

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD) TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) DI LOKALISASI GEMBOL SEMARANG

PENELITIAN *PRA-EXPERIMENTAL*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

NINING PUJI ASTUTI

NIM. 130915187

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2011

SURAT PERNYATAAN

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 10 Februari 2011

Yang menyatakan,

Nama : Nining Puji Astuti

NIM : 130915187

PERSETUJUAN SKRIPSI

Lembar Pengesahan

SKRIPSI DENGAN JUDUL

“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN
METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD) TERHADAP PERILAKU
PENCEGAHAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL DI LOKALISASI GEMBOL
SEMARANG ”

Disusun Oleh:

Nama : Nining Puji Astuti

NIM :130915187

TELAH DISETUJUI

TANGGAL, FEBRUARI 2010

Oleh:

Pembimbing Ketua



Esti Yunitasari, S.Kp, M.Kes

NIP. 197706172003122002

Pembimbing



Ni Ketut Alit Armini, S.Kp

NIP. 197410292003122002

Mengetahui,
a.n Dekan
Plt. Wakil Dekan I



Mira Trlharini, S.Kp, M.Kep

NIP. 197904242006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

**“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN
METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD) TERHADAP PERILAKU
PENCEGAHAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL DI LOKALISASI
GEMBOL SEMARANG ”**

Oleh : Nining Puji Astuti 130915187

Telah diuji
Pada tanggal, 16 Februari 2011

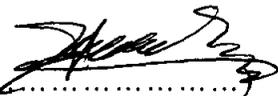
PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji : Yuni Sufyanti A, S.Kp, M.Kes
NIP. 197806062001122001



(.....)

Anggota : 1. Esti Yunitasari, S.Kp, M.Kes
NIP. 197706172003122002



(.....)

2. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp
NIP. 197410292003122002



(.....)

Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
Plt. Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji Tuhan, terimakasih kepada Yesus Kristus karena berkat DIA akhirnya penelitian dan skripsi dengan judul **“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD) TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) DI LOKALISASI GEMBOL SEMARANG”** ini dapat selesai tepat pada waktunya. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Bersamaan dengan ini, maka perkenankanlah peneliti mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp.,MARS., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Esti Yunitasari, S.Kp.,M.Kes, selaku pembimbing ketua yang telah banyak membantu dan memotivasi sampai skripsi ini selesai.
3. Ni Ketut Alit Armini S.Kep, selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu untuk bimbingan, terimakasih untuk motivasi dan saran-saran yang telah diberikan.
4. Dr. Dadi Darmadi, selaku kepala Puskesmas Bawen dan segenap jajarannya yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian.
5. Bp. Sanjaya selaku ketua lokalisasi Gembol yang telah banyak membantu peneliti dan menyediakan tempat untuk penelitian.
6. Seluruh responden yang telah kooperatif dalam pelaksanaan proses penelitian.

7. Ayah, Ibu, Vicky, Lia, mas Adi, mas Petrus, mbak Ida terimakasih untuk doa, semangat, dukungan, bantuan, dan support kalian.
8. Especially for my guardian angel, thanks for everything that you've done for me. In your eyes I'll find the light to light my way, when I'm scared and losing ground, when my world is going crazy, you can turn it all around. When I'm down you're there pushing me to the top. You're always there giving me all you've got. your love is so amazing , your love inspires me and when I need a friend, you're always on my side giving me faith. Thanks
9. Dhita, Dion, kak Rosa, kak Titin, Kisam, Irul, mbak Tika, mas Deni dan teman-teman terbaikku dari Program A dan B yang selalu mendukung aku baik saat suka atau sedang dalam banyak masalah. Aku mengasihi kalian semua sebagai sahabat dan keluarga terbaikku.
10. Seluruh dosen, staf dan karyawan, Pak Hendy, Pak Udin, Pak Agus, Mbak Anik, Mas Dimas, Bu Walida terima kasih banyak untuk bantuan dan supportnya.

Biarlah Tuhan membalas budi baik kalian semua dengan kasih-Nya yang selalu setia menerangi setiap jalan kita. Terimakasih untuk setiap doa, waktu, dukungan, dan bantuannya dalam menyelesaikan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi peneliti berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 2 Februari 2010

Peneliti

Nining Puji Astuti

MOTTO

DOING GOOD AVOIDING
HARM

ABSTRACT

EFFECT OF HEALTH EDUCATION USING FOCUS GROUP DISCUSSION METHOD ON BEHAVIOR IN PREVENTING SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN LOCALIZATION GEMBOL SEMARANG

A Pre –Experimental Study

Nining Puji Astuti

Commercial Sex Workers (CSWs) are at high risk for contracting Sexually Transmitted Infections (STIs). The incidence of STIs in sex workers is still very high. This results from several factors, among others, lack of CSWs' knowledge about STIs prevention, poor attitude and behavior of the sex workers in preventing STIs, and lack of support from the environment. Interventions provided through health education using FGD is expected to improve knowledge, attitude and behavior of sex workers in preventing STIs.

This study was pre-experimnetal using pre test-post test design. The population in this study was Commercial Sex Workers (CSWs) who were in localization Gembol Semarang. The sample numbered to 12 individuals, taken by purposive sampling method. The independent variable was health education with the method Focus Group Discussion (FGD) and the dependent variables were knowledge, attitudes and actions of the CSWs. Data were collected by questionnaire. The results were tested with Wicoxon Signed Rank Test statistical test. The assigned value was < 0.05 .

The results showed there was the effect of health education with the method of Focus Group Discussion on knowledge, attitudes and actions of the CSWs. FGD methods could improve knowledge ($p = 0.001$), attitude ($p = 0.002$) and action ($p = 0.001$).

It can be concluded that there are effects of health education using FGD method on knowledge, attitudes and actions of the CSWs. Further the research are recomended to improve health education among Commercial Sex Workers with acceptable, attractive and easy method.

Keywords: Health education, Focus Group Discussion, STIs, CSWs, Behavior, Preventing, Localization

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar.....	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Ucapan Terima Kasih	v
Motto.....	vii
Abstract	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1 Teoritis.....	7
1.4.2 Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan.....	8
2.2 Konsep Perilaku.....	24
2.3 Konsep Infeksi Menular Seksual	38
2.4 Konsep Pekerja Seks Komersial.....	63
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	69
3.1 Kerangka Konseptual.....	69
3.2 Hipotesis Penelitian.....	71
BAB 4 METODE PENELITIAN	72
4.1 Desain Penelitian	72
4.2 Kerangka Kerja	74
4.3 Populasi, Sampel dan Sampling.....	75
4.3.1 Populasi.....	75
4.3.2 Sampel.....	75
4.3.3 Sampling.....	76
4.4 Variabel Penelitian	76
4.4.1 Klasifikasi Variabel	76
4.5 Definisi Operasional	77
4.6 Instrumen Penelitian	80

4.7	Lokasi dan Waktu Penelitian	81
4.8	Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data	81
4.9	Cara Analisis Data	82
4.10	Etik Penelitian	83
4.11	Keterbatasan.....	84
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	85
5.1	Hasil Penelitian.....	85
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	85
5.1.2	Karakteristik Demografi Responden.....	86
5.1.3	Data Khusus	91
5.2	Pembahasan.....	96
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN.....	105
6.1	Kesimpulan	105
6.2	Saran	106
	DAFTAR PUSTAKA	107
	LAMPIRAN	109

DAFTAR GAMBAR

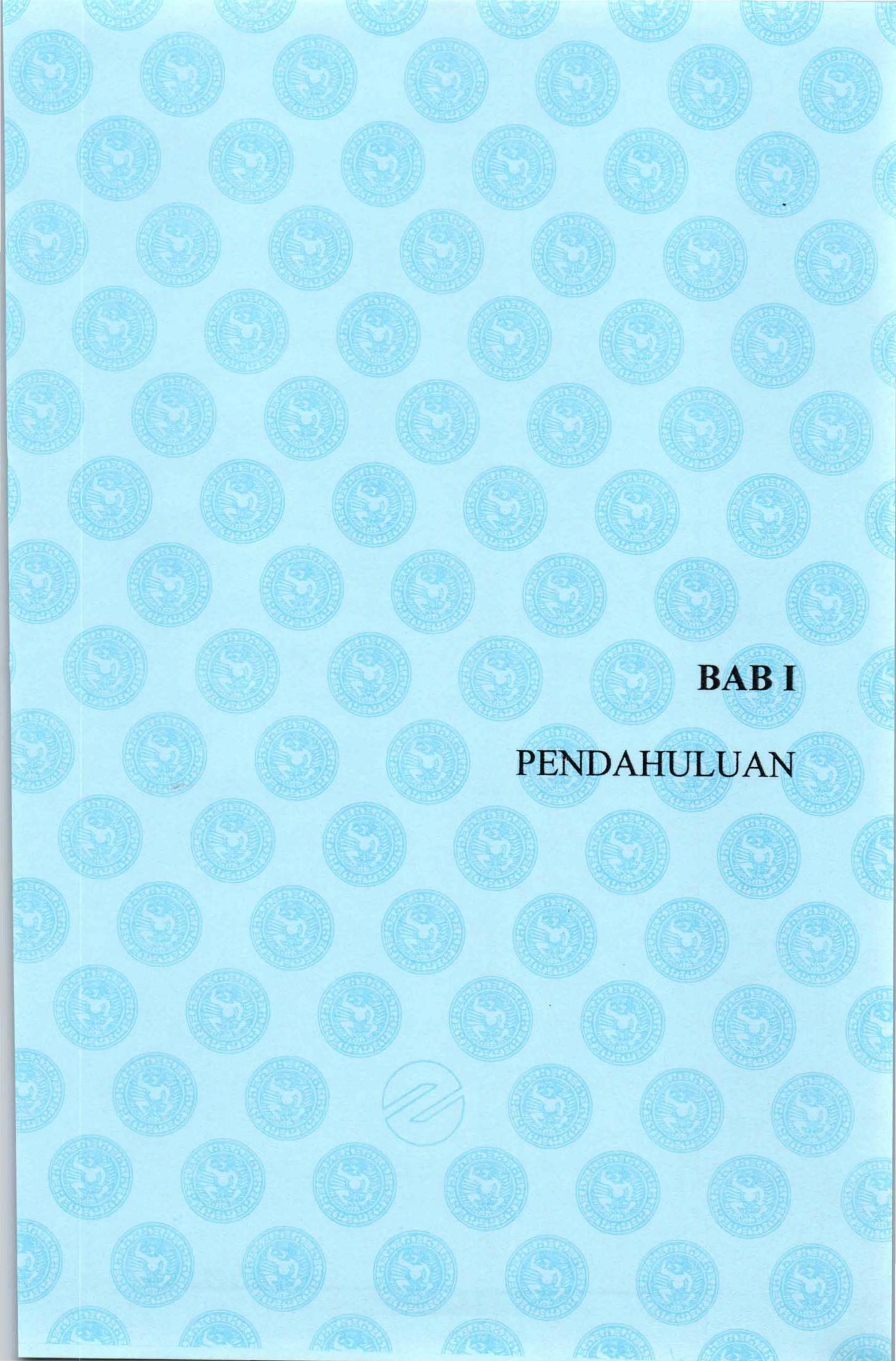
Gambar 2.1	Duh pada vagina wanita dengan gonorhea	42
Gambar 2.2	Ulkus siphilis	46
Gambar 2.3	Duh tubuh wanita dengan vaginosis bakterial	50
Gambar 2.4	Erosi multiple herpes simpleks genitalis.....	52
Gambar 2.5	Kondiloma akuminata.....	54
Gambar 2.6	Virus HIV.....	56
Gambar 2.7	T. Galbrata	59
Gambar 2.8	Duh tubuh wanita dengan trikomoniasis.....	60
Gambar 3.1	Kerangka konseptual dan hipotesis penelitian.....	69
Gambar 4.1	Kerangka operasional.....	74
Gambar 5.1	Demografi umur responden	86
Gambar 5.2	Demografi pendidikan responden.....	87
Gambar 5.3	Demografi pendidikan responden.....	87
Gambar 5.4	Demografi lama responden tinggal di lokalisasi.....	88
Gambar 5.5	Demografi informasi kesehatan.....	89
Gambar 5.6	Demografi bentuk informasi kesehatan	89
Gambar 5.7	Demografi alasan responden bekerja di lokalisasi.....	90
Gambar 5.8	Pengetahuan PSK pre dan post FGD	91
Gambar 5.9	Sikap PSK pre dan post FGD.....	91
Gambar 5.10	Tindakan PSK pre dan post FGD.....	92

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Organisme Penyebab Infeksi Menular Seksual	40
Tabel 4.1	Bentuk one group pre test-post test design	72
Tabel 4.2	Definisi Operasional	77
Tabel 5.1	Analisis Tingkat Pengetahuan PSK	93
Tabel 5.2	Analisis Sikap PSK.....	94
Tabel 5.3	Analisis Tindakan PSK.....	95

DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

AIDS	:	<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i>
CDC	:	<i>The Centers for Diseases Control and Prevention</i>
CMV	:	<i>Cytomegalo Virus</i>
DKT	:	Diskusi Kelompok Terfokus
FGD	:	<i>Focus Group Discussion</i>
HIV	:	<i>Human Immunodeficiency Virus)</i>
HSV	:	<i>Herpes Simplex Virus</i>
IGNS	:	Infeksi genital non spesifik
IMS	:	Infeksi Menular Seksual
ITP	:	<i>Idiopathic Thrombocytopenia</i>
KA	:	Kondiloma akuminata
KB	:	Keluarga Berencana
LGV	:	<i>Limfograduloma venereum</i>
PCP	:	<i>Pneumocystitis carinii</i>
Pendkes	:	Pendidikan Kesehatan
PRP	:	Penyakit radang panggul
PSK	:	Pekerja Seks Komersial
S-O-R	:	Stimulus-Organisme-Respon
Stimulus	:	Rangsangan
TRA	:	<i>Theory of Reasoned Action</i>
VPH	:	Virus papiloma humanus
WPS	:	Wanita Pekerja Seks



BAB I

PENDAHULUAN



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Infeksi menular seksual (IMS) adalah infeksi yang dapat menular dari satu orang ke orang lain melalui kontak seksual. Penyebarannya sulit ditelusuri sumbernya, sebab tidak pernah dilakukan registrasi terhadap penderita yang ditemukan. Orang yang sering berganti pasangan seksual, homoseksual, Pekerja Seks Komersial (PSK) adalah orang yang sangat beresiko terhadap Infeksi Menular Seksual (Sjaiful, 2009). Hasil wawancara awal peneliti terhadap 5 PSK menyatakan bahwa selama ini mereka pernah memperoleh informasi mengenai IMS, namun informasi yang mereka peroleh tidak pernah diingat dan tidak mereka terapkan dalam tindakan. Hasil wawancara awal menunjukkan bahwa pengetahuan PSK tentang pencegahan IMS masih tergolong kurang. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya yang digunakan Pemerintah untuk meningkatkan pengetahuan Pekerja Seks Komersial (PSK) mengenai Infeksi Menular Seksual (IMS). Di beberapa Negara disebutkan bahwa pelaksanaan program penyuluhan atau pendidikan kesehatan yang intensif akan menurunkan insiden IMS atau paling tidak insidennya relatif tetap (Sjaiful, 2009). Pendidikan kesehatan bisa diberikan dalam bentuk ceramah, diskusi kelompok atau diskusi group kecil. Penggunaan metode ceramah ataupun leaflet selama ini telah dilakukan, namun hasilnya belum memuaskan. Hal tersebut dibuktikan dengan masih tingginya angka kejadian IMS di

lokalisasi tersebut. Dari 7 lokalisasi yang berada di Semarang, lokalisasi Gembol merupakan salah satu lokalisasi di Semarang dengan angka kejadian IMS yang cukup tinggi. Terjadi 60% IMS setiap tahunnya di lokalisasi ini. Pendidikan kesehatan mengenai Infeksi Menular Seksual (IMS) ataupun upaya promosi kesehatan dengan membagikan kondom gratis di Lokalisasi selama ini telah dilakukan petugas kesehatan sebagai upaya untuk pencegahan IMS, namun pada faktanya angka kejadian Infeksi Menular Seksual (IMS) di lokalisasi tersebut masih sangat tinggi. Salah satu bentuk pendidikan kesehatan bisa dilakukan dengan *Focus Group Discussion* (FGD). *Focus Group Discussion* (FGD) dipandang sebagai metode yang efektif karena metode ini lebih interaktif, partisipatif, mengajak masyarakat mendiskusikan topik tertentu dengan cara yang lebih mudah dipahami masyarakat dan lebih mudah mendapatkan hasil yang maksimal. *Focus Group Discussion* (FGD) bertujuan untuk mendapatkan informasi (perasaan, pikiran) berdasarkan pengamatan subjektif dari sekelompok sasaran terhadap suatu situasi (Nursalam, 2009). Metode pendidikan kesehatan *Focus Group Discussion* (FGD) selama ini belum pernah diterapkan di wilayah lokalisasi Gembol. Pengaruh FGD terhadap perubahan perilaku pencegahan infeksi menular seksual di lokalisasi Gembol Semarang tentang Infeksi Menular Seksual belum dapat dijelaskan.

Peningkatan insiden IMS dan penyebarannya di seluruh dunia tidak dapat diperkirakan secara tepat. *The Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) menyatakan terdapat lebih dari 15 juta kasus dilaporkan setiap tahun. WHO memperkirakan tahun 1999 terdapat 340 juta kasus baru

IMS setiap tahunnya. Swedia, dengan pengendalian IMS yang baik, penyakit gonore terus menurun. Amerika Serikat mengalami peningkatan yang mencapai puncaknya pada tahun 1975 yaitu antara 473 per 100.000 pertahun kemudian menurun 324 per 100.000 penduduk pada 1987. Di Malaysia prevalensi gonore di kalangan WTS 20% (Sjaiful, 2009). Penderita IMS tahun 2003 di Jawa Tengah sejumlah 1454 jiwa, mengalami peningkatan menjadi 2329 jiwa pada tahun 2004, terjadi peningkatan menjadi 80% jiwa PSK yang mengalami IMS di Jawa Tengah pada tahun 2009. Penyakit menular seksual ini menunjukkan peningkatan setiap tahunnya 3 hingga 4 persen. Pada umumnya kasus terbanyak dialami wanita pekerja seks dengan katagori usia 20 hingga 29 tahun. Jumlah Pekerja Seks Komersial (PSK) sampai 1994/1995 tercatat 71.281. jumlah itu tidak termasuk yang di luar pagar lokalisasi. Jumlah pekerja seks komersial lokalisasi Gembol sebanyak 30 pekerja dan jumlah IMS di lokalisasi tersebut tidak terdeteksi karena jarang dari mereka yang melakukan screening IMS. Dari data laporan KPA Kabupaten Semarang Juni 2009, dari 164 pekerja seks yang screening (periksa IMS) terdapat 60% orang yang positif IMS. Selebihnya tidak ada gejala IMS (Suara Merdeka, 2009).

Pekerja Seks Komersial (PSK) adalah pelaku resiko tinggi terjangkit infeksi menular seksual. Infeksi Menular Seksual (IMS) banyak disebabkan oleh perilaku seks yang sering berganti pasangan, perilaku kurang menjaga kebersihan alat kelamin, kurangnya kesadaran masyarakat terutama Pekerja Seks Komersial (PSK) dalam memeriksakan kesehatan reproduksinya. Perilaku kurang sadarnya PSK dalam memeriksakan kesehatanya dan

menggunakan kondom itulah yang diduga dapat meningkatkan kejadian IMS. Dampak Infeksi Menular Seksual (IMS) sangat luas dan kompleks antara lain dampak medis, sosio ekonomis maupun psikologis. Dampak medis antara lain berupa kematian, timbulnya kanker ganas, kebutaan, janin mati dalam kandungan, cacat bawaan, berat badan bayi lahir rendah, kelainan sistem kardiovaskuler, kelainan susunan saraf pusat, penyakit radang panggul dan kemandulan. Infeksi Menular Seksual (IMS) dapat menimbulkan dampak yang dapat ditangani dan bisa menimbulkan komplikasi yang lebih lanjut. Infeksi Menular Seksual (IMS) bila ditangani dengan segera akan sembuh dengan pemberian antibiotik yang disesuaikan dengan bakteri penyebabnya (Kesrepro, 2010). Sebagian besar Infeksi Menular Seksual (IMS) akan menimbulkan peradangan dan kerusakan jaringan kulit / selaput lendir genital. Hal ini akan memperbesar penularan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) secara seksual, karena kerusakan jaringan tersebut merupakan pintu masuk HIV. Sebaliknya infeksi HIV akan memperberat gejala klinis IMS lainnya, karena menurunkan kekebalan tubuh sehingga mengurangi hasil pengobatan (Sjaiful, 2009).

Infeksi menular seksual pada PSK adalah masalah kompleks dan bahkan disebut sebagai rantai tak terputus di dunia kesehatan. Diperlukan peran serta dari pemerintah dan dunia kesehatan untuk meminimalisir angka kejadian tersebut, antara lain yaitu dengan melakukan pendidikan kesehatan kepada para PSK. *Focus Group Discussion* (FGD) merupakan diskusi kelompok yang berguna untuk memperoleh informasi mengenai keyakinan dan sikap terhadap masalah kesehatan. *Focus Group Discuccion* (FGD)

memungkinkan untuk masing-masing individu memberikan pendapatnya secara rinci mengenai suatu topik. *Focus Group Discussion* (FGD) dipimpin oleh seorang fasilitator, dimana fasilitator menggunakan panduan diskusi untuk menjelaskan topik yang akan dibahas. *Focus Group Discussion* (FGD) mengungkap beberapa aspek sekaligus, seperti pemahaman terhadap permasalahan disekitarnya, logika berpikir, pengambilan keputusan dan inisiatif. Diharapkan dengan dilakukannya *Focus Group Discussion* (FGD) pada kelompok Pekerja Seks Komersial (PSK) maka akan muncul pemahaman dan perubahan perilaku para PSK untuk mencegah terjadinya Infeksi Menular Seksual pada PSK. Dari uraian diatas peneliti ingin mengetahui adanya pengaruh pelaksanaan pendidikan kesehatan dengan metode *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap perilaku pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS) di lokasi Gembol Semarang. Maka dari itu penulis ingin meneliti tentang "Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Focus Group Discussion* (FGD) Terhadap Perilaku Pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS) Pekerja Seks Komersial (PSK) di Lokasi Gembol Semarang".

1.2 Rumusan Masalah

"Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap perilaku pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS) Pekerja Seks Komersial (PSK) di lokasi Gembol Semarang".

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap perilaku pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS) pada Pekerja Seks Komersial (PSK) di lokasi Gembol Semarang.

1.3.2 Tujuan khusus

- 1) Mengidentifikasi pengetahuan Pekerja Seks Komersial (PSK) terhadap pencegahan IMS di lokasi Gembol, Semarang sebelum dan sesudah dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD).
- 2) Mengidentifikasi sikap Pekerja Seks Komersial (PSK) terhadap pencegahan IMS di lokasi Gembol Semarang sebelum dan setelah dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD).
- 3) Mengidentifikasi tindakan Pekerja Seks Komersial (PSK) terhadap pencegahan IMS di lokasi Gembol Semarang sebelum dan setelah dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD).
- 4) Menganalisis pengetahuan Pekerja Seks Komersial (PSK) di lokasi Gembol Semarang sebelum dan sesudah dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD).
- 5) Menganalisis sikap Pekerja Seks Komersial (PSK) di lokasi Gembol Semarang sebelum dan sesudah dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD).

- 6) Menganalisis tindakan Pekerja Seks Komersial (PSK) di lokasi Gembol Semarang sebelum dan sesudah dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD).

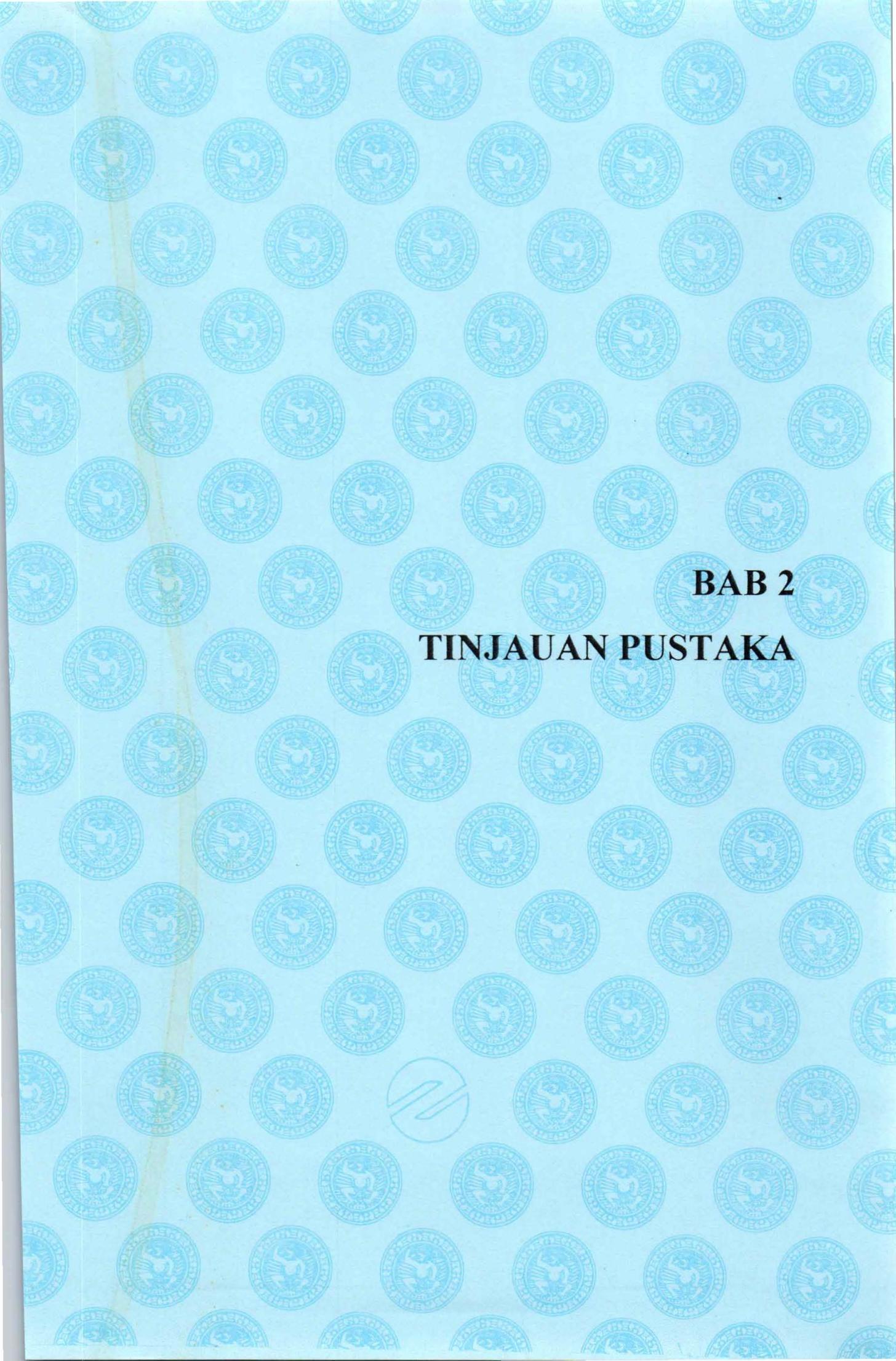
1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Sebagai dasar pengembangan keperawatan maternitas, khususnya dalam pencegahan infeksi menular seksual.

1.4.2 Praktis

- 1) Memberi masukan kepada PSK agar mengubah perilaku mereka kearah yang lebih baik dengan mencegah penularan seksual.
- 2) Memberi masukan kepada institusi atau lembaga terkait untuk mencegah peningkatan IMS pada PSK.



BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.1.1 Definisi Pendidikan Kesehatan

Pengertian pendidikan kesehatan menurut beberapa ahli, adalah :

1. Pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan didalam bidang kesehatan, yaitu perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif (Notoatmodjo, 2003).
2. Pendidikan kesehatan adalah proses belajar pada individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat (Suliha, 2002).
3. Pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap, dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, masyarakat, dan bangsa (Machfoedz, 2005).
4. Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi/ teori dari seseorang ke orang lain, bukan pula seperangkat prosedur tetapi perubahan tersebut karena adanya keasadaran dari dalam individu, kelompok, masyarakat sendiri (Mubarok, 2009).

2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan dari pendidikan kesehatan antara lain (Machfoedz, 2005 dan Suliha, 2002):

1. Tujuan kaitannya dengan batasan sehat

Berdasarkan WHO tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi sehat. Bila perilaku kesehatan tidak sesuai dengan prinsip kesehatan, maka dapat menyebabkan terjadinya gangguan terhadap kesehatan. Batasan sehat pada UU Nomor 23 tahun 1992, bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Untuk mencapai konsep sehat seperti definisi diatas, maka seseorang harus mengikuti berbagai latihan atau mengetahui apa saja yang harus dilakukan untuk menjadi sehat yang sebenarnya.

2. Mengubah perilaku kaitannya dengan budaya

Sikap dan perilaku adalah bagian dari budaya. Kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma adalah kebudayaan. Mengubah kebiasaan, terutama adat kepercayaan, yang telah menjadi norma atau nilai disuatu kelompok masyarakat, adalah hal yang sulit karena memerlukan suatu proses yang panjang. Kebudayaan adalah sikap perilaku serta cara berpikir orang yang terjadinya melalui proses belajar.

3. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.

4. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.

5. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

2.1.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Notoatmodjo (2003) membagi sasaran pendidikan kesehatan, yaitu :

1. Sasaran primer

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan kesehatan. Sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah kesehatan ibu dan anak (KIA), anak sekolah untuk kesehatan remaja. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (*empowerment*).

2. Sasaran sekunder

Tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat istiadat, disebut sasaran primer, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini memberikan pendidikan kesehatan dan memberikan contoh perilaku sehat kepada masyarakat disekitarnya. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran ini sejalan dengan strategi dukungan sosial.

3. Sasaran tersier.

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat maupun daerah merupakan sasaran tersier. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan berdampak terhadap perilaku tokoh masyarakat dan juga kepada masyarakat umum. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran ini sejalan dengan *advocacy* (strategi advokasi).

2.1.4 Tahap-Tahap Kegiatan Pendidikan Kesehatan

Maulana (2009), menyatakan tahap-tahapnya adalah :

1. Tahap Sensitasi

Tahap ini dilakukan untuk memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat terhadap adanya hal-hal penting yang berkaitan dengan kesehatan (misalnya, kesadaran terhadap adanya pelayanan kesehatan, dan kegiatan imunisasi). Pada tahap ini, tidak dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan dan tidak mengarah pada perubahan sikap, serta tidak atau belum bermaksud mengubah perilaku tertentu.

2. Tahap Publisitas

Tahap ini merupakan kelanjutan tahap sensitasi yang bertujuan menjelaskan lebih lanjut jenis pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, misalnya di puskesmas, posyandu, polindes, dan pustu.

3. Tahap Edukasi

Tahap ini bertujuan meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, dan mengarahkan perilaku yang diinginkan oleh kegiatan tersebut.

4. Tahap Motivasi

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan, individu atau masyarakat mampu mengubah perilaku sehari-harinya sesuai dengan perilaku yang dianjurkan.

2.1.5 Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Machfoedz (2007) metode diartikan sebagai cara atau pendekatan tertentu. Secara garis besar metode dibagi menjadi dua yaitu :

1. Metode didaktik : metode yang didasarkan satu arah atau *one way method*. Tingkat keberhasilan metode ini sulit dievaluasi karena peserta didik bersifat pasif dan hanya pendidik yang aktif (misalnya, ceramah, film, leaflet, buklet, poster, dan siaran radio).
2. Metode sokratik : metode yang dilakukan secara dua arah atau *two way method*. Dengan metode ini, kemungkinan pendidik dan peserta didik bersikap aktif dan kreatif (misalnya, diskusi kelompok, debat, panel, forum, *buzzgroup*, seminar, *role play*, curah pendapat, dan lain-lain).

Menurut Notoadmodjo (2003), klasifikasi metode pendidikan ada tiga bagian, yaitu :

1. Metode bimbingan individu

1) Bimbingan dan konseling.

Bimbingan berisi penyampaian informasi yang berkenaan dengan masalah pendidikan, pekerjaan, pribadi, masalah sosial yang disajikan dalam bentuk pelajaran. Konseling adalah proses belajar yang bertujuan memungkinkan konseli (peserta didik) mengenal dan menerima diri sendiri sesuai realita.

2) Wawancara (*interview*).

Wawancara petugas dengan klien dilakukan untuk menggali informasi.

2. Metode bimbingan kelompok

- 1) Kelompok besar, yaitu apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang, antara lain:

1.1 Ceramah

Ceramah adalah pidato yang disampaikan seorang pembicara di depan sekelompok pengunjung atau pendengar.

1.2 Seminar

Seminar adalah suatu penyajian adari satu atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

2) Kelompok kecil, yaitu apabila peserta kegiatan kurang dari 15 orang, antara lain:

2.1 Diskusi kelompok

Diskusi kelompok adalah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan diantar tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dan salah seorang diantaranya memimpin diskusi tersebut.

2.2 Demonstrasi

Demonstrasi adalah metode yang digunakan untuk membelajarkan peserta dengan cara menceritakan dan memperagakan suatu langkah-langkah mengerjakan sesuatu. Demonstrasi merupakan praktek yang diperagakan kepada peserta karena itu demonstrasi dapat dibagi menjadi dua tujuan, yaitu ; demonstrasi proses untuk memahami langkah demi langkah; dan demonstrasi hasil untuk memperlihatkan atau memperagakan hasil dari sebuah proses.

2.3 Curah pendapat

Curah pendapat adalah semacam pemecahan masalah ketika setiap anggota mengusulkan dengan cepat semua kemungkinan pemecahan yang dipikirkan.

2.4 Snowball

Metode ini dilakukan dengan membagi secara berpasangan.

2.5 Kelompok studi kecil (*Buzz group*)

Metode ini dilakukan dengan membagi kelompok sasaran yang lebih besar menjadi kelompok-kelompok kecil.

2.6 Bermain peran

Permainan sebuah situasi dalam hidup manusia dengan atau tanpa melakukan latihan sebelumnya.

2.7 Simulasi

Simulasi adalah suatu cara peniruan karakteristik-karakteristik atau perilaku-perilaku tertentu dari dunia riil sehingga para peserta latihan dapat bereaksi seperti pada keadaan sebenarnya.

2.8 Diskusi kelompok terfokus (DKT)/ *focus group discussion* (FGD)

Menurut Susilo, 2009, *focus group discussion* (FGD) adalah sebuah metode yang bertujuan untuk mendapatkan informasi (perasaan, pikiran) berdasarkan pengamatan subyektif dari sekelompok sasaran terhadap suatu situasi. Sasaran diskusi biasanya homogen dengan jumlah kelompok berkisar 6-12 orang.

Focus group discussion merupakan suatu diskusi yang dilakukan secara sistematis dan terarah atas suatu isu atau masalah tertentu

(Denny, 2006). Focus Group Discussion (FGD) adalah diskusi dengan peserta terbatas yang berasal dari satu kelompok tertentu dan topik bahasan diskusi tertentu.

2.8.1 Tujuan FGD

1. Menambah dan memperdalam informasi.
2. Membangun kesepakatan atau komitmen.
3. mengklarifikasi informasi yang kurang pada basis data dan juga bisa dipakai untuk memperoleh opini-opini yang berbeda mengenai satu permasalahan tertentu.
4. Memberikan kesempatan pada peserta saling berinteraksi untuk mengungkapkan informasi yang tersembunyi dan mungkin tidak diperoleh dengan pengamatan dan wawancara individu.
5. Memberi kesempatan peserta mengungkapkan wawasan mengenai opini dalam masyarakat.

2.8.2 Keunggulan dalam menggunakan metode FGD adalah:

- 1) Praktis dan ekonomis, waktu yang biasa digunakan adalah 20-30 menit.
- 2) FGD dapat mengungkapkan beberapa aspek sekaligus, seperti menjelaskan suatu informasi yang lebih rinci dan mendetail, mengungkap beberapa aspek sekaligus, seperti; pemahaman atas permasalahan di sekitarnya, meningkatkan logika berfikir, cara pengambilan keputusan, memiliki inisiatif, ketrampilan berkomunikasi, dan kepercayaan diri pada seseorang.

- 3) FGD bersifat memberikan tekanan pada kasus yang terfokus dan bagaimana membuat peserta mendapatkan wawasan baru dari masalah diatas.
- 4) Dalam FGD biasanya terdapat suatu topik yang dibahas dan didiskusikan bersama.

2.8.3 Prinsip-prinsip FGD di antaranya:

- 1) FGD adalah kelompok diskusi bukan wawancara atau obrolan.
Ciri khas metode FGD yang tidak dimiliki oleh metode riset lainnya (wawancara mendalam atau observasi) adalah interaksi.
- 2) FGD adalah group bukan individu.
- 3) FGD adalah diskusi terfokus bukan diskusi bebas.

2.8.4 Hal-hal yang dilakukan ketika Focus Group Discussion (FGD)

Menurut Cahyo (2009) ketika sedang berada dalam tahap yang penting untuk dipersiapkan adalah:

1. Pastikan anggota menyimak dengan sebaik-baiknya kasus seperti apa yang sedang dihadapi sehingga anggota memiliki pemahaman yang utuh mengenai kasus tersebut. Manfaatkan waktu yang diberikan dengan sebaik-baiknya karena biasanya kasus-kasus dalam FGD memiliki beberapa alternatif penyelesaian sekaligus. Jangan terlalu terburu-buru mengambil sikap karena bisa jadi anggota belum mempertimbangkan beberapa aspek yang seharusnya perlu diperhatikan dalam kasus tersebut.
2. Bersikap proaktif dan komunikasikan ide atau gagasan Anda kepada kelompok. Perlu percaya diri, percaya dengan kemampuan

Anda sendiri sehingga orang lain juga yakin dan mendengarkan ide Anda dengan seksama. Diharapkan untuk tidak takut menyanggah pendapat orang lain apabila Anda merasa pendapat orang lain tersebut kurang sesuai dengan kasus yang harus disikapi. Argumentasi dari orang lain justru penting agar penyelesaian yang didapatkan kelompok benar-benar sempurna.

2.8.5 langkah-Langkah Pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD)

1. Tentukan target peserta dan diskusikan dengan warga komunitas tersebut mengenai target kriteria peserta. Aturan umum pengelompokan terdiri dari 8-12 orang.
2. Lakukan diskusi dengan satu topik tertentu. Diskusi dilakukan selama 1-2 jam.
3. Setelah menentukan kriteria-kriteria yang terkait, lalu identifikasi siapa-siapa yang akan mewakili masing-masing kelompok kriteria tersebut.
4. Rencanakan penjadwalan waktu pelaksanaan FGD.
5. Buat desain pedoman FGD
 - 5.1 Pedoman terdiri dari daftar pertanyaan untuk menjadi bahan fasilitator untuk memancing diskusi pada FGD.
 - 5.2 Pedoman bagi fasilitator untuk mendorong kebebasan berekspresi, tergalinya informasi mendalam dari peserta.
 - 5.3 Buat pertanyaan-pertanyaan sederhana dengan jawaban tertutup.
 - 5.4 Pedoman harus detail.

5.5 Pedoman harus menyediakan pertanyaan terbuka untuk topik khusus yang didiskusikan.

5.6 Siapkan fasilitator dan pencatat proses.

3. Metode bimbingan massa

1) Ceramah umum

Metode ini dilakukan dengan memberikan pidato di hadapan massa dengan sasaran yang sangat besar. Misalnya pada Hari Kesehatan Nasional.

2) Pidato-pidato/ diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik, baik televisi maupun radio.

2.1.6 Media Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo, 2003, media adalah alat bantu yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pun pengajaran. Media pendidikan kesehatan disebut juga sebagai alat peraga karena berfungsi membantu dan menerangkan sesuatu dalam proses pendidikan atau pengajaran. Prinsip pembuatan alat peraga atau media bahwa pengetahuan yang ada pada setiap orang diterima atau ditangkap melalui pancaindra. Macam-macamnya adalah :

1. Media cetak

Merupakan alat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan yang sangat bervariasi, contohnya; booklet, leaflet, flyer, filf chart, rubrik, poster, dan foto.

2. Media elektronik

Merupakan sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan yang berbeda-beda jenisnya, contohnya; televisi, radio, video, slide, dan film strip.

3. Media papan

Papan atau bill board yang dipasng di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan kesehatan.

2.1.7 Proses Belajar di dalam Pendidikan Kesehatan

Dalam Notoatmodjo, 2003, proses belajar meliputi;

1. Arti Belajar

Pendidikan tidak lepas dari proses belajar, karena proses belajar itu berada dalam rangka mencapai tujuan pendidikan. Pendidikan dilihat secara makro sedangkan pengajaran (proses belajar) itu dilihat secara mikro. Belajar adalah usaha untuk menguasai segala sesuatu yang berguna untuk hidup.

2. Proses Belajar

Di dalam belajar akan tercakup hal-hal berikut;

1) Latihan

Latihan adalah suatu penyempurnaan potensi tenaga-tenaga yang ada dengan mengulang-ulang aktivitas tertentu.

2) Menambah tingkah laku baru

Sifat khas dari proses belajar adalah memperoleh sesuatu yang baru, yang dahulu belum ada, sekarang menjadi ada, yang semula belum diketahui, sekarang diketahui, yang dahulu belum mengerti, sekarang dimengerti.

3. Teori Proses Belajar

Perkembangan teori proses belajar yang ada dapat dikelompokkan ke dalam dua dua kelompok besar, yaitu;

1) Teori stimulus-respon

Teori ini hanya memperhitungkan faktor dari luar individu (faktor eksternal), kurang memperhatikan faktor internal. Teori belajar yang termasuk teori ini adalah teori asosiasi, yaitu, belajar adalah mengambil dan menggabungkan tanggapan karena rangsangan diberikan berulang-ulang.

2) Teori transformasi.

Teori ini memperhitungkan faktor eksternal dan internal dan berlandaskan pada *psikologi kognitif*, bahwa proses belajar adalah transformasi dari informasi, kemudian informasi tersebut direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali, dan dimanfaatkan. Perilaku terjadi karena interaksi individu dengan dunia luar, persepsi, imajinasi dan penalaran. Teori transformasi ini juga mencakup domain afektif dan psikomotor.

4. Prinsip-prinsip Belajar

1) Prinsip 1

Belajar adalah suatu pengalaman yang terjadi di dalam diri si pelajar yang diaktifkan oleh individu itu sendiri. Perubahan persepsi pengetahuan, sikap, dan perilaku adalah suatu produk manusia itu sendiri, bukan kekuatan yang dipaksakan kepada individu.

2) Prinsip 2

Belajar adalah penemuan diri sendiri, yang berarti proses penggalan ide-ide yang berhubungan dengan diri sendiri dan masyarakat, sehingga pelajar dapat menentukan kebutuhan dan tujuan yang akan dicapai.

3) Prinsip 3

Belajar adalah suatu konsekuensi dan pengalaman. Seseorang menjadi bertanggung jawab ketika ia disertai tanggung jawab. Untuk belajar yang efektif tidak cukup jika hanya dengan memberikan informasi saja, tetapi kepada pelajar tersebut perlu diberikan pengalaman.

4) Prinsip 4

Belajar adalah proses kerja sama dan kolaborasi. Dengan kerja sama, saling berinteraksi, dan berdiskusi, disamping memperoleh pengalaman dari orang lain juga dapat mengembangkan pemikiran-pemikiran dan daya kreasi individu. Implikasi prinsip ini di dalam pendidikan kesehatan adalah dengan pembentukan kelompok dan diskusi kelompok akan sangat mempermudah proses belajar.

5) Prinsip 5

Belajar adalah proses *evolusi*, bukan proses *revolusi* karena perubahan perilaku memerlukan waktu dan kesabaran.

6) Prinsip 6

Belajar kadang-kadang merupakan suatu proses yang menyakitkan karena menghendaki perubahan kebiasaan yang sangat menyenangkan dan sangat berharga dirinya dan mungkin harus melepaskan sesuatu yang menjadi jalan hidup atau pegangan hidupnya.

7) Prinsip 7

Belajar adalah proses *emosional dan intelektual*. Belajar dipengaruhi oleh keadaan individu atau si pelajar secara keseluruhan. Belajar bukan hanya proses intelektual, tetapi emosi juga turut menentukan, oleh karena itu hasil belajar sangat ditentukan situasi psikologis individu saat belajar.

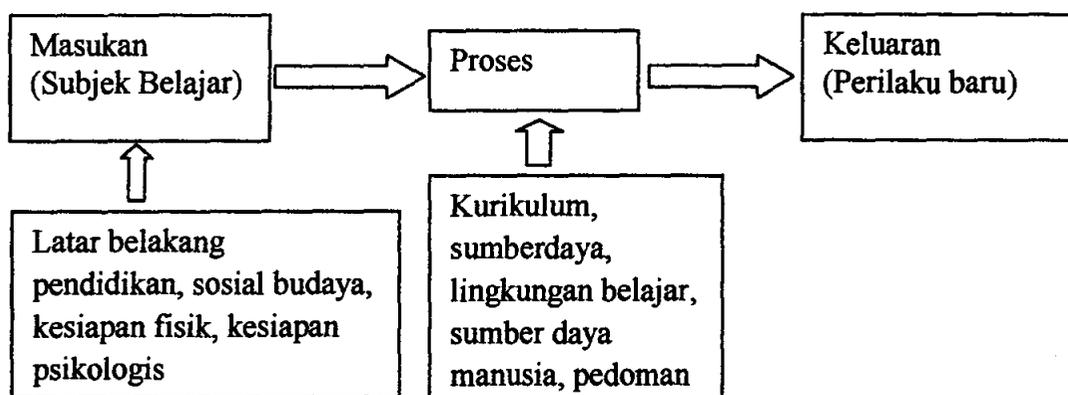
8) Prinsip 8

Belajar bersifat individual dan unik. Kita harus menyediakan media belajar yang bermacam-macam sehingga tiap individu dapat memperoleh pengalaman belajar sesuai dengan keunikan dan gaya masing-masing.

2.1.8 Kerangka Konsep Proses Pendidikan Kesehatan

1. Proses Pendidikan Kesehatan

Dalam Suliha, 2002, menyatakan prinsip utama dalam proses pendidikan kesehatan adalah proses belajar pada individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat. Apabila proses pendidikan kesehatan dilihat sebagai sistem, proses belajar dalam kegiatannya menyangkut aspek masukan, proses, dan keluaran yang digambarkan :



Gambar 2.1 Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan (Suliha, 2002)

1. Masukan dalam pendidikan kesehatan

Masukan dalam proses pendidikan kesehatan adalah individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat yang akan menjadi sasaran didik. Dalam kegiatan belajar, sasaran didik subjek belajar dengan perilaku belum sehat. Subjek belajar yang mempengaruhi pendidikan kesehatan, adalah kesiapan fisik dan psikologis (motivasi dan minat), latar belakang pendidikan, dan sosial budaya.

2. Proses dalam pendidikan kesehatan

Proses dalam pendidikan kesehatan merupakan mekanisme dan interaksi yang memungkinkan terjadinya perubahan perilaku subjek belajar. Dalam proses tersebut diperlukan interaksi antara subjek belajar sebagai pusatnya dan pengajar (petugas kesehatan) metode pengajaran, alat bantu belajar, dan materi belajar. Proses pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh faktor: materi/ bahan pendidikan kesehatan, lingkungan belajar, perangkat pendidikan, dan subjek belajar.

Materi/ bahan pendidikan kesehatan merupakan materi/ bahan belajar bagi subjek belajar. Materi tersebut dapat merupakan materi baru, pelengkap atau pengulangan bagi subjek belajar. Lingkungan belajar dapat berupa tatanan belajar di kelas, auditorium, atau tempat lainnya, lingkungan sosial, lingkungan fisik (cahaya, udara, suara). Tenaga kesehatan/ perawat meliputi kualitas, yaitu kemampuan melakukan pendidikan kesehatan, maupun kuantitas yang menyangkut jumlah maupun jenisnya. Perangkat lunak pendidikan kesehatan yang mempengaruhi proses belajar adalah kurikulum/ satuan pelajaran, buku materi, *leaflet*, *booklet*, buku pedoman dan peraturan.

Perangkat keras berupa alat bantu pengajaran/ alat peraga/ Audio Visual Aids (AVA) dan tempat belajar.

3. Keluaran dalam pendidikan kesehatan

Keluaran dalam pendidikan kesehatan adalah kemampuan sebagai hasil perubahan perilaku yaitu perilaku sehat dari sasaran didik.

2.2 Konsep Perilaku

2.2.1 Definisi

Dari aspek biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berbicara, berjalan, menangis, tertawa, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2010) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian perilaku manusia terjadi melalui proses Stimulus Organisme \longrightarrow Respon, sehingga teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" (stimulus-organisme-respon). Selanjutnya teori Skinner menjelaskan adanya dua jenis respon, yakni:

1. Responden respons atau *reflexive*, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu yang disebabkan *eliciting stimulus*, karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap.
2. Operan respons atau *instrumental respons*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian timbul diikuti oleh stimulus atau rangsangan yang lain. Perangsang yang terakhir ini disebut *reinforcing stimuli* atau *reinforcer*, karena berfungsi untuk memperkuat respons.

Berdasar teori "S-O-R" tersebut, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni:

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk "*unobservable behavior*" atau "*covert behavior*" yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau "*observable behavior*".

2.2.2 Perilaku Kesehatan

Menurut Skinner maka perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain

perilaku kesehatan adalah semua aktifitas atau kegiatan seseorang baik yang diamati (*observable*) maupun yang tidak diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan. Oleh sebab itu perilaku kesehatan ini pada garis besarnya dibagi menjadi dua, yakni:

1. Perilaku orang sehat agar tetap sehat dan meningkat. Perilaku ini mencakup perilaku-perilaku (*overt dan covert behavior*) dalam mencegah atau menghindari dari penyakit dan penyebab penyakit atau masalah atau penyebab masalah kesehatan (perilaku preventif) dan perilaku dalam mengupayakan meningkatnya kesehatan (perilaku promotif).
2. Perilaku orang sakit atau telah terkena masalah kesehatan untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya. Oleh sebab itu perilaku ini disebut dengan perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*). Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seorang atau anaknya bila sakit atau terkena masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan atau terlepasnya dari masalah kesehatan tersebut.

2.2.3 Ranah (domain) Perilaku

Perilaku adalah totalitas pemahaman dan aktifitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan eksternal. Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2010) membedakan 3 area, wilayah, ranah atau domain perilaku ini yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Ahli pendidikan Indonesia menerjemahkan kedalam cipta

(kognitif), rasa (afektif), dan karsa (psikomotor) atau pencipta, perasa, dan bertindak.

Dalam perkembangan selanjutnya, berdasar pembagian domain oleh Bloom ini dan untuk kepentingan pendidikan praktis, dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku sebagai berikut:

1) **Pengetahuan**

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besar dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yakni:

1.1 Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

1.2 Memahami (*Comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

1.3 Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi lain.

1.4 Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

1.5 Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

1.6 Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulasi atau objek. Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan manifestasi sikap itu tidak dapat dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-

hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Newcomb dalam Notoatmodjo (2010), salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai penghayatan terhadap objek.

Komponen pokok sifat menurut Alport (1954) dalam Notoatmodjo (2010) yaitu:

- 1) Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek, artinya bagaimana keyakinan, pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka.

Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkatan-tingkatan berdasarkan intensitasnya sebagai berikut:

3.1 Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

3.2 Menanggapi (*responding*)

Menanggapi diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

3.3 Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon.

3.4 Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatnya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasar keyakinannya, dia harus berani mengambil resiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya resiko lain (Notoatmodjo, 2010).

Ciri-ciri sikap menurut WHO adalah :

- 1) Sikap akan terwujud di dalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu.
- 2) Sikap akan ikut atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu pada pengalaman orang lain.
- 3) Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pada pengalaman seseorang.
- 4) Didalam suatu masyarakat apapun selalu berlaku nilai-nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek.

2.1 Perubahan Sikap

Theory of Reasoned Action (TRA) pertama kali diperkenalkan pada tahun 1967 untuk melihat hubungan keyakinan, sikap, niat dan perilaku. Fishbein, 1967 mengembangkan TRA ini dengan sebuah usaha untuk melihat perubahan hubungan sikap dan perilaku (Glanz, 2002).

Faktor yang paling penting dalam seseorang berperilaku adalah adanya niat. Niat akan ditentukan oleh sikap seseorang. Kemudian sikap ditentukan oleh keyakinan seseorang akibat dari tindakan yang akan dilakukan. Diukur dengan evaluasi terhadap masing-masing akibat. Jadi, seseorang yang memiliki keyakinan yang kuat akan akibat dari tindakan yang dilakukan secara positif akan menghasilkan sikap yang positif pula. Sebaliknya jika seseorang tidak yakin akan akibat dari perilaku yang dilakukan dengan positif akan menghasilkan sikap yang negative (Glanz, 2002).

Niat seseorang untuk berperilaku juga dapat dipengaruhi oleh norma individu dan motivasi untuk mengikuti. Norma individu dapat dipengaruhi oleh norma-norma atau kepercayaan dimasyarakat. Gambaran : Kepercayaan, Sikap, Niat, dan Perilaku.

3. Tindakan atau Praktik (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan factor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Disamping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak-pihak lain (Notoatmodjo, 2010).

Praktik atau Tindakan dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya, yakni:

1) Praktik dipimpin (*guided respon*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.

2) Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis.

3) Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi atau tindakan dan perilaku yang berkualitas.

Perilaku terjadi diawali dengan adanya pengalaman-pengalaman seseorang serta faktor-faktor di luar orang tersebut (lingkungan) baik fisik maupun non fisik. Kemudian pengalaman dan lingkungan tersebut diketahui, dipersepsikan, diyakini, dan sebagainya sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak dan akhirnya terjadilah perwujudan niat tersebut yang berupa perilaku (Notoatmodjo, 2010)

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan mewawancarai terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2010).

1) Tekanan (*Enforcement*)

Upaya agar masyarakat mau mengadopsi perilaku kesehatan dengan baik adalah cara tekanan, paksaan atau koersi (*coertion*). Upaya ini bisa dalam bentuk undang-undang, peraturan peraturan, intruksi-intruksi, tekanan-tekanan dan sanksi-sanksi.

2) Edukasi (*education*)

Upaya agar masyarakat mau mengadopsi perilaku kesehatan dengan benar, adalah dengan cara persuasi, bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran dan sebagainya. Seperti memberikan penyuluhan dan pendidikan dan sebagainya. Menurut Green (1980) dalam Notoatmodjo(2010) kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor, yakni faktor perilaku dan faktor diluar perilaku.

Perilaku itu sendiri terbentuk oleh 3 faktor sehingga dapat mempengaruhi perilaku, yaitu :

- 1) Faktor *Predisposisi (Predisposing Factors)* yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- 2) Faktor *Pendukung (Enabling Factors)* yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan, seperti kontrasepsi dan obat-obatan.
- 3) Faktor *Pendorong (Reinforcing factors)* yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan ataupun petugas lainnya, merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan

sebagainya dari orangtua atau masyarakat yang bersangkutan. Ketersediaan fasilitas dan sikap serta perilaku para petugas kesehatan, orangtua terhadap kesehatan anaknya dan saling mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Dilihat dari sudut pandang WHO menganalisa sekaligus menambah argument Green bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu adalah karena adanya 4 faktor pokok dan alasannya yakni (Notoatmodjo, 2010) :

1. Pemikiran dan perasaan yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek :
 - 1) Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.
 - 2) Kepercayaan sering di peroleh dari orangtua , kakek atau nenek , dimana seseorang itu menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
 - 3) Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek . Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain.
2. Orang penting untuk referensi, apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh seperti guru, ulama, kepala desa dan orangtua.
3. Sumber-sumber daya yang mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya, semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang

atau kelompok masyarakat. Pengaruhnya terhadap perilaku bisa bersifat positif maupun negatif.

4. Perilaku normal, kebiasaan nilai dan sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup, yang pada umumnya disebut kebudayaan. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek kebudayaan dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku.

2.2.4 Proses Adopsi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baik), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni : kesadaran, interes, evaluasi, percobaan dan adopsi.

Namun demikian dalam penelitian lanjutan Roger (1983), telah menemukan model baru dalam memperbaiki penelitiannya proses perubahan perilaku terdahulu dengan tiori yang di kenal " *Deffusion of innovation* " meliputi:

1. *Knowledge* (pengetahuan) terjadi bila individu (ataupun suatu unit perbuatan keputusan lainnya) diekspos terhadap eksistensi inovasi dan memperoleh pemahamannya.
2. *Persuasion* (Persuasi) terjadi bila suatu induvidu (ataupun suatu unit keputusan lainnya) suatu sikap mendukung atau tidak mendukung terhadap inovasi.

3. *Decision* (keputusan) terjadi bila individu (atau unit pembuat keputusan lainnya) terlibat dalam berbagai aktivitas yang mengarah kepada pilihan untuk menerapkan dan menolak inovasi.
4. *Implementation* (implementasi) terjadi bila individu (atau unit keputusan lainnya) menggunakan inovasi.
5. *Confirmation* (konfirmasi) terjadi bila individu (atau unit pembuatan keputusan lainnya) mencari dukungan atas keputusan inovasi yang sudah dibuat, akan tetapi ia sendiri mungkin mencanangkan keputusan sebelumnya jika di arahkan terhadap pesan-pesan yang menimbulkan konflik tentang inovasi tersebut. Apabila penerimaan perilaku baru dan adopsi perilaku melalui proses seperti ini, dimana didasari pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku ini tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2010).

2.2.5 Teori Perubahan Perilaku

Lawrence Green (1991) dalam Notoatmodjo (2010) mengemukakan tentang teori Precede-Proceed. Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar perilaku (*non behavior causes*). Selanjutnya perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yang dirangkum dalam akronim PRECEDE: *Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*. Precede ini merupakan arahan dalam menganalisis atau diagnosis dan evaluasi perilaku

untuk intervensi pendidikan (promosi) kesehatan. Precede adalah merupakan fase diagnosis masalah.

Lebih lanjut Precede model ini dapat diuraikan bahwa perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yakni:

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

Banyak teori-teori yang berkaitan dengan perubahan perilaku seseorang dalam keseharian. Diantaranya menurut teori Anderson dalam Muzaham (1995) yang dikutip oleh Ari (2009). Yaitu ada tiga faktor yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan :

- 1) Mudahnya menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan (karakteristik predisposisi)
- 2) Adanya faktor-faktor yang menjamin terhadap pelayanan kesehatan yang ada (karakteristik pendukung)
- 3) Adanya kebutuhan pelayanan kesehatan (karakteristik kebutuhan).

2.3 Infeksi Menular Seksual

2.3.1 Pengertian

Infeksi menular seksual yang sebagian besar menular lewat hubungan seksual dengan pasangan yang sudah tertular. Hubungan seks ini termasuk hubungan seks lewat liang senggama, lewat mulut (oral) atau lewat dubur (anal) (Kesrepro, 2007).

2.3.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi Infeksi Menular Seksual

Menurut Daili, F, dkk (2009), perubahan pola distribusi maupun pola perilaku penyakit menular seksual, tidak terlepas dari faktor-faktor yang mempengaruhinya yaitu:

1. Faktor dasar
 - 1) Adanya penularan penyakit
 - 2) Berganti-ganti pasangan seksual
2. Faktor medis
 - 1) Gejala klinis pada wanita dan homoseksual yang asimtomatis.
 - 2) Pengobatan modern
 - 3) Pengobatan yang mudah, murah, cepat dan efektif, sehingga resiko resistensi tinggi, dan bila disalahgunakan akan meningkatkan resiko penyebaran infeksi.
3. IUD dan pil KB hanya bermanfaat bagi pencegahan kehamilan saja, berbeda dengan kondom yang juga dapat digunakan sebagai alat pencegahan terhadap penularan IMS.
4. Faktor sosial
 - 1) Mobilitas penduduk

- 2) Prostitusi
- 3) Waktu yang santai
- 4) Kebebasan individu
- 5) Ketidaktahuan

Selain faktor-faktor tersebut diatas masih ada beberapa faktor lain yang mempengaruhi perbedaan prevalensi antara Negara maju dan berkembang.

- 1) Diagnosis yang kurang tepat karena keterbatasan sarana penunjang.
- 2) Komplikasi lebih banyak ditemukan di Negara berkembang, karena keterlambatan diagnosis dan pengobatan.

2.3.3 Kelompok Perilaku Resiko Tinggi

Menurut Daili, dkk (2009), dalam IMS yang dimaksud dengan perilaku resiko tinggi ialah perilaku yang menyebabkan seseorang mempunyai resiko besar terserang penyakit. Yang tergolong kelompok resiko tinggi ialah:

1. Usia
 - 1) 20-34 tahun pada laki-laki
 - 2) 16-24 tahun pada wanita
 - 3) 20-24 tahun pada kedua jenis kelamin
2. Pelancong
3. Pekerja seks komersial atau wanita tuna susila
4. Pecandu narkotik
5. Homoseksual

2.3.4 Organisme Penyebab Infeksi Menular Seksual

Tabel 2.1 Organisme penyebab Infeksi Menular Seksual

No.	Organisme Penyebab	Penyebab / Sindrom
1.	Bakteri: Neisseria Gonorrhoeae Treponema pallidum Donovania granulomatis Haemophilus ducreyi Gardnerella vaginalis Chlamydia trachomatis Chlamydia A Mycoplasma hominis Ureaplasma urealyticum	Gonore Sifilis Granuloma inguinale Chancroid Vaginosis Infeksi genitalia yang non spesifik Limfogranuloma venereum (LGV) Uretritis non spesifik Uretritis non spesifik
2.	Virus: Herpes simplex Human papiloma Molluscum contagiosum Hepatitis B HIV	Herpes genital Kondiloma akuminata (kutil genital) Moluskum kontagiosum Hepatitis AIDS
3.	Jamur: Candida albicans	Kandidosis, balanitis
4.	Protozoa: Trichomonas vaginalis Giardia lamblia	Trichomonas vaginitis, uretritis Balanopostitis Giardiasis
5.	Ektoparasit: Sarcoptes scabiei Phthirus pubis	Scabies genital Pedikulosis pubis

2.3.5 Infeksi Menular Seksual dengan Penyebab Bakteri

1. Gonore

1.1 Definisi

Gonore mencakup semua penyakit yang disebabkan oleh neisseria gonorrhoeae.

1.2 Etiology

Neisseria gonorrhoeae

1.3 Manifestasi klinis

- 1) Asimtomatis
- 2) Nyeri panggul bawah
- 3) Pada pemeriksaan serviks: serviks tampak merah dan erosi
- 4) Duh tubuh terlihat lebih banyak

1.4 Komplikasi

- 1) Salpingitis
- 2) Penyakit radang panggul (PRP)
- 3) Infertilitas
- 4) Kehamilan ektopik
- 5) Parauretritis
- 6) Bartolinitis

1.5 Pengobatan

- 1) Ciprofloxacin 500mg oral dosis tunggal
- 2) Ofloxacin 400mg oral dosis tunggal
- 3) Cefixime 400mg dosis tunggal
- 4) Ceftriaxone 125mg i.m dosis tunggal

1.6 Pencegahan dan Edukasi

- 1) Semua pasien dengan infeksi gonore seharusnya melibatkan pasangan seksualnya dalam evaluasi dan pengobatan
- 2) Penggunaan kondom untuk proteksi

- 3) Pasien hendaknya diberikan edukasi mengenai resiko komplikasi dan infeksi gonore.
- 4) Pasien seharusnya menghindari kontak seksual sampai pengobatan selesai dan juga sampai pasangan seksualnya selesai di evaluasi dan di obati.



Gb. 2.1: Sekret pada wanita dengan gonorhea
(<http://www.proxy2.com>, 2010)

2. Infeksi Genital Non spesifik

2.1 Definisi

Infeksi genital non spesifik (IGNS) merupakan infeksi traktus genital yang disebabkan oleh penyebab yang non spesifik.

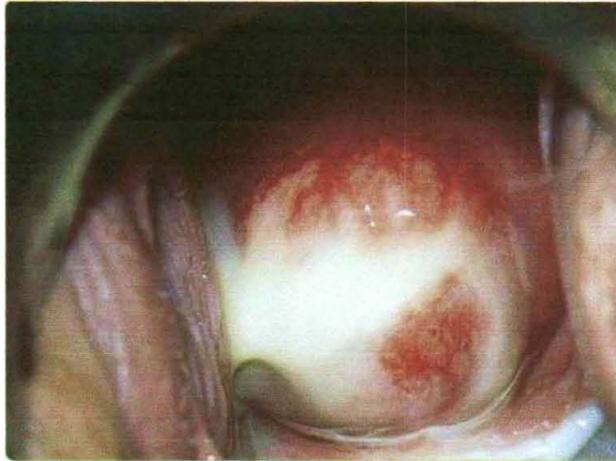
2.2 Etiology

- 1) *Chlamydia trachomatis*
- 2) *Ureaplasma urealyticum*

2.3 Manifestasi Klinis

- 1) Asimtomatik
- 2) Duh tubuh genital kekuningan

- 3) Pasien hendaknya diberikan edukasi mengenai resiko komplikasi dan infeksi gonore.
- 4) Pasien seharusnya menghindari kontak seksual sampai pengobatan selesai dan juga sampai pasangan seksualnya selesai di evaluasi dan di obati.



Gb. 2.1: Sekret pada wanita dengan gonorhea
(<http://www.proxy2.com>, 2010)

2. Infeksi Genital Non spesifik

2.1 Definisi

Infeksi genital non spesifik (IGNS) merupakan infeksi traktus genital yang disebabkan oleh penyebab yang non spesifik.

2.2 Etiology

- 1) Chlamydia trachomatis
- 2) Ureaplasma urealyticum

2.3 Manifestasi Klinis

- 1) Asimptomatik
- 2) Duh tubuh genital kekuningan

3) Eksudat serviks mukopurulen

4) Erosi serviks

2.4 Pengobatan

1) Tetrasiklin 4x/500mg

2) Eritromisin 4x/500mg

3) Doksisiklin 2x/100mg

4) Azithromisin: dosis tunggal 1gram sekali minum, dosis 2 gram efektif untuk gonore.

2.5 Edukasi

1) Lakukan pengobatan dan pemeriksaan terhadap mitra seksual penderita

2) Penderita dinyatakan sembuh apabila kontrol setelah pengobatan dilakukan 7 hari sampai 3 kali berturut-turut tidak ditemukan adanya keluhan dan pemeriksaan laboratorium menjadi negatif.

3) IGNS persisten ialah keadaan masih terdapat tanda uretritis setelah dilakukan pengobatan selama 4 minggu.

4) IGNS rekurens adalah suatu keadaan setelah 2 minggu pengobatan selesai keluhan uretritis timbul lagi, pada waktu itu penderita telah melakukan hubungan seksual.

3. Sifilis

3.1 Definisi

Adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Treponema pallidum* dan mempunyai beberapa sifat yaitu: perjalanan penyakitnya sangat kronis, dalam perjalanannya dapat menyerang semua organ tubuh, dapat

menyerupai macam-macam penyakit, mempunyai masa laten, dapat kambuh kembali (rekuren), dan dapat ditularkan dari ibu ke janinnya sehingga menimbulkan kelainan congenital (Murtiastutik, 2008).

3.2 Etiology

Treponema pallidum

3.3 Klasifikasi

Klasifikasi sifilis secara umum:

- 1) Sifilis congenital
- 2) Sifilis akuisita

Klasifikasi sifilis berdasar gambaran klinis dan epidemiologis

- 1) Sifilis Primer
- 2) Sifilis Sekunder
- 3) Sifilis laten dini dan sifilis laten lanjut
- 4) Sifilis tersier (sifilis benigna lanjut)
- 5) Sifilis kardiovaskuler dan neurosifilis

3.4 Manifestasi Klinis

1. Sifilis primer (stadium 1)

- 1) Kelainan kulit yang dimulai dengan macula
- 2) Papula, papula berubah menjadi erosive atau ulkus durum atau hunterian chancre dengan sifat yang khas, yaitu biasanya soliter, berbentuk bulat dan lonjong, tepi teratur berbatas tegas, dinding tidak menggaung, permukaan bersih dengan dasar jaringan granulasi berwarna merah daging, pada perabaan ada indurasi dan tidak nyeri tekan (indolen).

2. Stadium II (sifilis sekunder)

- 1) Gejala prodormal: sakit di daerah otot dan sendi, suhu badan sub febris, sukar menelan, malaise, anoreksia dan sefalgia.
- 2) Kelainan kulit: macula berwarna merah terang (roseola sifilitika), papula, pustule.
- 3) Kelainan selaput lendir: mucous patch, berbentuk bulat, kemerahan dan menjadi ulku.
- 4) Kelainan pada kelenjar: limfadenopati generalisata.
- 5) Kelainan pada organ lain: kuku rapuh dan buram, mata terjadi uveitis anterior, korioretinitis, iridosiklitis, pada tulang terjadi periostitis, pada hepar terjadi hepatomegali dan hepatitis.

3. Stadium laten dini

- 1) Hasil serologi positif
- 2) Pada wanita hamil dapat menularkan penyakitnya pada janin.

4. Stadium rekuren

Chancre redux

5. Stadium laten lanjut

Dimulai lebih dari 2 tahun setelah infeksi, gejala klinis di ketahui dengan hasil serologi yang positif.

6. Stadium III (sifilis tersier)

- 1) Kelainan timbul 3-10 tahun sesudah stadium 1.
- 2) Gumma atau infiltrate sirkumskrip kronis yang cenderung mengalami pengejuan (perlunakan) dan bersifat destruktif. Bila melunak akan menghasilkan ulkus gumosum bersifat serpingiosa.

7. Neurosifilis

- 1) Neurosifilis asimtomatik: pemeriksaan serologis reaktif, tidak ada tanda dan gejala kerusakan susunan syaraf pusat, pemeriksaan cairan sumsum tulang belakang menunjukkan kenaikan sel, protein total, dan tes serologis reaktif.
- 2) Neurosifilismeningovaskular: tanda dan gejala kerusakan system syaraf pusat berupa kerusakan pembuluh darah serebrum, infark dan ensefalomalasia.
- 3) Neurosifilis parenkimatosa: paresis, tabes dorsalis.

8. Sifilis kardiovaskular

- 1) Disebabkan nekrosis aorta yang berlanjut ke arah katup.
- 2) Insufisiensi aorta atau aneurisma, berbentuk kantong pada aorta torakal.

3.5 Penatalaksanaan

Penisilin



Gb. 2.2 Ulkus sifilis pada wanita (Murtiastutik,2008)

4. Ulkus Mole

4.1 Definisi

Ulkus mole atau chancroid ialah penyakit infeksi genitalia akut, setempat, dapat inokulasi sendiri (*autoinoculable*).

4.2 Etiology

Haemophilus ducreyi

4.3 Manifestasi Klinis

- 1) Masa inkubasi 2-35 hari dengan waktu rata-rata 7 hari.
- 2) Asimptomatik
- 3) Lesi pada serviks, perineum, anorektum, orofaring dan inokulasinya.

4.4 Komplikasi

- 1) Adenitis inguinal
- 2) Fimosis atau parafimosis
- 3) Fisura uretra
- 4) Fistel rektovagina

4.5 Penatalaksanaan

4.5.1 Pengobatan sistemik

- 1) Sefriakson 250mg dosis tunggal injeksi intramuscular
- 2) Erotromisin 4x500 mg per os selama 7 hari
- 3) Amoksilin 500 mg + asam klavulanat 125mg 3x sehari selama 7 hari.
- 4) Sipprofloksasin 2x500 mg selama 3 hari, obat ini dikontraindikasikan untuk wanita hamil, menyusui, anak-anak yang berusia kurang dari 12 tahun.
- 5) Azitromisin 1 gr per oral dosis tunggal.

4.5.2 Pengobatan Lokal

- 1) Kompres
- 2) Irigasi
- 3) Rendam dengan larutan salin

5. **Limfogranuloma Venereum**

5.1 Definisi

Limfogranuloma venereum (LGV) adalah infeksi menular seksual yang mengenai system saluran pembuluh limfe dan kelenjar limfe, terutama pada daerah genital, inguinal, anus dan rectum.

5.2 Etiology

Chlamydia trachomatis

5.3 Manifestasi klinis

1. Stadium dini, yang terdiri dari:
 - 1.1. Lesi primer genital
 - 1.2. Sindrom inguinal
2. Stadium lanjut, dapat berupa:
 - 2.1. Sindrom anorektal
 - 2.2. Elefantiasis genital (esthiomene)

5.4 Penatalaksanaan

1. Kemoterapi
 - 1.1. Dosisiklin
 - 1.2. Tetrasiklin :HCL atau eritromisin strearate
 - 1.3. Kotrimoxazol

2. Pembedahan

2.1 Tindakan bedah untuk stadium lanjut antara lain:

2.2 Pada elephantiasis labia dilakukan vulvektomi local atau labiektomi.

2.3 Pada sindrom anorektal perlu tindakan dilatasi dengan bougie terhadap striktura rekti. Bila telah terjadi obstruksi local dilakukan kolostomi.

2.4 Untuk abses perianal dan perirektal dilakukan drainase.

2.5 Operasi plastik juga dapat dilakukan untuk elefanitiasis penis dan skrotum.

3 Tindak Lanjut

Dilakukan setelah 3-6 bulan setelah pengobatan.

6. **Vaginosis Bakterial**

6.1 Definisi

Vaginosis bacterial adalah suatu sindrom perubahan ekosistem vagina dimana terjadi pergantian dari lactobasillus yang normalnya memproduksi H₂O₂ di vagina dengan bakteri anaerob yang menyebabkan meningkatnya pH dari nilai kurang 4,5 sampai 7,0.

6.2 Etiology

- 1) Gardnerella vaginalis
- 2) Bakteri anaerob
- 3) Mycoplasma hominis

6.3 Manifestasi Klinis

- 1) Bau vagina khas, seperti bau ikan

- 2) Pada pemeriksaan terdapat secret yang homogeny, tipis dan cair.
- 3) Secret berwarna putih keabu-abuan.

6.4 Komplikasi

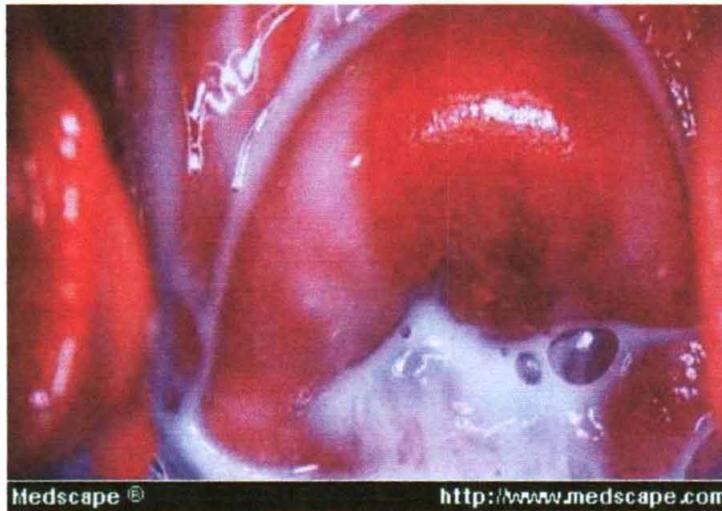
- 1) Infeksi pada masa nifas.
- 2) Penyakit radang panggul
- 3) Kelahiran premature dan his premature.

6.5 Penatalaksanaan

- 1) Metronidazole 500mg 2kali sehari oral selama 7 hari
- 2) Metronidazole 2 gram dosis tunggal
- 3) Timidazole 2 gram dosis tunggal
- 4) Regimen alternative: kindamizin 300mg oral 2 kali sehari selama 7 hari.

6.6 Pencegahan

Abstinensia



Gb. 2.3 Duh tubuh vagina yang berwarna putih keabuan (<http://mediascope.com>, 2010)

2.3.6 Infeksi Menular Seksual dengan Penyebab Virus

1. Herpes Genitalis

1.1 Definisi

Herpes genitalis adalah infeksi pada genital yang disebabkan oleh herpes simplex virus (HSV) dengan gejala yang berupa vesikel yang berkelompok dengan dasar eritema dan bersifat rekuren.

1.2 Etiology

Herpes simplex virus (HSV)

1.3 Manifestasi Klinis

- 1) Asimtomatis
- 2) Rasa terbakar dan gatal di daerah lesi
- 3) Malaise
- 4) Demam
- 5) Nyeri otot

1.4 Komplikasi

- 1) Mikroensefali
- 2) Hepatitis
- 3) Infeksi berat
- 4) Ensefalitis
- 5) Keratokonjungtivitis

1.5 Penatalaksanaan

1.5.1 Tindakan profilaksis

- 1) Penderita diberi penerangan tentang sifat penyakit yang dapat menular terutama bila sedang terjadi serangan, karena itu sebaiknya melakukan abstinensia.

- 2) Proteksi individual.
- 3) Menghindari factor pencetus

1.5.2 Konsultasi psikiatrik.

1.5.3 Pengobatan non-spesifik

- 1) Analgetik, antipiretik dan antipruritus.
- 2) Antibiotika atau kotrimoksazol

1.5.4 Pengobatan spesifik

- 1) Asiklofir
- 2) Valasiklofir
- 3) Famsiklofir



Gb. 2.4 Herpes simpleks genitales, tampak erosi multiple akibat vesikula yang sudah pecah dan di beberapa tempat masih terdapat vesikula (Murtiastutik, 2008)

2. Kondiloma akuminata

2.1 Definisi

Kondiloma akuminata (KA) adalah infeksi menular seksual yang disebabkan oleh virus papiloma manusia (VPH) tipe tertentu dengan kelainan berupa fibroepitelioma pada kulit dan mukosa.

2.2 Etiology

Virus papiloma manusia (VPH)

2.3 Manifestasi Klinis

- 1) Bentuk akuminata: lesi berbentuk seperti kembang kol.
- 2) Bentuk papul
- 3) Bentuk datar

2.4 Penatalaksanaan

1. Kemothorapi

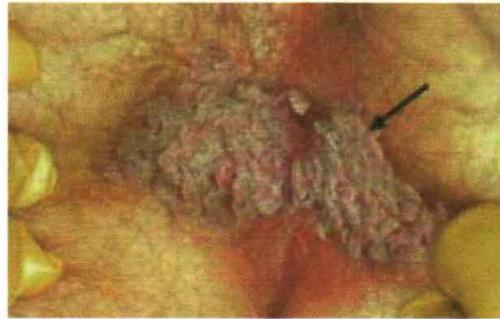
- 1) Tinktura podofilin
- 2) Podofilotoksin 0,5% (podofiloks)
- 3) Asam trikloroasetat 50-90%
- 4) Krim 5-fuorourasil 1-5%

2. Tindakan bedah

- 1) Bedah scalpel
- 2) Bedah listrik
- 3) Bedah beku (N₂ caor, N₂O cair)
- 4) Bedah laser (CO₂ laser)

3. Interferon

4. Immunotherapi



Gb. 2.5 Kondiloma akuminata di vagina (Murtiastutik, 2008)

3. Infeksi HIV atau AIDS

3.1 Definisi

AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome) adalah sindrom dengan gejala penyakit infeksi opportunistic atau kanker tertentu akibat menurunnya system kekebalan tubuh oleh infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)

3.2 Etiology

Human immunodeficiency virus (HIV)

3.3 Manifestasi klinis

1. Infeksi akut

- 1) Influenza: demam, artralgia, malaise, anoreksia.
- 2) Gejala kulit: bercak merah, urtikaria
- 3) Gejala syaraf: sakit kepala, nyeri retrobulber, radikulopati, gangguan kognitif dan afektif.
- 4) Gangguan gastrointestinal: nausea, vomitus, diare, kandidiasis orofaringis.

2. Infeksi kronis asimtomatik

Muncul penyakit autoimun misalnya idiopathic thrombocytopenia (ITP)

3. Infeksi kronis simtomatik

1) Penurunan imunitas sedang

Timbul herpes zoster, herpes simplex, dermatitis, kandidiasis oral.

2) Penurunan imunitas berat

Terjadi pneumocystitis carinii (PCP), toksoplasma, cryptococcosis, cytomegalo virus (CMV) dan lainnya.

3.4 Penatalaksanaan

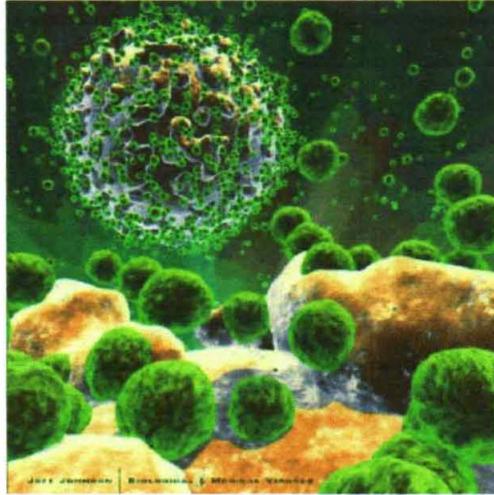
1) Infeksi dini: konseling. Antiretroviral, zidovudin.

2) Stadium lanjut: zidovudin, pengobatan infeksi opportunistic.

3) Perawatan fase terminal: Pengobatan yang diberikan adalah pengobatan simptomatik dengan tujuan agar penderita merasa cukup enak, bebas dari rasa mual, sesak, mengatasi infeksi yang ada dan mengurangi rasa cemas.

3.5 Pencegahan

Melalui tindakan pencegahan berupa perubahan perilaku.



Gb. 2.6 Virus HIV (<http://mediacastore.com>, 2008)

4. Hepatitis B

4.1 Definisi

Dikenal sebagai serum hepatitis atau hepatitis dengan masa inkubasi yang lama, merupakan masalah kesehatan utama bagi masyarakat, dengan sekitar lebih dari sekitar 300 juta carrier kronis dari virus hepatitis B di seluruh dunia.

4.2 Etiology

Virus Hepatitis B

4.3 Penatalaksanaan

- 1) Diagnosis yang tepat
- 2) Pencegahan

4.4 Manifestasi klinis

- 1) Anikterik hepatitis
- 2) Asimptomatis
- 3) Malaise

- 4) Anoreksia
- 5) Nausea
- 6) Vomitting
- 7) Sub febris
- 8) Myalgia
- 9) Perasaan cepat lelah
- 10) Nyeri epigastrium
- 11) hepatomegali

4.5 Cara penularan

- 1) Tranfusi
- 2) Transmisi percutaneus
- 3) Penularan seksual
- 4) Transmisi perinatal
- 5) Lingkungan pelayanan kesehatan
- 6) Transplantasi

5. **Moluskum Kontagiosum**

5.1 Definisi

Ialah neoplasma jinak pada jaringan kulit dan mukosa yang disebabkan oleh virus moluskum kontagiosum.

5.2 Etiology

Virus Moluskum kontagiosum.

5.3 Manifestasi klinis

- 1) Masa inkubasi 1 minggu sampai 6 bulan dengan waktu rata-rata 2-3 bulan.

- 2) Papul sferikal
- 3) Lesi berwarna putih, kuning muda atau seperti warna kulit.

5.4 Penatalaksanaan

- 1) Memperbaiki higyene perorangan atau kelompok.
- 2) Penderita jangan mandi di kolam renang umum
- 3) Tidak melakukan olahraga dengan kontak badan.
- 4) Tidak memakai pakaian atau handuk bersama-sama orang lain.

5.5 Komplikasi

- 1) Dermatitis eksimatisasi
- 2) Diseminata

2.3.7 Infeksi Menular Seksual dengan Penyebab Jamur

1. Kandidosis Genitalis

1.1 Definisi

Adalah infeksi dengan berbagai manifestasi klinis yang disebabkan oleh kandida, khususnya *Candida Albicans* dan ragi (yeast) lain dari genus candida.

1.2 Etiology

- 1) Spesies candida albicans
- 2) *Torulopsis glabrata*
- 3) *Candida tropikalis*
- 4) *Candida pseudotropicalis*
- 5) *Candida krusei*
- 6) *Candida stellatoidea*

1.3 Manifestasi Klinis

- 1) Gatal dan iritasi pada vulva
- 2) Duh tubuh vaginal/keputihan

1.4 Penatalaksanaan

Pemakaian rejimen antimikotik oral.



Gb. 2.7 T. Glabrata penyebab kandidiasis vaginalis
(<http://medicastore.com>, 2008)

2.3.8 Infeksi Menular Seksual dengan Penyebab Protozoa dan Ektoparasit

1. Trikomoniasis

1.1 Definisi

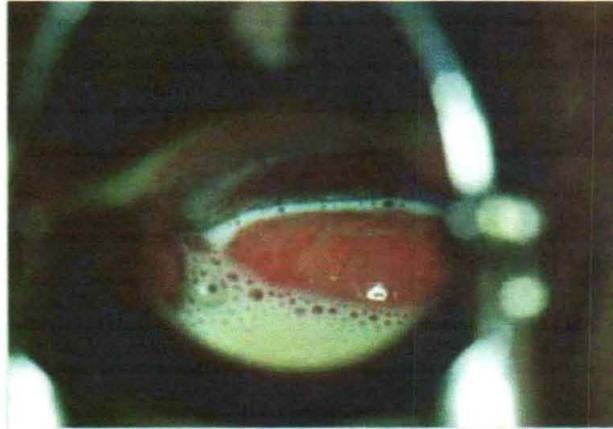
Trikomoniasis merupakan penyakit infeksi protozoa yang disebabkan oleh trichomonas vaginalis, biasanya ditularkan melalui hubungan seksual dan sering menyerang traktus urogenitalis bagian bawah pada wanita maupun pria.

1.2 Etiology

Trichomonas

1.3 Manifestasi Klinis

- 1) Duh tubuh vaginal banyak dan berbau.
- 2) Duh tubuh berwarna kehijauan dan berbusa.
- 3) Duh tubuh menimbulkan keluhan rasa gatal dan perih.



Gb 2.8 Duh tubuh vagiana berwarna putih keabuan dan di dapatkan buih seperti busa sabun (Murtiastutik, 2008)

2. Pedikulosis Pubis

2.1 Definisi

Pedikulosis pubis merupakan infeksi kutu *phthirus pubis* pada rambut pubis, tetapi kadang-kadang juga dapat ditemukan di alis, bulu mata dan rambut aksila.

2.2 Etiology

Kutu *phthirus pubis*

2.3 Manifestasi Klinis

- 1) Pruritus
- 2) Bercak berdiameter kurang dari 1 cm, berwarna kebiruan dan tidak gatal.

2.4 Komplikasi

- 1) Eritem
- 2) Iritasi
- 3) Infeksi sekunder

2.5 Penatalaksanaan

1. Pengelolaan umum

- 1) Harus dicari infeksi menular yang menyertai
- 2) Telur pada batang rambut harus dibersihkan memakai sisir yang rapat
- 3) Pasangan seks dalam kurun waktu 1 bulan harus di terapi secara simultan.
- 4) Pakaian dalam, handuk, sprei di cuci dengan air panas dan di strika atau jangan di pakai sedikitnya selama 72 jam.
- 5) Bila tubuh penderita berbulu, obat harus di oleskan sampai paha, badan dan daerah aksila.
- 6) Terapi bagi penderita pedikulosis pubis dengan infeksi HIV sama sepertipenderita infeksi tanpa HIV.

2. Obat spesifik

- 1) Shampoo gameksan 1%
- 2) Krim pemethrin 1%
- 3) Pirethrin dengan piperonil butoksida.

3. Bila mengenai bulu mata dapat dioelskan

- 1) Salep mata oklusif pada tepi kelopak mata, 2 kali sehari selama 10 hari.
- 2) Salep mata fisostigimin 0,25%

4. Tindak lanjut

Setelah 1 minggu dilakukan evaluasi. Bila masih ditemukan kutu atau telurnya pada pangkal rambut, maka terapi harus di ulang.

3. Skabies

3.1 Definisi

Scabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi *sarcoptes scabies var hominis*.

3.2 Etiology

Sarcoptes scabiei

3.3 Manifestasi Klinis

- 1) Pruritus
- 2) Lesi kulit

3.4 Komplikasi

- 1) Lesi impetiginosa
- 2) Ektima
- 3) Furunkulosis
- 4) Selulitis

3.5 Penatalaksanaan

- 1) Gama benzene
- 2) Krotamiton
- 3) Sulfur
- 4) Bensil bensoat
- 5) Tiabendazol
- 6) Permetrin

2.4 Pekerja Seks Komersial (PSK)

2.4.1 Definisi

Wanita Pekerja Seks (WPS) istilah yang akhir – akhir ini sering muncul, walaupun tidak semua orang familier mendengar. Istilah wanita penjaja seks adalah istilah baru yang mengandung pengertian sama dengan pekerja seks komersial, wanita tuna susila maupun pelacur. Istilah wanita penjaja seks saat ini sering dipakai oleh para pakar, praktisi, dinas kesehatan, aktifis perempuan dan HIV/AIDS untuk mengganti istilah pelacur, dengan pertimbangan istilah ini terasa lebih halus dan terkesan tidak memojokan pekerjaan mereka sebagai pelacur (Koentjoro, 2004).

PSK adalah umumnya wanita (ada juga pria) yang pekerjaannya menjual diri kepada siapa saja atau banyak laki – laki yang membutuhkan pemuas hubungan seksual dengan bayaran.

Sedangkan pelacuran atau prostitusi adalah peristiwa penyerahan tubuh oleh wanita kepada laki – laki (lebih dari satu orang) dengan imbalan pembayaran untuk disetubuhi sebagai pemuas nafsu seks si pembayar yang dilakukan diluar pernikahan (Wartono, 2000).

Pekerja Seks Komersial (PSK) atau wanita tuna susila atau disebut juga pelacur adalah perempuan yang menyerahkan badannya untuk berbuat cabul (Romauli, 2009, p.70).

Pekerja seks komersial adalah suatu pekerjaan dimana seorang perempuan menggunakan atau mengeksploitasi tubuhnya untuk mendapatkan uang. Saat ini tingkat kemoralan bangsa Indonesia semakin terpuruk, Hal ini terbukti dengan tingginya jumlah pekerja seks komersial. Akibatnya semakin banyak ditemukan

penyakit menular seksual. Profesi sebagai pekerja seks komersial dengan penyakit menular seksual merupakan satu lingkaran setan. Biasanya penyakit menular seksual ini sebagian besar diidap oleh wanita pekerja seks, dimana dalam "menjajakan" dirinya terhadap pasangan kencan berganti – ganti tanpa menggunakan pengaman seperti kondom (Widyastuti, 2009, p.115).

Hubungan seksual yang dilakukan PSK biasanya berupa hubungan seksual genito genital (penis vagina) tetapi pelayanan orogenital (penis dimasukkan ke mulut) juga dilakukan dikalangan para PSK. Selain itu dalam jumlah terbatas juga ada yang melakukan hubungan onogenital (seks anal). Biasanya mereka sering disukai oleh pelanggan sekalipun yang bersangkutan sedang menstruasi tetap saja dapat melakukan hubungan seksual dengan cara bukan vaginal. (Koentjoro, 2004).

Sedangkan pelacuran atau prostitusi adalah peristiwa penjualan diri dengan jalan menjualbelikan badan, kehormatan dan kepribadian kepada banyak orang untuk memuaskan nafsu dengan imbalan atau bayaran. Dalam kegiatan pelacuran dikenal adanya mucikari yaitu laki – laki atau wanita yang mata pencahariannya baik sambilan maupun sepenuhnya, menyediakan, mengadakan atau turut serta mengadakan, membiayai, memimpin serta mengatur tempat pelacuran. Tugas dari geromo pada hakekatnya adalah mempertemukan PSK dengan lelaki yang akan menyebetubuhnya (Romauli, 2009, p.70).

2.4.2 Faktor Penyebab

Berlangsungnya perubahan – perubahan sosial yang serba cepat dan perkembangan yang tidak sama dalam kebudayaan, mengakibatkan ketidakmampuan banyak individu untuk menyesuaikan diri, mengakibatkan

timbulnya disharmoni, konflik – konflik eksternal dan internal juga diorganisasi dalam masyarakat dan dalam diri pribadi, sehingga memudahkan individu menyimpang dari pola – pola umum yang berlaku. Beberapa faktor penyebab timbulnya pelacur antara lain (Romauli, 2009, pp.71-72) :

- 1) Tidak adanya undang – undang yang melarang pelacur, juga tidak adanya larangan – larangan terhadap orang – orang yang melakukan pelacuran.
- 2) Adanya keinginan dan dorongan manusia untuk menyalurkan kebutuhan seks, khususnya diluar ikatan pernikahan.
- 3) Memberontak terhadap otoritas orang tua.
- 4) Adanya kebutuhan seks yang normal akan tetapi tidak dapat dipuaskan oleh pihak suami, misalnya karena suami impoten.
- 5) Ajakan teman – teman sekampung atau sekota yang sudah terjun lebih dahulu dalam dunia pelacuran.
- 6) Dekadensi moral, merosotnya norma – norma susila dan keagamaan pada saat orang mengenyang kesejahteraan hidup dan memutarbalikan nilai – nilai pernikahan sejati.
- 7) Kebudayaan eksploitasi pada zaman modern ini, khususnya mengeksploitir kaum lemah yaitu wanita untuk tujuan komersial.
- 8) Bertemunya macam – macam kebudayaan asing dan kebudayaan setempat.
- 9) Perkembangan kota – kota, daerah – daerah, pelabuhan dan industry yang sangat cepat dan menyerap banyak tenaga buruh serta pegawai pria.

2.4.3 Faktor – faktor penyebab adanya WPS / PSK antara lain (Widyastuti, 2009, pp.115-116) :

1) Kemiskinan

Diantara alasan penting yang melatarbelakangi adalah kemiskinan yang sering bersifat struktural. Struktural kebijakan tidak memihak kepada kaum yang lemah sehingga yang miskin semakin miskin, sedangkan orang yang kaya semakin menumpuk harta kekayaannya. Kebutuhan yang semakin banyak pada seorang perempuan memaksa dia untuk mencari sebuah pekerjaan dengan penghasilan yang memuaskan namun kadang dari beberapa mereka harus bekerja sebagai PSK untuk pemenuhan kebutuhan.

2) Kekerasan seksual

Penelitian menunjukkan banyak faktor penyebab perempuan menjadi PSK diantaranya kekerasan seksual seperti perkosaan oleh bapak kandung, paman, guru dan sebagainya.

3) Penipuan

Faktor lain yaitu, penipuan dan pemaksaan dengan berkedok agen penyalur kerja. Kasus penjual anak perempuan oleh orang tua sendiripun juga kerap ditemui.

4) Pornografi

Menurut definisi Undang – Undang Anti Pornografi, pornografi adalah bentuk ekspresi visual berupa gambar, lukisan, foto, film atau yang dipersamakan dengan film, video, tayangan atau media komunikasi lainnya yang sengaja dibuat untuk memperlihatkan secara terang –

terangan atau tersamar kepada publik alat vital dan bagian – bagian tubuh serta gerakan – gerakan erotis yang menonjolkan sensualitas dan/ seksualitas serta segala bentuk perilaku seksual dan hubungan seks manusia yang patut diduga menimbulkan rangsangan nafsu birahi pada orang lain.

2.4.4 Masalah dan Dampak yang Dihadapi (Romauli, 2009, pp.72-73)

1) Pada keluarga

Merusak kehidupan keluarga, dimana suami – suami tergoda oleh pelacur biasanya melupakan fungsinya sebagai kepala keluarga sehingga keluarga menjadi berantakan.

2) Pada wanita

Ancaman kesehatan tinggi :

2.1 Risiko tinggi tertular dan menularkan penyakit menular seksual (PMS) terutama penyakit kelamin seperti gonorrhoea, sifilis, herpes genitalis, kondiloma akuminata dan ulcus mole. Penyakit tersebut bisa menimbulkan cacat jasmani dan rokhani pada diri sendiri dan anak keturunan. Selain itu dapat pula tertular penyakit infeksi menular seksual seperti kandidiasis, vaginasis bacterial dan HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome*).

2.2 Risiko terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan.

Wanita tuna susila yang melakukan hubungan seks tanpa pengaman akan menyebabkan terjadinya kehamilan. Karena kehamilan yang tidak diinginkan, maka wanita akan melakukan aborsi yang tidak aman yang dapat mengancam jiwanya.

2.3 Gangguan pada kesehatan reproduksi.

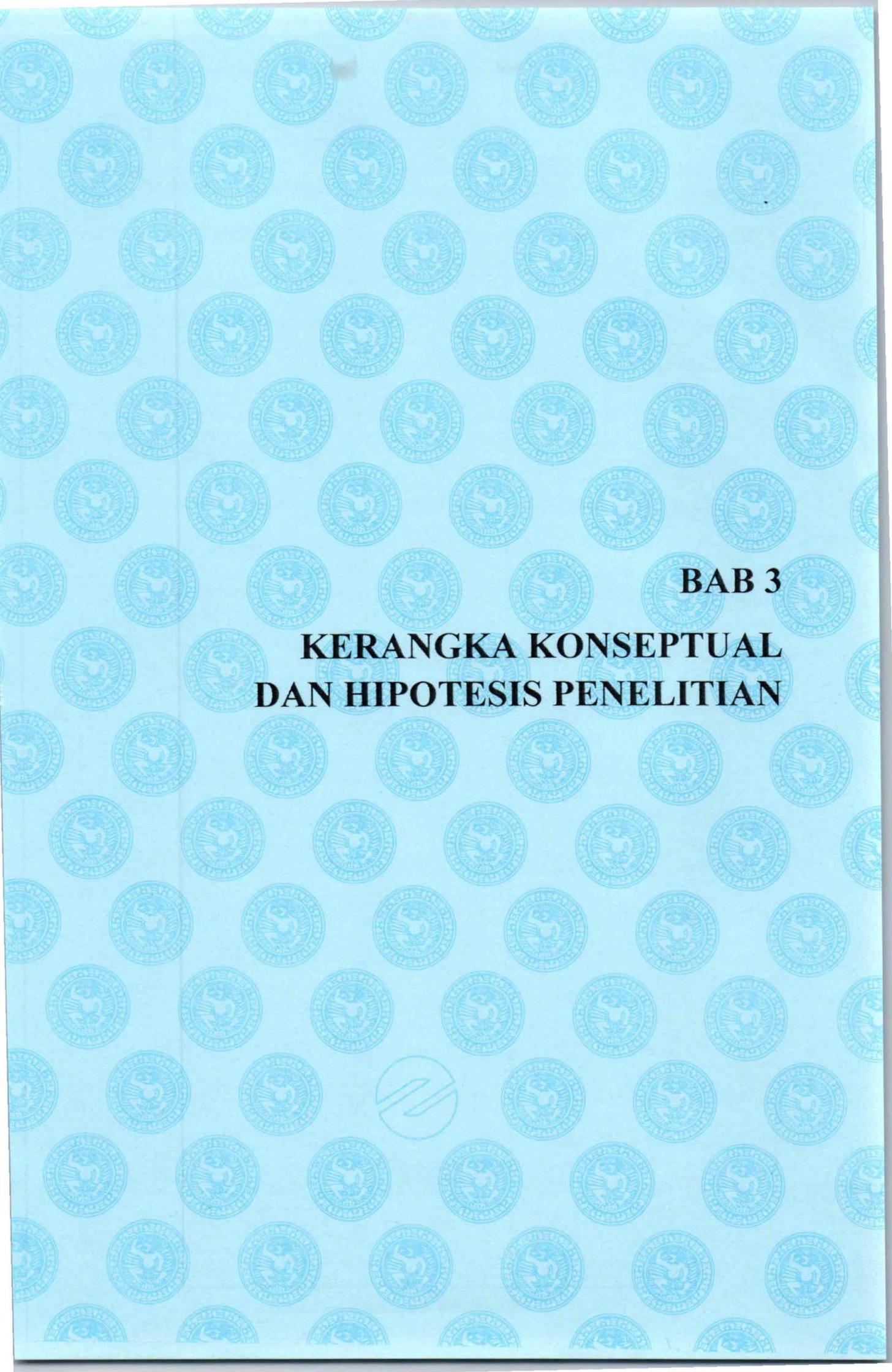
Karena seringnya ganti – ganti pasangan maka akan mengganggu kesehatan reproduksi wanita tersebut dimana wanita akan terkena infeksi pada alat reproduksinya yang dapat menyebabkan kemandulan dan kanker serviks.

2.4.5 Menurut tempat penggolongan atau lokasinya, pelacuran dapat dibagi menjadi (Kartono, 2003, pp.214-216) :

- 1) Segresi atau lokalisasi, tempatnya terisolisir atau terpisah dari penduduk lainnya. Kompleks ini dikenal sebagai daerah "lampu merah" atau petak-petak daerah tertutup.
- 2) Rumah – rumah panggilan (call houses, tempat rendezvous, parlour)
- 3) Dibalik front organisasi atau dibalik bisnis – bisnis terhormat (apotek, salon kecantikan, rumah makan, tempat mandi uap, tempat pijat dan lain-lain)

2.4.6 Tujuan dari lokalisasi adalah (Kartono, 2003, pp.216-217) :

- 1) Untuk menjauhkan masyarakat umum terutama anak – anak, remaja dan dewasa muda dari pengaruh immoral dari praktek pelacuran.
- 2) Memudahkan pengawasan para WPS terutama mengenai kesehatan, memudahkan tindakan preventif dan kuratif terhadap penyakit kelamin.
- 3) Memudahkan bimbingan mental bagi para WPS dalam usaha rehabilitasi dan resolisasi.



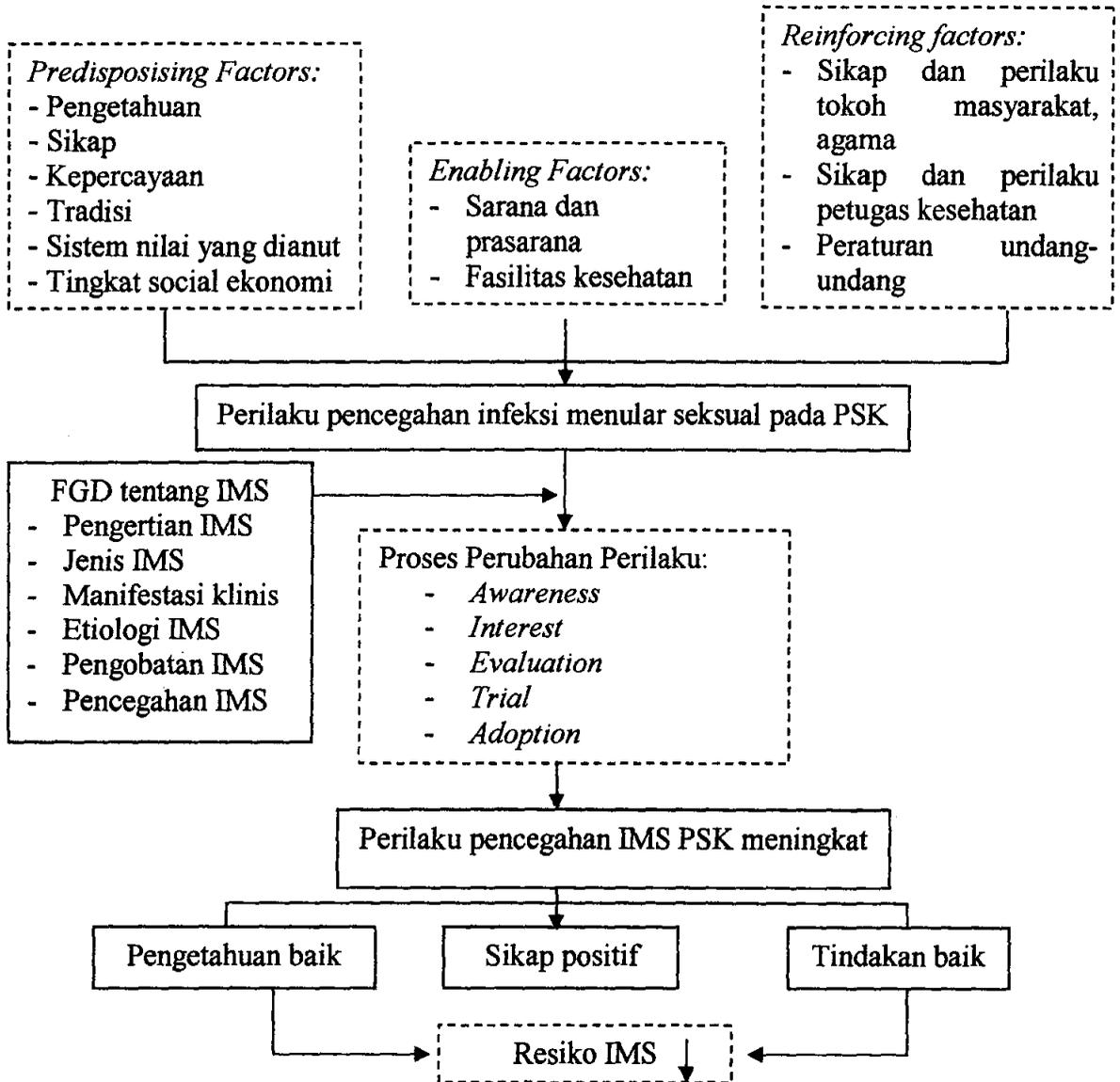
BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN



BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual Pengaruh Pendidikan Kesehatan FGD terhadap Perilaku Pencegahan Infeksi Menular Seksual pada Pekerja Seks Komersial Lokalisasi Gombel Semarang.

Keterangan : ----- : Tidak diteliti
 ————— : Diteliti

Notoatmodjo (2010), mengutip dari Green, menyatakan bahwa perilaku individu atau masyarakat dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu (1) Faktor predisposisi (*Predisposing Factors*), yaitu faktor yang mendahului perilaku menjelaskan alasan atau motivasi untuk berperilaku, berupa pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, sistem nilai yang dianut, dan tingkat sosial ekonomi, dalam hal ini adalah faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku PSK terhadap upaya pencegahan infeksi menular seksual, (2) faktor pendukung (*Enabling Factors*), yaitu faktor yang memungkinkan motivasi atau keinginan terlaksana termasuk ketersediaan sumber-sumber/fasilitas kesehatan, (3) Faktor pendorong (*Reinforcing Factors*), yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang diakibatkan adanya sikap, perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat atau tokoh agama dan peraturan/undang-undang yang berlaku.

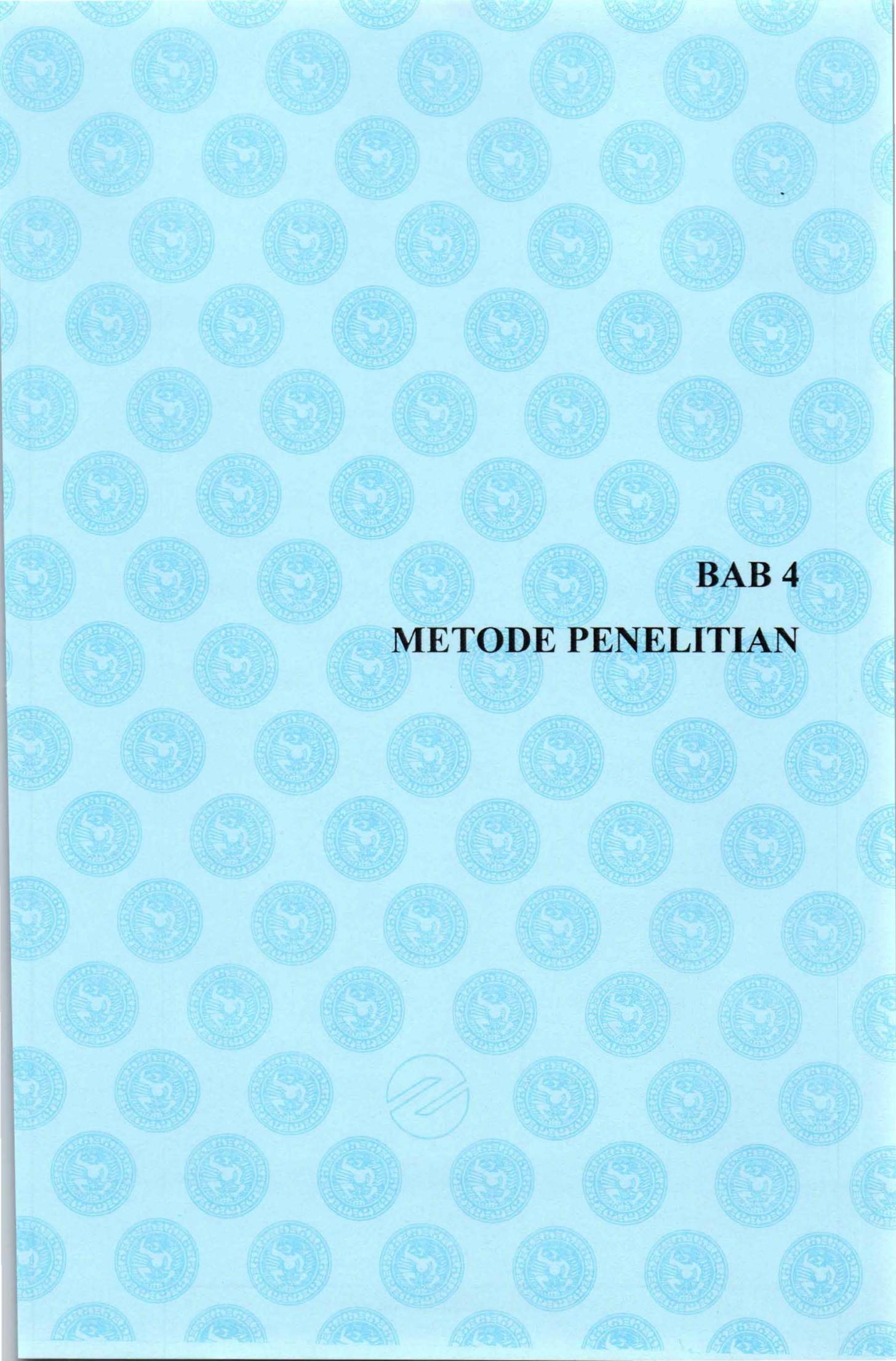
Ketiga faktor tersebut mempengaruhi perilaku PSK terhadap pencegahan infeksi menular seksual. Pengetahuan PSK yang rendah mengenai infeksi menular seksual, menyebabkan sikap dan perilaku PSK tidak sesuai sehingga resiko terhadap Infeksi menular seksual meningkat. Untuk meningkatkan pengetahuan mengenai pencegahan infeksi menular seksual maka dilakukan pendidikan kesehatan dalam hal ini menggunakan teknik *Focus Group Discussion* (FGD).

Sebelum seorang mengadopsi konsep perubahan perilaku maka akan melalui beberapa tahapan antara lain: *awareness, interest, evaluation, trial, dan adoption*.

Pengetahuan PSK yang meningkat, diharapkan akan mengubah sikap dan perilaku PSK menjadi lebih baik, sehingga resiko terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) akan menurun atau tidak terjadi.

3.2 Hipotesis

Ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap perilaku pencegahan infeksi menular seksual (IMS) pada Pekerja Seks Komersial (PSK) di lokasi Gembol Semarang.



BAB 4
METODE PENELITIAN



BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan (Nursalam, 2009). Pada bab ini akan disajikan: Desain Penelitian, Kerangka kerja (*Frame Work*), Populasi, Sample dan sampling, Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Pengumpulan dan analisa data, dan Etik Penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *Pra-Eksperimental* dalam suatu kelompok (*One-Group Pra-Test Post-Test Design*) yang mengungkapkan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi. Pengujian sebab akibat dengan cara membandingkan hasil pra-test dengan post-test (Nursalam, 2009).

Rancangan penelitian digambarkan sebagai berikut:

Subjek	Pra-Test	Perlakuan	Pasca-Test
K	O	I	OI
	Time 1	Time 2	Time 3

Tabel 4.1: Rancangan Penelitian Pra Eksperimental dalam Satu kelompok

Keterangan:

K : Subjek

O : Observasi/pengukuran sebelum perlakuan

Dilakukan observasi/pengukuran atau test awal mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan PSK dalam melakukan pencegahan IMS terhadap kelompok perlakuan (O1).

I : Intervensi

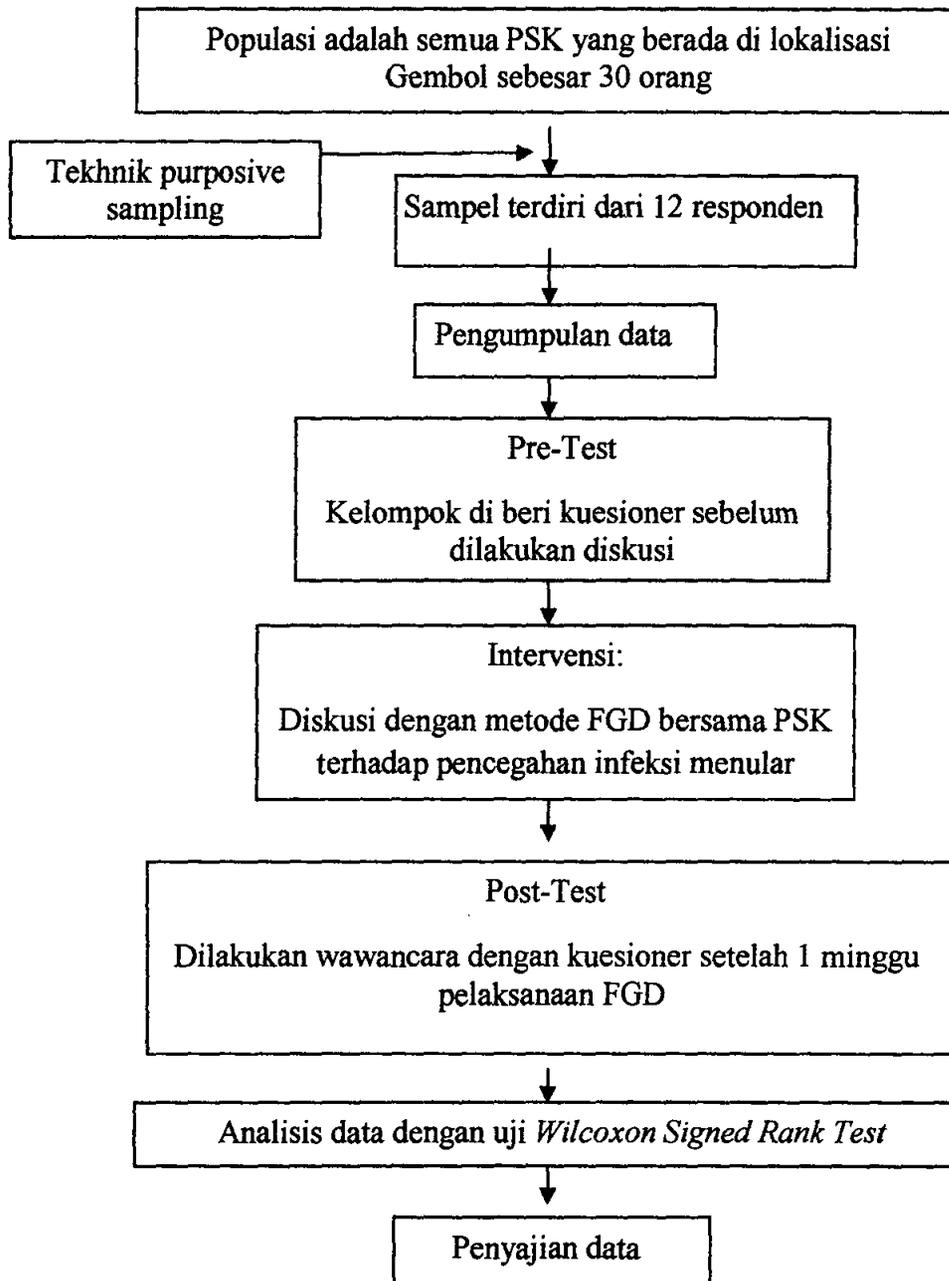
Kepada kelompok perlakuan (I) diberi pendidikan kesehatan dengan metode FGD tentang upaya pencegahan IMS.

OI : Observasi/pengukuran sesudah perlakuan

Setelah jangka waktu satu minggu dilakukan pengukuran mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan PSK dalam melakukan pencegahan IMS (O2).

Dilakukan uji statistic untuk mengetahui ada atau tidaknya perbedaan antara harga (O2-O1) dengan menggunakan uji statistic *Wilcoxon Signed Rank Test*.

4.2 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka kerja Pengaruh Penyuluhan Kesehatan dengan Metode *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap Perilaku Pencegahan Infeksi Menular Seksual pada Pekerja Seks Komersial (PSK) di Lokasi Gembol Semarang

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah subjek (misalnya manusia:klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2009). Populasi dalam penelitian ini adalah PSK yang berada di lokasi Gembol Semarang. Data terakhir yang diperoleh peneliti pada bulan November sebanyak 30 PSK yang berada di lokasi tersebut.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2009) yaitu sejumlah PSK yang tinggal di lokasi yang representatif mewakili seluruh populasi PSK yang ada di tempat tersebut sesuai dengan kriteria yang diinginkan oleh peneliti.

Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi yang dijadikan sampel adalah sebagai berikut:
 - 1.1 PSK yang berada di lokasi usia 18-30 tahun.
 - 1.2 Bisa membaca dan menulis.
 - 1.3 Pendidikan minimal SMP.
 - 1.4 Bersedia mengikuti kegiatan sampai selesai.
 - 1.5 Bersedia untuk menjadi responden.
2. Kriteria eksklusi yang tidak dijadikan responden sebagai berikut:
 - 2.1 PSK yang sedang mengidap PMS.

4.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Sampling adalah proses menyeleksi populasi yang dapat mewakili populasi yang ada. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2009)

Dalam penelitian ini sampling yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan *purposive sampling* yaitu dengan memilih sampel di antara populasi sesuai yang dikehendaki peneliti (tujuan atau masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2009).

4.4 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain. Variabel adalah suatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau yang didapatkan oleh suatu penelitian tentang sesuatu pengertian konsep tertentu (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini terdapat dua variabel yaitu variabel independen (variabel bebas) dan variabel dependen (variabel terikat).

4.4.1 Klasifikasi variabel

Variabel pada penelitian ini meliputi variabel independen dan variabel dependen.

1. Variabel independen (variabel bebas)

Variabel independen adalah suatu aktifitas yang dimanipulasi oleh peneliti untuk meningkatkan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2009). Dalam penelitian ini variabel independen adalah pendidikan kesehatan dengan metode FGD kepada PSK.

2. Variabel dependen (variabel terikat)

Variabel dependen adalah variabel respon yaitu variabel yang muncul sebagai akibat manipulasi variabel bebas (Nursalam, 2009). Dalam penelitian ini variabel dependen adalah perilaku PSK dalam pencegahan IMS.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap suatu benda atau manusia. Dalam penelitian ini diuraikan dalam tabel dibawah ini:

Tabel 4.2: Definisi Operasional Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode *Focus Group Discussion* (FGD) Terhadap Perilaku Pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS) pada Pekerja Seks Komersial (PSK) di Lokalisasi Gembol Semarang

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skoring
Independen: Pendidikan kesehatan dengan metode FGD	Pemberian informasi kepada PSK dengan cara melibatkan responden dalam proses diskusi yang dipandu sesuai dengan tujuan dan fokus	Pemberian informasi tentang: 1. Pengertian IMS 2. Etiology IMS 3. Jenis-jenis IMS 4. Manifestasi klinis 5. Pengobatan	SAP	-	-

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skoring
	pembahasan FGD dimulai dengan penyampaian topik diskusi dari moderator kepada audience, moderator melontarkan pertanyaan dan meminta pendapat audience secara berurutan, memulai diskusi, menyampaikan hasil diskusi dan menyimpulkan hasil diskusi sesuai dengan teori.	IMS 6. Pencegahan IMS			
Dependen: Perilaku pencegahan IMS pada PSK Sub variabel: 1. Pengetahuan	Wawasan yang dimiliki oleh PSK mengenai IMS	Pengetahuan PSK mengenai: 1. Pengertian 2. IMS 3. Etiology IMS 4. Jenis-jenis IMS 5. Manifestasi klinis 6. Pengobatan IMS 7. Pencegahan IMS	Kuesioner	Ordinal	Benar= 1 Salah= 0 Baik= 76%-100% Cukup= 56%-75% Kurang= ≤55%

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skoring
2. Sikap	Respon internal yang dimiliki oleh PSK mengenai IMS	1. Menerima informasi tentang IMS. 2. Berespon terhadap penyakit IMS dan upaya penanganannya. 3. Menghargai penanganan dan pencegahan IMS. 4. Bertanggung jawab terhadap pencegahan IMS	Skala Likert Kuesioner <i>Favorable</i> : 1,3,5,7 <i>Unfavorable</i> : 2,4,6,8	Ordinal	Penilaian dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 8 pertanyaan, yaitu terdiri dari pertanyaan positif, 1,3,5,7 dan pertanyaan negative 2,4,6,8 skor untuk pertanyaan positif $SS=4$ $S=3$ $TS=2$ $STS=1$ skor untuk pertanyaan negative $STS=4$ $TS=3$ $S=2$ $SS=1$. Penilaian sikap positif= $T > \text{mean data}$ Negatif= $T < \text{mean data}$

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skoring
3. Tindakan	Langkah-langkah yang dilakukan oleh PSK dalam pencegahan IMS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga kebersihan diri (personal hygiene-vulva hygiene) 2. Penggunaan kondom pada saat bekerja (sex intercourse) 3. Melakukan pemeriksaan kesehatan secara teratur 	Kuesioner	Ordinal	Sering= 3 Kadang-kadang= 2 Tidak pernah= 1 baik= 76%-100% cukup= 56%-75% kurang= ≤ 55%

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner tentang perubahan perilaku berdasar teori Lawrence Green yang di modifikasi oleh peneliti dan observasi terstruktur kepada responden. Pelaksanaan FGD dilakukan dengan menggunakan alat ukur SAP. Pengumpulan data pengetahuan dilakukan dengan alat ukur kuesioner yang berjumlah 12 pertanyaan *multiple choice*. Skala pengukuran untuk sub variabel ini adalah skala ordinal. Jawaban benar=1; salah=0, dinyatakan baik apabila skor 76%-100%, cukup 56%-75%, kurang ≤55%. Penilaian sikap dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 8 pertanyaan, yaitu terdiri dari pertanyaan positif (*favorable*) 1,3,5,7 dan pertanyaan negative (*unfavorable*) 2,4,6,8. Skor untuk pertanyaan positif SS=4 S=3 TS=2 STS=1. Skor untuk pertanyaan negatif STS=4 TS=3 S=2 SS=1. Pengukuran dengan skala likert, dinyatakan sikap positif apabila $T > \text{mean data}$ dan dinyatakan negatif apabila $T < \text{mean data}$. Pengumpulan

data tindakan dilakukan dengan observasi terstruktur dengan 15 pertanyaan, skala yang digunakan adalah ordinal, skoring dengan jawaban Sering= 3, kadang-kadang=2, tidak pernah= 1, dinyatakan baik apabila skornya 76%-100%, cukup 56%-75%, kurang \leq 55%.

4.7 Lokasi dan waktu penelitian

Tempat yang digunakan dalam penelitian ini berada di lokalisasi Gembol Semarang. Waktu penelitian mulai bulan Desember 2010 sampai Januari 2011.

4.8 Prosedur pengambilan atau pengumpulan data

Dalam penelitian ini angket digunakan adalah angket tertutup, artinya angket disajikan dalam bentuk pilihan tertutup sehingga responden tinggal memilih jawaban yang sudah digunakan.

Sebelum melakukan penelitian ini, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Fakultas Keperawatan kemudian mengajukan ijin ke Lokalisasi sebagai tempat pengambilan sampel.

Responden dibagi dalam 1 kelompok dengan jumlah 12 responden. Peneliti bekerjasama dengan petugas Puskesmas dan melakukan diskusi dengan petugas Puskesmas (Pendamping) untuk memperlancar diskusi. Responden yang akan diintervensi diminta untuk mengisi kuesioner (*pre-test*) tentang pengetahuan, sikap, dan tindakan pencegahan infeksi menular seksual. *Focus Group Discussion* (FGD) diskusi dilakukan oleh peneliti bersama salah satu mukicari Lokalisasi Gembol Semarang yang bertindak sebagai pendamping. FGD (*Focus Group Discussion*) dilaksanakan selama

kurang lebih 80 menit. Peneliti sebelumnya mempersiapkan materi untuk *focus group discussion*. FGD dimulai dengan penyampaian kontrak waktu dan penyampaian topik diskusi yang dilakukan oleh moderator. Peneliti menyampaikan pertanyaan secara berurutan dan meminta tanggapan setiap PSK dan dilakukan diskusi sesuai topik yang dibahas. Notulis melakukan pencatatan dalam setiap kegiatan yang dilaksanakan. Peneliti menyampaikan fokus kesimpulan diskusi dan disesuaikan dengan teori yang ada dan menutup diskusi. 1 minggu setelah dilaksanakannya diskusi, responden diminta untuk mengisi kuesioner (*post-test*). Jawaban yang telah diisi oleh responden kemudian dikumpulkan, dilakukan pengkodean dan kemudian hasil penelitian tersebut di analisis dengan uji *Wilcoxon Signed Rank Test*.

4.9 Cara Analisis Data

Berdasarkan pada kuesioner yang telah diisi oleh responden dan observasi yang telah dilakukan oleh peneliti, selanjutnya dilakukan tabulasi dan analisa data dengan menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* untuk membandingkan data sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

Tahap-tahap analisa data antara lain:

1. *Editing*: yaitu melihat apakah data yang terisi sudah lengkap atau kurang lengkap.
2. *Coding*: yaitu mengklasifikasikan jawaban dari responden menurut macamnya dengan member kode pada masing-masing jawaban menurut item kuesioner.

3. Analisa data statistik hasil jawaban atas pertanyaan kuesioner diskoring dan kemudian dilakukan perbandingan nilai antara pra FGD dan Post FGD dengan menggunakan uji *wilcoxon* dengan tingkat signficancy $\alpha < 0.05$ bila hasil perhitungan $\alpha < 0.05$ berarti H_0 ditolak dan hipotesis diterima yaitu pengaruh FGD terhadap perilaku pencegahan infeksi menular seksual PSK di lokalisasi Gembol Semarang.

4.10 Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti harus mendapatkan rekomendasi dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Selanjutnya mengajukan ijin kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang dan Puskesmas Bawen, kemudian kuesioner dikirim ke subjek yang diteliti dengan menekankan pada masalah etik sebagai berikut:

1. *Informed consent* (Lembar Persetujuan)

Lembar persetujuan diberikan kepada subjek yang diteliti yaitu PSK. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan pengambilan data. Jika responden tidak bersedia untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

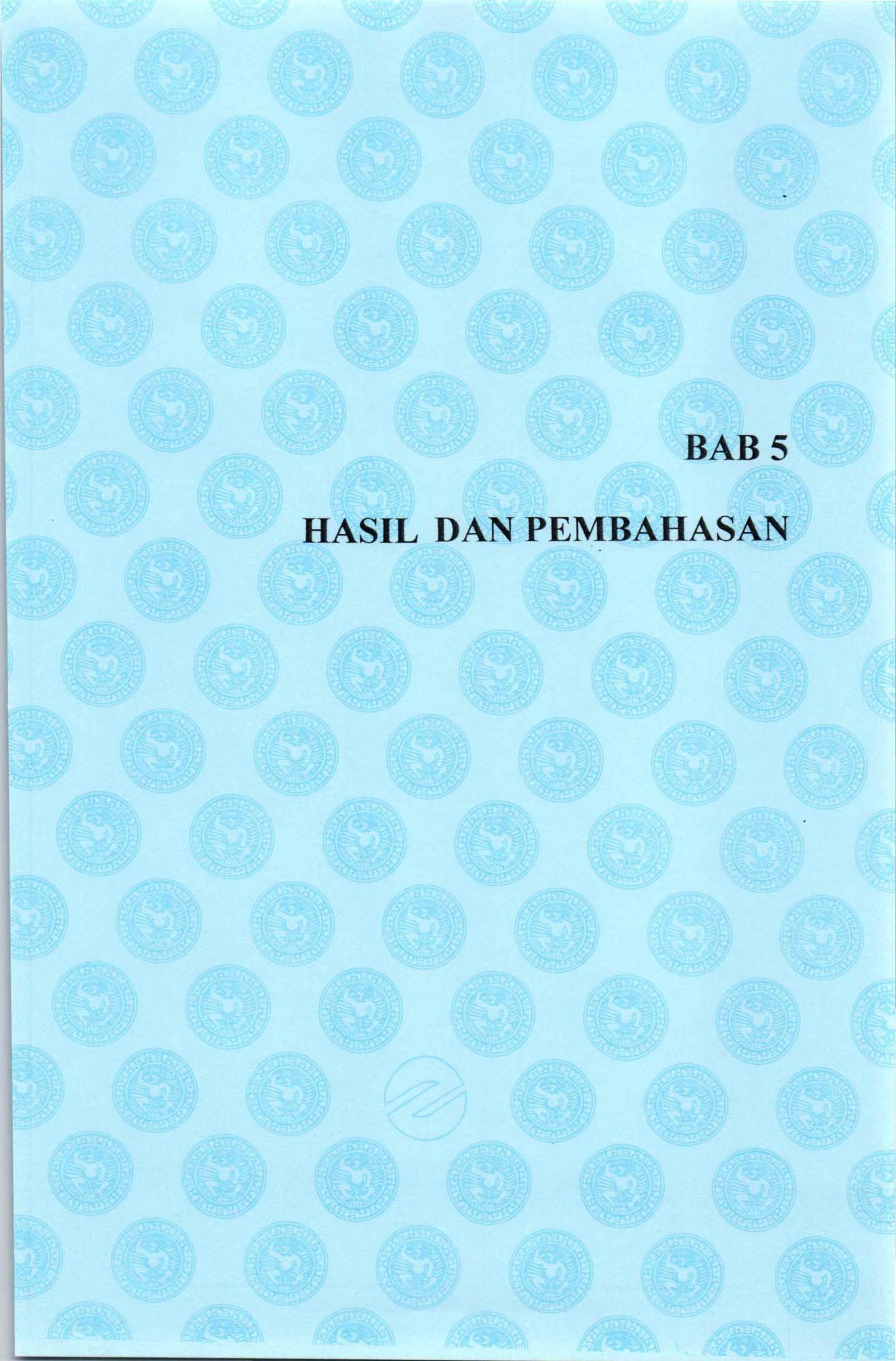
Untuk menjaga kerahasiaan subjek peneliti tidak mencantumkan nama subjek (PSK) pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh subjek penelitian. Lembar tersebut akan diberi kode tertentu.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subjek (PSK) dijamin oleh peneliti hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.11 Keterbatasan

1. Sampel pada penelitian ini hanya terbatas pada PSK tetap di Lokalisasi Gembol Semarang.
2. Instrumen pengumpulan data dirancang oleh peneliti tanpa melakukan uji coba, oleh sebab itu diperlukan uji validitas dan reliabilitas.
3. Mengumpulkan data dengan kuesioner memungkinkan jawaban yang kurang valid karena dipengaruhi oleh sikap dan harapan yang bersifat subjektif dari responden.
4. Peneliti belum memiliki kemampuan cukup untuk melakukan FGD sehingga masih memungkinkan banyak kesalahan yang dilakukan saat FGD.
5. Observasi perubahan perilaku seseorang membutuhkan waktu yang lama, namun observasi dalam penelitian hanya dilakukan selama 1 minggu.
6. FGD terbatas dilakukan pada PSK sedangkan keberhasilan pencegahan IMS juga dipengaruhi oleh kesadaran pengunjung lokalisasi.



BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada Bab ini akan diuraikan mengenai hasil penelitian yang telah dilakukan di Lokalisasi Gembol Semarang pada tanggal 30 Desember 2010 sampai 5 Januari 2011, data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk narasi, tabel dan grafik. Pada penyajian hasil dibagi dalam dua bagian yaitu: data umum yang meliputi umur, pendidikan, status pernikahan, lama responden menghuni lokalisasi, pekerjaan responden sebelum berada di lokalisasi, informasi kesehatan yang pernah diperoleh, bentuk informasi, pemberi informasi, alasan responden bekerja di lokalisasi, pekerjaan tambahan selain berada di lokalisasi. Data khusus meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan responden terhadap IMS. Pembahasan hasil yang telah didapatkan sesuai dengan teori yang telah dikemukakan pada tinjauan teori.

5.1 Hasil Penelitian

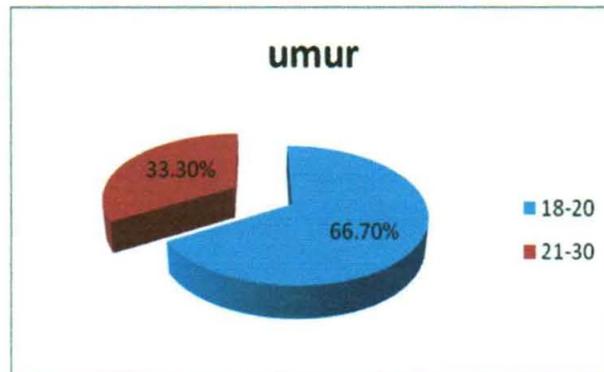
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Lokalisasi Gembol berlokasi di dusun Sukosari RT 06 RW 6 Kecamatan Bawen, Kabupaten Semarang. Lokalisasi Gembol dikelola oleh sebuah organisasi atau paguyuban yang terdiri dari 6 pengurus. Terdapat 15 rumah di lokalisasi, dengan 30 PSK tetap, tetapi terdapat 40 PSK yang bekerja tidak tetap. Lokalisasi Gembol berada dibawah pengawasan Puskesmas Bawen dan RSUD Ambarawa. Tidak ada LSM yang melaksanakan kegiatan di Lokalisasi Gembol. Petugas Puskesmas Bawen biasanya melakukan penyuluhan kesehatan pada PSK secara teratur setiap 3 bulan sekali. Petugas Rumah Sakit melakukan promosi kesehatan

dan melakukan VCT setiap 3 bulan sekali pada semua PSK. Saat ini terdapat 4 orang PSK yang positif mengalami HIV di tempat tersebut namun masih tetap aktif.

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

1. Umur Responden



Gambar 5.1 Diagram responden berdasarkan umur di Lokalisasi Gembol Semarang Desember 2010 sampai Januari 2011.

Diagram 5.1 menunjukkan bahwa umur termuda responden adalah 18 tahun. Umur responden mempunyai distribusi sebagai berikut, umur 18-20 tahun sebanyak 8 orang (66,7%), dan usia 21-30 tahun sebanyak 4 orang (33,3%). Bila dilihat dari distribusi usia responden dapat disimpulkan bahwa usia responden adalah usia produktif. Pada usia ini individu akan beresiko melakukan hubungan seksual baik yang aman maupun beresiko terjadi penularan IMS. Sebagian besar responden berusia 18-20 tahun.

2. Tingkat Pendidikan Responden

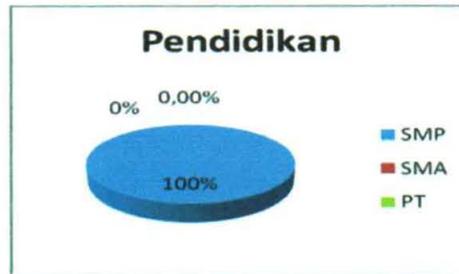


Diagram 5.2 Distribusi responden menurut tingkat pendidikan responden di Lokalisasi Gembol Semarang Desember 2010 sampai Januari 2011.

Diagram 5.2 menunjukkan bahwa pendidikan formal seluruh responden adalah SMP yaitu 12 orang (100%). Secara rasional dapat diartikan bahwa responden mempunyai kecerdasan cukup (pendidikan dasar) serta kemampuan untuk menerima pengetahuan dengan cukup sehingga responden akan lebih mudah menerima informasi yang diberikan terkait pencegahan IMS. Pendidikan yang cukup baik maka seharusnya akan ada kesadaran PSK untuk mencegah terjadinya IMS.

3. Status Pernikahan

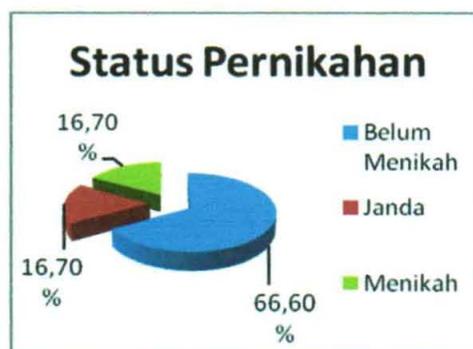


Diagram 5.3 Distribusi responden berdasarkan status pernikahan responden di Lokalisasi Gembol Semarang Desember 2010 sampai Januari 2011.

Diagram 5.3 menunjukkan bahwa responden belum menikah yaitu 8 responden (66,6%), janda sebanyak 2 responden (16,7%), dan responden sudah menikah yaitu 2 responden (16,7%). Mayoritas responden dalam penelitian ini belum menikah. IMS bisa terjadi pada semua kalangan baik yang sudah menikah ataupun belum menikah. Perilaku sering berganti pasangan pada PSK meningkatkan resiko terjadinya IMS.

4. Lama tinggal di lokalisasi

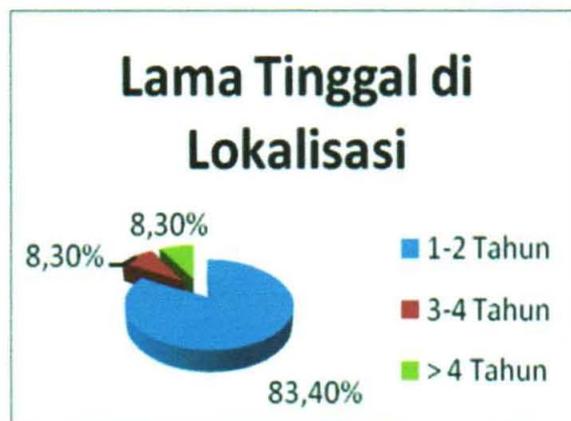


Diagram 5.4 Distribusi Responden berdasarkan lamanya responden berada di lokalisasi Gembol Semarang selama periode Desember 2010 sampai Januari 2011.

Diagram 5.4 menunjukkan 10 responden (83,4%) telah menetap di lokalisasi selama 1-2 tahun, 1 responden (8,3%) telah menetap selama 3-4 tahun, dan 1 responden (8,3%) lebih dari 4 tahun di lokalisasi. Lama bekerja sebagai PSK merupakan faktor penting. Makin lama masa kerja seorang PSK, makin besar kemungkinan ia telah melayani pelanggan yang mengidap IMS.

5. Informasi Kesehatan



Diagram 5.5 Distribusi responden berdasarkan pernah atau tidaknya responden memperoleh informasi kesehatan sebelumnya Desember 2010 sampai Januari 2011.

Diagram 5.5 menunjukkan bahwa mayoritas responden yaitu 10 responden (83,3%) pernah mendapatkan informasi kesehatan dan 2 responden (16,7%) belum pernah mendapatkan informasi kesehatan. Informasi yang diperoleh dari berbagai sumber akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang (Notoatmodjo, 2003). Rasionalnya dengan banyaknya informasi yang pernah didapat maka pengetahuannya PSK meningkat.

6. Bentuk Informasi Kesehatan yang Pernah Diperoleh

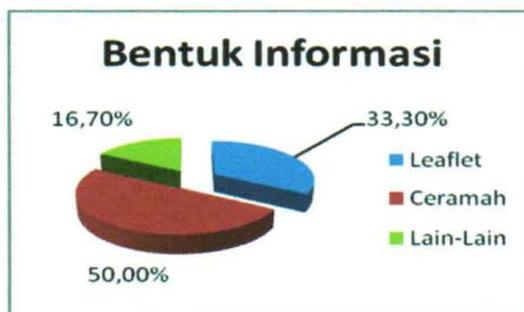


Diagram 5.6 Distribusi responden berdasarkan bentuk informasi kesehatan yang pernah diperoleh oleh responden

Diagram 5.6 menunjukkan bahwa 6 responden (50%) pernah memperoleh informasi kesehatan dalam bentuk ceramah, 4 responden (33,3%) pernah memperoleh informasi kesehatan dalam bentuk leaflet dan 2 responden (16,7%) menjawab tidak pernah mendapat informasi kesehatan terkait IMS. Sebagian besar responden pernah mendapatkan informasi kesehatan dalam bentuk leaflet ataupun ceramah. Rasionalnya perilaku PSK yang pernah mendapatkan informasi kesehatan akan berbeda dengan PSK yang belum mendapatkan informasi kesehatan. Pengetahuan PSK akan lebih baik sehingga lebih bisa menjaga kesehatannya.

7. Alasan Bekerja di Lokalisasi

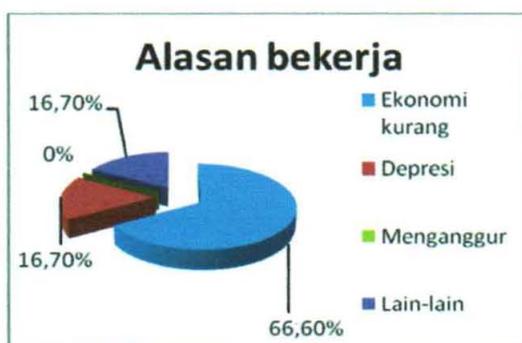


Diagram 5.7 Distribusi responden berdasar alasan responden bekerja di lokalisasi Desember 2010 sampai Januari 2011.

Diagram 5.7 menunjukkan bahwa mayoritas responden bekerja di lokalisasi karena ekonomi kurang 8 responden (66,6%), responden yang bekerja di lokalisasi karena depresi yaitu 2 responden (16,7%), responden yang bekerja di lokalisasi karena alasan lain-lain yaitu karena tidak diterima bekerja di tempat lain sebanyak 2 responden (16,7%). Tuntutan hidup dan susah mencari lapangan pekerjaan seringkali menuntut PSK untuk memilih jalan mudah untuk menghasilkan uang untuk memenuhi kebutuhan hidup.

5.1.3 Data Khusus

5.1.3.1 Pengetahuan PSK tentang pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS)



Diagram 5.8 Tingkat pengetahuan PSK di Lokasi Gembol Semarang Desember 2010 sampai Januari 2011.

Diagram 5.8 menggambarkan tingkat pengetahuan PSK di lokasi Gembol Semarang sebelum dan sesudah dilakukan *Focus Group Discussion* dimana sebelum dilakukan FGD pengetahuan responden kurang yaitu sebanyak 4 responden (33,3%), cukup yaitu 8 responden (66,7%) dan tidak ada responden yang memiliki pengetahuan baik dalam kelompok FGD. Pengetahuan PSK menjadi (100%) baik setelah dilakukan FGD.

5.1.3.2 Sikap PSK tentang pencegahan IMS

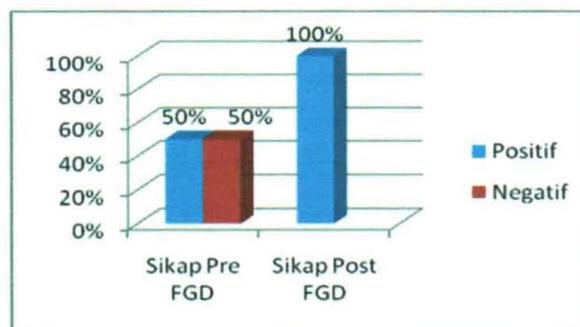


Diagram 5.9 Distribusi sikap responden di Lokasi Gembol Semarang Desember 2010 sampai Januari 2011.

Diagram 5.9 menunjukkan bahwa sebelum dilakukan FGD 6 responden (50%) memiliki sikap positif dan 6 responden (50%) memiliki sikap negatif. Setelah dilakukan *Focus Group Discussion* 12 responden (100%) memiliki sikap positif.

5.1.3.3 Tindakan PSK tentang pencegahan IMS



Gambar 5.10 Tindakan responden di Lokalisasi Gembol Semarang Desember 2010 sampai Januari 2011.

Gambar 5.10 menggambarkan hasil pengumpulan data tindakan responden sebelum dilakukan *Focus Group Discussion* menunjukkan bahwa 11 responden (91,7%) melakukan tindakan cukup, tidak ada responden yang melakukan tindakan kurang, dan ada 1 responden (8,3%) yang tindakannya baik. Tindakan PSK menjadi (100%) baik setelah dilakukan FGD.

5.1.3.4 Analisis tingkat pengetahuan PSK tentang IMS

Tabel 5.1 Analisis tingkat pengetahuan PSK di Lokalisasi Gembol Desember 2010 – Januari 2011

No.Resp	Pengetahuan		Selisih Post dan Pre
	Pre	Post	
1.	66.7	100	33,3
2.	50	83.3	33,3
3.	50	100	50
4.	58.3	83.3	25
5.	58.3	100	41,7
6.	58.3	91.7	33,4
7.	66.7	83.3	16,6
8.	41.7	100	58,3
9.	50	100	50
10.	75	100	25
11.	75	100	25
12.	66.7	100	33,3
Total	716,7	1141,6	424,9
X	59,72	95,13	35,17
SD	0,51	0,00	12,4
Wilcoxon Sign rank test	z=3,176 p=0,001		

Tabel 5.1 menunjukkan pengaruh *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap pengetahuan responden mengenai pencegahan infeksi menular seksual. Sebelum dilakukan FGD dari 12 responden dinyatakan 8 responden (66,7%) memiliki pengetahuan cukup dan 4 responden (33,3%) memiliki pengetahuan kurang. Setelah dilakukan *Focus Group Discussion* maka 12 responden (100%) memiliki pengetahuan baik.

Hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon Sign Rank Test* didapatkan nilai $z = 3,176$. Nilai signifikansi $p=0,001$ lebih kecil dari α yang ditetapkan $\leq 0,05$ berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima sehingga menunjukkan ada pengaruh *Focus*

Group Discussion (FGD) terhadap pengetahuan tentang pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS).

5.1.3.5 Analisis sikap PSK tentang pencegahan IMS di Lokalisasi Gembol Semarang

Tabel 5.2 Analisis Sikap PSK dalam Perilaku Pencegahan Infeksi Menular Seksual di Lokalisasi Gembol Semarang Desember 2010 sampai Januari 2011.

No. Resp	Sikap				Selisih
	Nilai T Pre FGD	Tingkat	Nilai T Post FGD	Tingkat	
1.	22	Positif	27	Positif	5
2.	17	Negative	21	Positif	4
3.	18	negatif	29	Positif	11
4.	25	positif	28	Positif	3
5.	21	positif	27	Positif	6
6.	21	positif	31	Positif	10
7.	17	negatif	24	Positif	7
8.	21	positif	25	Positif	4
9.	18	negatif	30	Positif	12
10.	23	positif	28	Positif	5
11.	17	negatif	27	Positif	10
12.	16	negatif	32	Positif	16
Mean	19,67		27,41		9,08
SD	2,87		3,05		7,80
Z	3,063				
	p=0,002				

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sikap responden sebelum FGD adalah 19,67 dan setelah FGD meningkat menjadi 27,41. Hasil penghitungan uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test* $p=0,002$ lebih kecil dari α yang ditetapkan $\leq 0,05$ yang berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima menunjukkan ada pengaruh *Focus Group Discussion* terhadap sikap PSK dalam mencegah Infeksi Menular Seksual.

5.1.3.6 Analisis tindakan PSK di Lokalisasi Gembol Semarang

Tabel 5.3 Analisis tindakan PSK dalam pencegahan Infeksi Menular Seksual di Lokalisasi Gembol Semarang Desember 2010 sampai Januari 2011.

No.Resp	Tindakan		Selisih
	Pre FGD	Post FGD	
1.	77,78	82,22	4,4
2.	68,89	88,89	20
3.	66,67	95,56	28,9
4.	66,40	84,44	18
5.	66,67	86,67	20
6.	62,20	88,89	26,7
7.	73,33	88,89	15,6
8.	62,20	80,00	17,8
9.	64,44	88,89	24,5
10.	68,89	84,44	15,5
11.	68,89	91,11	22,2
12.	66,67	91,11	24,4
Mean	2,08	3,00	19,41
SD	2,88	0,00	6,4
Z=3,317			
p=0,001			

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan pengaruh *Focus Group Discussion* terhadap tindakan responden mengenai pencegahan infeksi menular seksual. Dari 12 responden sebelum dilakukan *Focus Group Discussion* 11 responden (91,7%) melakukan tindakan cukup, tidak ada responden yang melakukan tindakan kurang dan 1 responden (8,3%) melakukan tindakan baik. Setelah dilakukan *Focus Group Discussion* sebanyak 12 responden (100%) melakukan tindakan baik.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *wilcoxon sign rank test* mendapatkan nilai z hitung 3,317. Nilai signifikansi $p=0,001$ lebih kecil dari α yang ditetapkan $\leq 0,05$ berarti bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima menunjukkan bahwa ada pengaruh *Focus Group Discussion (FGD)* terhadap tindakan

pengecegan Infeksi Menular Seksual (IMS) pada PSK di lokalisasi Gembol Semarang

5.2 Pembahasan

Berdasarkan data yang diperoleh, sebelum dilakukan *Focus Group Discussion* sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan cukup tentang pengecegan IMS. Setelah dilakukan *Focus Group Discussion*, semua responden (100%) memiliki pengetahuan baik.

Hasil uji statistic menggunakan *Wilcoxon Sign Rank Test* didapatkan nilai z hitung 3,176. Nilai signifikansi $p=0,001$ lebih kecil dari α yang ditetapkan $\leq 0,05$ berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima menunjukkan bahwa ada pengaruh *Focus Group Discussion* terhadap tingkat pengetahuan PSK mengenai pengecegan Infeksi Menular Seksual (IMS).

Focus Group Discussion menggali informasi dari beberapa responden sekaligus dalam satu kelompok (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Penginderaan terhadap pengetahuan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui indra pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting terbentuknya tindakan seseorang (*Overt Behaviour*). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yaitu: tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi. Pengetahuan adalah sebagai suatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami

reorganisasi karena adanya pemahaman-pemahaman baru (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: (1) pendidikan, (2) *Mass media* / informasi, (3) Lingkungan, (4) Pengalaman, (5) Usia.

Pengamatan dari peneliti, selama proses *Focus Group Discussion*, responden cenderung aktif untuk berkomunikasi satu dengan yang lain. Responden mengungkapkan apa yang selama ini dia ketahui, mendiskusikannya dan menyimpulkan topik diskusi. Peningkatan pengetahuan responden berbeda-beda 8 responden (66,7%) yang awalnya hanya memiliki pengetahuan yang cukup akhirnya pengetahuannya meningkat menjadi baik dan 4 responden (33,3%) yang awalnya memiliki pengetahuan kurang akhirnya pengetahuannya menjadi baik. Responden berada pada tingkat memahami pengetahuan. Responden mampu menginterpretasi bagaimana cara mencegah IMS dengan benar. Seluruh responden telah menempuh pendidikan formal SMP sehingga hal ini mempercepat responden menerima informasi yang diberikan. Sebagian besar responden (83,3%) juga pernah mendapatkan informasi kesehatan dalam bentuk leaflet dan ceramah sehingga hal ini juga menunjang kecepatan responden menerima dan memahami topic yang didiskusikan. Pengetahuan sebagian kecil responden (16,7%) yang belum pernah mendapatkan informasi kesehatan juga meningkat karena dalam proses diskusi mereka ikut aktif dalam diskusi dan belajar dari pengalaman mereka yang sudah mendapat informasi sebelumnya. Hal ini juga yang bisa disebut sebagai proses pembelajaran non formal yang tujuannya juga untuk meningkatkan pengetahuan. Responden tinggal bersama dengan PSK yang lain dalam satu tempat memungkinkan mereka untuk saling bertukar pikiran tentang

pencegahan infeksi menular seksual. Sebagian besar responden (83,3%) telah tinggal di lokalisasi selama 1-2 tahun. Selama kurun waktu 1-2 tahun tentu saja banyak pengalaman yang telah mereka peroleh, bisa dari teman ataupun dari senior mereka yang lebih lama tinggal di tempat tersebut. Belajar dari pengalaman orang lain terutama teman akan lebih mudah diterima karena dalam proses belajar itu kita menggunakan indera kita secara langsung untuk mengamati keseharian mereka. Usia responden sebagian besar (58,3%) adalah 18-25 tahun dimana menurut peneliti dalam usia tersebut responden lebih mudah menerima dan mencerna informasi yang masuk. Mereka juga lebih bisa menerima hal baru dan menerapkannya. Pola pikir dan cara berpikir mereka lebih terbuka dalam menerima informasi yang diterima. Respon seseorang terhadap stimulus luar yang diberikan berbeda-beda setiap individu. Semua respon tersebut adalah subjektif tergantung kemampuan kognitif dan persepsi setiap orang. Ada seseorang yang sangat cepat merespon sehingga yang awalnya dia tidak mengerti dengan cepat dia akan mengerti dan belum tentu juga orang yang sudah mengerti jadi lebih mudah mengerti. Sebagai contoh adalah responden ke-8 dan ke-7. Responden no 8 adalah responden yang tingkat pengetahuan awalnya adalah kurang dan dengan cepat pengetahuannya meningkat menjadi baik. Berbeda dengan responden no 7 dimana awalnya pengetahuannya sudah cukup namun pada akhirnya pencapaiannya menjadi baik hanya sedikit (peningkatannya hanya 16,6).

Data yang diperoleh menunjukkan bahwa sebelum dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD) responden memiliki sikap positif (50%) dan sikap negative (50%) terhadap upaya pencegahan infeksi menular seksual. Setelah dilakukan

Focus Group Discussion semua responden (100%) memiliki sikap positif dalam upaya pencegahan infeksi menular seksual.

Hasil uji dengan uji statistic *Wilcoxon sign rank test* dengan nilai signifikansi $p=0,002$ lebih kecil dari α yang telah ditetapkan $\leq 0,05$, diperkuat dengan analisa dimana terdapat kenaikan sikap dari semua responden menjadi lebih baik dari hasil kuesioner, berarti bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima menunjukkan bahwa ada hubungan antara penerapan *Focus Group Discussion* terhadap sikap.

Sikap merupakan respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Campbell (1950) mendefinisikan sangat sederhana, yakni: "*An individual's attitude is syndrome of response consistency with regard to object*". Sikap adalah sindrom atau kumpulan gejala dalam respon stimulus atau objek. Sikap melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan lain. Newcomb menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan), atau reaksi tertutup. Menurut Allport (1954) sikap terdiri dari 3 komponen yakni (1) kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek, (2) kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, (3) kecenderungan untuk bertindak. Tingkatan sikap berdasarkan intensitasnya (1) menerima, (2) menanggapi, (3) menghargai, (4) bertanggung jawab. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Sikap (1)Pengalaman pribadi , (2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting, (3) Pengaruh kebudayaan, (4) Media massa, (5) Lembaga

pendidikan dan lembaga agama, (6) Pengaruh faktor emosional, Tidak semua bentuk sikap dipengaruhi oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang, kadang-kadang sesuatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. (Aswar, 2000 : 30-38)

Sikap responden dalam hal ini berada pada tingkatan bertanggung jawab (*responsible*) dimana responden bertanggung jawab terhadap apa yang telah mereka meyakini dengan alasan ketika proses diskusi responden telah mampu mengungkapkan penilaian mereka terhadap upaya pencegahan infeksi menular seksual, responden telah membahas upaya pencegahan infeksi menular seksual dengan teman satu kelompoknya, mengajak, mempengaruhi atau menganjurkan orang lain untuk merespon upaya pencegahan infeksi menular seksual. Dengan kata lain tahapan menghargai (*valuing*) telah terlewati saat proses diskusi dan setelah proses diskusi diharapkan ada tanggung jawab dari responden untuk mencegah terjadinya infeksi menular seksual. Terjadinya perubahan sikap dari masing-masing responden tentu saja sangat berbeda satu dengan yang lain. Belum tentu seseorang dengan pengetahuan yang baik maka dia memiliki sikap positif, sebagai contoh adalah responden nomor 12 dimana responden memiliki pengetahuan yang cukup namun sikap responden ternyata negative dan responden nomor 8 dimana responden memiliki pengetahuan kurang namun sikap responden positif. Pembentukan sikap seseorang tentu saja dipengaruhi oleh pengalaman dimana 41,7% responden bekerja sebagai pegawai toko sehingga paparan responden terhadap pencegahan infeksi menular seksual tentu saja kurang. Namun, selama tinggal di lokalisasi, responden tinggal bersama komunitas mereka

dalam lingkungan yang cukup mendukung mereka untuk belajar dan memperoleh pengetahuan mengenai cara pencegahan infeksi menular seksual. Mereka tinggal berkelompok sehingga memungkinkan untuk saling berdiskusi dan mempengaruhi. Lingkungan lokasi dimana pengurus lokasi ternyata sudah banyak mengetahui tentang upaya pencegahan infeksi menular seksual memungkinkan responden membentuk sikap positif terhadap upaya pencegahan infeksi menular seksual. Pengaruh dari orang lain, mungkin suami juga memungkinkan untuk terbentuknya sikap positif dari responden untuk mencegah terjadinya infeksi menular seksual, sebagai contoh adalah responden nomor 5 dimana dia sudah menikah dan sedari awal sebelum dilakukan *Focus Group Discussion*, sikap responden tersebut sudah positif dimana pengetahuan awal responden termasuk kurang. Adanya informasi baru yang responden dapat juga turut serta membangun sikap positif responden. Dengan banyaknya informasi yang didapatkan oleh responden hal tersebut akan membangun kepercayaan mereka terhadap informasi yang ada sehingga responden yakin dan percaya pada informasi tersebut dan diharapkan sikapnya positif. Pendidikan rata-rata responden yang hampir 100% adalah SMP juga berpengaruh untuk membangun kognitif masing-masing individu sehingga dengan pendidikan yang cukup, pengetahuan baik maka sikap positif akan mudah terbentuk.

Dari 12 responden sebelum dilakukan *focus group discussion* hanya 1 responden (8,3%) yang melakukan tindakan baik. Setelah dilakukan *focus group discussion* sebanyak 12 responden (100%) melakukan tindakan baik.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *wilcoxon sign rank test* mendapatkan nilai z hitung -3,317. Nilai signifikansi $p=0,001$ lebih kecil dari nilai

α yang ditetapkan $\leq 0,05$, berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima, menunjukkan bahwa ada pengaruh *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap tindakan pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS) pada PSK di lokasi Gembol Semarang.

Sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana prasarana. Praktik atau tindakan dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan yaitu praktik terpimpin, praktik secara mekanisme, adopsi (Notoatmodjo, 2010). Tindakan merujuk pada perilaku yang diekspresikan dalam bentuk tindakan, yang merupakan bentuk nyata dari pengetahuan dan sikap yang telah dimiliki. Menurut Notoatmodjo (2010) perilaku terjadi diawali dengan adanya pengalaman-pengalaman seseorang serta faktor-faktor di luar orang tersebut (lingkungan) baik fisik maupun non fisik. Kemudian pengalaman dan lingkungan tersebut diketahui, dipersepsikan. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik (*practice*) kesehatan atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2010). Skinner (1938) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian perilaku manusia terjadi melalui proses: stimulus-organisme-respon, sehingga teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" (stimulus-organisme-respon). Berdasarkan teori S-O-R maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi perilaku tertutup dan perilaku terbuka. Perilaku tertutup terjadi bila respon terhadap stimulus belum dapat diamati oleh orang lain, respon masih terbatas

dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Perilaku terbuka terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik yang dapat diamati oleh orang lain dari luar. Green menganalisis, bahwa faktor perilaku itu sendiri ditentukan oleh 3 faktor utama yaitu: 1) faktor predisposisi, 2) faktor pemungkin, 3) faktor penguat. Pendekatan insetif berlawanan dengan teori dorongan yang mendorong seseorang untuk berperilaku tertentu, maka push theory lebih tertarik untuk mempelajari apa yang dapat menarik seseorang untuk melakukan perilaku tersebut, maka kita akan mendapat imbalan. Pendekatan intensif ini mempelajari motif yang berasal dari luar diri individu yang bersangkutan atau disebut sebagai motif ekstrinsik. Kaum behavioristik sangat menekankan pentingnya intensif atau faktor reinforcement/penguat yang akan mendorong perilaku seseorang. Kaum behavioristik melihat bahwa manusia adalah makhluk yang pasif, oleh Karena itu manusia harus dirangsang dari luar. Dengan demikian, motivasi seseorang dapat dibentuk dengan memberikan insetif dari luar. Notoatmodjo (2010) mengemukakan bahwa pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap perubahan perilaku kesehatan. Perubahan perilaku dengan pendidikan akan menghasilkan perubahan yang efektif bila dilakukan melalui metoda "Diskusi Partisipasi". Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua yang dalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal berarti juga masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. (Notoatmodjo, 2010).

Tindakan yang dilakukan responden dalam penelitian ini merupakan praktik secara mekanisme (*mechanism*) dimana responden telah melakukan atau

mempraktikkan pencegahan infeksi menular seksual secara otomatis tanpa ada pengaruh dari yang lain. Dalam proses diskusi, responden telah berinteraksi dan saling bertukar pikiran serta bertukar ilmu pengetahuan mereka sehingga pengetahuan mereka meningkat, hal tersebut diimbangi dengan sikap mereka yang menjadi positif. Pengetahuan yang baik dan sikap positif dari responden tersebut diwujudkan dalam bentuk tindakan baik yang dilakukan responden untuk mencegah infeksi menular seksual. Tindakan PSK setelah dilakukan diskusi semakin baik dibanding sebelum dilakukan diskusi, ini terbukti bahwa dengan pengetahuan yang meningkat dan adanya komitmen dari masing-masing PSK untuk mencegah terjadinya IMS pada diri mereka maka akan meningkatkan tindakan PSK dalam mencegah IMS. Setiap orang mempunyai respon terhadap stimulus yang diberikan secara berbeda-beda sehingga respon seseorang terhadap stimulus itupun akan berbeda-beda. Sebagai contoh adalah responden ke-1 dan ke-8. Responden 1 sebelum, dilakukan FGD sudah memiliki tindakan positif namun peningkatan tindakan menjadi lebih baik hanya sedikit, berbeda dengan responden ke-8 dimana awalnya dia hanya memiliki tindakan yang cukup namun akhirnya dengan cepat tindakannya menjadi baik. Perilaku seseorang dipengaruhi oleh banyak factor, bisa dari sikap dan pengetahuannya, fasilitas, dan ketertarikan seseorang terhadap objek tersebut. pengetahuan yang baik, sikap yang baik bias meningkatkan tindakan mereka menjadi baik. Contohnya adalah responden ke-12 dimana pengetahuannya baik, sikap positif dan tindakannya baik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perubahan pengetahuan menjadi baik, sikap menjadi lebih positif membuat tindakan mereka menjadi baik.



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

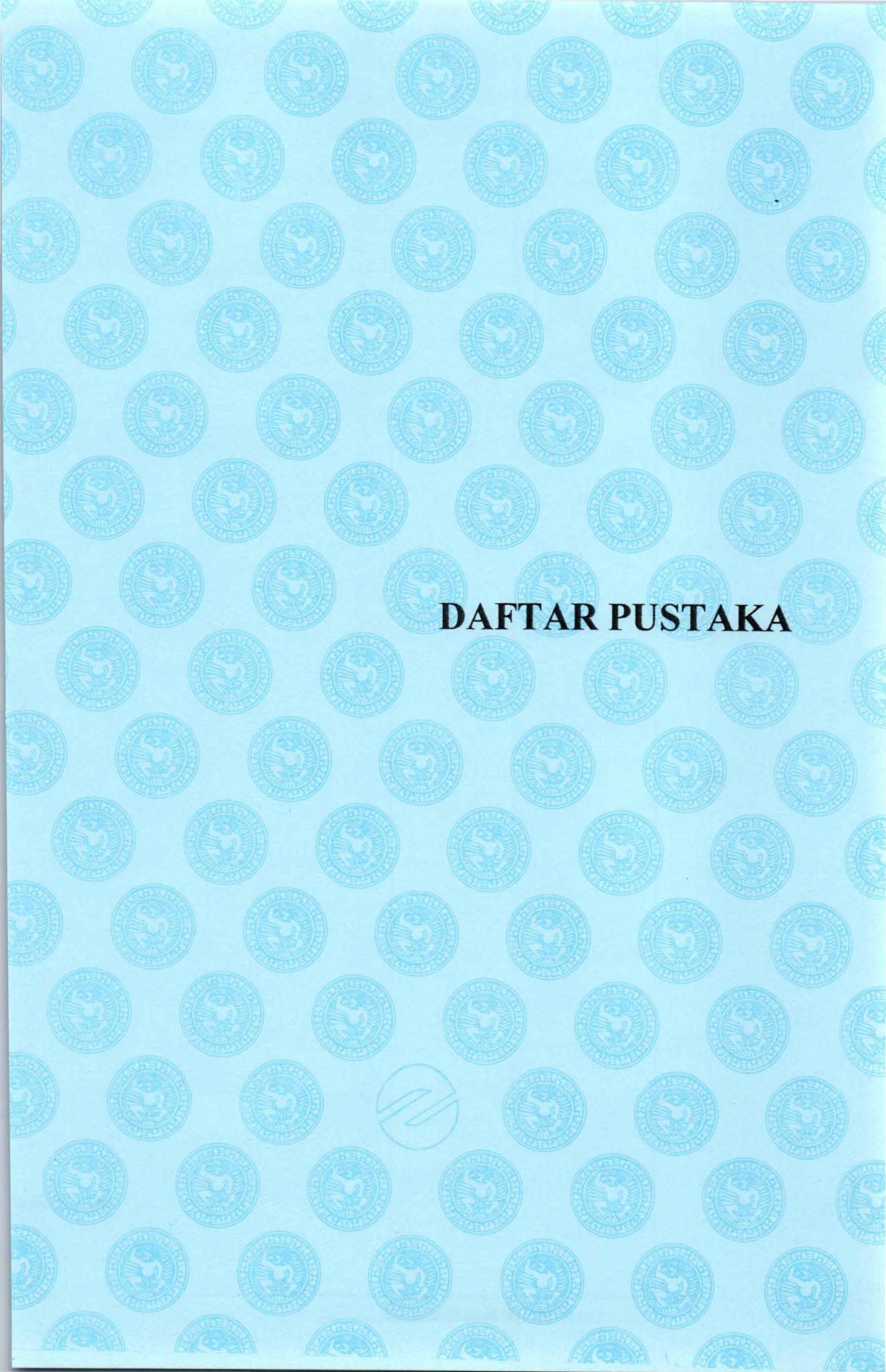
Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di Lokalisasi Gembol Semarang Desember 2010 sampai dengan Januari 2011 maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

6.1 Kesimpulan

- 1) Sebagian besar responden di lokalisasi Gembol mempunyai pengetahuan cukup, namun pengetahuan responden menjadi baik setelah dilakukan FGD.
- 2) Sebelum dilakukan FGD, sebagian responden mempunyai sikap negatif, namun sikap responden menjadi positif setelah dilakukan FGD.
- 3) Sebagian besar responden melakukan tindakan cukup, namun setelah dilakukan FGD tindakan yang mereka lakukan menjadi baik semua.
- 4) Pendidikan kesehatan dengan metode FGD meningkatkan pengetahuan PSK tentang pencegahan IMS di lokalisasi Gembol Semarang.
- 5) Sikap PSK mengalami perubahan ke arah positif setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode FGD di lokalisasi Gembol Semarang.
- 6) Pendidikan kesehatan dengan metode FGD meningkatkan perilaku pencegahan IMS di lokalisasi Gembol Semarang.

6.2 Saran

- 1) Penelitian ini membuktikan bahwa pengetahuan, sikap dan tindakan bisa membentuk perilaku baru yang lebih positif dengan menggunakan metode pendidikan kesehatan FGD. Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan untuk merubah perilaku PSK sehingga prevalensi IMS dapat dikendalikan.
- 2) Diskusi kesehatan dengan PSK sangat diperlukan untuk lebih mengenal PSK sehingga memudahkan tenaga kesehatan untuk mengubah perilaku PSK menjadi lebih baik.
- 3) Untuk penelitian lebih lanjut bisa menggunakan instrumen yang sudah di uji validitas dan reliabilitasnya.
- 4) Sampel penelitian selanjutnya bisa diambil dari PSK tetap dan tidak tetap.
- 5) Peneliti bisa bekerjasama dengan orang yang sudah ahli FGD untuk melakukan FGD.
- 6) Pelaksanaan observasi perubahan perilaku bisa dilakukan lebih lama tidak terbatas dalam waktu 1 minggu.
- 7) Perlu dilakukan pendidikan kesehatan terhadap pengunjung PSK untuk meningkatkan kesuksesan upaya pencegahan IMS pada PSK.

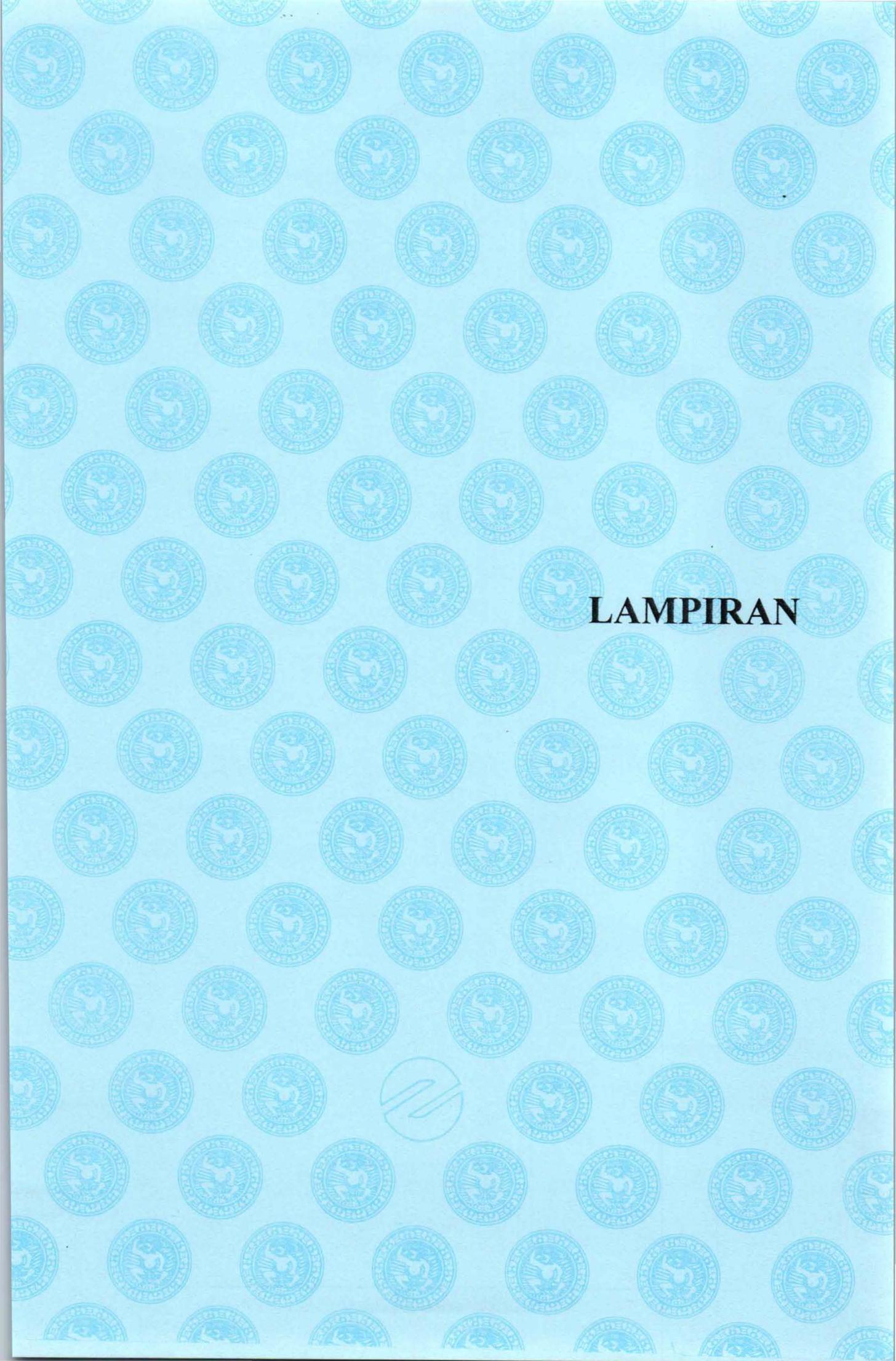


DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson.(2007).*Buku Ajar Keperawatan Komunitas*.Jakarta:EGC
- Anne, Ahira. (2010). *Pencegahan Penyakit Syphilis*. <http://www.anneahira.com>. Tanggal 25 November 2010. Jam 18.40 WIB
- Ardy. (2009). *Penyakit Menular Seksual*. <http://www.lua.web>. Tanggal 23 November 2010. Jam 10.00 WIB
- Arie, A. (2010). *Kesehatan Reproduksi Remaja Masa Kini*.
- Arikunto, S.(2002).*Prosedur Penelitian*.Jakarta: PT Rineka Cipta
- Daili, dkk.(2009).*Infeksi Menular Seksual*.Jakarta:PT Rineka Cipta
- Fat. (2010). *Cegah Penularan Penyakit*. <http://www.berita8.com>. Tanggal 23 November 2010. Jam 10.15 WIB
- Felix.(2010).Modul Diskusi Kelompok Terfokus.
<http://www.jejaringmudakatholik.web.id>. Rabu/1 Desember 2010. Jam 09.00 WIB
<http://www.tanyadokteranda.com>. Tanggal 26 November 2010. Jam 19.30 WIB
- Indonesian children. (2009). *Herpes Genitalis: Penyakit Menular Seksual*.
<http://childrenhivaids.wordpress.com>. Tanggal 26 November 2010
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2010). *Pencegahan HIV*.
<http://www.aidsindonesia.or.id>. Tanggal 27 November 2010. Jam 10.35 WIB
- Lukluk, A.(2008).*Psikologi Kesehatan*.Jogjakarta:Mitra Cendika
- Manuaba, dkk.(2009).*Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*.Jakarta: EGC
- Manuaba, IBG. (1999). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: Arcan
- Moh Anwar.(2009). *Wajib Kondom di Resos Belum 100%*.
<http://www.suaramerdeka.com>. Tanggal 27 November 2010. Jam 10.00 WIB
- Murtiastutik.(2009).*Buku Ajar Infeksi Menular Seksual*.Surabaya: Airlangga University Press
- Notoatmodjo, S.(2003).*Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*.Jakarta:PT Rineka Cipta

- Notoatmodjo, S.(2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*.Jakarta:PT Rineka Cipta
- Notoatmodjo,S.(2005).*Metodologi Penelitian Kesehatan*.Jakarta:PT Rineka Cipta
- Notoatmodjo,S.(2010).*Ilmu Perilaku Kesehatan*.Jakarta:PT Rineka Cipta
- Nursalam.(2009).*Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*.Jakarta: Salemba Medika
- Ray on Tue. (2009). *Waspada Tiap Jam Pemuda Indonesia Kena HIV*. <http://satudunia.net>. Tanggal 23 November 2010. Jam 10.00 WIB
- Sandjaja.(2006).*Panduan Penelitian*.Jakarta:Prestasi Pustaka Publisher
- Sugiyono, Dr. Prof., (2008). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung:Alfabeta
- Sugiyono, Dr. Prof., (2010). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung:IKAPI
- Sugiyono.(2006).*Statistika untuk Penelitian*. Jakarta: Alfabeta
- Suharsini, Arikunto, Dr. Prof.(2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*.Jakarta: PT Rineka Cipta
- Sutianti, Saroso. (2010). *Infeksi dan Transmisi*. <http://www.infeksi.com>. Tanggal 25 November 2010. Jam 18.00 WIB



LAMPIRAN



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

JL. A. YANI NO. 160 TELP. (024) 8454990 FAX. (024) 8414205, 8313122

SEMARANG - 50136

SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET

Nomor : 070 / 1862 / 2010

- I. **DASAR** : Surat Edaran Gubernur Jawa Tengah.
Nomor 070 / 265 / 2004. Tanggal 20 Februari 2004.
- II. **MEMBACA** : Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Univ
Airlangga Surabaya. Nomor 2557 / H3.1.12 /
PPd / 2010. Tanggal 21 Desember 2010.
- III. Pada Prinsipnya kami **TIDAK KEBERATAN / Dapat Menerima** atas
Pelaksanaan Penelitian / Survey di Kabupaten Semarang.
- IV. Yang dilaksanakan oleh :
1. Nama : **Nining Puji Astuti.**
 2. Kebangsaan : Indonesia.
 3. Alamat : Jl. Kupang Dukuh Kec. Ambarawa Kab.
Semarang.
 4. Pekerjaan : Mahasiswa.
 5. Penanggung Jawab : Esti Yunitasari, S.Kp, M.Kes.
 6. Judul Penelitian : **Pengaruh Pendidikan Kesehatan
dengan Metode Focus Group
Discussion (FGD) Terhadap Perilaku
Pencegahan Infeksi Menular Seksual
(IMS) di Lokalisasi Gembol Semarang.**
 7. Lokasi : Kabupaten Semarang.

V. KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :

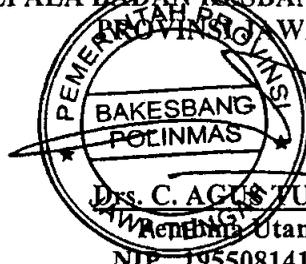
1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada
Pejabat Setempat / Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi
untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat
Pemberitahuan ini.
2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalah gunakan untuk tujuan tertentu
yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk penelitian
yang mendapat dukungan dana dari sponsor baik dari dalam negeri
maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan.

Tidak membahas masalah Politik dan / atau agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.

3. Surat Rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
 4. Setelah survey / riset selesai, supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesbangpol Dan Linmas Provinsi Jawa Tengah.
- V. Surat Rekomendasi Penelitian / Riset ini berlaku dari :
Desember 2010 s.d April 2011.
- VI. Demikian harap menjadikan perhatian dan maklum.

Semarang, 27 Desember 2010

an. GUBERNUR JAWA TENGAH
KEPALA BADAN KESBANGPOL DAN LINMAS
PROVINSI JAWA TENGAH



Drs. C. AGUS TUSONO, MSi
Wakil Kepala Utama Muda
NIP. 195508141983031010



DHARMOTTAMA SATYA PRAJA

PEMERINTAH KABUPATEN SEMARANG KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Ki Sarino Mangun Pranoto No.1 Telp. (024) 6921250 Ungaran

SURAT IJIN / REKOMENDASI

Nomor : 070 / 924 / XII / 2010

Berdasarkan Surat : Kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik Dan Perlindungan Masyarakat
Provinsi Jawa Tengah

Tanggal / Nomor : 27 Desember 2010 / Nomor : 070/1862/2010

Perihal : Permohonan Rekomendasi / Survey / Riset

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat bertindak atas nama Bupati Semarang menyatakan tidak keberatan memberikan ijin / rekomendasi kepada :

1. Nama : NINING PUJI ASTUTI
2. N I M : 130915187
3. Alamat : Kupang Dukuh Rt.04 Rw.02 Kel. Kupang Kec. Ambarawa Kab. Semarang
4. Jabatan : Mahasiswa
5. Kebangsaan : Indonesia
6. Maksud dan Tujuan : Ijin melaksanakan kegiatan penelitian dalam rangka Penyusunan Skripsi dengan judul : * PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) DI LOKALISASI GEMBOL SEMARANG *.
7. Lokasi : Lokalisasi Sukosari Dusun Berokan Kelurahan.Bawen .
8. Tanggal Pelaksanaan : 27 Desember 2010 s/d 9 Januari 2011
9. Jumlah Peserta : -
10. Penanggung Jawab : PURWANINGSIH, S.Kp.,M.Kes (Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya)

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Pelaksanaan kegiatan tersebut tidak disalah gunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu keamanan dan ketertiban.
- b. Mentaati segala ketentuan dan petunjuk dari pejabat wilayah setempat.
- c. Apabila masa berlaku surat ijin / rekomendasi ini sudah berakhir sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai dapat diajukan permohonan perpanjangan.
- d. Surat ijin / rekomendasi akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila dalam pelaksanaannya menyimpang dari ketentuan yang dikeluarkan oleh Instansi terkait.
- e. Melaporkan hasil penelitian yang telah selesai dilaksanakan kepada Kantor Kesbang Pol dan Linmas Kabupaten Semarang.

Demikian Surat Ijin / Rekomendasi ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ungaran, 27 Desember 2010

An. BUPATI SEMARANG
KEPALA KANTOR KESBANG POL DAN LINMAS
Ub. Kepala Seksi Kesatuan Bangsa



[Signature]
TOMDO HERJADI SIDIKIRANA, SH
Penata Tingkat I
NIP. 19620528199603 1 001

Tembusan : Kepada Yth :

1. Kepala BAPPEDA Kabupaten Semarang ;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang ;
4. Camat Bawen Kab. Semarang ;
5. Lurah Bawen Kecamatan Bawen Kab. Semarang ;
6. Kepala Dusun Berokan Kelurahan. Bawen ;
7. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya ;
8. Sdr. NINING PUJI ASTUTI



DHARMOTTAMA SATYA PRAJA

PEMERINTAH KABUPATEN SEMARANG

KECAMATAN : BAWEN

KELURAHAN : BAWEN

No. Kode Kelurahan :

SURAT KETERANGAN PENGANTAR

Nomor: AS / 1461 / XII / 10

Yang bertanda tangan dibawah ini, menerangkan bahwa :

1. Nama : Nining Puji Astuti Ek/Pr
2. Tempat & Tanggal Lahir : Kab. Semarang, 28 Mei 1988
3. Kewarganegaraan *) : WNI / WNI Agama : Kristen
4. Pekerjaan : Mahasiswa
5. Tempat Tinggal : Kupang Dukuh Rt 04/02 Kupang, Kec. Ambarawa
- Kabupaten : Semarang Propinsi : Jawa Tengah
7. Surat Bukti Diri : KTP KKK No.
8. Keperluan : Untuk melaksanakan penelitian di lokasi sasi "Gembol"
Kab. Semarang; dalam rangka penyusunan
Skripsi
8. Berlaku mulai : 28 Des. 2010 s/d selesai
9. Keterangan **) : Ybs. adalah mahasiswa Unair Surabaya

Demikian untuk menjadikan maklum bagi yang berkepentingan.

Nomor :

Tanggal :

Tanda tangan Pemegang

Mengetahi
Camat



NIP.

NIP.

NIP 198204101982031007

Catatan *) Apabila ruangan ini tidak mencukupi, harap ditulis sebaliknya dan dibubuhi stempel Desa / Kelurahan



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 21 Desember 2010

Nomor : 2557 /H3.1.12/PPd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Nining Puji Astuti
NIM : 130915187
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Focus Group
Discussion (FGD) Terhadap Perilaku Pencegahan Infeksi Menular
Seksual (IMS) di Lokalisasi Gembol Semarang
Tempat : Lokalisasi Gembol Semarang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP : 196611212000032001

Tembusan:

1. Kepala Puskesmas Bawen Semarang
2. Lokalisasi Gembol

Lampiran 5

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nining Puji Astuti

NIM : 130915187

Adalah mahasiswa S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul:

“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD) TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) DI LOKALISASI GEMBOL SEMARANG”

Hasil penelitian ini akan bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai dasar pencegahan infeksi menular seksual pada pekerja seks komersial. Untuk itu saya mohon partisipasi Ibu/Saudara untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah saya siapkan dengan sejujur-jujurnya. Kesediaan Ibu/Saudara adalah sukarela, dan data penelitian yang diambil dan disajikan bersifat rahasia, tanpa menyebutkan nama Ibu/Saudara, dan hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan. Kami akan menjamin kerahasiaan data dan identitas Ibu/Saudara.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan Ibu/Saudara untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Atas perhatian dan partisipasi Ibu/Saudara dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Desember 2010

Hormat saya,

(NINING PUJI A)

Lampiran 6

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (Inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Sdri. Nining Puji Astuti, mahasiswi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul:

“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD) TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) DI LOKALISASI GEMBOL SEMARANG”

Bersedia memberikan informasi, mengikuti kegiatan diskusi kelompok terfokus tanpa paksaan dan tanpa dipengaruhi oleh orang lain.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya keterpaksaan, serta untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, Desember 2010

Peneliti,

Responden,

(Nining Puji A)

(_____)

Lampiran 7

KUESIONER PENELITIAN

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE FOCUS
GROUP DISCUSSION (FGD) TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN
INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) DI LOKALISASI GEMBOL
SEMARANG**

Tanggal :

No. responden:

Tanda tangan :

Petunjuk :

Isilah pertanyaan dibawah ini dengan menggunakan tanda centang (√) pada kolom yang sudah disediakan:

A. Data Demografi dan Data Umum:

	Kode
1. Umur :	
<input type="checkbox"/> 18-21 Tahun	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22-30 Tahun	
2. Pendidikan	
<input type="checkbox"/> SMP	
<input type="checkbox"/> SMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PT (Perguruan Tinggi)	
3. Status pernikahan	
<input type="checkbox"/> Belum menikah	
<input type="checkbox"/> Janda	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Menikah	
4. Lama menghuni lokasi	
<input type="checkbox"/> 1-2 tahun	
<input type="checkbox"/> 3-4 tahun	<input type="checkbox"/>

- ≥ 4 tahun
5. Pekerjaan sebelum berada di lokalisasi
- Tidak bekerja
- Penyanyi
- Pegawai toko
- Lain-lain : Sebutkan:.....
6. Pernah mendapatkan informasi kesehatan tentang IMS
- Pernah
- Tidak pernah
7. Informasi kesehatan didapatkan dalam bentuk
- Leaflet yang dibagi
- Ceramah
- Lain-lain: sebutkan.....
8. Informasi kesehatan diperoleh dari:
- Puskesmas
- Rumah sakit
- Lembaga Sosial Masyarakat: sebutkan.....
- Lain-lain: sebutkan:
9. Alasan bekerja di lokalisasi
- Ekonomi kurang
- Depresi
- Tidak bekerja
- Lain-lain: Sebutkan.....
10. Pekerjaan tambahan selain bekerja di lokalisasi:
- Penjaga toko
- Sekolah/kuliah
- Lain-lain, sebutkan.....

B. Data khusus**1. Pengetahuan**

Berilah tanda silang pada jawaban yang benar!

1. Infeksi menular seksual adalah penyakit yang ditularkan melalui:
 - a. Hubungan seksual dengan pasangan yang sudah tertular infeksi.
 - b. Hubungan seksual dengan pasangan yang tidak terinfeksi.
2. Infeksi menular seksual dapat ditularkan melalui hubungan seksual secara:
 - a. Anal (dubur) dan oral (mulut).
 - b. Hubungan seksual dengan menggunakan kondom.
3. Yang merupakan jenis infeksi menular seksual adalah:
 - a. HIV/AIDS.
 - b. Kanker serviks.
4. Penyebab infeksi menular seksual adalah:
 - a. Bakteri dan virus.
 - b. Cacing dan lalat.
5. Tanda dan gejala infeksi menular seksual adalah:
 - a. Adanya rasa sakit saat melakukan hubungan seksual.
 - b. Menstruasi teratur.
6. Cara yang tepat dalam proses penyembuhan infeksi menular seksual adalah:
 - a. Menggunakan antibiotik seadanya.
 - b. Berhenti melakukan hubungan seksual sampai infeksi dinyatakan sembuh.
7. Upaya yang bisa dilakukan dalam pencegahan infeksi menular seksual adalah:
 - a. Melakukan hubungan seksual tanpa pengaman.
 - b. Menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual.
8. Pencegahan infeksi menular seksual meliputi:
 - a. Berganti-ganti pasangan seksual.
 - b. Melakukan hubungan seksual dengan 1 pasangan (setia)

9. Upaya yang bisa dilakukan dalam menurunkan resiko infeksi menular seksual adalah:
 - a. Mengonsumsi vitamin.
 - b. Rajin menjaga kebersihan daerah genital (alat kelamin).
10. Cara yang benar dalam menjaga kebersihan alat kelamin adalah:
 - a. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun mandi
 - b. Membersihkan daerah kelamin dengan air bersih.
11. Hal yang dilakukan saat menyadari bahwa kita mengalami infeksi menular seksual adalah:
 - a. Mengobati sendiri.
 - b. Memeriksa diri ke dokter atau tenaga medis.
12. Perilaku positif dalam menjaga kesehatan reproduksi adalah:
 - a. Melakukan senggama saat mengalami infeksi menular seksual.
 - b. Mengobati infeksi menular seksual sampai sembuh.

2. Sikap

Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang sudah disediakan.

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

STS= Sangat tidak setuju

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS	Skoring
1.	Informasi kesehatan dari petugas kesehatan penting untuk meningkatkan pengetahuan.					
2.	Penggunaan kondom bukan salah satu cara mencegah infeksi menular seksual.					
3.	Pemeriksaan kesehatan reproduksi bisa mendeteksi secara dini adanya infeksi menular seksual.					
4.	Melakukan hubungan seksual lebih dari 1 pasangan mencegah timbulnya infeksi menular seksual.					

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS	Skoring
5.	Menggunakan air bersih untuk membersihkan alat kelamin baik untuk menjaga kebersihan alat kelamin.					
6.	Sering membersihkan daerah kelamin dengan sabun silih lebih baik dari pada dengan air biasa.					
7.	Orang yang berganti-ganti pasangan seksual beresiko tinggi mengalami infeksi menular seksual.					
8.	Aktif melakukan hubungan seksual mempercepat kesembuhan IMS.					

3. Tindakan

Berilah tanda (√) untuk jawaban Anda sesuai dengan kolom yang sudah disediakan.

No.	Pernyataan	Selalu	Kadang	Tidak pernah	Skore
1.	Membersihkan daerah alat kelamin sebelum dan sesudah melakukan hubungan seksual.				
2.	Mengganti pembalut sekurangnya 3x saat menstruasi.				
3.	Menggunakan kondom wanita saat melakukan hubungan seksual dengan pasangan.				
4.	Melakukan olahraga setiap pagi.				
5.	Melakukan oral sex tanpa kondom.				
6.	Membersihkan daerah kewanitaannya menggunakan sabun silih.				
7.	Membersihkan daerah kewanitaannya dengan sabun mandi.				
8.	Mengonsumsi vitamin untuk meningkatkan kekebalan tubuh.				

No.	Pernyataan	Selalu	Kadang	Tidak pernah	Skore
9.	Mendorong pasangan seksual untuk menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual.				
10.	Membersihkan daerah kelamin dengan air biasa.				
11.	Meminta pasangan seksual untuk melakukan pemeriksaan kesehatan seksual terkait dengan kesehatan seksualnya.				
12.	Berhenti melakukan hubungan seksual saat sedang mengalami infeksi menular seksual.				
13.	Melakukan konseling terkait dengan kesehatan seksualnya.				
14.	Berganti pakaian dengan teman lain.				
15.	PSK menyediakan kondomm untuk pelanggan saat akan melayani pelanggan				

Lampiran 8

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

Pokok Bahasan	:	Infeksi Menular Seksua (IMS)
Sasaran	:	Pekerja Seks Komersial di wilayah lokalisasi Gembol yang memenuhi kriteria inklusi
Hari / Tanggal Pelaksanaan	:	/ Desember – 2010
Tempat	:	di lokalisasi Gembol Semarang

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode *focus group discussion* (FGD) tentang infeksi menular seksual selama \pm 80 menit maka diharapkan perilaku pencegahan IMS pada Pekerja Seks Komersial (PSK) akan meningkat atau lebih baik.

II. TUJUAN INTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode FGD tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) selama \pm 1 jam 20 menit (80 menit), wanita mengerti tentang:

1. Pengertian infeksi menular seksual
2. Etiologi infeksi menular seksual
3. Jenis infeksi menular komersial
4. Manifestasi klinis infeksi seks komersial
5. Pengobatan infeksi menular seksual
6. Pengobatan infeksi menular seksual

III. MATERI

Infeksi menular seksual (terlampir)

IV. METODE

Focus group discussion (FGD):

1. Membuka FGD
2. Melakukan/mengingatnkan kontrak waktu
3. Menyampaikan topik diskusi
4. Melakukan diskusi sesuai topik yang ada.
5. Mencatat dan merekam hasil diskusi.
6. Menyampaikan kesimpulan diskusi
7. Menutup diskusi

V. MEDIA

1. LCD dan slide power point
2. Pedoman pertanyaan diskusi
3. Notulen

VI. LANGKAH – LANGKAH PEMBELAJARAN

No	Tahap	Waktu	Kegiatan	Kegiatan Peserta
1	Pembukaan	10 Menit	Perkenalan dan kontrak waktu Penyampaian peraturan/role kegiatan	Memperhatikan
2	penyampaian topik diskusi dan memfokuskan diskusi	10 menit	Moderator menyampaikan topik bahasan yang akan di diskusikan	Memperhatikan
3.	Melakukan diskusi dengan FGD	20 menit	Moderator memulai diskusi dengan memberikan pertanyaan secara terstruktur kepada <i>audience</i> .	Menjawab pertanyaan moderator

4.	Diskusi	20 menit	Moderator memandu proses diskusi dan mengarahkan responden sesuai dengan topik yang dibahas.	Berdiskusi dan menanggapi pertanyaan moderator.
3	Merangkum hasil diskusi yang di fokuskan.	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian infeksi menular seksual 2. Jenis infeksi menular seksual. 3. Etiologi infeksi menular seksual 4. Manifestasi klinis infeksi menular seksual 5. Pengobatan infeksi menular seksual 6. Pencegahan infeksi menular seksual 	Mendengarkan dan memperhatikan
4	Penutup	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan kesimpulan diskusi. 2. Melakukan evaluasi hasil pendidikan kesehatan 3. Memberi salam penutup 	Memperhatikan

VII. EVALUASI

1. Apakah pengertian IMS?
2. Sebutkan jenis atau macam IMS?
3. Sebutkan etiology IMS?
4. Sebutkan manifestasi klinis IMS?
5. Sebutkan pengobatan IMS?
6. Sebutkan pencegahan IMS?

Lampiran 9

MATERI
INFEKSI MENULAR SEKSUAL

1. Definisi Infeksi Menular Seksual

- 1) Infeksi menular seksual adalah infeksi yang penularannya melalui hubungan kelamin (Manuaba, 2009).
- 2) Penyakit infeksi seksual atau sexually transmitted infection (STI) adalah penyakit infeksi yang ditularkan melalui aktifitas seksual dengan pasangan yang menderita infeksi, dapat disebabkan oleh virus, bakteri atau mikroorganisme parasit lainnya (Murtiastutik, 2008).

2. Etiology dan Jenis Infeksi Menular Seksual (IMS)

No.	Organisme Penyebab	Penyebab / Sindrom
1.	Bakteri: Neisseria Gonorrhoeae Treponema pallidum Donovania granulomatis Haemophilus ducreyi Gardnerella vaginalis Chlamydia trachomatis Chlamydia A Mycoplasma hominis Ureaplasma urealyticum	Gonore Sifilis Granuloma inguinale Chancroid Vaginosis Infeksi genitalia yang non spesifik Limfogranuloma venereum (LGV) Uretritis non spesifik Uretritis non spesifik
2.	Virus: Herpes simplex Human papiloma Molluscum contagiosum Hepatitis B HIV	Herpes genital Kondiloma akuminata (kutil genital) Moluskum kontagiosum Hepatitis AIDS
3.	Jamur: Candida albicans	Kandidosis, balanitis
4.	Protozoa: Trichomonas vaginalis Giardia lamblia	Trichomonas vaginitis, uretritis Balanopostitis Giardiasis
5.	Ektoparasit: Sarcoptes scabiei Phthirus pubis	Scabies genital Pedikulosis pubis

3. Manifestasi Klinis

1) Gonore

- 1.1 Duh tubuh berbau
- 1.2 Disuria atau keluar sedikit duh tubuh dari uretra
- 1.3 Nyeri perut bagian bawah
- 1.4 Ditemukan sekret mukopurulen atau purulen dari serviks
- 1.5 Sekret atau perdarahan dari vagina
- 1.6 Panas

2) Sifilis

- 2.1 kelainan klinis yang ditandai dengan adanya makula
- 2.2 makula berwarna merah yang disebut roseola
- 2.3 kuku rapuh dan buram
- 2.4 hepatomegali

3) Vaginosis

- 3.1 sekret vagina berwarna putih
- 3.2 Sekret melekat rata pada dinding vagina
- 3.3 PH sekret $\geq 4,5$

4) Herpes simplek genitalis

- 4.1 Masa inkubasi 3-7 hari
- 4.2 Panas
- 4.3 Pusing
- 4.4 Malaise
- 4.5 Nyeri
- 4.6 Gatal

5) Kondiloma akuminata

5.1 Gatal

5.2 Lembab

5.3 Perdarahan

5.4 vagina berbentuk seperti bunga kol yang menonjol

6) Hepatitis

6.1 Ikterik

6.2 asimtomatis

6.3 Malaise

6.4 Anoreksia

6.5 Nausea

6.6 Vomitting

6.7 Sub febris

6.8 Myalgia

6.9 Perasaan cepat lelah

7) AIDS

7.1 Infeksi akut

7.2 Asimptomatik

7.3 Infeksi kronis simptomatis: dimulai 5 tahun setelah terkena HIV. Berbagai gejala penyakit ringan atau lebih berat timbul pada fase ini, tergantung pada tingkat imunitas penderita. Penyakit ringan yang sering muncul misalnya herpes zooster atau herpes simpleks, penyakit kulit seperti dermatitis seboroik, veruka vulgaris, moluskum contagiosum atau kandidiosis oral. Pada fase ini bisa juga terjadi ARC

(AIDS Related Complex) dengan tanda terjadi demam yang berlangsung lebih dari 3 bulan, penurunan berat badan lebih dari 10%, limfadenopati yang berlangsung lebih dari 3 bulan, diare, kelelahan dan berkeringat malam hari, terjadi penurunan imunitas berat.

8) Kandidiosis

Keluhan yang sering muncul adalah gatal/iritasi vulva, duh tubuh vaginal (keputihan), duh tubuh vagina bisa banyak, biasa, putih keju, tetapi lazimnya sedikit dan cair. Kadang-kadang sangat sedikit tetapi iritasi pada vulva dan vagina sangat nyata, bahkan penderita kadang merasa kering. Nyeri dan panas, terutama selama dan sesudah senggama. Pada pemeriksaan kllinis vulva bisa tenang, tetapi bisa juga kemerahan, udem dan visura, kadang-kadang erosi dan ulserasi.

9) Trikomoniasis

Duh tubuh banyak dan berbau, gatal dan perih pada vulva, perdarahan pasca koitus.

10) Pedikulosis Pubis

Gatal, akibat garukan sehingga terjadi eritema, iritasi, bercak berdiameter kurang dari 1 cm, berwarna kebiruan dan tidak gatal.

11) Skabies

Pruritus pada malam hari, lesi berupa nodus berwarna coklat.

4. Cara Pencegahan Infeksi Menular Seksual

1) Absen dari seks

Tidak berhubungan seks dengan orang lain saat jauh dari pasangannya.

2) Berlaku saling setia

Hanya berhubungan seks dengan pasangan yang tetap

3) Cegah infeksi dengan kondom

Selalu pakai kondom bila berhubungan seks yang beresiko

5. Pengobatan IMS

1) Konseling kesehatan

2) Melakukan pemeriksaan secara berkala ke RS/Pusat pelayanan kesehatan.

3) Tidak melakukan pengobatan sendiri.

4) Berhenti melakukan hubungan seksual sampai sembuh.

5) Menjaga kebersihan alat kelamin

TABULASI DATA

No. Resp	Umur	Pendidikan	Status	Lama	Pekerjaan	Informasi	Bentuk	Sumber	Alesan	Tambahan	Pre Pengetahuan	Post Pengetahuan	Pre Sikap	Post Sikap	Pre Tindakan	Post Tindakan
1	1	1	1	1	4	1	2	4	2	3	66,7	100	22	27	77,8	82,2
2	1	1	1	1	4	1	2	4	2	3	50	83,3	17	21	68,9	88,9
3	1	1	1	1	1	2	2	1	4	3	50	100	18	29	68,7	95,6
4	1	1	1	1	4	2	2	1	4	3	58,3	83,3	25	28	66,4	84,4
5	2	1	2	1	3	1	1	2	1	3	58,3	100	21	27	66,7	86,7
6	2	1	3	2	3	1	1	2	1	3	58,3	91,7	21	31	62,2	88,9
7	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	66,7	83,3	17	24	73,3	88,9
8	1	1	1	1	4	1	1	1	1	3	41,7	100	21	25	62,2	80
9	2	1	2	1	3	1	1	1	1	3	50	100	19	30	64,4	88,9
10	2	1	3	1	3	1	1	1	1	3	75	100	23	28	68,9	84,4
11	1	1	1	1	3	1	2	2	1	3	75	100	17	27	68,9	91,1
12	1	1	1	2	1	1	1	4	1	3	66,7	100	16	32	66,7	91,1
											716,7	1141,6				
											59,725	95,13333333				
	1=18-25	1=SMP	1=Belum menikah	1=1-2th	1=tidak bekerja	1=pernah	1=leaflet	1=puskesmas	1=ekonomi	1=pegawai toko	Baik=76-100		Positif > 20		Baik=76-100	
	2=22-25	2=SMA	2=janda	2=3-4th	2=penyanyi	2=tidak pernah	2=ceramah	2=RS	2=depresi	2=sekolah	Cukup=56-75		Negatif < 20		Cukup=56-75	
		3=PT	3=menikah	3=>4th	3=pegawai toko		3=lain-lain	3=LSM	3=tdk bekerja	3=lain-lain	kurang=<55				kurang=<55	
				4=lain-lain				4=Lain-lain	4=lain-lain							

Lampiran 12

HASIL UJI STATISTIK

DESCRIPTIVES VARIABLES=PrePengetahuan

/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pre Test Pengetahuan	12	1.00	2.00	1.6667	.49237
Valid N (listwise)	12				

Frequencies**Statistics****Pre Test Pengetahuan**

N	Valid	12
	Missing	0
Mean		1.6667
Median		2.0000
Std. Deviation		.49237
Variance		.242
Range		1.00
Minimum		1.00
Maximum		2.00

Pre Test Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	4	33.3	33.3	33.3
	Cukup	8	66.7	66.7	100.0
Total		12	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Post Test Pengetahuan

N	Valid	12
	Missing	0
Mean		3.0000
Median		3.0000
Std. Deviation		.00000
Variance		.000
Range		.00
Minimum		3.00
Maximum		3.00

Post Test Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	12	100.0	100.0	100.0

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Post Test Pengetahuan	12	3.00	3.00	3.0000	.00000
Valid N (listwise)	12				

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post Test Pengetahuan - Pre Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Test Pengetahuan Positive Ranks	12 ^b	6.50	78.00
Ties	0 ^c		
Total	12		

a. Post Test Pengetahuan < Pre Test Pengetahuan

b. Post Test Pengetahuan > Pre Test Pengetahuan

c. Post Test Pengetahuan = Pre Test Pengetahuan

Test Statistics^b

	Post Test Pengetahuan - Pre Test Pengetahuan
Z	-3.176 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post Test Sikap - Pre Test Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Sikap Positive Ranks	12 ^b	6.50	78.00
Ties	0 ^c		
Total	12		

a. Post Test Sikap < Pre Test Sikap

b. Post Test Sikap > Pre Test Sikap

c. Post Test Sikap = Pre Test Sikap

Test Statistics^b

	Post Test Sikap - Pre Test Sikap
Z	-3.063 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Frequencies**Statistics****Pre Test Tindakan**

N	Valid	12
	Missing	0
Mean		2.0833
Median		2.0000
Std. Deviation		.28868
Variance		.083
Range		1.00
Minimum		2.00
Maximum		3.00

Pre Test Tindakan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Cukup	11	91.7	91.7	91.7
Baik	1	8.3	8.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pre Test Tindakan	12	2.00	3.00	2.0833	.28868
Valid N (listwise)	12				

Frequencies

Statistics

Post Test Tindakan

N	Valid	12
	Missing	0
Mean		3.0000
Median		3.0000
Std. Deviation		.00000
Variance		.000
Range		.00
Minimum		3.00
Maximum		3.00

Post Test Tindakan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	12	100.0	100.0	100.0

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Post Test Tindakan	12	3.00	3.00	3.0000	.00000
Valid N (listwise)	12				

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post Test Tindakan - Pre Test Tindakan	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	11 ^b	6.00	66.00
	Ties	1 ^c		
	Total	12		

a. Post Test Tindakan < Pre Test Tindakan

b. Post Test Tindakan > Pre Test Tindakan

c. Post Test Tindakan = Pre Test Tindakan

Test Statistics^b

	Post Test Tindakan - Pre Test Tindakan
Z	-3.317 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Selisih Pengetahuan	12	16.00	58.00	35.1667	12.40112
Valid N (listwise)	12				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Selisih sikap	12	3.00	32.00	9.0833	7.83301
Valid N (listwise)	12				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Selisih tindakan	12	4.00	28.00	19.4167	6.40253
Valid N (listwise)	12				

HASIL UJI STATISTIK SIKAP

Descriptives

Descriptive Statistics

	N		Std. Deviation		Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic					
Skor T mean sikap	12	31	37	69	600	49,99	2,888	10,003	
Valid N (listwise)	12								

Descriptives

Descriptive Statistics

	N		Std. Deviation		Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic					
Skor T mean Post Sikap	12	36	29	65	600	49,99	2,895	10,029	
Valid N (listwise)	12								

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skor T mean Post Sikap - Skor T mean Pre Sikap	Negative Ranks	7(a)	6,00	42,00
	Positive Ranks	5(b)	7,20	36,00
	Ties	0(c)		
	Total	12		

- a Skor T mean Post Sikap < Skor T mean Pre Sikap
 b Skor T mean Post Sikap > Skor T mean Pre Sikap
 c Skor T mean Post Sikap = Skor T mean Pre Sikap

Test Statistics(b)

	Skor T mean Post Sikap - Skor T mean Pre Sikap
Z	-,235(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,814

- a Based on positive ranks.
 b Wilcoxon Signed Ranks Test

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nilai Post Sikap - Nilai Pre Sikap	Negative Ranks	0(a)	,00
	Positive Ranks	0(b)	,00
	Ties	12(c)	
	Total	12	

a Nilai Post Sikap < Nilai Pre Sikap

b Nilai Post Sikap > Nilai Pre Sikap

c Nilai Post Sikap = Nilai Pre Sikap

Test Statistics(b)

	Nilai Post Sikap - Nilai Pre Sikap
Z	,000(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	1,000

a The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nilai Post Sikap - Nilai Pre Sikap	Negative Ranks	0(a)	,00
	Positive Ranks	12(b)	6,50
	Ties	0(c)	
	Total	12	

a Nilai Post Sikap < Nilai Pre Sikap

b Nilai Post Sikap > Nilai Pre Sikap

c Nilai Post Sikap = Nilai Pre Sikap

Test Statistics(b)

	Nilai Post Sikap - Nilai Pre Sikap
Z	-3,063(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

a Based on negative ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skor T mean Post Sikap - Skor T mean Pre Sikap	Negative Ranks	7(a)	6,00	42,00
	Positive Ranks	5(b)	7,20	36,00
	Ties	0(c)		
	Total	12		
Nilai Post Sikap - Nilai Pre Sikap	Negative Ranks	0(d)	,00	,00
	Positive Ranks	12(e)	6,50	78,00
	Ties	0(f)		
	Total	12		

a Skor T mean Post Sikap < Skor T mean Pre Sikap

b Skor T mean Post Sikap > Skor T mean Pre Sikap

c Skor T mean Post Sikap = Skor T mean Pre Sikap

d Nilai Post Sikap < Nilai Pre Sikap

e Nilai Post Sikap > Nilai Pre Sikap

f Nilai Post Sikap = Nilai Pre Sikap

Test Statistics(c)

	Skor T mean Post Sikap - Skor T mean Pre Sikap	Nilai Post Sikap - Nilai Pre Sikap
Z	-,235(a)	-3,063(b)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,814	,002

a Based on positive ranks.

b Based on negative ranks.

c Wilcoxon Signed Ranks Test