

BAB I

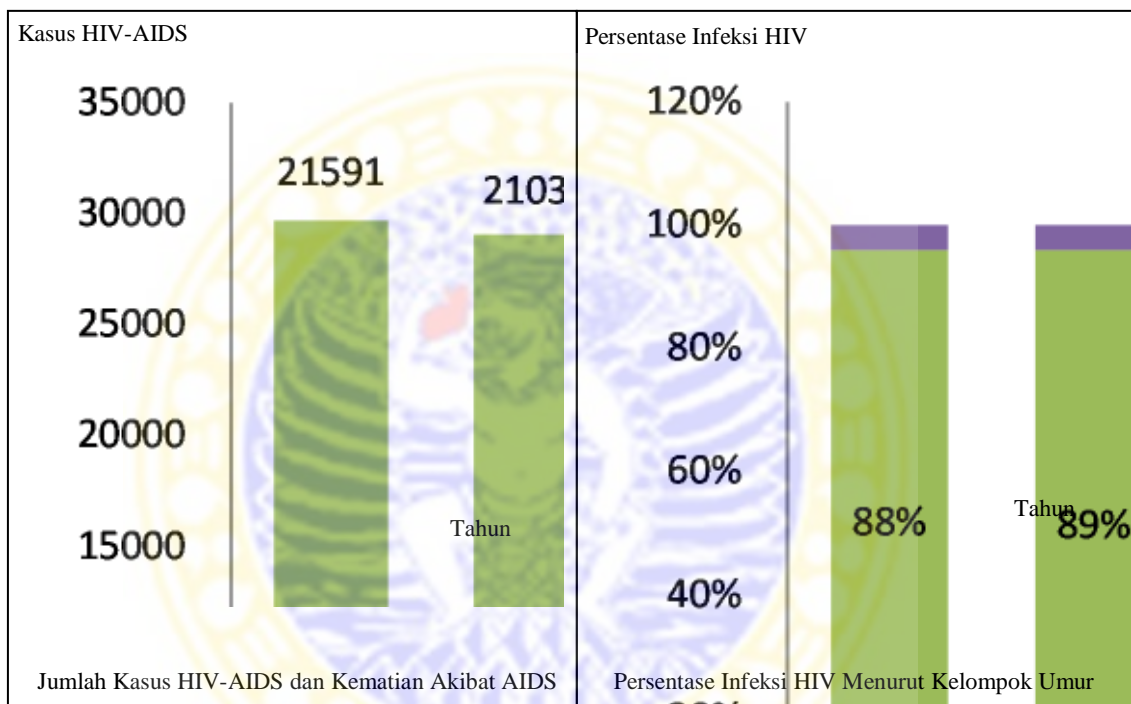
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) merupakan salah satu bagian dari Infeksi Menular Seksual (IMS) dari satu orang ke orang yang lain. Penularannya dapat melalui kontak seksual, oral, anal ataupun vagina. Penyakit ini menyerang sekitar alat kelamin dengan gejala yang dapat menyerang organ mata, mulut, saluran pencernaan, hati, otak dan organ tubuh lainnya. HIV merupakan retrovirus yang menjangkiti sel sistem kekebalan tubuh manusia dan menghancurkan atau mengganggu fungsinya. Sementara itu, AIDS merupakan gejala terdapatnya infeksi yang terkait dengan menurunnya sistem kekebalan tubuh. Infeksi HIV menyebabkan terjadinya AIDS, artinya penurunan kekebalan dalam tubuh dan timbulnya berbagai infeksi tertentu merupakan indikator bahwa infeksi HIV telah berkembang menjadi AIDS (Juanda Adhi, 1999).

Perkembangan kasus HIV-AIDS di Indonesia cenderung meningkat. Gambar 1.1 menunjukkan bahwa perkembangan kasus HIV-AIDS mengalami peningkatan dari tahun 2010 hingga 2013, sedangkan pada tahun 2013 jumlah kasus menurun dikarenakan data masih terbatas sampai triwulan ketiga. Hal tersebut memungkinkan terjadinya peningkatan kasus kembali pada akhir tahun 2013. Selain itu, terdapat kecenderungan untuk meningkat, yaitu lebih dari 80% total penderita AIDS berusia antara 20 sampai dengan 49 tahun atau usia produktif (tidak termasuk data Provinsi DKI Jakarta yang jumlah kasus AIDSnya

tidak dapat dikategorikan secara kelompok umur). Artinya, walaupun persentase penderita HIV-AIDS relatif kecil dibandingkan dengan populasi penduduk di Indonesia, tingkat kematian rata-rata yang cukup tinggi dan menyerang kelompok usia produktif patut menjadikan perhatian yang serius, khususnya berkaitan dengan tingkat kesehatan masyarakat.

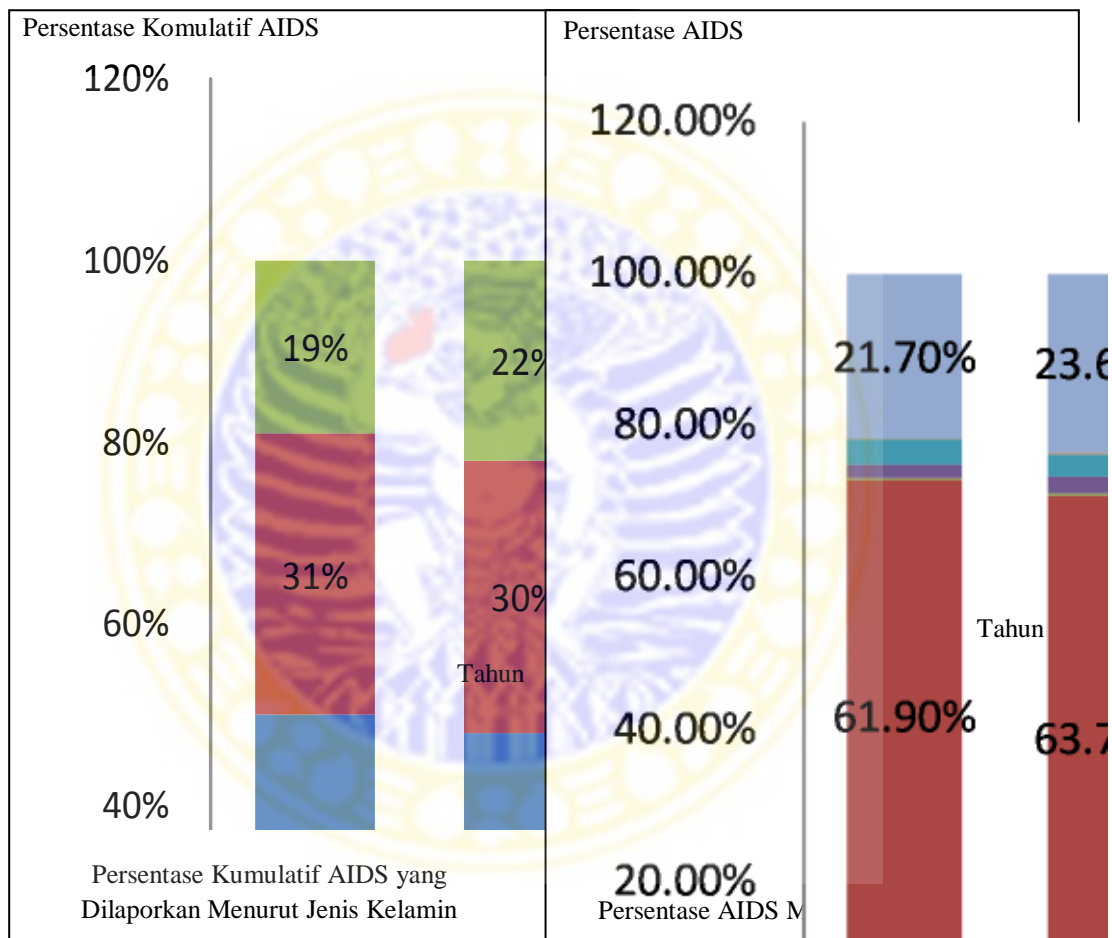


Sumber: Ditjen PPM & PL Kemenkes RI; Laporan Situasi Perkembangan HIV-AIDS di Indonesia, s.d. Maret, Tahun 2013, diolah.

Gambar 1.1 Perkembangan Kasus HIV-AIDS di Indonesia Tahun 2010 s.d. Maret Tahun 2013

Penyebaran HIV-AIDS dapat dicegah baik melalui berpantang seks, hubungan monogami antara pasangan yang tidak terinfeksi, seks non-penetratif, penggunaan kondom pria atau kondom wanita secara konsisten dan benar, maupun penggunaan jarum suntik atau semprit yang telah disterilkan secara tepat. Cara tersebut sering dikenal dengan ABCDE yaitu Abstinence, Be faithful, use Condom, Do not Drugs and Education. Hal ini penting diperhatikan mengingat

bahwa persentase penderita AIDS terbesar adalah pasangan seks berlainan jenis kelamin dan pengguna jarum suntik. Gambar 1.2 mengindikasikan lebih dari 70% kasus AIDS adalah dari dua kelompok tersebut (data adalah data faktor risiko AIDS tahun 2010 hingga Maret 2013 serta tidak termasuk data dari Provinsi DKI Jakarta) (Kemenkes RI, 2003).



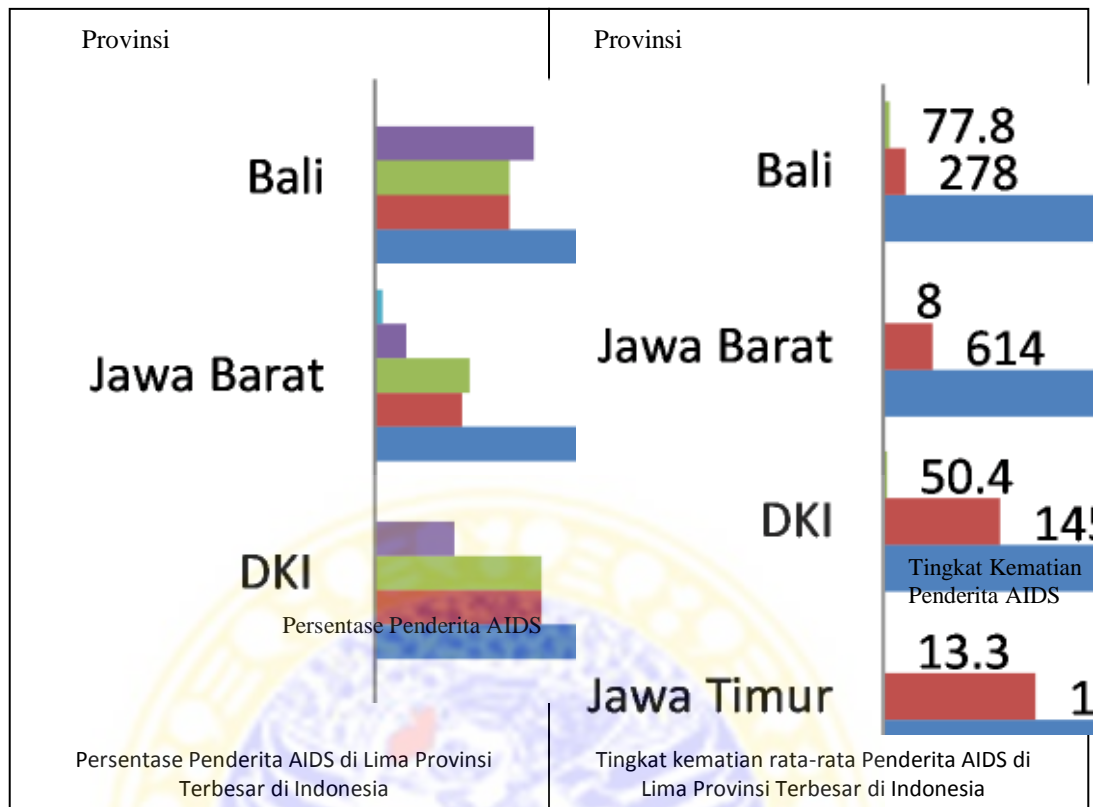
Sumber: Ditjen PPM & PL Kemenkes RI; Laporan Perkembangan HIV-AIDS di Indonesia, s.d. Maret Tahun 2013, diolah.

Gambar 1.2 Kelompok Masyarakat Penderita AIDS di Indonesia 2010 s.d. Maret Tahun 2013

Gambar 1.2 menunjukkan bahwa jumlah perempuan penderita AIDS cenderung meningkat lebih cepat daripada laki-laki. Hal ini menjelaskan bahwa

perempuan lebih rentan atau berisiko terinfeksi virus HIV-AIDS. Selain itu jumlah perempuan penderita AIDS cenderung meningkat lebih cepat daripada laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa perempuan lebih rentan atau berisiko terinfeksi virus HIV-AIDS. Kondisi tersebut menunjukkan lemahnya kesetaraan gender, khususnya terkait dengan kurang adanya perlindungan perempuan terhadap perilaku seksual yang terjadi dalam masyarakat. Artinya, banyak perempuan di Indonesia yang tidak memiliki kekuatan sosial dan ekonomi serta posisi tawar yang memadai untuk melindungi mereka dalam melakukan hubungan seks, baik sebagai pasangan suami istri ataupun tidak (Aditya, 2006).

Perkembangan insiden HIV-AIDS di Propinsi Jawa Timur tidak berbeda dengan yang terjadi di Indonesia, bahkan persentase penderita HIV-AIDS di Jawa Timur sedikit di bawah Jawa Barat yang merupakan populasi terinfeksi terbesar di Indonesia. Gambar 1.3 menunjukkan bahwa di Jawa Timur terjadi peningkatan jumlah penduduk yang terinfeksi HIV-AIDS lebih cepat dari pada provinsi lainnya di Indonesia. Selain itu, tingkat kematian rata-rata penderita HIV-AIDS di Jawa Timur di atas rata-rata tingkat kematian yang terjadi di Indonesia. Hal ini mengindikasikan bahwa tingkat pencegahan penyakit menular HIV-AIDS di Jawa Timur masih cukup memprihatikan. Oleh karena itu, pencegahan HIV-AIDS di Jawa Timur seharusnya mendapatkan perhatian yang lebih serius (Kemenkes RI, 2013).

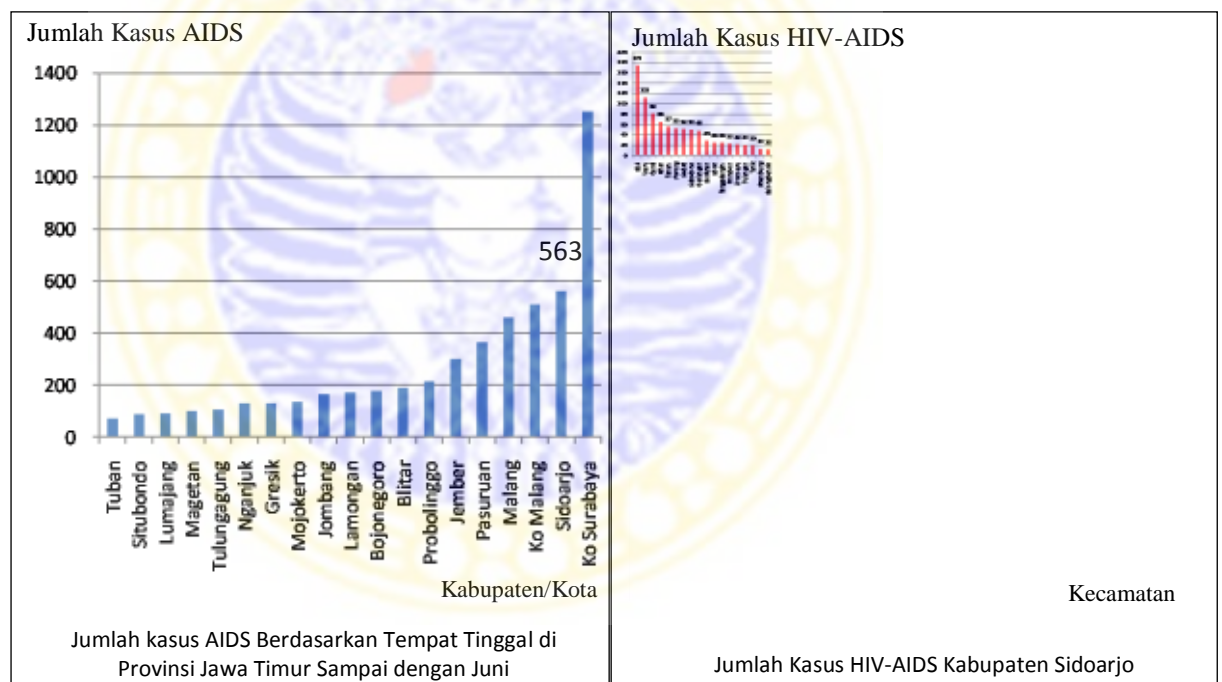


Sumber: Ditjen PPM & PL Kemenkes RI; Laporan Perkembangan HIV-AIDS di Indonesia, s.d. Maret Tahun 2013, diolah

Gambar 1.3 Proporsi Penderita AIDS dan yang Meninggal dunia di Lima Provinsi dengan Populasi Terbesar di Indonesia Tahun 2010 s.d. Maret 2013

Kabupaten Sidoarjo sebagai daerah pendamping megapolitan kota Surabaya, tidak luput dari adanya kekhawatiran yang sama, karena kejadian HIV-AIDS di Kabupaten Sidoarjo terjadi peningkatan secara tajam. Jumlah kasus AIDS berdasarkan tempat tinggal di Provinsi Jawa Timur pada gambar 1.4, menunjukkan bahwa Kabupaten Sidoarjo berada pada urutan kedua setelah kota Surabaya sampai dengan bulan Juni 2012. Persebaran HIV-AIDS bahkan telah menyebar hampir di berbagai daerah di Sidoarjo. Peningkatan ini dibarengi dengan semakin meningkatnya jumlah Wanita Penjaja Seks (WPS) di Sidoarjo (KPA-D Sidoarjo, 2013).

Menurut pengelola program KPA Sidoarjo hal ini terjadi karena usaha Pemkot Surabaya dalam menutup lokalisasi ternyata memiliki efek di Kabupaten Sidoarjo. Jumlah WPS meningkat dikarenakan WPS yang beroperasi di wilayah Surabaya mulai berpindah ke Sidoarjo. Berdasarkan laporan KPA tahun 2011 jumlah WPS yang bekerja di wilayah pasar sapi Krian berjumlah 50 orang, jumlah tersebut terus mengalami peningkatan hingga 200 orang WPS di tahun 2013. Penambahan WPS ini sangat berpengaruh terhadap penyebaran HIV-AIDS di Kabupaten Sidoarjo (Radar Sidoarjo, 19 Agustus 2013).

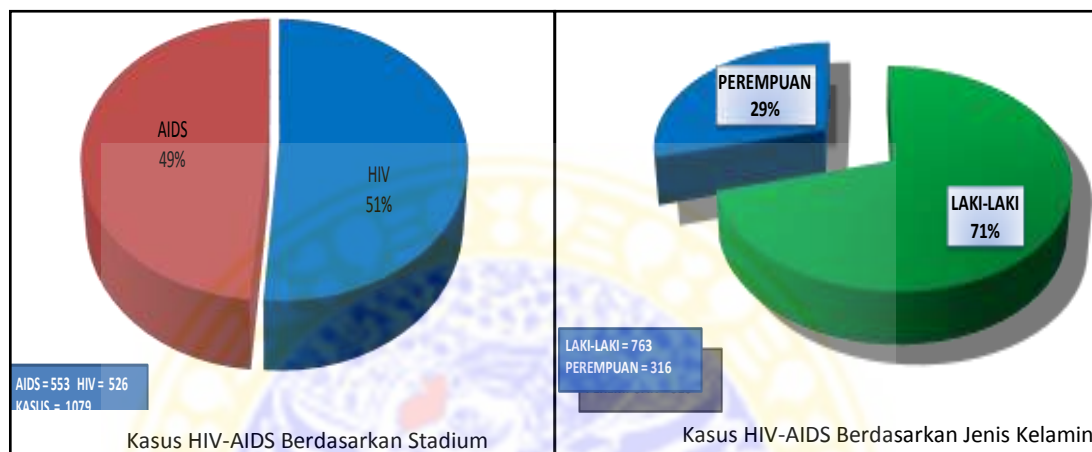


Sumber : Dinas Kesehatan Jawa Timur, KPA Sidoarjo, diolah, 2013

Gambar 1.4 Jumlah Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Tempat Tinggal di Jawa Timur dan Sidoarjo Tahun 2013

Berdasarkan stadium HIV-AIDS pada gambar 1.5, pada periode 2001-2013 jumlah kasus HIV-AIDS di Sidoarjo rata-rata hampir sama persentasenya. Jika dilihat dari jenis kelamin penderita HIV-AIDS lebih dari 70% kasus terjadi pada

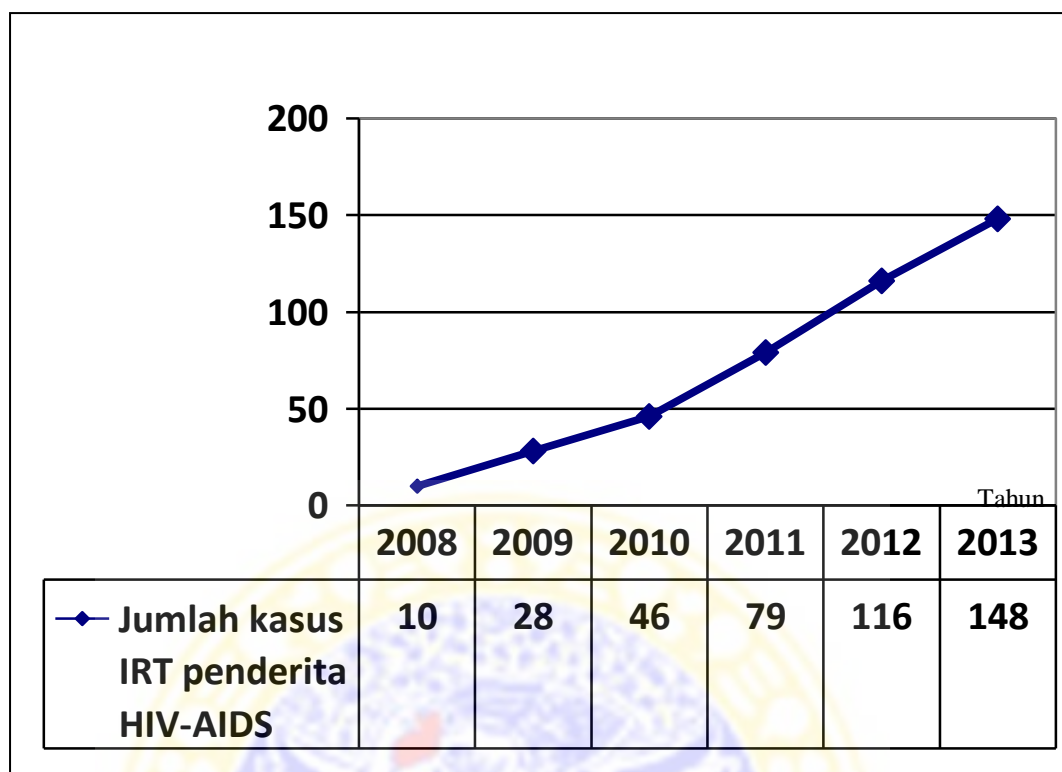
laki-laki. Mobilitas yang tinggi laki-laki berada di luar rumah dapat menjadi salah satu sebab seorang lelaki lebih berisiko terkena HIV. Hal ini nantinya yang dapat menjadi salah satu jalan masuk HIV di kalangan ibu rumah tangga sebagai pasangan tetap. (Dinas Kesehatan Sidoarjo, 2013).



Sumber : RSUD, KLINIK VCT, SCREENING, PMTCT, PITC, diolah, 2013

Gambar 1.5 Jumlah Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Stadium dan Jenis Kelamin di Kabupaten Sidoarjo Periode Tahun 2001-2013

Seperti juga di Indonesia, kelompok rentan terinfeksi HIV-AIDS di Kabupaten Sidoarjo adalah perempuan yang aktif secara seksual dan menikah. Gambar 1.6 menunjukkan bahwa percepatan perempuan yang terinfeksi HIV-AIDS lebih cepat dibandingkan dengan laki-laki. Bahkan yang lebih mengejutkan adanya percepatan jumlah penderita adalah perempuan dengan status Ibu Rumah Tangga (IRT) yang dapat dikategorikan sebagai perempuan “baik-baik” dalam pandangan masyarakat. Hal demikian diperkuat dengan keterangan yang diberikan oleh Ferry Effendy (pengelola program dan monev Komisi Penanggulangan AIDS Sidoarjo) yang menyebutkan bahwa 90% ODHA perempuan pada tahun 2012 adalah IRT, dimana mayoritas dari mereka tidak sadar telah tertular virus dari suaminya.



Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, 2013.

Gambar 1.6 Jumlah Kasus Ibu Rumah Tangga (IRT) Penderita HIV-AIDS di Kabupaten Sidoarjo, 2008-2013.

Peningkatan IRT yang terinfeksi HIV-AIDS mengindikasikan kemungkinan besar adanya ketidakberdayaan perempuan, bukan saja dalam mengakses kesehatan, namun juga pendidikan dan ekonomi. Peningkatan IRT terinfeksi HIV-AIDS, sesungguhnya bukan saja karena kurangnya pemahaman perempuan tentang penyakit tersebut, ataupun adanya alasan tentang rentannya organ reproduksi perempuan terinfeksi penyakit menular dibandingkan dengan organ reproduksi laki-laki. Namun, dapat juga dilihat dari adanya kenyataan bahwa perempuan tidak memiliki kekuatan sosial dan ekonomi serta lemahnya posisi tawar untuk melindungi kaum perempuan dari terinfeksi HIV-AIDS (Susi E, Y dkk, 2002).

Peningkatan IRT terinfeksi virus HIV-AIDS seringkali dikaitkan dengan budaya 'malu' bagi perempuan untuk membahas 'relasi kekuasaan suami-istri'. Bagi seorang istri, 'tabu' untuk mendiskusikan hubungan seksual antara suami-istri, padahal pada diri istri juga melekat hak-hak reproduksi dan seksual sebagaimana kaum suami (Wijati, 2005). Di sisi lain, banyak kaum suami yang mempunyai kebiasaan 'jajan' seksual secara tidak aman, sebagaimana diungkap oleh salah seorang WPS di Kremil yang menyampaikan kepasrahan dengan permintaan tamu yang enggan menggunakan kondom. Dengan alasan takut ditinggal pelanggan, maka para WPS itu kerap meloloskan tamu dengan mudah tanpa menggunakan kondom (Jawa Pos, 6 Desember 2009).

1.2 Prespektif Teori

Pada dasarnya, pencegahan penyakit (health prevention) terdapat empat tahap (Shahrul dan Hidajah, 2007) ; pertama, pencegahan primodial (awal) yaitu pencegahan penyakit dengan menggunakan pendekatan pengembangan pola hidup sehat untuk mengurangi peluang terjadinya keadaan sakit. Kedua, pencegahan primer yaitu upaya pencegahan munculnya penyakit dengan mengendalikan penyebab dan faktor risiko terjadinya penyakit baik melalui promosi lingkungan yang sehat (health promotion) maupun peningkatan daya tahan terhadap penyakit (specific protection). Ketiga, pencegahan sekunder yaitu penghentian penyebaran penyakit lebih luas dan parah, biasanya pengobatan adalah cara yang sering digunakan dalam tahap pencegahan ini. Terakhir, pencegahan tersier adalah mencegah penderita mengalami kondisi yang lebih buruk lagi dan juga memberikan rehabilitasi jika penderita mengalami gangguan

permanen. Kedua tahapan pencegahan yang pertama sering disebut juga sebagai tahapan dimana bibit penyakit masih berada di luar tubuh manusia (pre-pathogenesis). Kedua tahapan pencegahan yang terakhir disebut dengan pathogenesis (Bustan, MN. 1997).

Pencegahan penyakit dapat dilakukan dengan baik jika memahami konsep dasar timbulnya penyakit. Mausner dan Bahn (1985:33) menyatakan bahwa keseimbangan antara manusia (host) dan penyebab penyakit (agent) dalam lingkungan (environment) dimana manusia hidup. Ketiga faktor tersebut adalah penentu kejadian sehat ataupun sakit. Gambar 1.7 mengilustrasikan bahwa tidak seimbangnya lingkungan dapat menyebabkan manusia hidup berdekatan dengan penyebab penyakit, sehingga manusia berpeluang besar menjadi sakit.



Sumber: Mausner & Bahn, 1985:33

Gambar 1.7 Trias Epidemiologi (agent – host – environment)

Berkaitan dengan pencegahan HIV-AIDS, hubungan antara manusia dan lingkungannya menjadi penting, selain juga memperhatikan faktor penyebab penyakit HIV-AIDS. Faktor lingkungan yang dimaksud adalah lingkungan fisik dan sosial ekonomi. Faktor lingkungan fisik dapat bersumber dari iklim, udara,

temperatur, cahaya, sirkulasi udara, sumber air, tanah, dan sebagainya. Faktor sosial ekonomi meliputi kebudayaan, norma, adat istiadat, kepercayaan, urbanisasi, pendapatan dan pendidikan. Berdasarkan fakta empiris yang menunjukkan adanya kecenderungan bahwa perempuan adalah kelompok masyarakat yang berisiko tinggi terinfeksi, maka upaya pemberdayaan perempuan menjadi penting dan relevan untuk digunakan sebagai strategi pencegahan penyakit baik pada tahapan pre-pathogenesis maupun pathogenesis.

Saat ini, isu pembangunan seringkali dikaitkan dengan pemberdayaan perempuan, khususnya terkait dengan peningkatan kualitas kesehatan keluarga. Bahkan Cleves (1993) menekankan pentingnya pendekatan gender dalam konsep, strategi dan perencanaan pembangunan. Hal ini, didasarkan pada kenyataan bahwa perempuan merupakan bagian penting dalam reproduksi, tulang punggung pendidikan dan kesehatan rumah tangga (households). Pemberdayaan dalam pendekatan ini lebih terkait dengan pendekatan dari bawah ke atas (bottom up) ketimbang pendekatan dari atas ke bawah (top down), yang telah mengakomodir tidak saja kebutuhan praktis kaum perempuan, seperti reproduksi dan kesehatan anak, tetapi kebutuhan strategis pembangunan masyarakat seperti peningkatan kualitas sumber daya manusia dan kemiskinan. Selanjutnya, Mary (2003), menyebutkan bahwa ketidakadilan dan kesenjangan gender antara laki-laki dan perempuan amat besar kontribusinya terhadap kerentanan keluarga terhadap penyakit.

Pemberdayaan perempuan berkaitan erat dengan kemampuan mengakses sesuatu hal penting yang berkaitan dengan pengambilan keputusan secara mandiri (Sen, 2000 dan Kabeer, 2001). Dengan demikian, permasalahan pengambilan

keputusan perempuan terkait dengan kesehatan, pendidikan dan ekonomi menjadi fokus utama kajian pemberdayaan perempuan (Mely, 1994). Sebagai contoh, di negara berkembang umumnya perempuan bekerja lebih lama daripada laki-laki atau pembayaran upah yang lebih rendah. Penghasilan perempuan umumnya lebih rendah daripada laki-laki. Rendahnya pendapatan berdampak pada tingkat kesehatan perempuan, yang akhirnya berdampak pada buruknya kesehatan reproduksi. Kemungkinan terkena infeksi saluran reproduksi, infeksi menular seksual, termasuk HIV-AIDS, menambah risiko yang akan dihadapi oleh perempuan. Artinya, ketidakadilan gender sering menghilangkan kemampuan perempuan untuk menolak praktek seksual yang berisiko tinggi terhadap penyebaran penyakit (Ahmad Fauzi, 2002).

Lima komponen kerentanan perempuan terhadap penyakit HIV-AIDS maupun IMS adalah (Triwijati, 2005, dan Baby, 2005) ; (i) kerentanan biologis, (ii) kerentanan karena ketidakadilan gender, (iii) kerentanan sosial, (iv) kerentanan ekonomi, (v) kerentanan kultural. Pada dasarnya, kelima komponen tersebut dapat dibagi dalam dua kategori besar, yaitu:

1. Kerentanan biologis: organ seks dan reproduksi perempuan bentuknya seperti wadah bagi air mani laki-laki, jadi kalau air mani pasangannya itu mengandung penyakit seks menular ataupun HIV menjadikan perempuan akan lebih lama terpapar oleh virus tersebut. Biasanya kalau ada infeksi ada pula luka, sehingga jalur masuknya bertambah. Di samping itu, perempuan sering tidak tahu bahwa dia sudah terinfeksi karena organ reproduksi perempuan posisinya dalam, masuk dan rumit jadi sulit dirasakan dan tidak mudah terlihat.

2. Kerentanan gender berkaitan dengan ekonomi, sosial dan budaya: ketidakberdayaan perempuan baik dalam mengakses pendidikan, kesehatan, ekonomi dan informasi mengakibatkan perempuan tidak berdaya untuk dapat memutuskan apa yang terbaik bagi kesehatan dirinya. Lemahnya posisi perempuan dalam rumah tangga, khususnya berkaitan dengan ekonomi keluarga, mempengaruhi ketimpangan mereka dalam relasi yang lebih intim. Ketergantungan ekonomi seringkali menyebabkan perempuan tak berdaya memilih untuk tetap berada dalam hubungan seksual yang berisiko tinggi, atau hidup terpisah dengan suaminya dengan risiko memburuknya kondisi ekonominya. Selain itu, seringkali dijumpai kejadian budaya “malu”, dimana perempuan merasa segan memeriksakan kesehatannya ketika mereka merasakan ada yang tidak normal dengan organ reproduksinya, mereka lebih cenderung mendiamkan atau mencoba memberi air daun sirih atau jamu yang tidak jelas efeknya (Nurul, 2008).

Isu pemberdayaan perempuan lebih gencar dibahas sejak adanya konferensi perempuan dunia yang ke 4 di Beijing tahun 1995, yang menghasilkan Beijing Plat Form and Action (BPFA) yang mengikat 189 negara untuk merealisasikan rumusan 12 sasaran strategis tersebut. Untuk mengevaluasi capaian BPFA, PBB kembali merumuskan lebih detail terkait capaian upaya pemberdayaan perempuan yang dituangkan dalam Millenium Development Goals (MDGs). Isu perempuan dan HIV-AIDS secara tegas tertuang dalam delapan tujuan dalam MDGs (KPP RI, 2006), antara lain:

1. Menghapus kemiskinan dan kelaparan,
2. Mewujudkan pendidikan dasar yang berlaku secara universal,

3. Mendorong kesetaraan gender dan memberdayakan kaum perempuan,
4. Menurunkan angka kematian anak,
5. Meningkatkan kesehatan ibu,
6. Memerangi penyebaran HIV-AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya,
7. Menjamin pelestarian lingkungan, dan
8. Membangun sebuah kemitraan global untuk pembangunan.

Upaya pencegahan suatu penyakit pada dasarnya dapat dilihat dari bagaimana sikap (*attitude*) yang dapat ditunjukkan melalui tingkah laku (*behavior*) masing-masing individu. Secara teori *attitude* dapat dilihat berdasarkan 3 (tiga) komponen, yaitu: (i) kognitif (*cognitive*), (ii) Afektif (*affective*), dan (iii) perilaku (*behavior*), (Montano & Kasprzyk, 2002). Sedangkan yang dapat diteliti dan nampak adalah perilaku (*behavior*). Penelitian ini fokus mengarah pada *behavior* yang dapat dipengaruhi dan diubah dengan pemberdayaan perempuan.

Terdapat dua *gap research* mengenai Konsep *Theory of Planned Behaviour* (TPB). Pertama, TPB yang banyak berbicara mengenai *attitude* sebenarnya dapat digunakan untuk melihat motivasi seseorang untuk melakukan pencegahan HIV-AIDS. Kedua, TPB menjelaskan bahwa keyakinan tentang HIV-AIDS (*Behavioral Belief*) tidak berkembang, *norm* subyektif (*Subyektif Norm*) cenderung sulit dirubah dan kemampuan untuk mengontrol (*Control Belief*) juga tidak dinamis. Untuk mengatasi kelemahan-kelemahan tersebut, penelitian ini memasukkan unsur pemberdayaan perempuan yang dinilai dapat memberikan perubahan pada kemampuan kontrol individu dalam melakukan

pencegahan penyakit HIV-AIDS. Hal ini dikarenakan perempuan paling rawan terkena penyakit HIV-AIDS.

Secara singkat, sejumlah penelitian telah mengungkapkan bahwa pemberdayaan perempuan merupakan upaya strategis untuk pencegahan penyakit menular, khususnya pencegahan pada tahap prepathogenesis. Namun, sedikit sekali penelitian yang secara spesifik mengungkap tentang faktor-faktor pemberdayaan perempuan pada tingkat rumah tangga (household level) yang paling dominan mempengaruhi peluang terjadinya infeksi HIV-AIDS. Di samping itu, peranan pemerintah berkaitan dengan pemberdayaan perempuan di bidang kesehatan juga menarik untuk dikaji, khususnya jika dilihat dari persepsi perempuan terhadap perlindungan lingkungan kesehatannya (Zalbawi, dkk, 2004).

Sesuai dengan kekinian ilmu pengetahuan, terdapat penelitian yang mengatakan bahwa kuat atau tidaknya kontrol terhadap pencegahan penyakit itu dapat dipengaruhi oleh individu. Umumnya penelitian tersebut tidak dibedakan antara perempuan dan laki-laki, seolah-olah perempuan dan laki-laki itu sama, tetapi pada dasarnya berbeda. Perkembangan hasil penelitian model-model pencegahan HIV/AIDS dengan strategi pemberdayaan perempuan yang ada sampai dengan saat ini masih pada pemberdayaan perempuan secara umum. Oleh karenanya dalam penelitian ini fokus meneliti mengenai kontrol pencegahan penyakit HIV-AIDS itu mudah untuk dilakukan atau tidak, dan apakah semakin berdayanya perempuan pada tingkat individu dan tingkat rumah tangga (household level) mampu meningkatkan kontrol terhadap pencegahan penyakit HIV-AIDS.

1.3 Rumusan Masalah

Bertitik tolak dari perkembangan kasus HIV-AIDS, terutama di Kabupaten Sidoarjo dan juga adanya kecenderungan peningkatan perempuan yang terinfeksi HIV-AIDS, terutama perempuan 'baik-baik' yang tidak berdaya. Permasalahan utama yang menjadi fokus penelitian ini adalah **“Bagaimana model pencegahan HIV-AIDS yang berbasis pemberdayaan perempuan pada ibu dengan suami risiko tinggi?”**. Permasalahan utama ini dapat dirinci sebagaimana berikut ini, antara lain:

1. Peran pemerintah manakah yang paling efektif dalam pencegahan HIV-AIDS yang berbasis pada hubungan antar anggota keluarga?
2. Peran pemerintah manakah yang paling efektif dalam pencegahan HIV-AIDS yang berbasis pemberdayaan perempuan komunitas (collective efficacy)?
3. Apakah hubungan antar keluarga berpengaruh terhadap pemberdayaan perempuan komunitas (collective efficacy)?
4. Apakah hubungan antar keluarga berpengaruh terhadap pemberdayaan perempuan individual (self efficacy)?
5. Apakah hubungan antar keluarga berpengaruh terhadap sikap individu dalam pencegahan HIV-AIDS?
6. Apakah Pemberdayaan Perempuan Komunitas (collective efficacy) berpengaruh terhadap dimensi ekonomi baik pada level keluarga maupun individual?
7. Apakah Pemberdayaan Perempuan Komunitas (collective efficacy) berpengaruh terhadap sikap individu dalam pencegahan HIV-AIDS?

8. Apakah Pemberdayaan Perempuan Komunitas (collective efficacy) berpengaruh terhadap norma subyektif tentang pencegahan HIV-AIDS?
9. Apakah Pemberdayaan Perempuan Komunitas (collective efficacy) berpengaruh terhadap pemberdayaan perempuan individu (self efficacy)?
10. Apakah Pemberdayaan Perempuan Komunitas (collective efficacy) berpengaruh terhadap intensi pencegahan HIV-AIDS dengan hidup sehat?
11. Apakah dimensi ekonomi baik pada level keluarga maupun individu berpengaruh terhadap intensi pencegahan HIV-AIDS dengan hidup sehat?
12. Apakah sikap pencegahan HIV-AIDS berpengaruh terhadap intensi pencegahan HIV-AIDS dengan hidup sehat?
13. Apakah norma subyektif pencegahan HIV-AIDS berpengaruh terhadap intensi pencegahan HIV-AIDS dengan hidup sehat?
14. Apakah Pemberdayaan Perempuan Individual (self efficacy) berpengaruh terhadap intensi pencegahan HIV-AIDS dengan hidup sehat?
15. Apakah Pemberdayaan Perempuan Komunitas (collective efficacy) berpengaruh terhadap pencegahan HIV-AIDS?
16. Apakah Pemberdayaan Perempuan Individual (self efficacy) berpengaruh terhadap pencegahan HIV-AIDS?
17. Apakah intensi pencegahan HIV-AIDS dengan hidup sehat berpengaruh signifikan terhadap pencegahan HIV-AIDS?
18. Apakah faktor dimensi ekonomi berpengaruh terhadap Pemberdayaan Perempuan Individual (self efficacy)?
19. Apakah norma subjektif berpengaruh terhadap sikap subjektif yang dilakukan istri dalam upaya mencegah HIV-AIDS?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Berdasarkan permasalahan pokok penelitian, tujuan umum penelitian ini adalah: **“Mengembangkan model pencegahan HIV-AIDS yang berbasis pemberdayaan perempuan pada ibu dengan suami risiko tinggi di Kabupaten Sidoarjo”**.

1.4.2. Tujuan Khusus

Berdasarkan permasalahan umum di atas, tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Menganalisis peran pemerintah yang paling efektif dalam pencegahan HIV-AIDS yang berbasis pada hubungan antar anggota keluarga.
2. Menganalisis peran pemerintah yang paling efektif dalam pencegahan HIV-AIDS yang berbasis pada pemberdayaan perempuan komunitas (collective efficacy).
3. Menganalisis pengaruh hubungan antar keluarga terhadap pemberdayaan perempuan komunitas (collective efficacy).
4. Menganalisis pengaruh hubungan antar anggota keluarga terhadap pemberdayaan perempuan individual (self efficacy).
5. Menganalisis pengaruh hubungan antar anggota keluarga terhadap sikap individu dalam pencegahan HIV-AIDS.
6. Menganalisis pengaruh pemberdayaan perempuan komunitas (collective efficacy) terhadap dimensi ekonomi baik pada level keluarga maupun individu.

7. Menganalisis pengaruh pemberdayaan perempuan komunitas (collective efficacy) terhadap sikap individu dalam pencegahan HIV-AIDS.
8. Menganalisis pengaruh pemberdayaan perempuan komunitas (collective efficacy) terhadap norma subyektif tentang pencegahan HIV-AIDS.
9. Menganalisis pengaruh pemberdayaan perempuan komunitas (collective efficacy) terhadap pemberdayaan perempuan individu (self efficacy).
10. Menganalisis pengaruh pemberdayaan perempuan komunitas (collective efficacy) terhadap intensi pencegahan HIV-AIDS dengan hidup sehat
11. Menganalisis pengaruh dimensi ekonomi baik pada level keluarga maupun individu terhadap intensi pencegahan HIV-AIDS dengan hidup sehat.
12. Menganalisis pengaruh sikap subyektif pencegahan HIV-AIDS terhadap intensi pencegahan HIV-AIDS dengan hidup sehat.
13. Menganalisis pengaruh norma subyektif pencegahan HIV-AIDS terhadap intensi pencegahan HIV-AIDS dengan hidup sehat.
14. Menganalisis pengaruh pemberdayaan perempuan individu (self efficacy) terhadap intensi pencegahan HIV-AIDS dengan hidup sehat.
15. Menganalisis pengaruh pemberdayaan perempuan komunitas (collective efficacy) terhadap pencegahan HIV-AIDS.
16. Menganalisis pengaruh pemberdayaan perempuan individual (self efficacy) terhadap pencegahan HIV-AIDS.
17. Menganalisis pengaruh intensi pencegahan HIV-AIDS dengan hidup sehat terhadap pencegahan HIV-AIDS.
18. Menganalisis pengaruh faktor dimensi ekonomi terhadap pemberdayaan perempuan individu (self efficacy).

19. Menganalisis pengaruh norma subjektif terhadap sikap subjektif yang dilakukan istri dalam upaya mencegah HIV-AIDS.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Secara teori, penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi yang cukup berarti bagi pengembangan ilmu epidemiologi, yaitu:
 - a. Pengembangan model pencegahan HIV-AIDS yang berbasis pemberdayaan perempuan pada ibu dengan suami risiko tinggi di Kabupaten Sidoarjo.
 - b. Desain peran pemerintah dalam pencegahan penyakit (health prevention) biasanya bersifat netral atau buta gender, walaupun kelompok berisiko tinggi adalah perempuan. Program kesehatan reproduksi, misalnya, amat sedikit yang mengutamakan perempuan yang biasanya memang sangat membutuhkan dan posisinya terpuruk. Oleh karena itu, variabel kesetaraan gender diperlakukan sebagai variabel intervening, yaitu variabel yang secara teori berpengaruh terhadap pencegahan penyakit, namun dalam observasi sulit dilihat dan diukur.
2. Secara praktis, penelitian ini juga menjadi penting dalam memberikan masukan bagi pengambil kebijakan dalam pencegahan HIV-AIDS, khususnya pada tahap pencegahan primordial dan primer yang responsif gender.