5
E5	Petugas kesehatan di klinik VCT mendorong saya untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5
E6	Pelanggan saya mendorong saya untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5
E7	Pasangan/pacar mendorong saya untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5

**Bagian F : MOTIVASI UNTUK MENGIKUTI DORONGAN ORANG LAIN**

No	Pertanyaan dan filter	Kategori Koding				
		Sgt Tdk Setuju	Tidak Setuju	Netral	Setuju	Sgt Setuju
F1	Saya mengikuti dorongan mucikari untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5
F2	Saya mengikuti dorongan petugas outreach untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5
F3	Saya mengikuti dorongan teman-teman WPS untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5
F4	Saya mengikuti dorongan keluarga untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5
F5	Saya mengikuti dorongan petugas kesehatan di klinik VCT untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5
F6	Saya mengikuti dorongan pelanggan untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5
F7	Saya mengikuti dorongan pasangan/ pacar untuk melakukan konseling dan testing HIV secara rutin.	1	2	3	4	5

**Bagian G : PRAKTIK ORGANISASI KLINIK VCT**

No	Pertanyaan dan filter	Kategori Koding	
G1	Apakah Anda membutuhkan waktu lebih dari 1 jam untuk menunggu bertemu konselor pada saat melakukan VCT?	Ya 2	
		Tidak 1	
		Tidak tahu/tidak menjawab 99	
G2	Menurut pendapat Anda, apakah proses komunikasi antara Anda dengan konselor dalam proses konseling dan testing HIV berlangsung dengan lancar?	Ya 1	
		Tidak 2	
		Tidak tahu/tidak menjawab 99	
G3	Apakah konselor sering menggunakan bahasa yang tidak dapat Anda pahami pada saat melakukan konseling?	Ya 2	
		Tidak 1	
		Tidak tahu/tidak menjawab 99	
G4	Menurut pendapat Anda, apakah konselor yang memberikan konseling kepada Anda di klinik VCT memberikan perlakuan yang baik selama konseling?	Ya 1	
		Tidak 2	
		Tidak tahu/tidak menjawab 99	
G5	Apakah Anda mendapat perlakuan yang diskriminatif pada saat melakukan VCT yang disebabkan karena pekerjaan Anda sebagai pekerja seks?	Ya 2	
		Tidak 1	
		Tidak tahu/tidak menjawab 99	
G6	Menurut pendapat Anda, apakah materi yang diberikan dalam konseling pre-tes bermanfaat bagi Anda?	Ya 1	
		Tidak 2	
		Tidak tahu/tidak menjawab 99	
G7	Apakah konselor yang memberikan konseling pada konseling pre tes dan konseling post tes merupakan orang yang sama?	Ya 1	
		Tidak 2	
		Tidak tahu/tidak menjawab 99	

G8	Apakah pelayanan petugas dalam pengambilan darah untuk testing HIV cukup ramah kepada klien?	Ya Tidak Tidak tahu/tidak menjawab	1 2 99
G9	Menurut pendapat Anda, apakah materi yang diberikan dalam konseling post-tes bermanfaat bagi Anda?	Ya Tidak Tidak tahu/tidak menjawab	1 2 99
G10	Saya tidak menanyakan status hasil dari tes HIV yang Anda lakukan. Apakah Anda pernah mengambil hasil tes HIV Anda?	Ya Tidak	1 2
	Jika jawaban <b>Tidak</b> , pertanyaan no. 13 <b>tidak perlu</b> ditanyakan		
G11	Berapa lama waktu yang Anda perlukan untuk mendapatkan hasil tes HIV yang Anda lakukan di klinik VCT?	Kurang dari 1 hari 1 – 7 hari 7 – 30 hari Lebih dari 1 bulan Tidak menjawab	1 2 3 4 99

**Bagian H : LINGKUNGAN ORGANISASI KLINIK VCT**

No	Pertanyaan dan filter	Kategori Koding	
H1	Menurut pendapat Anda, apakah tempat konseling dan testing HIV yang Anda kunjungi terasa nyaman bagi Anda?	Ya 1	
		Tidak 2	
		Tidak tahu/tidak menjawab 99	
H2	Apakah terdapat informasi prosedur/alur konseling bagi klien pada klinik VCT yang Anda kunjungi?	Ya 1	
		Tidak 2	
		Tidak tahu/tidak menjawab 99	
H3	Apakah pintu masuk ruang konseling berbeda dengan pintu keluar sehingga klien tidak akan bertemu dengan klien lain ketika melakukan VCT?	Ya 1	
		Tidak 2	
		Tidak tahu/tidak menjawab 99	
H4	Menurut pendapat Anda, apakah tempat konseling dan testing HIV yang Anda kunjungi menjamin rasa kepercayaan Anda sebagai klien?	Ya 1	
		Tidak 2	
		Tidak tahu/tidak menjawab 99	
H5	Menurut pendapat Anda, apakah Anda merasa kerahasiaan diri Anda terjaga pada saat melakukan konseling dan testing HIV?	Ya 1	
		Tidak 2	
		Tidak tahu/tidak menjawab 99	
H6	Menurut pendapat Anda, apakah fasilitas konseling dan testing HIV yang pernah Anda kunjungi cukup lengkap?	Ya 1	
		Tidak 2	
		Tidak tahu/tidak menjawab 99	
H7	Menurut pendapat Anda, apakah tersedia materi pendidikan yang mencukupi di ruang tunggu klinik VCT yang anda kunjungi, seperti : - poster, - leaflet, - brosur tentang HIV, AIDS, IMS, seks yang aman?	Ya 1	Tidak 2
		1 1	2 2
		1	2

		Ya	Tidak
H8	Menurut pendapat Anda, apakah tersedia materi pendidikan yang mencukupi di ruang konseling klinik VCT yang anda kunjungi seperti :		
	- kondom	1	2
	- alat peraga penis	1	2
	- alat peraga suntik	1	2
	- gambar infeksi oportunistik	1	2