

SKRIPSI

ANALISA FAKTOR PEMANFAATAN *VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING* (VCT) OLEH LELAKI SUKA DENGAN LELAKI (LSL) DENGAN PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL* (HBM) DI WILAYAH SURABAYA

PENELITIAN CROSS SECTIONAL



Oleh:

Niken Ariska Prawesti

NIM. 131411133002

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2018

SKRIPSI

ANALISA FAKTOR PEMANFAATAN *VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT)* OLEH LELAKI SUKA DENGAN LELAKI (LSL) DENGAN PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL (HBM)* DI WILAYAH SURABAYA

PENELITIAN CROSS SECTIONAL

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)
pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:

Niken Ariska Prawesti

NIM. 131411133002

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

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, 3 Juli 2018

Yang Menyatakan



Niken Ariska Prawesti

131411133002

SKRIPSI

ANALISA FAKTOR PEMANFAATAN *VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING* (VCT) OLEH LELAKI SUKA DENGAN LELAKI (LSL) DENGAN PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL* (HBM) DI WILAYAH SURABAYA

oleh:
Niken Ariska Prawesti
131411133002

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

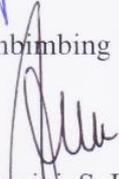
TANGGAL, 04 JUNI 2018

Oleh

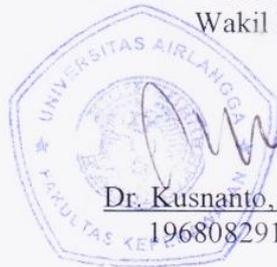
Pembimbing Ketua


Purwaningsih, S. Kp., M. Kes
196611212000032001

Pembimbing


Ni Ketut Alit Armini, S. Kp., M. Kes
197410292003122002

Mengetahui
a. n Dekan
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S. Kp., M. Kes
196808291989031002

SKRIPSI

ANALISA FAKTOR PEMANFAATAN *VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT)* OLEH LELAKI SUKA DENGAN LELAKI (LSL) DENGAN PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL (HBM)* DI WILAYAH SURABAYA

Oleh:
Niken Ariska Prawesti
131411133002

Telah diuji,

Pada tanggal, 9 Juli 2018

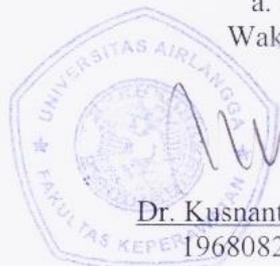
PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Makhfudli., S. Kep. Ns., M. Ked. Trop
197902122014091003

Anggota : 1. Purwaningsih, S. Kp., M. Kes
196611212000032001

2. Ni Ketut Alit Armini, S. Kp., M. Kes
197410292003122002

Mengetahui
a. n Dekan
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S. Kp., M. Kes
196808291989031002

MOTO

**PERCAYA DIRI ITU PERLU
TAHU DIRI ITU PENTING**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“ANALISA FAKTOR PEMANFAATAN *VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT)* OLEH LELAKI SUKA DENGAN LELAKI (LSL) DENGAN PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL (HBM)* DIWILAYAH SURABAYA”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas pembelajaran kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil dekan I Fakultas Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
3. Purwaningsih, S. Kp., M.Kes selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan yang luar biasa bagaimana saya melakukan penelitian dengan baik dan benar sehingga kami dapat menyelesaikan penelian dengan baik.
4. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes selaku dosen pembimbing II yang telah sabar memberikan bimbingan dan motivasi yang luar biasa kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan penelitian dengan baik dan benar.
5. Dr. Makhfudli S.Kep., Ns., M.Ked Trop selaku dosen penguji I ujian proposal saya atas saran dan perbaikannya demi kebaikan penelitian saya
6. Deni Yasmara, S. Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mb selaku dosen penguji II pada ujian proposal saya atas saran dan perbaikannya demi kesempurnaan penelitian saya
7. Responden penelitian yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Tanpa keberadaan dan kesediaan responden, tentunya penelitian ini tidak akan terlaksana
8. Kepala Bakesbangpol dan Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya beserta staf yang telah mengizinkan dan memfasilitasi saya untuk mengajukan surat permohonan pengambilan data awal dan data penelitian.
9. dr. Nurul Hidayah selaku Kepala Puskesmas Perak Timur, yang telah mengizinkan mengambil data awal di Puskesmas Perak Timur
10. Indah selaku penanggung jawab kasus HIV dan konselor VCT di puskesmas Perak Timur Surabaya yang telah memfasilitasi dan membantu memberikan solusi saya dalam melakukan proses pengambilan data awal di Puskesmas.
11. R Hendrikus da Costa selaku Kepala LSM GAYa Nusantara yang telah memberikan izin dan fasilitas selama melakukan pengambilan data.
12. Slamet selaku sekretaris dan koordinator LSM GAYa Nusantara yang telah membantu dan mendampingi untuk melakukan proses pengambilan data

awal dan data penelitian serta bersedia diajak kerja sama untuk mengumpulkan LSL.

13. Keluarga saya khususnya orang tua saya (Bapak Trimo Waluyo S.Pd dan Ibu Sudarmani), terimakasih telah mendoakan setiap langkah saya, memberikan kasih sayang, dukungan material dan semangat yang begitu besar, kakak saya (Kristi Lova Dian Wijayanti Amd.Keb, Brida Deby Kumbara Yudha Setiawan dan Dek Vincen Wardana Putra Setiawan) yang selalu memberikan semangat dan menghibur saya saat pulang. Serta almarhum kakak saya mas Krisma Swastika S.Pd selalu mengajari saya untuk menjadi anak yang rajin, mandiri dan tidak mudah tumbang.
14. Isa Ahmad Raharjo yang selalu memberikan motivasi, dukungan, waktu, kesabaran, cinta dan kasih sayang dalam menghadapi suka duka selama mengerjakan skripsi
15. Sahabat seperjuangan baik dalam kuliah maupun dalam penelitian ini, Elyta Zuliyanti, Kiki Ayu Kusuma, Evi Nur Laili Rahma Kusuma yang telah menjadi partner yang sangat luar biasa serta menjadi sahabat disaat bahagia maupun sedih. Bersama kalian semua terasa mudah dan tidak ada beban
16. Kakak angkatan Gebyar Hafit Suwrandu yang selalu saya tanyai pagi, siang, sore dan malam terkait skripsi, terimakasih banyak bantuan dan informasi terkait skripsi yang diberikan sehingga memudahkan peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini
17. Teman- teman angkatan 2014 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang turut membantu penyelesaian skripsi ini yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu. Terima kasih banyak karena telah mengizinkan saya menjadi bagian dari kalian
18. Teman- teman kos Nova, Hasna, Sely, Vivi, Nuri, Eva, Putri, Yola, Aprho, dan Nisa yang selalu memberi semangat saya untuk menyelesaikan skripsi, terkhusus untuk Nova yang telah mengajari pengolahan data sehingga memudahkan peneliti menyelesaikan skripsi

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, ilmu, dan juga bantuan yang lain dalam menyelesaikan skripsi ini

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi maupun penulisannya. Semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi pembaca maupun bagi profesi keperawatan.

Surabaya, 3 Juli 2018

Penulis

ABSTRACT**ANALYSIS FACTOR RELATED VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT) UTILIZATION BY MEN SEX WITH MEN (MSM) WITH HEALTH BELIEF MODEL (HBM) THEORY APPROACH IN SURABAYA REGION**

Cross Sectional Study in Hotspot Pataya, LSM GAYa Nusantara Surabaya

By: Niken Ariska Prawesti

Introduction: Voluntary Counseling and Testing (VCT) is one of the government programs to prevent transmission of HIV/AIDS on MSM, volunteered without pressure from others. But there are still MSM who have not utilized VCT services. This study was aimed to analyze the factors correlating with utilization VCT in MSM based on Health Belief Model at Surabaya region. **Method:** Design used in this study was descriptive analytic with cross-sectional approach. The population was MSM who has oped attitude in Hotspot Pataya, Surabaya. The 43 sample respodnents were chosen by purposive sampling. The independent variabels were perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived benefits, perceived barriers, and cues to action. The dependent variabel was utilization VCT. Data were collected by using questonnaire and alayed by chi square test with level significance of $\leq 0,05$. **Results:** results showed that perceived seriousness had correlation with VCT utilization ($p=0,035$), perceived seriousness had correlation with VCT utilization ($p=0,039$), perceived benefits had correlation with VCT utilization ($p=0,019$), perceived barrier had correlation with VCT utilization ($p=0,008$) and cues to action ($p=0,037$) had correlation with VCT utilization. **Discussion:** Some factors in health belief model have a correlation with VCT utilization by MSM. It is recommended to health worker at Puskesmas and officer LSM GAYa Nusantara to give adequate information frequently to the high risk people of HIV/AIDS.

Keyword: VCT, utilization, MSM, health belief model

DAFTAR ISI

Halaman judul dan Prasarat Gelar.	i
Surat Pernyataan.....	ii
Halaman Pengsahan	iii
Moto	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak.....	viii
Daftar isi.....	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran	99
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Teoritis.....	6
1.4.2 Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep HIV	8
2.1.1 Definisi HIV	8
2.1.2 Struktur Virus HIV	9
2.1.3 Siklus Hidup HIV	9
2.1.4 Mekanisme Penularan.....	11
2.1.5 Stadium HIV	13
2.1.6 Pencegahan HIV	14
2.2 Seksualitas Manusia	15
2.2.1 Seksualitas Manusia.....	15
2.2.2 Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL).....	17
2.2.3 Penggolongan LSL	18
2.2.4 Pola Kehidupan Kelompok LSL	19
2.3 <i>Voluntary Counselling and Testing</i> (VCT)	20
2.3.1 Definisi VCT	20
2.3.2 Tujuan VCT	21
2.3.3 Tahapan Layanan VCT	21
2.4 Konsep Teori <i>Health Belief Model</i> (HBM).....	23
2.4.1 Perkembangan HBM	23
2.4.2 Definisi HBM	25
2.4.3 Komponen HBM	26
2.4.4 Penerapan Teori HBM.....	28

2.4.5	Kekurangan Teori HBM	29
2.5	Keaslian Penulisan	30
BAB 3	Kerangka Konseptual dan Hipotesis Penelitian	33
3.1	Kerangka Konseptual	33
3.2	Hipotesis Penelitian.....	35
BAB 4	Metode Penelitian	37
4.1	Rancangan Penelitian yang digunakan.....	37
4.2	Populasi, Sampel dan Teknik Sampling.....	38
4.2.1	Populasi	38
4.2.2	Sampel	38
4.2.3	Sampling	39
4.2.4	Besar Sampel	39
4.3	Variabel Penelitian	39
4.3.1	Variabel Independen (Bebas)	40
4.3.2	Variabel Dependen (Terikat)	40
4.4	Definisi Operasional	41
4.5	Pengumpulan dan Pengolahan Data.....	44
4.5.1	Instrumen Penelitian	44
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian	49
4.7	Uji Validitas dan Reliabilitas.	49
4.7.1	Uji Validitas.....	49
4.7.2	Uji Reliabilitas	53
4.8	Prosedur Pengumpulan Data	55
4.9	Cara Menganalisis Data	57
4.10	<i>Etichal Clereance</i>	64
4.11	Keterbatasan Penelitian	65
BAB 5	Pembahasan.....	66
5.1	Hasil Penelitian	66
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi	66
5.1.2	Karakteristik Demografi.....	68
5.1.3	Variabel yang Diukur.....	69
5.2	Pembahasan	78
5.2.1	Hubungan <i>perceived susceptibility</i> dengan pemanfaatan VCT oleh LSL.....	78
5.2.2	Hubungan <i>perceived seriousness</i> dengan pemanfaatan VCT oleh LSL.....	81
5.2.3	Hubungan <i>perceived barrier</i> dengan pemanfaatan VCT oleh LSL.....	84
5.2.4	Hubungan <i>perceived benefits</i> dengan pemanfaatan VCT oleh LSL.....	86
5.2.5	Hubungan <i>cuess to action</i> dengan pemanfaatan VCT Oleh LSL.....	88
5.2.6	Faktor dominan berhubungan pemanfaatan VCT oleh LSL dengan teori HBM.....	91

BAB 6 Kesimpulan dan Saran	
6.1 Kesimpulan	93
6.2 Saran	95
Daftar Pustaka.....	96

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1	Gejala dan Tanda Klinis yang patut diduga infeksi HIV	14
Tabel 2. 2	Konsep Utama dan Definisi HBM (Skinner and Champion, 2008)..	29
Tabel 2. 3	Keaslian Penelitian Analisa Faktor Pemanfaatan VCT oleh LSL dengan Pendekatan Teori HBM di Wilayah Surabaya	30
Tabel 4. 1	Definisi Operasional Pemanfaatan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT) oleh Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) dengan pendekatan Teori HBM	41
Tabel 4. 2	Blue Print Variabel <i>Perceived Susceptibility</i>	45
Tabel 4. 3	Blue Print Variabel <i>Percived Seriousness</i>	46
Tabel 4. 4	Blue Print Variabel <i>Perceived Benefits</i>	47
Tabel 4. 5	Blue Print Variabel <i>Perceived Barrier</i>	48
Tabel 4. 6	Blue Print Variabel <i>Cues to Action</i>	48
Tabel 4.7	Hasil Uji Validitas <i>Perceived Susceptibility</i> tentang pemanfaatan VCT oleh LSL	50
Tabel 4.8	Hasil Uji Validitas <i>Perceived Seriousness</i> tentang pemanfaatan VCT oleh LSL	50
Tabel 4.9	Hasil Uji Validitas <i>Perceived Benefits</i> tentang pemanfaatan VCT oleh LSL	52
Tabel 4.10	Hasil Uji Validitas <i>Perceived Barrier</i> tentang pemanfaatan VCT oleh LSL	52
Tabel 4.11	Hasil Uji Validitas <i>Cues to Action</i> tentang pemanfaatan VCT oleh LSL	53
Tabel 4.12	Hasil Uji Reliabilitas Instrumen (Kuesioner Penelitian) Pemanfaatan VCT oleh LSL dengan Pendekatan Teori HBM.....	54
Tabel 4.13	Intepretasi Nilai Koefisiensi	64
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Demografi Responden Pemanfaatan VCT oleh LSL di hotspot Pataya.....	68
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasar <i>Perceived Susceptibility</i> di hotspot Pataya Surabaya 25-27 Mei 2018	69
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasar <i>Perceived Seriousness</i> di hotspot Pataya Surabaya 25-27 Mei 2018	70
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasar <i>Perceived Benefits</i> di hotspot Pataya Surabaya 25-27 Mei 2018.....	71
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasar <i>Perceived Barrier</i> di hotspot Pataya Surabaya 25-27 Mei 2018.....	71
Tabel 5.6	Distribusi Responden Berdasar <i>Cues to Action</i> di hotspot Pataya Surabaya 25-27 Mei 2018.....	72
Tabel 5.7	Hubungan <i>Perceived Susceptibility</i> dengan pemanfaatan VCT oleh LSL di hotspot Pataya 25-27 Mei 2018.....	73
Tabel 5.8	Hubungan <i>Perceived Seriousness</i> dengan pemanfaatan VCT oleh LSL di hotspot Pataya 25-27 Mei 2018.....	74
Tabel 5.9	Hubungan <i>Perceived Benefits</i> dengan pemanfaatan VCT oleh LSL di hotspot Pataya 25-27 Mei 2018.....	75
Tabel 5.10	Hubungan <i>Perceived Barriers</i> dengan pemanfaatan VCT oleh LSL di hotspot Pataya 25-27 Mei 2018.....	76
Tabel 5.11	Hubungan <i>Cues to Acion</i> dengan pemanfaatan VCT oleh LSL di hotspot Pataya 25-27 Mei 2018.....	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Calles, Evans and Terlonge,2010).....	9
Gambar 2. 2	Siklus Hidup HIV dan Site Acton antiretriviral (Calles, EvansAnd Terlonge, 2010)	11
Gambar 2.3	Kerangka Teori Health Belief Model (HBM) (Becker,1974).....	24
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Analisis Faktor Pemanfaatan Layanan VCT oleh LSL di wilayah Surabaya (Becker, 1974)	33
Gambar 4.1	Kerangka Metode Penelitian Deskriptif Analitik (Nursalam, 2015)	37
Gambar 4.2	Kerangka Operasional Analisa Faktor Pemanfaatan VCT oleh LSL dengan Pendekatan Teori HBM di Wilayah Surabaya.....	63

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrom</i>
BAKESBANGPOL	: Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana
CD4	: <i>Cluster of Differentiation 4</i>
CDC	: <i>Center of Disease Control</i>
Dinkes Jatim	: Dinas Kesehatan Jawa Timur
DNA	: <i>Deoxyribo Nucleic Acid</i>
ELISA	: <i>Enzyme Linked Immunodeficiency Virus</i>
GWL-INA	: Gaya Warna Lentera Indonesia
HBM	: <i>Health Belief Model</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
Kemendes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
LSL	: Lelaki Suka dengan Lelaki
ODHA	: Orang dengan HIV AIDS
RNA	: <i>Ribose Nucleic Acid</i>
UNAIDS	: <i>United Nations Programme on HIV/ AIDS</i>
VCT	: <i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia merupakan negara berkembang urutan ke 5 di Asia yang memiliki resiko tinggi terhadap penyakit HIV/AIDS, penyakit ini dapat menyebabkan kematian (Kemenkes RI, 2014). Salah satu populasi yang beresiko tinggi terkena Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS adalah Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) dikarenakan sering berganti-ganti pasangan (Carmelita *et al.*, 2017). Menurut Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (2009) bahwa perilaku anal seks pada LSL sebagian besar dilakukan tanpa kondom dan hanya 11,1% sampai dengan 32,3% saja yang menggunakan kondom. Program *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat yang dilakukan untuk menekan penyebaran HIV/AIDS, tujuan utamanya adalah merubah perilaku lebih sehat dan lebih aman (Kemenkes RI, 2012). Menurut Lestari (2017) dengan melakukan VCT, LSL dapat mengetahui status HIVnya, selain itu dalam proses konseling klien akan mendapatkan pengetahuan tentang cara menjaga kesehatan seksual agar terhindar dari segala penyakit IMS. Harapan dilakukan program VCT sebagai pencegahan penularan HIV/AIDS secara lebih dini. LSL sendiri sebenarnya telah menyadari bahwa perilaku seksual beresiko yang dilakukan dapat menyebabkan tertularnya HIV dan AIDS, namun kerap kali ada dilema yang menghalangi LSL melakukan tindakan untuk mendapatkan kepastian status kesehatannya salah satunya dengan mengikuti program VCT. Teori *Health Belief Model* (HBM) memuat komponen-komponen yang dapat menganalisis respon suatu individu terhadap pencegahan suatu penyakit

(Notoatmodjo, 2007). Faktor terkait pemanfaatan VCT oleh LSL berdasarkan teori HBM belum dapat dijelaskan secara terperinci.

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa tahun 2012 terdapat 3,5 juta orang di Asia Tenggara hidup dengan HIV-AIDS (WHO, 2012). Kejadian HIV di Indonesia pada tahun 2017 dilaporkan dari bulan Januari sampai dengan Maret terdapat kejadian infeksi sejumlah 10.376 orang. Presentase laporan tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 25-49 tahun (69,6%) diikuti kelompok umur 20-24 tahun (17,6%) dan kelompok umur > 50 tahun (6,7%) dengan rasio HIV antara laki-laki dan perempuan adalah 2:1 (Kemenkes RI, 2017). Puskesmas di kota Surabaya dengan kasus HIV terbanyak terdapat di Puskesmas Perak Timur. Selama tahun 2017 tercatat 1.371 jiwa positif HIV dengan berbagai macam kriteria, salah satu kriteria didalamnya yaitu LSL yang menyumbang sebanyak 41% dari 148 ODHA. Sebagai upaya pemberantasan HIV/AIDS, Puskesmas Perak Timur bekerjasama dengan LSM GAYa Nusantara. Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 24 Maret 2018 di Puskesmas Perak Timur, diketahui jumlah LSL di wilayah Surabaya Utara berdasarkan pemetaan dari LSM GAYa Nusantara berjumlah 945 jiwa sedangkan LSL yang telah melakukan VCT di Puskesmas Perak Timur selama bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2017 sebanyak 350 orang dengan hasil positif HIV sebanyak 61 orang. Presentase jumlah LSL yang belum melakukan VCT sebanyak 62% dari 945 jiwa (Data Cascade Puskesmas Perak Timur, 2017). LSM GAYa Nusantara memiliki *hotspot* untuk perkumpulan LSL, salah satu *hotspot* yang sering digunakan untuk berkumpul adalah *hotspot* Pataya. Terdapat 118 LSL yang berkumpul di *hotspot* Pataya dari jumlah tersebut diketahui 56 orang LSL telah melakukan pemeriksaan VCT sementara 52% dari

118 LSL belum melakukan pemeriksaan VCT (Data Pemetaan LSL GAYa Nusantara, 2017). Peneliti melakukan wawancara terhadap dua orang LSL yang telah melakukan pemeriksaan VCT dan dua orang LSL yang tidak melakukan pemeriksaan VCT secara garis besar didapatkan bahwa mereka mau melakukan pemeriksaan dengan alasan merasa cukup beresiko terkena HIV/AIDS dan dengan mengikuti VCT dapat membantu untuk mendeteksi secara dini adanya gangguan pada tubuh mereka sedangkan LSL yang tidak mau melakukan pemeriksaan VCT merasa peluang untuk terkena HIV/AIDS masih sangat rendah dengan alasan selama ini hanya melakukan oral seks dan tidak setiap hari melakukannya, alasan yang lain yaitu tidak punya waktu yang pas untuk melakukan pemeriksaan VCT.

Fakta pertumbuhan kasus yang signifikan pemerintah Indonesia melalui Departemen Kesehatan melakukan upaya penanggulangan melalui program VCT, program ini dimaksudkan untuk mengetahui status kesehatan yang berkaitan dengan HIV sehingga hasilnya dapat digunakan sebagai motivasi upaya pencegahan dan penularan HIV/AIDS (Kementrian Kesehatan RI, 2012). VCT merupakan program penanggulangan HIV/AIDS yang terbukti efektif terutama bagi individu yang memiliki perilaku beresiko, melalui VCT status HIV dapat diketahui dengan tes HIV sehingga dapat segera dilakukan upaya penanganan lebih lanjut apabila terdiagnosa HIV positif selain itu, layanan VCT dapat diakses setiap orang yang membutuhkan dengan mudah (Umariyah and Ayu, 2017). VCT mampu mempengaruhi penggunaan kondom secara konsisten, mengurangi resiko penularan dan meningkatkan kesadaran untuk berperilaku seksual yang lebih baik (Weiss, Jonas and Guadamuz, 2017). Sebagian besar LSL sudah sadar untuk memanfaatkan program VCT hal tersebut dipengaruhi oleh dorongan dari

pengawas lapangan (PL) dalam komunitas yang memberikan edukasi terhadap LSL, namun beberapa LSL masih memiliki ketakutan terhadap layanan VCT, ketakutan tersebut mengenai kerahasiaan privasi yang mungkin tidak akan terjaga, serta hasil dari VCT yang dimungkinkan positif dan beberapa informan merasa takut terhadap jarum suntik (Fatmala, 2016). Hal tersebut diperkuat oleh penelitian Joseph. T. F *et al.*, (2013) yang menyatakan bahwa sekitar 43% LSL tidak mau melakukan pemeriksaan VCT hanya satu dari sembilan orang saja yang mau memafaatkan layanan tersebut. Dampak yang ditimbulkan apabila LSL tidak mau melakukan pemeriksaan VCT maka akan terjadi penyebaran HIV/AIDS yang semakin luas dikalangan LSL maupun dikalangan masyarakat umumnya (Demartoto, 2012)

Tingginya kasus HIV/AIDS di Indonesia salah satunya dikarenakan minat seseorang yang beresiko untuk melakukan pemeriksaan VCT yang masih rendah. Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pemanfaatan pemeriksaan VCT diantaranya yaitu pengetahuan, persepsi, informasi atau kelompok referensi, ketersediaan fasilitas atau sarana, dorongan teman atau komunitas dan sikap petugas kesehatan (Fatmala, 2016). Teori *Health Belief Model* (HBM) merupakan teori yang dikembangkan khusus untuk memprediksi beragam perilaku kesehatan sebagai fungsi dari banyaknya kepercayaan mengenai kesehatan. Teori ini memiliki lima komponen utama antara lain *perceived seriousness* (persepsi keseriusan), *perceived susceptibility* (persepsi kerentanan), *perceived benefits* (persepsi keuntungan), *perceived barrier* (persepsi hambatan) dan *cues to action* (isyarat untuk bertindak) (Becker dan Rosenstok dalam Sarafino, 2006). Model yang digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan preventif dan menjelaskan

perilaku peran orang sakit (Bastable B, 2002). Pendekatan teori ini sangat tepat digunakan untuk menganalisa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan VCT oleh kelompok LSL hal tersebut dikarenakan masih terdapat beberapa LSL yang belum mau memanfaatkan program VCT meskipun telah mengetahui tentang pemeriksaan VCT dari petugas lapangan yang memberikan penyuluhan dan pendidikan kesehatan telah di berikan.

1.2 Rumusan Masalah

Faktor apakah yang mempengaruhi pemanfaatan VCT oleh LSL dengan pendekatan Teori *Health belief Model* (HBM) di wilayah Surabaya.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan VCT oleh LSL dengan pendekatan Teori *Health belief Model* (HBM) di wilayah Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hubungan antara *perceived susceptibility* dengan pemanfaatan VCT oleh LSL dengan pendekatan Teori *Health Belief Model* (HBM) di wilayah Surabaya.
2. Mengidentifikasi hubungan antara *perceived seriousness* dengan pemanfaatan VCT oleh LSL dengan pendekatan Teori *Health Belief Model* (HBM) di wilayah Surabaya
3. Mengidentifikasi hubungan antara *perceived benefits* dengan pemanfaatan VCT oleh LSL dengan pendekatan Teori *Health Belief Model* (HBM) di wilayah Surabaya

4. Mengidentifikasi hubungan antara *perceived barriers* dengan pemanfaatan VCT oleh LSL dengan pendekatan Teori *Health Belief Model* (HBM) di wilayah Surabaya
5. Mengidentifikasi hubungan antara *cues to action* dengan pemanfaatan VCT oleh LSL dengan pendekatan Teori *Health Belief Model* (HBM) di wilayah Surabaya

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Menganalisis faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan VCT oleh LSL dengan pendekatan Teori Health belief Model (HBM) di wilayah Surabaya sebagai landasan pengembangan ilmu keperawatan khususnya Keperawatan Medikal Bedah terkait dengan HIV/AIDS.

1.4.2 Praktis

1. Bagi responden

Meningkatkan kesadaran Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) untuk melakukan pemeriksaan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT).

2. Bagi petugas kesehatan

Dapat dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan sebagai wacana untuk meningkatkan pemanfaatan pemeriksaan VCT oleh Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) sebagai upaya penanggulangan HIV/AIDS.

3. Bagi Institusi

Bagi dinas kesehatan kota Surabaya, diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi yang dapat dijadikan acuan dalam

pelayanan kesehatan serta peningkatan dukungan pemanfaatan VCT oleh Lelaki Suka Lelaki (LSL).

4. Bagi Peneliti

Mengetahui faktor yang mempengaruhi pemanfaatan VCT pada komunitas LSL berdasarkan pendekatan teori HBM

BAB 2**TINJAUAN PUSTAKA****2.1 Konsep HIV/ AIDS****2.1.1 Definisi HIV/AIDS**

Human immunodeficiency Virus (HIV) yaitu suatu virus yang menyerang sistem yang menyerang sistem imun manusia. HIV termasuk dalam kelompok Lenti virus. Struktur genetik retrovirus terdiri dari dua salinan identik RNA. Adanya RNA menjadi virus yang unik dibandingkan virus yang lain yang hanya memiliki satu salinan RNA. HIV sama seperti virus yang lainnya yang membutuhkan sel tuan rumah untuk kelangsungan hidupnya. Karakteristik dari retrovirus yaitu mampu merubah RNA tunggal menjadi Asam Deoksiribonukleat (DNA) dan akan dikenali selama periode inkubasi yang panjang. Seperti halnya retrovirus lainnya, virus HIV menyebabkan infeksi pada tubuh manusia dengan masa inkubasi yang panjang dan hal tersebut akan menyebabkan tanda dan gejala AIDS bila dibiarkan dalam waktu yang panjang Selama proses tersebut diperlukan enzim Reverse Transkriptase (RT) (Omar and Gene, 2017).

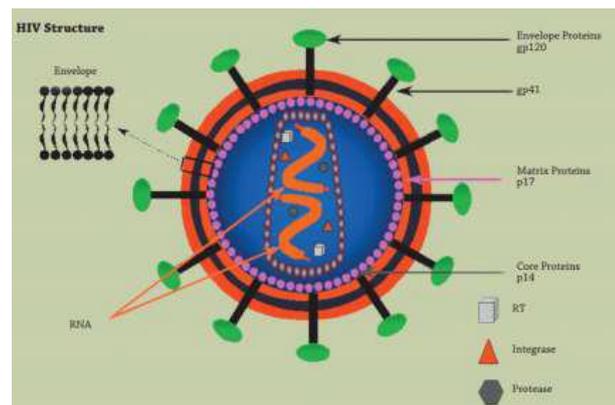
Virus HIV merusak sel darah putih yang berfungsi sebagai sistem pertahanan terhadap infeksi akan mengalami penurunan sehingga sistem kekebalan tubuh menjadi lemah dan penderita mudah terkena penyakit (Yulrina, Novita and Kiki, 2015)

Seseorang yang telah terdiagnosa HIV positif menandakan bahwa orang tersebut telah terinfeksi virus HIV dan telah melalui 2 tahapan tes HIV yaitu tes awal dan tes konfirmasi menunjukkan hasil yang positif. Orang dengan HIV positif

sangat dimungkinkan untuk menularkan virus HIV kepada orang lain termasuk pasangan seksualnya (U. S *Departemen of Health &human*, 2015).

2.1.2 Struktur Virus HIV

Terdapat dua Gliko protein utama di dalam lapisan lipid bilayer yaitu gp120 dan gp41. Dua protein tersebut memiliki fungsi utama sebagai mediator pengenalan terhadap sel CD4+ dan reseptor *chemokine* yang dapat berkaitan dengan CD4+. Bagian dalam virus terdapat materi genetik RNA dimer yang dibentuk dari 2 single strand RNA, protein dan enzim yang berfungsi untuk replikasi dan pematangan antara lain p24, p17, reverse transcriptase, integrase, dan protease (Calles, Evans and Terlonge, 2010)



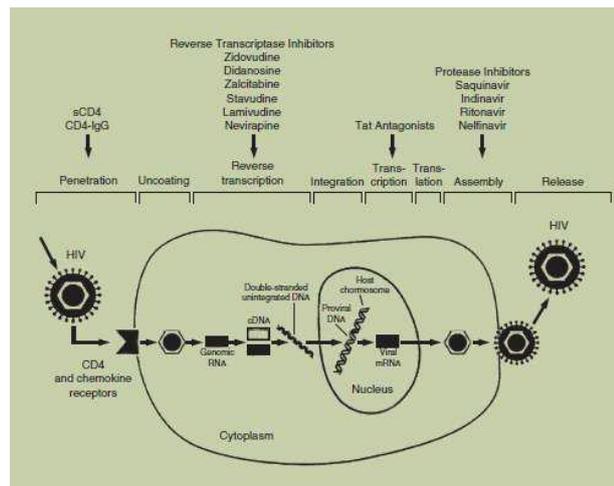
Gambar 2. 1 *Human Immunodeficiency Virus* (Calles, Evans and Terlonge, 2010)

2.1.3 Siklus Hidup HIV

Menurut Yulrina (2015) sel yang bertugas sebagai pejamu terinfeksi oleh virus HIV mempunyai waktu untuk bertahan sangat pendek, hal tersebut menandakan bahwa HIV secara terus menerus menggunakan sel penjamu baru untuk mereplikasi dirinya. Sebanyak 10 milyar virus yang dihasilkan setiap harinya. Virus HIV penyerang pertama akan tertangkap oleh sel dendrit pada membrane mukosa dan kulit pada 24 jam setelah paparan. Sel yang telah terinfeksi

membentuk jalur ke nodus limfa dan biasanya juga masuk ke pembuluh darah perifer selama 5 hari setelah terpapar, kemudian replikasi virus akan semakin cepat. Siklus Hidup HIV terdiri dari enam fase antara lain:

1. Fase *binding and entry* yaitu protein gp120 dan gp41 saling berikatan dengan reseptor sel CD4 +dan makrofag. Selanjutnya inti virus akan masuk dalam sel CD4+dan makrofag. Enzim yang bekerja pada sel CD4+ akan berinteraksi dengan inti virus dan menstimulasi pelepasan RNA virus dan juga enzim *reverse transcriptase*, integrase dan protease.
2. *Reverse transcription*, merupakan RNA yang dikonversi menjadi DNA *single strand* selanjutnya akan bereplikasi menjadi DNA *double stand*.
3. Integrasi, merupakan suatu proses dimana virus DNA dapat menembus inti sel CD4+. Enzim yang terintegrase selanjutnya akan menyisipkan DNA virus kedalam DNA host. Sel CD4+ kemudian akan berubah menjadi sumber untuk memperbanyak virus.
4. Replikasi, merupakan DNA baru yang sudah terintegrase dengan DNA dan CD4+ selanjutnya bertugas mensintesis protein HIV.
5. *Bidding*, merupakan tahap perakitan virus baru pada sel CD4+, selanjutnya virus akan keluar menembus sel.
6. Maturasi, virus baru yang belum dapat melakukan infeksi jika virus tersebut matang. Proses ini mengandalkan enzim protease HIV dengan jalan memotong protein HIV menjadi unit fungsional kecil yang selanjutnya dapat dirakit kembali untuk membentuk virus yang matang. Virus yang matang selanjutnya siap untuk menginfeksi sel lain (Calles, Evans and Terlonge, 2010)



Gambar 2. 2 Siklus hidup HV dan *site action* anti retroviral (Calles, Evans and Terlonge, 2010)

2.1.4 Mekanisme Penularan HIV

Menurut Nasronudin (2007), Transmisi virus terjadi melalui cairan tubuh yang terinfeksi virus HIV. HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui 3 cara yaitu:

1. Transmisi vertikal

Penularan dari ibu ke bayi ini termasuk ke dalam transmisi vertikal penyebaran HIV/AIDS, yang terdiri dari 3 fase penularan

- 1) Intra uterin: Terjadi sebelum kelahiran atau pada masa awal kehamilan sampai trisemester kedua, yang mencakup kira-kira 30-50% dari penularan secara vertikal. Janin dapat terinfeksi melalui transmisi virus lewat plasenta dan melewati selaput amnion, khususnya bila selaput amnion mengalami peradangan atau infeksi
- 2) Intra partum : Transmisi vertikal paling sering terjadi selama persalinan, kurang lebih 50-60%, dan banyak faktor-faktor mempengaruhi resiko untuk terinfeksi pada periode ini. Secara umum, semakin lama dan semakin banyak jumlah kontak neonatus dengan darah ibu dan sekresi serviks dan vagina, maka semakin besar resiko penularan. Bayi prematur dan BBLR

mempunyai resiko terinfeksi lebih tinggi selama persalinan karena barier kulitnya yang lebih tipis dan pertahanan imunologis pada mereka lebih lemah

- 3) Post partum: Bayi baru lahir terpajan oleh cairan ibu yang terinfeksi dan bayi dapat tertular melalui pemberian air susu ibu yang terinfeksi HIV kira-kira 7-22%. Lebih dari 90% penularan HIV dari ibu ke anak terjadi selama dalam kandungan, persalinan dan menyusui.

2. Secara horizontal

Tranfusi darah/produk darah yang tercemar HIV seperti:

- 1) Pemakaian jarum tidak steril/pemakaian bersama jarum suntik pada para pecandu narkotik suntik.
- 2) Penularan lewat kecelakaan tertusuk jarum pada petugas kesehatan kontak antar darah atau produk darah yang terinfeksi (asas sterilisasi kurang diperhatikan seperti tato, suntik, pemeriksaan gigi, transfusi)

3. Secara transeksual (homoseksual maupun heteroseksual)

HIV merupakan jenis infeksi yang menular, data Center Of Disease Control (CDC) (2010) kebanyakan infeksi HIV yang baru di Amerika terjadi karena adanya penularan dari hal hubungan seksual. HIV mudah ditemukan di air mani dan cairan vagina dari orang yang terinfeksi HIV. Adanya korelasi yang kuat antara viral load plasma tinggi dan jumlah virus dalam sekresi genital. Dengan demikian individu dengan HIV dapat menularkan infeksi HIV melalui cairan vagina. Penularan HIV dapat terjadi melalui hubungan seksual baik pervagial, oral dan anal. Saat melakukan hubungan seksual, air mani, cairan vagina, dan darah dapat mengenai selaput lendir pada vagina,

penis, dubur atau mulut sehingga virus HIV yang berada diorgan tersebut masuk kedalam seluruh darah

2.1.5 Stadium HIV

Menurut WHO (2006) Infeksi HIV terdiri atas beberapa stadium antara lain:

1. Stadium awal (Utama) HIV

Infeksi dimulai ketika virus HIV masuk dan diikuti dengan kejadian perubahan serologi ketika antibodi bereaksi dengan virus berubah dari negatif menjadi positif. Gejala klinis yang muncul:

Asintomatis (Performance scale 1: asintomatis, aktivitas normal)

2. Stadium kedua adalah Asintomatik (tanpa gejala)

Pada seseorang yang terinfeksi HIV tubuhnya tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan tersebut terjadi antara 5-10 tahun. Cairan tubuh pasien HIV/AIDS yang nampak sehat sudah mampu menularkan HIV pada orang lain. Gejala klinis yang muncul:

- 1) Penurunan berat badan lebih dari 10 % berat badan awal
- 2) Gejala mukokutaneus minor (misal ulserasi oral dan infeksi jamur kuku)
- 3) Terjadi heperzoster dalam 5 tahun terakhir
- 4) Infeksi saluran napas rekuren (misal sinusistis bakterial)

Performance scale 2: asintomatis, aktivitas normal

3. Stadium ketiga

Terjadi perubahan dalam tubuh seseorang yang mengalami infeksi HIV, biasanya berupa pembesaran kelenjar limfe secara perlahan dan menetap, berlangsung lebih dari satu bulan. Gejala klinis yang muncul:

- 1) Penurunan berat badan lebih 10 % berat badan awal

- 2) Diare kronis yang tidak diketahui penyebabnya lebih dari 1 bulan
- 3) Demam selama lebih dari 1 bulan
- 4) Kandidasi oral (*oral thrush*)
- 5) Oral hairy leukoplakia
- 6) TB paru
- 7) *Performance scale 3*: tidak bangun dari tempat tidur lebih dari 50% sehari dalam sebulan terakhir

4. Stadium empat: AIDS

Stadium yang disertai dengan bermacam-macam penyakit, seperti penyakit infeksi sekunder, penyakit saraf dan penyakit konstitusional. Gejala klinis:

- 1) *HIV wasting syndrome*
- 2) *Pneumocysticarinii* pnemodia
- 3) Tokso plasmosis otak
- 4) Kriptosporidosis dengan diare lebih lebih dari sebulan
- 5) Penyakit *cytomegalovirus* (CMV) pada organ selain hati, limpa, kelenjar getah bening

2.1.6 Pencegahan HIV

Menurut Arifin (2011) bentuk pencegahan yang dapat dilakukan untuk menghindari penyebaran infeksi HIV yaitu dengan cara:

1. *Antinensia* atau tidak melakukan hubungan seks, merupakan cara yang paling aman untuk menghindari infeksi HIV. Cara tersebut dianjurkan untuk individu yang belum menikah atau yang belum aktif secara seksual.
2. *Be faithful* merupakan suatu cara mencegah infeksi HIV dengan jalan tidak melakukan hubungan seksual dengan orang lain kecuali dengan pasangan. Jadi

seorang laki-laki atau perempuan harus melakukan hubungan seksual dengan satu orang saja begitu pula sebaliknya.

3. *Condom*, artinya menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual. Kondom merupakan alat kontrasepsi yang diandalkan untuk melindungi diri dan pasangan yang terinfeksi HIV.
4. *Drug* yaitu dengan menghindari penggunaan jarum suntik dan alat tajam secara bergantian. Sebagian besar IDU menggunakan jarum suntik secara bergantian. Hal tersebut sangat berisiko untuk terjadi penularan HIV.
5. *Education*, memberikan edukasi atau pendidikan kesehatan terkait pengetahuan dan ketrampilan tentang HIV/AIDS melalui penyuluhan, pelatihan kecakapan baik pada kelompok resiko tinggi maupun kelompok resiko rendah.

2.2 Seksualitas Manusia dan Lelaki Suka dengan Lelaki

2.2.1 Seksualitas Manusia

Menurut Kemenkes RI (2009) seksualitas merupakan salah satu aspek dalam kehidupan manusia disepanjang kehidupannya yang terkait dengan alat kelamin. Seksualitas dialami dan diungkapkan dalam pikiran, khayalan, gairah, kepercayaan, sikap, nilai, perilaku, perbuatan, peran dan hubungan. Seksualitas manusia dipengaruhi oleh beberapa aspek yang dapat diartikan dan dijalani oleh manusia. Ada 10 aspek yang mempengaruhi seksualitas manusia diantaranya aspek biologis, aspek psikologis, sosial, ekonomi, politik, budaya, etika hukum, sejarah, religi, spiritual.

Dari aktivitas tersebut manusia akan mempertimbangkan aktivitas seksualnya. Komponen seksualitas manusia terdiri dari beberapa unsur, kemudian

dikelola oleh manusia untuk menata seksualitasnya disepanjang hidupnya sampai masa mendatang. Unsur- unsur seksualitas meliputi:

1. Seks

Seks adalah bentuk biologis atau bentuk fisik yang dalam diri perempuan dan laki-laki, yang sering disebut sebagai jenis kelamin. Secara kasat mata orang dapat membedakan bahwa perempuan mempunyai vagina dan ovum sedangkan laki-laki punya penis dan testis (BKKBN, 2006)

2. Gender dan peran gender

Gender merupakan sifat karakteristik yang dibentuk oleh masyarakat dan melekat pada diri seseorang. Dengan demikian diharapkan seorang laki-laki yang mempunyai fisik tubuh besar dan secara emosional mempunyai karakteristik tegas. Sementara perempuan diharapkan secara fisik mempunyai tubuh yang langsing, cantik dan secara emosional memiliki sifat lemah lembut (Kemenkes RI, 2009)

3. Orientasi seksual

Orientasi seksual dapat diartikan sebagai rasa ketertarikan secara emosional seseorang berdasarkan jenis kelamin tertentu, orientasi seksual dikategorikan menjadi dua:

- 1) Heteroseks adalah orang yang secara emosi tertarik berhubungan badan dengan lawan jenis
- 2) Homoseks adalah orang yang secara emosional tertarik berhubungan badan dengan sesama jenisnya (BKKBN, 2006)

4. Perilaku seksual

Suatu tindakan dalam rangka memenuhi hasrat atau dorongan seksual untuk mendapat kepuasan atau kenikmatan seksual (Kemenkes RI, 2009)

2.2.2 Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL)

LSL merupakan suatu istilah yang menggambarkan lelaki yang melakukan hubungan seks dengan lelaki. Istilah tersebut sering diartikan sebagai Gay. Namun hal tersebut merupakan pernyataan yang salah. LSL lebih ditujukan untuk menggambarkan perilaku seksual sementara Gay tidak hanya ditunjukkan untuk perilaku seksual, namun juga ada ketertarikan emosional. Sebagai contoh seorang narapidana lelaki yang ingin memenuhi kebutuhan seksualnya mereka melampiaskan hubungan seksual dengan lelaki lain di dalam penjara selain itu, pasangan lelaki dari waria juga disebut dengan LSL bukan seorang Gay (GWL-INA, 2016)

Terminologi *Men Who have Sex With Men* (MSM) dalam bahasa Indonesia diartikan sebagai LSL merupakan suatu bentuk perilaku seksual yang dapat menularkan HIV. LSL tidak dapat dilihat dari latar belakang identitas dan orientasi seksual melainkan dilihat dari perilaku dan pasangan seksualnya yang artinya tidak memikirkan apakah seorang gay, biseksual, heteroseksual ketiganya dapat dimasukkan dalam kategori LSL, apabila mereka sudah pernah melakukan hubungan seksual (oral maupun anal seks) dengan laki-laki yang lain baik dengan alasan finansial, hasrat atau coba-coba (*Center Disease Control and Preventon* , 2009)

Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) sering dikaitkan dengan penyebaran virus HIV /AIDS. Biasanya seorang LSL melakukan hubungan seks melalui anus atau sering disebut sebagai *anal sex*. Perilaku *anal sex* merupakan hubungan seksual

dimana penis yang ereksi akan dimasukan kedalam anus. Melakukan hubungan dengan cara tersebut beresiko menimbulkan luka pada anus maupun penis karena tidak ada pelicin seperti di vagina. Seorang Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) sulit dikatakan sebagai suatu kelainan jiwa karena sifatnya tergantung pada norma sosial budaya. Hal tersebut berkaitan dengan temuan beberapa ilmuwan yang membuktikan bahwa setiap diri manusia terdapat dorongan untuk melakukan hubungan seksual kepada sejenis maupun lawan jenis (Sarwono, 2011)

Tingkat pendidikan LSL bermacam-macam, ada yang sekedar lulusan sekolah dasar, namun ada juga yang lulusan perguruan tinggi. Kebanyakan dari LSL telah lulus dari Sekolah Menengah Atas (SMA), sehingga seorang dikatakan LSL tidak berarti mereka memiliki tingkat pendidikan yang rendah, malah sebagian besar dari LSL memiliki pendidikan yang tinggi dan memiliki pengetahuan yang cukup terkait dengan melakukan hubungan dengan sesama jenis maupun dengan lawan jenis (Kemenkes RI, 2017)

Menurut UNAIDS (2017) populasi LSL paling banyak ditemukan pada usia produktif yaitu antara rentang usia 15-49 tahun. Hal tersebut dikarenakan pada rentang usia tersebut seseorang sedang gencar mencari jati diri dan usia yang sangat menyukai hubungan seksual serta aktif melakukan hubungan seksual.

2.2.3 Penggolongan LSL

Menurut GWL- INA (2016) penggolongan LSL dapat dikategorikan dalam beberapa refleksi LSL antara lain:

1. Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki lain (Eksklusif)
2. Bisexual (lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki lain namun lebih sering melakukan hubungan seks dengan perempuan)

3. Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki ataupun perempuan tanpa ada perbedaan kesenangan
4. Lelaki yang menjajakan seks pada laki-laki lain, baik karena alasan terpaksa atau senang hati

2.2.4 Pola Kehidupan Kelompok LSL

Pola kehidupan Lelaki Suka dengan Lelaki tidak jauh beda dari kelompok heteroseksual. Secara psikologis berinteraksi sosial sama dengan kelompok heteroseksual. Mereka juga bekerja di berbagai aspek profesi. Bentuk sikap yang lebih bervariasi lebih di perhatikan. Misalnya seorang Lelaki Suka dengan Lelaki lebih bisa bersikap akrab, acuh dan menjaga jarak, tergantung dari sikap heteroseks sendiri dalam menerima keberadaan mereka (Soetjningsih, 2010)

Kelompok Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) juga memiliki saluran dan media komunikasi yang bermacam-macam tergantung dari tingkat ekonomi dan sosial. Taman kota, jalanan, diskotik, dan hotel dijadikan sebagai kontak dengan pasangannya. Kegiatan seksual kelompok Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) secara umum sama dengan kelompok heteroseksual. Akan tetapi ada beberapa hal yang membedakan yaitu lebih senang bereksperimen dan penuh perhatian. Gaya dan teknik pembangkitan gairah seksual tergantung pada tempat, waktu dan keadaan, hal tersebut yang akan menimbulkan perasaan senang dan relaks jika lingkungan menyenangkan. Kebanyakan interaksi homoseks merupakan suatu kesepakatan yang saling menguntungkan dan dilakukan secara terencana (Soetjningsih, 2010)

2.3 *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*

2.3.1 Definisi VCT

VCT dalam bahasa Indonesia dikenal sebagai konseling dan tes sukarela HIV, membantu setiap orang untuk mendapatkan akses kearah semua layanan, baik Informasi, edukasi, terapi dan dukungan psikososial. Konseling HIV/AIDS adalah dialog antara seseorang (klien) dengan pelayan kesehatan (konselor) yang bersifat rahasia, sehingga memungkinkan orang tersebut mampu menyesuaikan atau mengadaptasikan diri dengan stres dan sanggup membuat keputusan bertindak berkaitan dengan HIV/AIDS (Purwaningsih, Misutarno and Imamah, 2011).

VCT dilakukan berdasarkan dari kehendak diri sendiri maupun atas rekomendasi dari petugas kesehatan *Provider Initiated Counseling and Testing (PICT)* karena pertimbangan medis misal pada pasien TB yang beresiko. Dalam penatalaksanaan dilapangan terdapat berbagai varian konseling dan testing. Beberapa varian yang dimaksud antara lain: VCT di klinik, VCT di lapangan yang dilayani oleh TIM keliling (*mobile VCT*), VCT online, VCT dengan konseling pre tes yang di laksanakan secara kelompok/*group counselling PICT*. VCT juga dapat memberikan peluang bagi petugas kesehatan untuk membantu klien dalam melakukan perubahan perilaku untuk mecegah penularan HIV. Selain itu, VCT juga dapat dijadikan pintu masuk oleh ODHA untuk mendapatkan layanan perawatan dukungan dan pengobatan. Semakin dini seseorang mengetahui status HIVnya, semakin baik hasil perawatan dan pengobatan (Komisi Nasional Penanggulangan AIDS, 2009)

2.3.2 Tujuan VCT

Menurut Komisi Penanggulangan AIDS (2006) layanan VCT dimaksudkan untuk membantu masyarakat yang beresiko dan anggota keluarga untuk mengetahui status kesehatan yang berkaitan dengan HIV.

Tujuan lain:

1. Meningkatkan kesadaran populasi beresiko tentang status kesehatan HIV
2. Meningkatkan jumlah populasi yang beresiko dan keluarga untuk ikut serta dalam upaya pencegahan penularan HIV
3. Meningkatkan kesadaran populasi untuk membuat keputusan dan merubah perilaku menjadi aman.
4. Membantu individu yang teridentifikasi infeksi HIV agar mendapat pertolongan kesehatan dengan segera.

2.3.3 Tahapan Layanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) sesuai dengan Kemenkes RI 2013

VCT atau Konseling dan Tes Sukarela (KTS) juga merupakan proses konseling pra testing, konseling post testing, dan testing HIV secara sukarela yang bersifat confidential (rahasia) dan secara lebih dini membantu orang mengetahui status HIV. Dimana tes HIV dilakukan setelah klien terlebih dahulu memahami dan menandatangani informed consent.

Tahapan konseling dan Tes HIV sukarela dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Konseling Pra Tes HIV

Pada tahap pre konseling dilakukan pemberian informasi tentang HIV dan AIDS, cara penularan, cara pencegahan dan periode jendela. Kemudian konselor melakukan penilaian klinis. Pada saat ini klien harus jujur menceritakan kegiatan yang berisiko HIV/AIDS seperti aktivitas seksual

terakhir, menggunakan narkoba suntik, pernah menerima produk darah atau organ, dan sebagainya. Konseling pra testing memberikan pengetahuan tentang manfaat testing, pengambilan keputusan untuk testing, dan perencanaan atas isu HIV yang dihadapi.

2. Tes HIV (Pengambilan dan Pemeriksaan Darah)

Setelah tahap pre konseling, klien akan melakukan tes HIV. Pada saat melakukan tes, darah akan diambil secukupnya dan pemeriksaan darah ini bisa memakan waktu antara setengah jam sampai satu minggu tergantung metode tes darahnya. Dalam tes HIV, diagnosis didasarkan pada antibodi HIV yang ditemukan dalam darah. Tes antibodi HIV dapat dilakukan dengan tes ELISA, Westren Blot ataupun Rapid.

3. Konseling Pasca Tes HIV

Setelah klien mengambil hasil tesnya, maka klien akan menjalani tahapan post konseling. Apabila hasil tes adalah negatif (tidak reaktif) klien belum tentu tidak memiliki HIV karena bisa saja klien masih dalam periode jendela, yaitu periode dimana orang yang bersangkutan sudah tertular HIV tapi antibodinya belum membentuk sistem kekebalan terhadap HIV. Klien dengan periode jendela ini sudah bisa menularkan HIV. Kewaspadaan akan periode jendela itu tergantung pada penilaian risiko pada pre konseling. Apabila klien mempunyai faktor risiko terkena HIV maka dianjurkan untuk melakukan tes kembali tiga bulan setelahnya. Selain itu, bersama dengan klien, konselor akan membantu merencanakan program perubahan perilaku. Apabila pemeriksaan pertama hasil tesnya positif (reaktif) maka dilakukan pemeriksaan kedua dan ketiga dengan ketentuan beda. Sensitifitas dan spesifisitas pada reagen yang

digunakan. Apabila tetap reaktif klien bebas mendiskusikan perasaannya dengan konselor. Konselor juga akan menginformasikan fasilitas untuk tindak lanjut dan dukungan. Misalnya, jika klien membutuhkan terapi ARV ataupun dukungan dari kelompok sebaya. Selain itu, konselor juga akan memberikan informasi tentang cara hidup sehat dan bagaimana agar tidak menularkannya ke orang lain.

Pemeriksaan dini terhadap HIV/AIDS perlu dilakukan untuk segera mendapat pertolongan kesehatan sesuai kebutuhan bagi mereka yang diidentifikasi terinfeksi karena HIV/AIDS belum ditemukan obatnya, dan cara penularannya pun sangat cepat. Memulai menjalani VCT tidaklah perlu merasa takut karena konseling dalam VCT dijamin kerahasiaannya dan tes ini merupakan suatu dialog antara klien dengan petugas kesehatan.

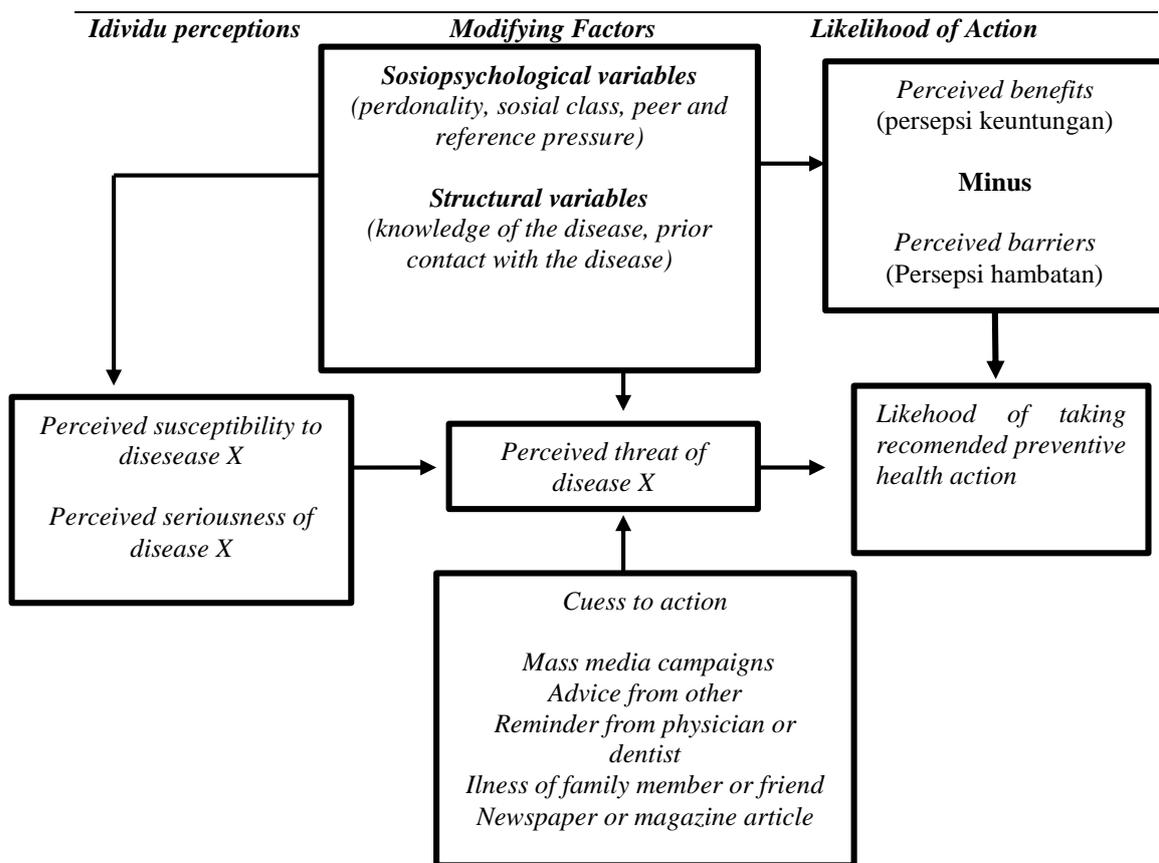
2.4 Konsep Teori *Health Belief Model* (HBM)

2.4.1 Perkembangan HBM

Tahun 1950 teori HBM di kembangkan oleh sekelompok ahli psikologi antara lain Goldfrey Hochbaum, Laventhal, Stephen kengeles dan Irvin Resenstock yang bekerja di pelayanan kesehatan di Amerika, untuk memberi penjelasan terhadap kegagalan masyarakat untu berpartisipasi dalam program pencegahan dan manfaat deteksi dini suatu penyakit (Hochblaum 1958 dalam Glanz and B. K Viswanath K, 2008). Jika individu menganggap rentan terhadap suatu kondisi dan mempercayai suatu kondisi maka akan memunculkan konsekuensi yang serius, percaya bahwa suatu tindakan yang tersedia akan memiliki manfaat pada setiap individu untuk mengurangi kerentanan atau keparahan dari kondisi yang mereka hadapi dan mempercayai bahwa antisipasi dapat memberikan perngaruh yang lebih

besar sehingga seseorang cenderung mengambil tindakan untuk mengurangi resiko (Glanz, 2008).

Teori HBM berisikan beberapa konsep utama yang memprediksi mengapa orang mengambil tindakan untuk melakukan pencegahan, menyaring ataupun mengendalikan kondisi penyakit, yang termasuk didalamnya meliputi *susceptibility* (kerentanan), *seriousness* (keseriusan), *benefit* (keuntungan) dan *barrier* (hambatan) dalam melakukan suatu perilaku, *cues to action* (petunjuk untuk bertindak) dan yang terbaru terkait *Self efficacy* (Glanz and B. K Viswanath K, 2008). Teori ini dapat mempelajari perilaku masyarakat dalam menanggapi suatu diagnosa penyakit, khususnya kepatuhan terhadap pengobatan atau rejimen medis (Becker 1974)



Gambar 2. 3 kerangka Teori *Health Belief Model* (HBM) Becker (1974)

Berdasarkan teori *Health Belief Model* (HBM), seorang individu dimungkinkan melakukan tindakan kesehatan secara langsung pada hasil dua keyakinan atau menilai kesehatan (*health belief*) yaitu ancaman yang dirasakan (*perceived threat of illness or injury*) dan mempertimbangkan keuntungan dan kerugian (*perceived benefit and barrier*). Pertama terkait penilaian terhadap ancaman yang beresiko yang akan muncul, hal tersebut mengacu pada sejauh mana seorang dapat berfikir tentang suatu penyakit atau kesakitan yang dianggap sebagai ancaman terhadap dirinya. Penilaian terhadap ancaman yang dirasakan didasarkan pada kerentanan atau keseriusan yang dirasakan serta terdapat tambahan untuk menilai ancaman berupa pendorong dari luar yang terdiri dari berbagai macam informasi atau nasehat mengenai permasalahan kesehatan. Penilaian selanjutnya dibuat dengan membandingkan antara manfaat atau keuntungan dan kerugian yang dirasakan sebagai usaha untuk memutuskan suatu tindakan kesehatan atau tidak ketika ada ancaman keseriusan, kerentanan, pertimbangan keuntungan dan kerugian di pengaruhi oleh variable demografi, sosiopsikologis dan struktur (Smeth, 1994)

2.4.2 Definisi HBM

Health Belief Model (HBM) yaitu teori yang digunakan untuk mengevaluasi dan menjelaskan perbedaan individu dalam perilaku kesehatan preventif (Janz *et al.*, 2002). Menurut Notoadmojo (2010) teori ini menganut konsep bahwa individu hidup pada lingkungan kehidupan atau masyarakat, serta menganalisis terhadap berbagai faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat terhadap kesehatan.

Secara garis besar konsep dari HBM adalah menjelaskan bahwa perilaku kesehatan di tentukan dari keyakinan setiap individu terkait penyakit dan strategi yang tersedia untuk mengurangi suatu kejadian (Hochbaum, 1958). Persepsi individu dipengaruhi oleh

seluruh rentang faktor interpersonal yang mempengaruhi perilaku kesehatan tetapi tidak terbatas pada pengetahuan, sikap, keyakinan, pengalaman, ketrampilan budaya dan agama (Hayden, 2017).

2.4.3 Komponen HBM

Menurut Heyden (2017) terdapat empat persepsi utama dalam Teori HBM antara lain *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefits* dan *perceived barriers* dari masing–masing persepsi tersebut secara individu dapat digunakan untuk menjelaskan terkait perilaku kesehatan yang akan dipilih idividu. Seiring tahun banyak penambahan komponen kedalam teori HBM diantaranya yaitu *cues to action*, *motivating factors* dan *self efficacy*

1. Persepsi terhadap kerentanan (*Perceived Susceptibility*)

Suatu persepsi seseorang terhadap resiko dari suatu penyakit agar seseorang melakukan tindakan untuk mengobati ataupun mencegah penyakitnya. Tindakan dari persepsi dapat diperoleh ketika seseorang merasakan kerentanan terhadap suatu penyakit (Glanz and B. K Viswanath K, 2008). Individu yang memiliki keyakinan memiliki resiko tinggi terserang penyakit lebih mungkin melakukan suatu tindakan untuk mencegahnya, namun sebaliknya ketika individu merasa tidak beresiko ataupun beresiko rendah terhadap suatu penyakit maka individu cenderung melakukan perilaku yang tidak sehat dan tidak melakukan pencegahan. Semakin besar resiko yang dirasakan semakin besar kemungkinan untuk terlibat dalam perilaku untuk mengurangi resiko (Hayden, 2017). Hal tersebut mendorong Lelaki yang melakukan Seks dengan Lelaki melakukan vaksinasi terhadap hepatitis dan menggunakan kondom sebagai upaya untuk mengurahi kerentanan terhadap infeksi HIV (Wolotski, Halkitis & Hoff, 2005)

2. Persepsi terhadap keseriusan (*perceived seriousness*)

Tindakan seseorang untuk mencari pengobatan dan mencegah penyakit, dikarenakan adanya keseriusan dari suatu penyakit yang dirasakan, misalnya kecacatan, kematian atau kelumpuhan dan juga dampak sosial seperti dampak terhadap pekerjaan, kehidupan keluarga dan hubungan sosial (Glanz, Rimer and K, 2008).

3. Persepsi terhadap hambatan (*perceived barrier*)

Adanya rintangan yang ditemui saat melakukan tindakan pencegahan akan mempengaruhi besar kecilnya usaha individu tersebut. Hambatan yang dirasakan dapat berasal dari biaya yang dikeluarkan, waktu yang dihabiskan, jarak dari pelayanan kesehatan terdekat, kesakitan, kesulitan, gangguan dan kesusahan pengguna. Hambatan yang dirasakan merupakan penentu dari perubahan perilaku. Gabungan dari kerentangan dan keparahan dirasakan akan memberikan kekuatan untuk melakukan tindakan tertentu dan memberikan manfaat sehingga menjadi pendorong untuk bertindak (Glanz, Rimer and K, 2008).

4. Persepsi terhadap keuntungan (*perceived benefits*)

Pasien akan merasa dirinya sangat rentan terhadap suatu penyakit, maka akan berusaha melakukan suatu tindakan pencegahan tergantung dari berapa banyak keuntungan dan keefektifan dari tindakan tersebut. Semakin besar keuntungan yang diperoleh maka semakin besar pula persepsi individu, ataupun sebaliknya jika semakin kecil keuntungan yang diperoleh maka semakin kecil pula persepsi individu tersebut (Glanz, Rimer and K, 2008).

5. Isyarat untuk bertindak (*cues to action*)

Suatu kejadian akan memicu timbulnya suatu perubahan perilaku pada seseorang. Sebagai contoh anggota keluarga mengalami suatu penyakit, adanya laporan dari

media masa, kampanye media masa, saran dari orang lain, poster dan label peringatan (Heyden, 2017). Kesiapan individu untuk melakukan tindakan yang didasari oleh asumsi kerentanan dan keseriusan penyakit) hanya dapat dilaksanakan jika ada pengaruh potensial yang datang dari luar (Glanz, Rimer and K, 2008)

Tabel 2. 2 Konsep utama dan Definisi HBM (Skinner and Champion, 2008)

Konsep	Definisi	Aplikasi
<i>Perceived suscpetibility</i>	Percaya tentang kemungkinan memiliki resiko atau mendapatkan penyakit	LSL percaya bisa saja terkena HIV/ AIDS
<i>Perceived seriousness</i>	Percaya dengan keseriusan kondisi dan gejala peyakit	Konsekuensi emosioanal, sosial dari HIV/AIDS
<i>Perceived benefits</i>	Percaya dengan keuntungan dari tindakan yang disarankan untuk mengurangi resiko penyakit	Keuntungan dan efektifitas mengikuti pemeriksaan VCT oleh LSL
<i>Perceived barrier</i>	Keyakinan terhadap hambatan dari tindakan yang disarankan	Hambatan, efek samping melakukan tindakan VCT oleh LSL
<i>Cues to action</i>	Strategi terhadap kesiapan yang dipengaruhi stimulus	Aktivitas individu mencari informasi untuk menguatkan

2.4.4 Penerapan Teori HBM

HBM merupakan perilaku pencegahan yang berkaitan dengan dunia media yang meliputi berbagai perilaku, seperti *chek up* pencegahan dan skrining imunisasi. Contoh kegunaan HBM dalam imunisasi dapat memberikan kesan terhadap orang yang mengikuti program imunisasi, percaya dengan hal berikut:

1. Kemungkinan terkena penyakit yang tinggi (ketidak kebalan)
2. Jika terkena penyakit akan mengakibatkan hal yang serius
3. Imunisasi merupakan cara yang efektif untuk mencegah suatu penyakit
4. Tidak ada hambahan yang seirius untuk melakukan imunisasi, tetapi beberapa hasil dari penelitian HBM menunjukkan kebalikannya

Perkembangan teori HBM menggunakan ketertarikan kebiasaan orang dan sifat-sifat yang dikaitkan dengan perkembangan dari suatu kondisi yang dianggap kronis, termasuk gaya hidup tertentu seperti halnya merokok, olahraga, diet, perilaku keselamatan, penggunaan alkohol, penggunaan kondom untuk mencegah AIDS dan gosok gigi. Penekanan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit telah diganti mencari kontrol terhadap resiko. HBM telah diterapkan pada perilaku itu sendiri dan lebih penting untuk mencegah perubahan dalam perilaku (Maulana, 2007)

2.4.5 Kekurangan Teori HBM

Secara teori menurut (Maulana, 2007), ada empat kelemahan dalam teori HBM antara lain:

1. HBM lebih didasarkan pada penelitian terapan dalam permasalahan pendidikan kesehatan daripada penelitian akademis.
2. HBM didasarkan pada beberapa asumsi yang bisa diragukan, seperti halnya pemikiran bahwa setiap pilihan perilaku selalu berdasarkan pertimbangan dan rasional. Selain rasional HBM juga tidak memberi spesifikasi yang tepat terhadap kondisi ketika individu membuat suatu pertimbangan tertentu.
3. HBM hanya memperhentikan suatu keyakinan kesehatan. Pada kenyataannya, orang dapat membuat banyak pertimbangan terkait perilaku yang tidak berhubungan dengan kesehatan, namun masih memengaruhi kesehatan. Sebagai contoh seseorang dapat bergabung dengan kelompok olahraga karena kontak sosial atau ketertarikan pada seseorang dalam kelompok tersebut. Keputusan yang diambil tidak ada kaitannya dengan kesehatan tetapi mempengaruhi kondisi kesehatannya.

4. Keterkaitan dengan ukuran komponen-komponen HBM. Banyak studi menggunakan konsep operasional dan pengenalan yang berbeda sehingga sulit dibandingkan sehingga, menimbulkan hasil yang tercampur dan prediksi yang tidak konsisten, analisis model menunjukkan berbagai prediktor dapat berubah sewaktu-waktu.

2.5 Keaslian Penulisan

Tabel 2. 3 Keaslian penelitian analisa faktor pemanfaatan VCT oleh LSL dengan pendekatan Teori HBM di wilayah Surabaya

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
1.	Analisis Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Praktik Skrining IMS oleh Lelaki Seks Lelaki (LSL) sebagai Upaya Pencegahan Penularan HIV (Studi Kasus pada Semarang Gaya Community) (Carmelita <i>et al</i> , 2017) Google Cendekia	<ul style="list-style-type: none"> - D: penelitian analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i> - S : 258 responden - V: <i>Variabel Independen:</i> Karakteristik responden (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, ststus perkawinan), pengetahuan, perilaku seksual beresiko, riwayat IMS, persepsi terhadap kerentanan tertular IMS, persepsi keparahan IMS, persepsi manfaat skrining IMS, persepsi terhadap hambatan dalam melakukan skrining IMS, dorongan untuk melakukan skrining IMS <i>Variabel dependen:</i> Praktik skrining IMS oleh LSL - I : Kuesioner - A: <i>Chi-square</i> 	<p>Responden yang rutin dalam melakukan pemeriksaan IMS sebesar 53, 1% dan yang tidak rutin melakukan skrining IMS sebesar 46, 9</p> <p>pengetahuan yang tinggi mengenai HIV, IMS dan Skrining IMS, responden tidak memiliki perilaku seksual yang berisiko</p> <p>Variabel yang memiliki hubungan dengan praktik skrining IMS oleh LSL di kota Semarang adalah Perilaku Seksual berisiko dan persepsi terhadap manfaat melakukan skrining IMS</p>

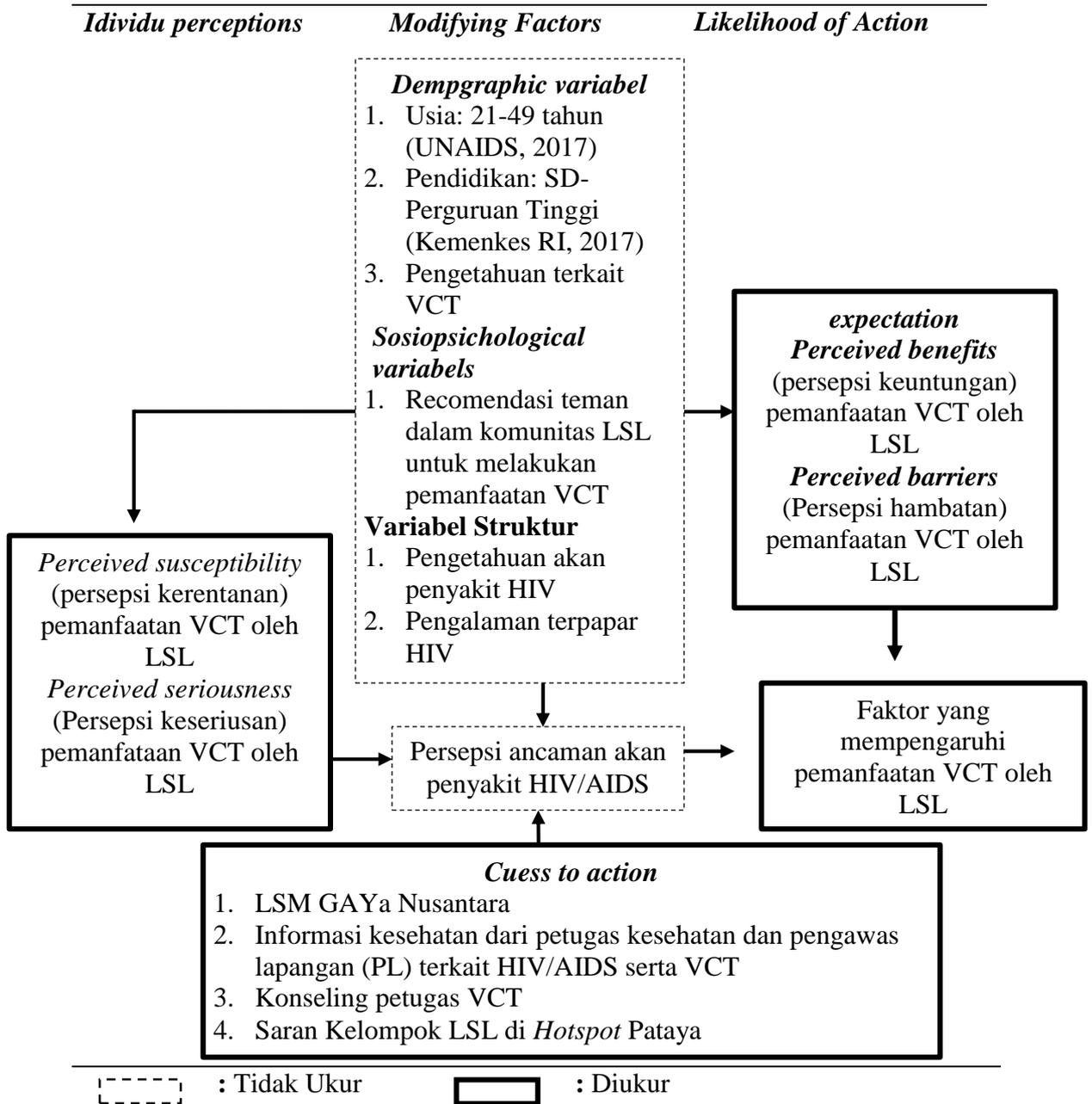
No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
2.	Analisis Faktor Pemanfaatan VCT pada Orang Risiko Tinggi HIV/AIDS (Purwaningsih, 2011) Jurnal Ners	- D: penelitian deskriptif survei - S: 23 orang - V: <i>Independent:</i> komponen health belief model meliputi faktor kerentanan, faktor keseriusan, faktor manfaat dan rintangan, faktor pendorong dan <i>self efficacy</i> - I: wawancara - A: analisis deskriptif	Faktor perilaku utama yang mengarah pada kejadian HIV/AIDS pada tahanan yaitu pengguna narkoba suntikan, perilaku seksual yang tidak aman dan tato
3.	Dukungan pasangan dengan Niat yang melakukan Hubungan Seksual dengan Laki-laki (LSL) untuk melakukan VCT (Puji, 2017) Google cendikia	- D: <i>survey explanatory reseach</i> dengan pendekatan cross sectional - S: 170 orang - V: Karakteristik LSL berdasarkan usia, dukungan pasangan, niat melakukan VCT - I : Kuesioner - A : <i>Chi-Square</i>	Sebagian besar responden mendapatkan dukukangan dari pasangan untuk melakukan pemeriksaan VCT dengan presentase 77, 65% dan seanyak 53, 53 % responden memiliki niat untuk melakukan VCT. sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara dukungan pasangan tentang VCT dengan niag LSL melakukan VCT di Kabupaten Madiun
	Strategi Komunikasi Yayasan Gaya Dewata dalam Sosialisasi Layanan	- D : Deskriptif kualitatif - S : individu/perorangan - V : <i>Independen:</i> strategi komunikasi yang digunakan Yayasan Gaya	Yayasan Gaya Dewata telah melaksanakan strategi komunikasi dalam

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
	VCT di Kalangan Gay (Silvia, 2017) Google Cendikia	Dewata dalam sosialisasi layanan VCT <i>Dependen:</i> litelatur yang berhubungan dengan judul penelitian - I : Teknik wawancara, teknik obeservasi dan studi dokumentasi - A : mereduksi data, menyajikan data serta penarikan kesimpulan dan verivikasi	sosialisasi layanan VCT dikalangan gay sesuai dengan konsep empat elemen penting dalam menyusun strategi komunikasi efektif: mengenal khalayak, menyusun pesan, menetapkan metode, menyeleksi penggunaan media
4.	Prevalence and Associated Factors of Intention to Participate in HIV Voluntary Counseling and Testing for the first Time Among Men Who Have Sex With Men iin Hongkong, China (Jhosep <i>et al</i> , 2013)	- D : Survey cross sectional - S : 577 orang - V : <i>Independen:</i> Faktor-faktor yang terkait dengan niat perilaku tinggi untuk berpartisipasi dalam VCT dalam enam bulan ke depan <i>Dependen:</i> perilaku yang ditunjukan sebelum ada niat - I : Kuesioner - A : Uji Signifikasi	Masih banyak LSL yang tidak melakukan pemeriksaan VCT karena merasa kurang begitu membutuhkan pemeriksaan VCT dan niat yang rendah
	<i>Science Direct</i>	- D : <i>cross sectional</i> - S :356 ndividu - V : <i>Independent:</i> peran hubungan seks anal, kompensasi untuk seks, dan penggunaan kondom selama hubungan anal <i>Dependen:</i> Kepercayaan, penggunaan uang, obat-obatan dan alkohol - I : kuesioner onlie - A : analisis multivariabel	Tes terkait IMS masih kurang dilakukan dari pada tes HIV. VCT mampu mempengaruhi penggunaan kondom secara konsisten, mengurangi resiko penularan dan meningkatkan kesadaran
	(Weiss <i>et al</i> , 2017) Science direct		

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3. 1 Kerangka Konseptual Analisis Faktor pemeriksaan VCT oleh LSL di wilayah Surabaya (Becker, 1974)

Gambar 3. 1 dijelaskan bahwa konsep HBM memiliki 5 variabel utama yang terlibat dalam tindakan tersebut: *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefis*, *perceived barriers* dan *cues action* yang dipengaruhi oleh *modifying variabels* yang terdiri atas variabel demografi yang meliputi usia dengan rentang usia 21-49 tahun, pendidikan (SD-Perguruan Tinggi) dan pengetahuan LSL terkait dengan *Voluntay counseling and Testing (VCT)*, variabel sosiopsikologi bisa ditunjukkan dari rekomendasi teman dalam komunitas LSL di *Hotspot* Pataya untuk melakukan pemanfaatan VCT, variabel struktur (Pengetahuan LSL akan penyakit HIV dan pengalaman terpapar dengan infeksi HIV). Persepsi tersebut, baik terpisah maupun bersamaan dapat digunakan untuk menjelaskan perilaku kesehatan (Rosenstock, 1974). Pemanfaatan pemeriksaan VCT dipengaruhi oleh faktor acaman (*threat*) akan ancaman terkena penyakit HIV/AIDS yang dibentuk dari *perceived seuseptibility* (persepsi kerentanan) dan *perceived seriousness* (persepsi keseriusan) pemanfaatan VCT oleh LSL dan ekspektasi (*expectation*). Komponen *expectation* dibentuk oleh 2 komponen yaitu: *perceived benefits* (persepsi keuntungan) pemanfaatan VCT oleh LSL, *perceived barrier* (persepsi hambatan) pemanfaatan VCT oleh LSL. Selain dua faktor tersebut, pemeriksaaan VCT juga dipengaruhi oleh *cues to action* yang meliputi LSM GAYa Nusantara, Informasi dari petugas kesehatan serta pengawas lapangan, konseling oleh petugas VCT dan saran kelompok LSL untuk melakukan pemeriksaan VCT.

Penelitian ini, *perceived suspectibility* dapat diketahui dari pemahaman diri Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL), persepsi tentang kemungkinan mengalami HIV/AIDS, jadi ketika terdiagnosa HIV/AIDS terjadi *perceived seriousness* yaitu

persepsi tentang konsekuensi emosional, sosial dari penyakit tersebut. Pada *perceived banefit* seseorang diketahui dari kemudahan dan keuntungan dalam memanfaatkan program VCT. Persepsi efek samping dan ketidaknyamanan dapat menentukan *perceived barriers* seseorang. *Cuess to action* disarankan didalam HBM juga dapat mempengaruhi perilaku. *Cues to action* dapat mengubah seseorang untuk mengubah perilakunya, seperti LSM GAYa Nusantara, media informasi baik dari petugas kesehatan maupun pengawas lapangan, konseling petugas kesehatan dan saran dari kelompok LSL untuk melakukan pemanfaatan program VCT. *Modifying factor* tidak diteliti dalam penelitian ini karena mencangkum komponen yang bersifat homogen (sama), seperti usia dengan rentang usia 21-49 tahun, pendidikan (SD-SMA) dan pengetahuan LSL terkait dengan *Voluntay Counseling and Testing (VCT)*, variabel sosiopsikologi bisa ditunjukkan dari rekomendasi teman dalam komunitas LSL di *Hotspot* Pataya untuk melakukan pemanfaatan VCT, variabel struktur (Pengetahuan LSL akan penyakit HIV dan pengalaman terpapar dengan infeksi HIV) dan persepsi ancaman akan penyakit HIV/AIDS.

3.2 Hipotesis Penelitian

HI:

1. Ada hubungan *percived susceptibility* dengan pemeriksaan VCT oleh LSL berdasarkan Teori *Health Belief Model* di wilayah Surabaya
2. Ada hubungan *perceived seriousness* dengan pemeriksaan VCT oleh LSL berdasarkan Teori *Health Belief Model* di wilayah Surabaya
3. Ada hubungan *perceived benefits* dengan pemeriksaan VCT oleh LSL berdasarkan Teori *Health Belief Model* di wilayah Surabaya

4. Ada hubungan *perceived barriers* dengan pemeriksaan VCT oleh LSL berdasarkan Teori *Health Belief Model* di wilayah Surabaya
5. Ada hubungan *cuess to action* dengan pemeriksaan VCT oleh LSL berdasarkan Teori *Health Belief Model* di wilayah Surabaya

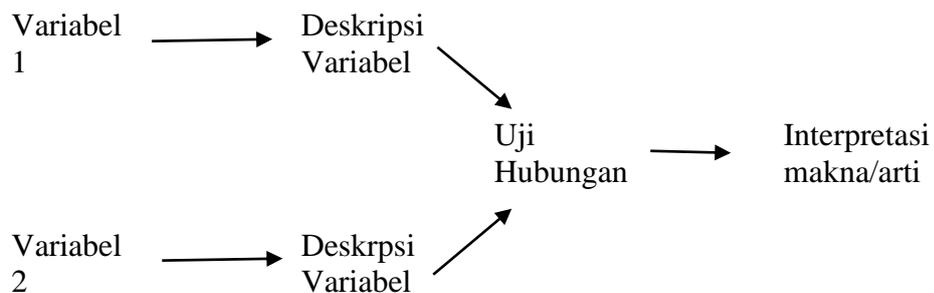
BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan penelitian yang digunakan

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran atau obesrvasi data variabel dependen berupa pemanfaatan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) oleh Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL) dan variabel independen (*perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived benefits, perceived barriers* dan *cues to action*) hanya satu kali pada satu saat. Desain penelitian ini tidak ada *follow up*, dan akan diperoleh efek suatu fenomena (variabel dependen) dihubungkan dengan penyebab (variabel independen).

Pengukuran



Gambar 4. 1 Kerangka Metode Penelitian Deskriptif Analitik (Nursalam, 2015).

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek yang sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah LSL yang telah memanfaatkan ataupun belum memanfaatkan VCT di *Hotspot* Pataya yang memiliki sikap terbuka sebanyak 53 orang

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang bisa digunakan sebagai subjek penelitian melalui suatu sampling (Nursalam, 2015). Sampel dalam penelitian ini digunakan untuk memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria Inklusi merupakan bentuk karakteristik umum subjek penelitian dari populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Kriteria Eksklusi merupakan cara menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi (Nursalam, 2015)

Kriteria sampel dipilih sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi
 - 1) Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL) usia 21-49 tahun
 - 2) Pernah mendapat penjelasan pendidikan kesehatan terkait VCT oleh petugas lapangan maupun petugas kesehatan
 - 3) Memiliki sikap yang terbuka
 - 4) Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis secara baik

2. Kriteria eksklusi

- 1) Subjek yang tidak mengetahui apa itu *Voluntary Counselling and Testing* (VCT)

4.2.3 Sampling

Sampling merupakan proses untuk menyeleksi porsi dari suatu populasi sehingga dapat mewakili populasi. Penelitian ini menggunakan teknik *sampling* berupa *non probability sampling* tipe *purposive sampling* yaitu memilih sampel diantara populasi sesuai dengan tujuan penelitian (Nursalam, 2015). Peneliti melakukan penelitian awal untuk mengidentifikasi karakteristik dari populasi dan mempelajari berbagai hal yang berhubungan dengan populasi. Peneliti menetapkan sampel yang akan diteliti didasarkan pada satu pertimbangan yang ditetapkan melalui kriteria inklusi dan eksklusi.

4.2.4 Besar Sampel

Besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditentukan peneliti di *hotspot* Pataya dengan jumlah responden sebanyak 43 orang.

4.3 Variabel Penelitian

Variabel merupakan suatu bentuk perilaku atau karakteristik yang dapat memberi nilai yang berbeda terhadap suatu (Soeparto, Putra & Haryanto, 2000 dalam Nursalam, 2015). Berdasarkan hubungan antar variabel satu dengan yang lain, variabel di bedakan menjadi:

4.3.1 Variabel Independen (Bebas)

4.3.2 Variabel independen adalah variabel yang nilainya dapat menentukan variabel lain (Nursalam, 2015). Variabel independen dalam penelitian ini berasal dari struktur Teori *Health Believe Model* (HBM) yang meliputi faktor-faktor: *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefits*, *perceived barriers* dan *cues to action*.

4.3.3 Variabel Dependen (Terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya dapat dipengaruhi di tentukan berdasarkan variabel yang berbeda (Nursalam, 2015). Variabel untuk menentukan ada tidaknya hubungan dengan variabel bebas. Variabel dependen pada penelitian ini adalah pemanfaatan VCT oleh LSL di wilayah Surabaya.

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional Pemanfaatan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) oleh Laki-laki Seks dengan Laki-laki (LSL) dengan pendekatan *Theory Health Belief Model* (HBM) di wilayah Surabaya

Variabel	Definsi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Perspsi individu					
1. Perceived <i>susceptibility</i> (persepsi kerentanan)	Terdapat individu yang berpotensi atau beresiko terdiagnosa terkena HIV/AIDS	1. Keyakinan tentang kemungkinan mendapatkan penyakit HIV/AIDS 2. Kepercayaan seseorang mengenai peluang mereka terdiagnosa penyakit HIV/AIDS 3. Resiko terdiagnosis penyakit HIV/AIDS dimasa yang akan datang	Kuesi oner	Ordinal	Skor pernyataan Sangat Setuju = 5, Setuju =4 Netral=3, Tidak Setuju =2, Sangat Tidak Setuju =1 Kriteria penilaian: Tidak Rentang = $T < \text{mean } T$ Rentan = $T \geq \text{mean } T$
2. Perceived Seriousness (Persepsi keseriusan)	Pendapat individu terhadap keseriusan dan konsekuensi kondisi setelah terdiagnosis HIV/AIDS	1. Konsekuensi medis dan klinis HIV/AIDS (misal hasil tes positif HIV/AIDS, kematian) 2. Konsekuensi sosial (efek terhadap pekerjaan, kehidupan berkeluarga dan keluarga hubungan orang terdekat)	Kuesi oner	Ordinal	Skor pernyataan Sangat Setuju = 5, Setuju =4 Netral=3, Tidak Setuju =2, Sangat tidak setuju =1 Kriteria penilaian: Tidak serius = $T < \text{mean } T$ Serius = $T \geq \text{mean } T$

Variabel	Definsi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
3. <i>Perceived benefit</i> (persepsi (keuntungan))	Pendapat lelaki suka dengan lelaki (LSL) terhadap keuntungan pemanfaatan VCT	1. Keefektifan perilaku (pemanfaatan VCT) untuk menurunkan resiko penyakit HIV(AIDS) 2. Keuntungan melakukan VCT	Kuesioner	Ordinal	Skor Pernyataan Sangat Setuju = 5, Setuju =4 Netral=3, Tidak Setuju =2, Sangat Tidak Setuju =1 Kriteria penilaian: Tidak Menguntungkan = $T < \text{mean } T$ Menguntungkan = $T \geq \text{mean } T$
4. <i>Perceived barriers</i> (persepsi hambatan)	Pendapat individu terhadap aspek negatif yang berpotensi menghambat untuk melakukan pemanfaatn VCT	1. Kondisi yang memalukan 2. Ketakutan akan rasa sakit 3. Kewaspadaan 4. Kesulitan dalam melakukan 5. Kurangnya dukungan 6. Waktu	Kuesioner	Ordinal	Skor pernyataan Sangat Setuju = 5, Setuju =4 Netral=3, Tidak Setuju =2, Sangat Tidak Setuju =1 Kriteria penilaian: Tidak Menghambat = $T < \text{mean } T$ Menghambat = $T \geq \text{mean } T$

Variabel	Definsi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
5. <i>Cues to action</i> (Stimulus)	Strategi yang diambil untuk mengaktifkan kesiapan seseorang dalam melakukan pemanfaatan VCT	1. Komunikasi dari media 2. Konseling oleh petugas kesehatan 3. Edukasi dari petugas lapangan	Kuesioner	Ordinal	Skor pernyataan Sangat Setuju = 5, Setuju =4 Netral=3, Tidak Setuju =2, Sangat Tidak Setuju =1 Kriteria penilaian: Tidak Menghambat = $T < \text{mean } T$ Menghambat = $T \geq \text{mean } T$
6. Variabel dependen Pemanfaat VCT oleh Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL)	Koseling	1. Terdata mengikuti pemeriksaan VCT 2. Terdata mengikuti penyuluhan VCT dan HIV /AIDS	Buku Absensi di puskesmas	Nominal	Kode: 1. Melakukan pemeriksaan VCT 2. Tidak melakukan pemeriksaan VCT

4.5 Pengumpulan dan Pengolahan data

4.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (Mayang, 2018). Penelitian menggunakan teknik pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden terkait dengan hal yang diketahui dan sudah disediakan jawabannya. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner HBM yang berisikan variabel independen meliputi persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*), persepsi keseriusan (*perceived seriousness*), persepsi keuntungan (*perceived benefits*), persepsi ancaman (*perceived barriers*) dan niat untuk melakukan tindakan (*cues to action*) dan variabel dependen (pemanfaatan VCT oleh Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL)). Penelitian ini diukur dengan menggunakan kuesioner yang dimodifikasi sendiri oleh peneliti berdasarkan adopsi penelitian Frankenfield (2009) terkait pengaruh faktor *Health Belief Model* (HBM) terhadap deteksi dini kanker payudara mahasiswi di Michigan University.

Peneliti mengadopsi jurnal penelitian Frankenfield (2009) karena memiliki model penelitian yang hampir sama, yaitu terikat perilaku kesehatan deteksi dini kanker. Meskipun memiliki karakteristik yang berbeda namun tidak berpengaruh terhadap hasil adopsi dan modifikasi karena makna dari kuesioner sesuai dengan teori HBM.

Instrumen dalam penelitian ini antara lain:

- 1) Instrumen baris pertanyaan terkait *modifying factor* yang diadopsi dari jurnal Kristen M. Frankenfield (2009). Lembar kuesioner data demografi terdiri dari usia, alamat, jarak rumah dengan layanan kesehatan, pendidikan terakhir (Tidak tamat SD, tamat SD/MI sederajat, tamat SMP/ Sederajat, tamat SMA/ Sederajat, Perguruan Tinggi), pekerjaan responden (pelajar, wiraswasta, swasta, buruh, lain-lain), penghasilan perbulan (belum berpenghasilan, < Rp 3.583.312 dan > Rp 3.583.312)
- 2) Instrumen kedua berisi pertanyaan terkait *perceived susceptibility* tentang anggapan seseorang berpotensi mendapatkan diagnosa penyakit HIV/AIDS, instrumen ini diadopsi dari penelitian Kristen M. Frankenfield (2009). Pertanyaan dalam penelitian ini menjelaskan beberapa item yang mengarah terhadap anggapan seseorang terhadap resiko terkena HIV/AIDS. *Perceived suseptibility* memiliki maksud terkait dengan persepsi memiliki peluang besar terkena HIV/AIDS, beresiko terkena HIV/AIDS, memiliki kemungkinan terkena HIV/AIDS, karakteristik individu dan kemungkinan terdiagnosa HIV/AIDS

Tabel 4. 2 Blue Print Variabel Perceived Susceptibility

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah
Persepsi memiliki peluang besar terkena HIV/ AIDS	Pertanyaan nomor 1, 2, 3	Skala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	3

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah
Beresiko HIV/AIDS	terkena Pertanyaan nomor 4	Skala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	1
Kemungkinan terdiagnosa HIV/ AIDS	Pertanyaan nomor 5	Sklala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	1
Jumlah			5

- 3) Instrumen ketiga berisi pertanyaan *perceived seriousness* tentang anggapan seseorang terhadap keseriusan kondisi dari suatu penyakit dan konsekuensi setelah terdiagnosa suatu penyakit. Pertanyaan dalam penelitian ini memiliki *item* yang mengarah pada anggapan seseorang jika terkena HIV/AIDS maka konsekuensi yang akan di dapat meliputi tingkat stadium HIV (imunitas menurun, terjadi infeksi oportunistik, kematian), perasaan terancam dan dampak dalam hubungan keluarga pekerjaan serta hubungan sosial.

Tabel 4. 3 Blue Print Variabel Perceived Seriousness

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah
Tingkat keparahan dari HIV/ AIDS (penurunan imunitas, infeksi oportunistik, kematian)	Pertanyaan nomor 10, 11	Sklala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	2
Perasaan terancam	Pertanyaan nomor 1, 2, 4, 6, 8	Sklala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	5

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah
Dampak dalam hubungan keluarga, pekerjaan dan hubungan sosial	Pertanyaan nomor 3, 5, 7, 9, 12	Sklala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	5
Jumlah			12

- 4) Instrumen ke empat berisi pertanyaan *perceived benefits* terkait anggapan dari individu terhadap keefektifan suatu tindakan yang dapat menurunkan resiko terjadinya penyakit. Pertanyaan dalam penelitian ini memiliki *item* yang mengarah pada tindakan efektif untuk menurunkan resiko HIV/AIDS dan keuntungan melakukan pemeriksaan VCT

Tabel 4. 4 Blue Print Variabel Perceived Benefits

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah
Tindakan efektif untuk mnurunkan resiko HIV/AIDS	Pertanyaan nomor 1, 3, 4	Sklala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	3
Keuntungan melakukan pemeriksaan VCT	Pertanyaan nomor 2, 5	Sklala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	2
Jumlah			5

- 5) Instrumen kelima berisi pertanyaan terkait *perceived barriers*, terkait anggapan individu terhadap aspek yang di nilai negatif dan berpotensi menghambat untuk melakukan tindakankesehatan. *Item* pertanyaan pada penelitan ini mengarah terhadap anggapan individu yang mengalami hambatan saat melakukan pemeriksaan VCT terkait dengan menghabiskan

waktu, tidak sanggup menerima hasil, tidak ada yang mengantar dan medampingi.

Tabel 4. 5 Blue Print Variabel Perceived Barries

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah
Menghabiskan waktu	Pertanyaan nomor 4, 6	Skalala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	2
Dampak psikologi	Petanyaan nomor 1, 2, 3	Skalala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	3
Tidak ada pendampingan dan yang mengantar	Petanyaan nomor 5, 7	Skalala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	2
Jumlah			7

- 6) Instrumen ke enam pertanyaan *cues to action* terkait strategi yang akan diambil untuk mengaktifasi kesiapan individu dalam melakukan tindakan kesehatan. *Item* pertanyaan dalam penelitian ini mengarah pada motivasi diri, mencari informasi dan saran oranglain dalam melakukan pemeriksaan IVA

Tabel 4. 6 Blue Print Variabel Cues to action

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah
Motivasi diri	Pertanyaan nomor 1, 3, 4	Skalala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	3

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah
Mencari informasi	Petanyaan nomor 5	Sklala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	1
Saran oranglain	Petanyaan nomor 2, 6	Sklala <i>likert</i> Sangat Setuju =5 Setuju=4 Netral =3 Tidak Setuju=2 Sangat Tidak Setuju= 1	3
Jumlah			6

4.6 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilakukan di *hotspot* Pataya yang terletak jalan Karimun Jawa Surabaya selama 3 hari yaitu pada tanggal 25, 26 dan Mei 2018 hari Jum'at, Sabtu dan Minggu pada pukul 19. 00 WIB

4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum kuesioner digunakan di lapangan maka diadakan uji coba kuesioner. Uji coba kuesioner ini untuk mencegah terjadinya kesalan sistemik. Kesalahan ini harus dihindari, karena akan merusak validitas dan kualitas penelitian. Uji validitas dan reabilitas dilakukan pada LSL yang tidak memanfaatkan maupun tidak memanfaatkan pemeriksaan VCT di wilayah Surabaya yang berjumlah 15 responden pada tangga 3 Mei 2018.

4.7.1 Uji Validitas

Validitas merupakan pengukuran dan pengamatan yang berarti keandalan dan kesahihan pada alat ukur yang digunakan dalam penelitian (instrumen). Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam, 2015). Pentingnya uji validitas yaitu untuk mengetahui ada tidaknya pertanyaan dalam kuesioner

yang harus diganti karena dianggap kurang relevan. Teknik untuk mengukur validitas kuesioner yaitu dengan menghitung korelasi antara data pada masing-masing pertanyaan dengan skor total perhitungan memakai rumus korelasi

Product moment sebagai berikut:

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{\{(N \sum X^2) - (\sum X)^2\} \{N \sum Y - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan

- r : koefisien validitas
 X : skor pertanyaan tiap nomor
 Y : skor total subyek
 $\sum X$: jumlah skor item
 $\sum Y$: jumlah skor total
 $\sum X^2$: jumlah kuadrat skor item
 $\sum Y^2$: jumlah kuadrat skor total
 N : banyaknya subjek

Item instrumen dianggap valid jika hasil uji baliditas dapat dinyatakan dengan r hitung maupun e tabel, jika r hitung > r tabel maka item instrumen dianggap valid. Besar r tabel ditentukan berdasarkan jumlah responden (15) dengan tingkat signifikasi 5% yaitu diperoleh dari r tabel 0, 514. Berikut hasil uji validitas masing-masing variabel

1. Uji validitas item pertanyaan mengenai *perceived susceptibility* tentang pemanfaatan VCT oleh LSL

Tabel 4.7 Hasil Uji Validitas *Perceived Susceptibility* tentang Pemanfaatan VCT oleh LSL

Item Pertanyaan	r hitung	r tabel 5% (15)	Keterangan
1	0,869	0,514	Valid
2	0,784	0,514	Valid
3	0,939	0,514	Valid
4	0,890	0,514	Valid
5	0,867	0,514	Valid

Berdasarkan Tabel 4.7 hasil uji validitas pada kuesioner tentang *perceived susceptibility* ada 5 item pertanyaan, dan hasil pernyataan item 1, 2, 3, 4, 5 hasilnya semua dinyatakan valid, sehingga kuesioner dapat digunakan untuk mengukur *perceived susceptibility* tentang pemanfaatan VCT oleh LSL di wilayah Surabaya.

2. Uji validitas *perceived seriousness* tentang pemanfaatan VCT oleh LSL

Tabel 4.8 Hasil uji validitas Uji validitas *perceived seriousness* tentang pemanfaatan VCT oleh LSL

Item Pertanyaan	r hitung	r tabel 5% (15)	Keterangan
1	0,711	0,514	Valid
2	0,131	0,514	Tidak Valid
3	0,890	0,514	Valid
4	0,766	0,514	Valid
5	0,645	0,514	Valid
6	0,835	0,514	Valid
7	0,916	0,514	Valid
8	0,772	0,514	Valid
9	0,909	0,514	Valid
10	0,322	0,514	Tidak Valid
11	0,794	0,514	Valid
12	0,818	0,514	Valid

Berdasarkan tabel 4.8 uji validitas pada kuesioner tentang *perceived seriousness* ada 12 item pertanyaan, dan hasil pernyataan item 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 dinyatakan valid, sedangkan 2 pertanyaan item no 2 dan 10 dinyatakan tidak valid. Item pernyataan nomor 2 yaitu “saya mersa pusing ketika mengingat penyakit HIV/AIDS” dan item pertanyaan no 11 yaitu “HIV/AID menjadi penyakit yang lebih berbahaya dibanding dengan penyakit lain”. Pernyataan yang tidak valid tersebut kemudian dihapuskan tanpa dimodifikasi dan pengujian ulang. Jadi total kuesioner *perceived seriousness* yaitu 10 pernyataan yang dapat digunakan untuk mengukur

perceived seriousness tentang pemanfaatan VCT oleh LSL di wilayah Surabaya

3. Uji validitas item pertanyaan mengenai *perceived benefits* tentang pemanfaatan VCT oleh LSL

Tabel 4.9 Hasil uji validitas Uji validitas *perceived benefits* tentang pemanfaatan VCT oleh LSL

Item Pertanyaan	r hitung	r tabel 5% (15)	Keterangan
1	0,923	0,514	Valid
2	0,820	0,514	Valid
3	0,925	0,514	Valid
4	0,954	0,514	Valid
5	0,912	0,514	Valid

Berdasarkan Tabel 4.9 hasil uji validitas pada kuesioner tentang *perceived benefits* ada 5 item pertanyaan, dan hasil pernyataan item 1, 2, 3, 4, 5 hasilnya semua dinyatakan valid, sehingga kuesioner dapat digunakan untuk mengukur *perceived benefits* tentang pemanfaatan VCT oleh LSL di wilayah Surabaya.

4. Uji validitas *perceived barriers* tentang pemanfaatan VCT oleh LSL

Tabel 4.10 Hasil uji validitas Uji validitas *perceived barriers* tentang pemanfaatan VCT oleh LSL

Item Pertanyaan	r hitung	r tabel 5% (15)	Keterangan
1	0,484	0,514	Valid
2	0,725	0,514	Valid
3	0,553	0,514	Valid
4	0,424	0,514	Tidak Valid
5	0,919	0,514	Valid
6	0,864	0,514	Valid
7	0,798	0,514	Valid

Berdasarkan tabel 4.10 uji validitas pada kuesioner tentang *perceived barriers* terdapat 7 item pertanyaan, dan hasil pernyataan item 1, 2, 3, 5, 6, 7 dinyatakan valid, sedangkan 1 pertanyaan item no 4 dinyatakan tidak valid.

Item pernyataan nomor 4 yaitu “saya merasa pemeriksaan *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) menyita waktu saya”. Pernyataan yang tidak valid tersebut kemudian dihapuskan tanpa dimodifikasi dan pengujian ulang. Jadi total kuesioner *perceived barriers* yaitu 6 pernyataan yang dapat digunakan untuk mengukur *perceived seriousness* tentang pemanfaatan VCT oleh LSL di wilayah Surabaya

5. Uji validitas *cues to action* tentang pemanfaatan VCT oleh LSL

Tabel 4.11 Hasil uji validitas Uji validitas *cuess to action* tentang pemanfaatan VCT oleh LSL

Item Pertanyaan	r hitung	r tabel 5% (15)	Keterangan
1	0,834	0,514	Valid
2	0,874	0,514	Valid
3	0,878	0,514	Valid
4	0,750	0,514	Valid
5	0,787	0,514	Valid
6	0,679	0,514	Valid

Berdasarkan Tabel 4.7 hasil uji validitas pada kuesioner tentang *cues to action* ada 6 item pertanyaan, dan hasil pernyataan item 1, 2, 3, 4, 5, 6 hasilnya semua dinyatakan valid, sehingga kuesioner dapat digunakan untuk mengukur *cues to action* tentang pemanfaatan VCT oleh LSL di wilayah Surabaya.

4.7.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen (kuesioner) dapat digunakan lebih dari satu kal, paling tidak responden yang sama akan menghasilkan data yang konsisten. Reliabilitas intrumen adalah hasil pengukuran yang dapat dipercaya. Reliabilitas intrumen diperlukan untuk mendapatkan data sesuai dengan tujuan pengukuran, utuk dapat mencapai hal tersebut maka dilakukan uji reliabilitas

dengan menggunakan metode *alpha cronbach* diukur berdasarkan skala cronbach 0 sampai 1.

Rumus perhitungan koefisien reliabilitas menggunakan *alpha cronbach* adalah sebagai berikut:

$$r = \left[\frac{k}{(k-1)} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan

r : koefisien reliabilitas instrumen (cronbach alpha)

k : banyak butir pertanyaan atau banyaknya soal

$\sum \sigma_b^2$: total varians butir instrumen

σ_t^2 : total varians

Jika skala itu dikelompokkan kedalam lima kelas dengan rentang yang sama, maka ukuran kemantapan alpha cronbach dapat diinterpretasikan seagai berikut:

- 1) Nilai *alpha cronbach* 0,00 sampai dengan 0,20, berarti kurang reliabel
- 2) Nilai *alpha cronbach* 0,21 sampai dengan 0,40, berarti agak reliabel
- 3) Nilai *alpha cronbach* 0,41 sampai dengan 0,60, berarti cukup reliabel
- 4) Nilai *alpha cronbach* 0,61 sampai dengan 0,80, berarti reliabel
- 5) Nilai *alpha cronbach* 0,81 sampai dengan 1,00, berarti sangat reliabel

Berikut hasil uji reliabilitas instrumen penelitian:

Tabel 4.12 Hasil Uji Reliabilitas Instrumen (Kuesioner) Penelitian Pemanfaatan VCT oleh LSI dengan pendekatan teori *Heath Belief Model* (HBM)

Variabel	Alpha Cronbach	Keterangan
<i>Perceived susceptibility</i>	0,821	Sangat reliabel
<i>Percived seriousness</i>	0,771	Sangat reliabel
<i>Perceived benefits</i>	0,827	Sangat reliabel
<i>Perceived barriers</i>	0,792	Reliabel
<i>Cuess to action</i>	0,796	Reliabel

Penjelasan terkait tabel 4.12 dapat dilihat semua pernyataan atau pertanyaan dalam semua variabel hasilnya reliabel sehingga dapat digunakan dalam penelitian.

4.8 Prosedur pengambilan data

Dalam penelitian ini proses pengambilan data dikelompokkan menjadi tahap persiapan dan tahap pelaksanaan:

1.7.1 Tahap persiapan

1. Dimulai dengan membuat surat pengantar dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang selanjutnya dibawa ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (BAKESBANGPOL) kemudian Ke Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
2. Setelah mendapat surat pengantar dari Dinkes kota Surabaya peneliti melakukan klarifikasi ke Puskesmas Perak Timur untuk mendapatkan data awal terkait data LSL tahun 2017 sebagai dasar penelitian. Peneliti kemudian menjelaskan penelitian yang akan dilakukan dan meminta pertimbangan pihak puskesmas untuk melakukan penelitian terkait pemanfaatan VCT oleh Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) selanjutnya peneliti mencatat data Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) yang telah memanfaatkan layanan VCT di Puskesmas Perak Timur dan mencatat hasil pemeriksaan HIV positif pada LSL yang telah melakukan pemeriksaan. Petugas puskesmas Perak Timur menyarankan untuk melakukan penelitian di LSM GAYa Nusantara yang merupakan mitra yang bekerjasama dengan puskesmas Perak Timur sebagai upaya pencegahan HIV/AIDS dengan dasar untuk mendapatkan hasil yang relevan dan sesuai kriteria yang diinginkan peneliti.
3. Peneliti selanjutnya menghubungi petugas lapangan LSM GAYa Nusantara untuk mendapatkan data tambahan terkait dengan Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL).
4. Setelah data awal didapat dan mendapat ijin dari LSM GAYa Nusantara, peneliti menyusun daftar calon responden dengan jumlah total populasi yang dapat

dijangkau sebanyak 53 orang, yang masuk dalam responden penelitian sejumlah 43 orang, dikarenakan 10 orang lainnya masuk dalam kriteria eksklusi. Sehingga hanya 43 orang yang menjadi responden dalam penelitian dan diluar kendali peneliti.

5. Peneliti mengunjungi komunitas GAYa Nusantara untuk mendiskusikan mekanisme penelitian, akhirnya disepakati peneliti dibantu dengan Pengawas Lapangan (PL) terkait pelaksanaan penelitian. Peran Pengawas Lapangan (PL) membantu mengumpulkan responden dan menghubungi responden yang pada saat itu tidak dapat di temui peneliti.

1.7.2 Tahap pelaksanaan

1. Pelaksanaan penelitian selama 3 hari yaitu jum'at, sabtu dan minggu tanggal 25-27 Mei 2018 pada pukul 19.00 WIB di *hotspot* Pataya. Setiap pertemuan diikuti oleh 15 orang pada hari pertama, 15 orang hari kedua dan 13 orang pada hari ketiga hingga terkumpul 43 orang. LSL yang tidak bisa menghadiri akan dihubungi oleh pengawas lapangan untuk datang saat pertemuan selanjutnya. Penelitian ini dilaksanakan dengan menyebarkan kuesioner secara langsung ke responden di *hostspot* Pataya. Peneliti dibantu dengan dua asisten peneliti untuk mendampingi responden saat mengisi kuesioner untuk menghindari bias penelitian.
2. Pada tahap pelaksanaan peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian kepada responden saat di *Hotspot*, menjelaskan terkait instrumen penelitian dan menjelaskan bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan informasi yang diberikan responden. Sebelum mengisi kuesioner peneliti memberikan lembar persetujuan (*informed consent*) yang diberikan kepada responden.

3. Setelah responden menandatangani *informed consent*, peneliti mempersilahkan responden untuk mengisi kuesioner yang dan diberi waktu 15 menit dan meminta kembali kuesioner untuk dikembalikan ke peneliti
4. Peneliti kembali menjelaskan lebih detail mengenai pertanyaan yang ada pada kuesioner, untuk mengecek apakah sudah betul dengan yang dimaksud pada pertanyaan
5. Setelah pengisian kuesioner selesai tidak ada *follow up* lagi untuk responden. Data di dapat dari kuesioner yang telah diisi selanjutnya dicoding oleh peneliti dan dimasukkan kedalam tabulasi untuk dianalisis menggunakan perangkat lunak komputer dengan *chi square* hingga dihasilkan suatu kesimpulan dari hasil penelitian

4.9 Cara analisis data

Analisis data merupakan kegiatan setelah seluruh kuesioner dari responden terkumpul. Setelah data terkumpul selanjutnya melakukan pengolahan data, dengan tahapan sebagai berikut:

1. Melakukan pengecekan data (*editing*) dengan memeriksa data kembali, jika ada pengisian kuisisioner yang kurang lengkap maka kuisisioner dikembalikan pada responden untuk dilengkapi. Setelah data tersebut dilengkapi oleh responden, kemudian diserahkan kembali pada peneliti untuk diperiksa kembali
2. Melakukan pemberian kode (*coding*) dengan cara memberi tanda atau kode pada tiap-tiap kuisisioner yang masuk dalam kategori yang diteliti dengan tujuan untuk mempermudah dalam melakukan tabulasi dan analisis data

3. Melakukan tabulasi data (*tabulating*) dengan memasukan data yang telah dituliskan sesuai pengodean dalam suatu tabel untuk memudahkan *entry* data ke komputer. Tabulasi dalam bentuk tabel sesuai dengan variabel-variabel yang diukur untuk mengetahui hubungan masing-masing terhadap pemanfaatan VCT oleh Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) di tempat penelitian.
4. Memasukan (*entry*) data dari hasil tabulasi yang sudah dilakukan ke dalam perogram (*master sheet* penelitian)
5. Analisis yang dilakukan dengan menggunakan uji statistik *chi square*, yaitu membandingkan p-value dengan $\alpha = 0,05$ (tingkat kemaknaan). Jika p-value $\leq \alpha$ maka uji statistik bermakna yaitu ada hubungan antar variabel. Sebaliknya jika p-value $> \alpha$ maka hasil penelitian tidak ada hubungan (tidak signifikan)

4.9.1 Analisis Deskriptif

1. Variabel *perceived suseptibility*

Variabel *perceived susceptibility* terdiri dari 5 pertanyaan tentang persepsi seseorang tentang kemungkinan mengalami risiko atau terkena HIV/AIDS yang masing-masing diberi skor berdasarkan skala Likert. Semua nilai yang didapat kemudian dijumlah dan dihitung dengan rumus:

$$T = \frac{50 + 10[X - X^-]}{S}$$

Dimana:

T = nilai persepsi yang didapat

X = skor responden pada skala perspesi yang hendak diubah menjadi skor T

X⁻ = rata-rata nilai kelompok (mean T)

S = standart deviasi nilai kelompok

Setelah diketahui kemudian diklasifikasikan menurut intepretasi sebagai berikut:

Rendah = $T < \text{mean } T$

Tinggi = $T \geq \text{mean } T$

2. Variabel *perceived seriousness*

Variabel *perceived seriousness* terdiri dari 10 pertanyaan tentang persepsi seseorang tentang tingkat keseriusan dan konsekuensi yang didapat jika terkena HIV/AIDS, yang masing-masing diberi skor berdasarkan skala Likert. Semua nilai yang didapat kemudian dijumlah, dan dihitung dengan menggunakan rumus:

$$T = \frac{50 + 10[X - X^-]}{S}$$

Dimana:

T = nilai persepsi yang didapat

X = skor responden pada skala perspesi yang hendak diubah menjadi skor T

X^- = rata-rata nilai kelompok (mean T)

S = standart deviasi nilai kelompok

Setelah diketahui, kemudian diklasifikasikan menurut intepretasi sebagai berikut:

Rendah = $T < \text{mean } T$

Tinggi = $T \geq \text{mean } T$

3. Variabel *perceived benefit*

Variabel *perceived benefit* terdiri dari 5 pertanyaan tentang persepsi seseorang tentang tingkat keuntungan dan keefektifan melakukan pemeriksaan VCT,

yang masing-masing diberi skor berdasarkan skala Likert. Semua nilai yang didapat kemudian dijumlah, dan dihitung dengan menggunakan rumus:

$$T = \frac{50 + 10[X - X^-]}{S}$$

Dimana:

T = nilai persepsi yang didapat

X = skor responden pada skala perspesi yang hendak diubah menjadi skor T

X⁻ = rata-rata nilai kelompok (mean T)

S = standart devisiensi nilai kelompok

Setelah diketahui, kemudian diklasifikasikan menurut intepretasi sebagai berikut:

Rendah = T < mean T

Tinggi = T ≥ mean T

4. Variabel *perceived barrier*

Variabel *perceived barrier* terdiri dari 6 pertanyaan tentang persepsi seseorang tentang hambatan dalam melakukan pemeriksaan VCT, yang masing-masing diberi skor berdasarkan skala Likert. Semua nilai yang didapat kemudian dijumlah, dan dihitung dengan menggunakan rumus:

$$T = \frac{50 + 10[X - X^-]}{S}$$

Dimana:

T = nilai persepsi yang didapat

X = skor responden pada skala perspesi yang hendak diubah menjadi skor T

X⁻ = rata-rata nilai kelompok (mean T)

S = standart deviasi nilai kelompok

Setelah diketahui, kemudian diklasifikasikan menurut intepretasi sebagai berikut:

Rendah = $T < \text{mean } T$

Tinggi = $T \geq \text{mean } T$

5. Variabel *cues to action*

Variabel *cuues to action* terdiri dari 6 pertanyaan tentang kesiapan seseorang untuk mengambil tindakan pemeriksaan VCT dengan mencari informasi, yang masing-masing diberi skor berdasarkan skala Likert. Semua nilai yang didapat kemudian dijumlah, dan dihitung dengan menggunakan rumus:

$$T = \frac{50 + 10[X - X^-]}{S}$$

Dimana:

T = nilai persepsi yang didapat

X = skor responden pada skala perspesi yang hendak diubah menjadi skor T

X⁻ = rata-rata nilai kelompok (mean T)

S = standart deviasi nilai kelompok

Setelah diketahui, kemudian diklasifikasikan menurut intepretasi sebagai berikut:

Rendah = $T < \text{mean } T$

Tinggi = $T \geq \text{mean } T$

4.9.2 Analisis Inferensial

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis beberapa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSL. Skala data yang digunakan dalam kuesioner adalah ordinal dan nominal. Data yang didapat dikumpulkan dan dianalisis menggunakan analisis bivariat dengan uji

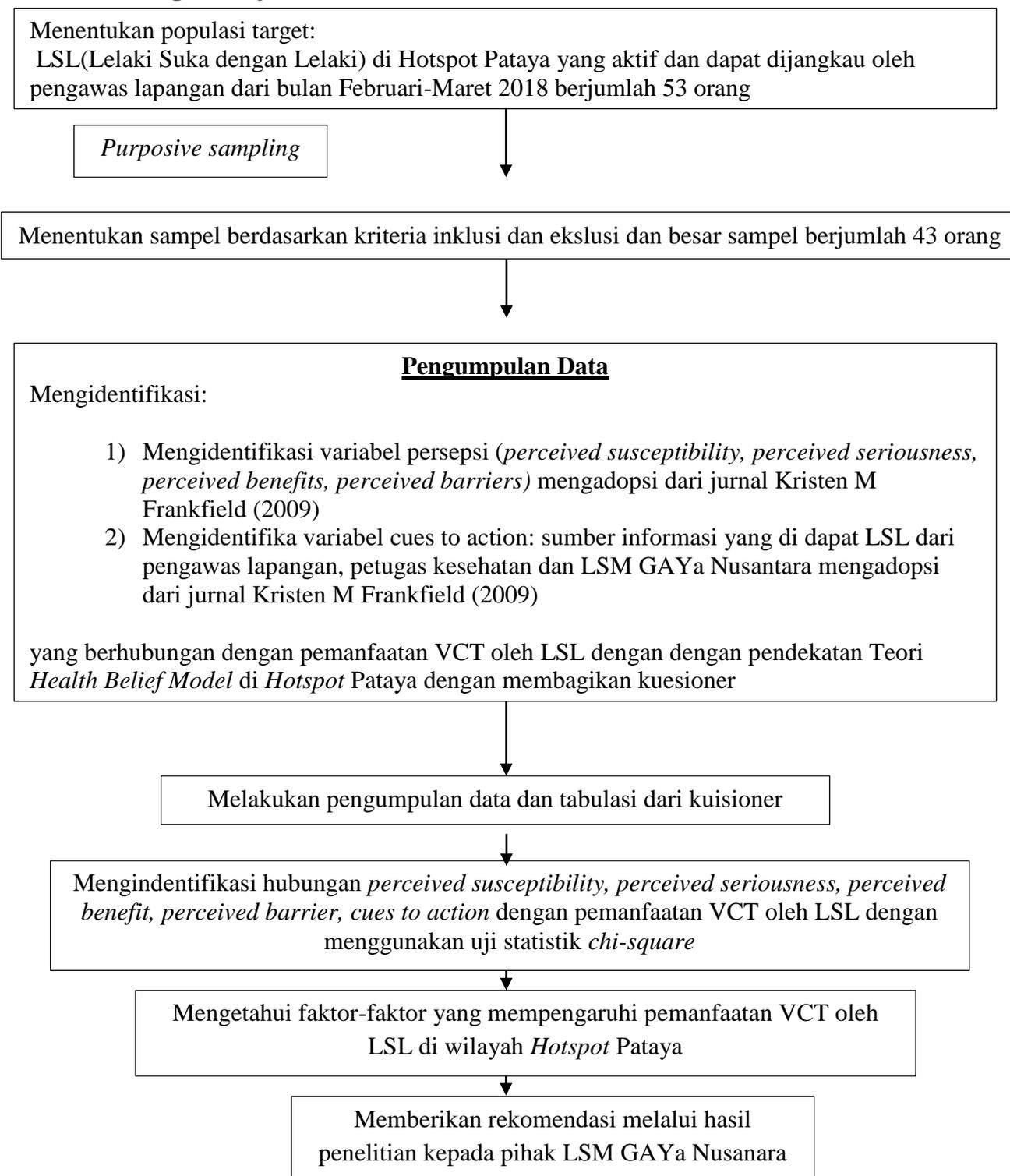
statistik *chi square* atau chi kuadrat untuk mengetahui hubungan antara 2 variabel dependen dan independen, dengan derajat kemaknaan/tingkat signifikansi $\alpha \leq 0,05$ artinya jika hasil perhitungan $p \leq 0,05$ berarti H_0 ditolak dan hipotesis (H_1) diterima. Uji statistik dengan menggunakan program windows SPSS dan disajikan dalam bentuk tabel. Untuk mengetahui kedekatan hubungan antara variabel yang dikorelasikan tersebut, dapat digunakan tabel interpretasi nilai koefisien korelasi berikut:

Tabel 4.13 Intepretasi nilai koefisen korelasi

Besarnya Nilai	intepretasi
Antara 0,8 sampai dengan 1,00	Sangat Kuat
Antara 0,6 sampai dengan 0,799	Kuat
Antara 0,4 sampai dengan 0,599	Cukup Kuat
Antara 0,2 sampai dengan 0,399	Rendah
Antara 0,0 sampai dengan 0,199	Sangat Rendah

Hasil uji statistik melalui pendekatan probabilistik yaitu membandingkan p-value dengan $\alpha = 0,05$ (tingkat kemaknaan). Jika p-value $< \alpha$ dinyatakan bahwa uji statistik bermakna yaitu ada hubungan anatara variabel. Sebaliknya jika p-value $> \alpha$ maka hasil penelitian tidak membuktikan ada hubungan (tidak signifikan).

4.10 Kerangka Kerja



Gambar 4.2 Kerangka Operasional Analisa Faktor Pemanfaatan VCT oleh LSL dengan pendekatan Teori *Health Believe Model* (HBM) di wilayah Surabaya 25-27 Mei 2018

4.11 *Ethical Clearance*

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan surat permohonan untuk mendapat rekomendasi dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan mengajukan etik penelitian dan diperoleh nomor sertifikat etik 879.KEPK serta permintaan izin Ketua LSM GAYa Nusantara. Setelah mendapatkan persetujuan barulah peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika sebagai berikut:

1. Lembar persetujuan (*inform consent*)

Lembar persetujuan diberikan pada responden. Peneliti selanjutnya memberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan serta memberikan hak responden untuk menolak jika tidak diinginkan

2. Kerahasiaan nama (*anonimity*)

Menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden namun hanya mencantumkan kode tertentu untuk setiap responden

3. Kerahasiaan informasi (*confidentiality*)

Informasi yang telah di kumpulkan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Data yang dikumpulkan serta hasil penelitian hanya akan diserahkan atau dilaporkan pada pihak yang terkait dengan penelitian

4. Pengunduran Diri

Jika terdapat responden yang mengundurkan diri, hal tersebut merupakan kelaziman dan tidak ada yang boleh melarang termasuk peneliti sendiri.

4.12 Keterbatasan Penelitian

1. Pengambilan responden penelitian ini hanya terbatas pada wilayah Hotspot Pataya (Taman Lalu Lintas). Hostpot Pataya dipilih karena dengan pertimbangan Hotspot tersebut memiliki jam operasional yang lebih sore yaitu pukul 19.00 WIB dibandingkan dengan hotspot yang lainnya, selain itu kebanyakan responden yang telah mendapatkan penyuluhan terkait dengan VCT juga berada di *hotspot* Pataya.
2. Instrumen penelitian ini berupa kuesioner yang mengandung beberapa pertanyaan yang diajukan untuk mengukur variabel penelitian, namun saat proses pengambilan data berlangsung, beberapa responden meminta peneliti untuk menjelaskan maksud pertanyaan karena mereka takut salah, sehingga beberapa pertanyaan yang sudah dimodifikasi saat proses uji validitas kurang berdampak penuh

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab ini membahas mengenai hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti di wilayah Hotspot Pataya atau sering disebut dengan Taman Lalu Lintas Surabaya, Jawa Timur pada tanggal 25-27 Mei 2018. Taman lalu lintas memiliki luas $\pm 60 \text{ m}^2$. Data-data responden diperoleh dengan menyebarkan kuesioner kepada 43 responden. Selanjutnya data disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Penyajian hasil dibagi menjadi tiga bagian yaitu: 1) Gambaran umum lokasi penelitian, 2) Karakteristik demografi responden yang meliputi data umum yaitu usia, alamat, jarak rumah dengan pelayanan kesehatan, pendidikan terakhir, jenis pekerjaan, dan penghasilan perbulan, 3) Variabel yang diukur meliputi *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, dan *cues to action*. Selanjutnya dijelaskan hasil penelitian sesuai dengan tujuan dan hipotesis penelitian, teori dan penelitian sebelumnya pada pembahasan dan dihitung secara kuantitatif dengan menggunakan perhitungan frekuensi dan uji statistik *Chi square*

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Hotspot Pataya terletak di jalan Karimun Jawa Surabaya yang lebih dikenal masyarakat sebagai Taman Lalu Lintas. Luas taman lalu lintas $\pm 60 \text{ m}^2$. Hotspot Pataya berada di tengah kota dan di taman sehingga bukan hanya LSL saja yang ada di taman lalu lintas melainkan masyarakat umum juga dapat mengunjungi taman tersebut, jam operasional LSL berkumpul di hotspot Pataya dimulai pada pukul 19.00 WIB. Setiap malam terdapat 80-90 orang LSL campuran baik yang

memiliki sikap terbuka maupun sikap tertutup berkumpul di Hotspot Pataya. Semakin malam jumlahnya akan semakin banyak dan semakin ramai. LSL yang berkumpul di hotspot Pataya berada dibawah pengawasan LSM GAYa Nusantara. Peran LSM GAYa Nusantara yaitu mengawasi dan menaungi LSL yang mau bergabung karena prinsip dasar dari LSM GAYa Nusantara adalah tidak merekrut anggota. Sebagian besar LSL yang mau bergabung dengan LSM GAYa Nusantara adalah LSL yang memiliki sikap terbuka saja, sedangkan untuk LSL yang memiliki sikap tertutup, LSM hanya berperan sebagai pengawas aktivitas yang dilakukan LSL yang memiliki sikap tertutup tersebut. Peran lain yang dapat dilakukan LSM adalah memberikan edukasi terkait informasi HIV/AIDS yang meliputi program antisipasi pencegahan HIV/AIDS dan pengobatan HIV/AIDS karena sebagian besar petugas LSM GAYa Nusantara juga bekerja sebagai relawan ARV ataupun petugas yang membantu pelayanan di layanan kesehatan terkait HIV/AIDS. LSL yang berada di hotspot Pataya cenderung memanfaatkan layanan VCT di Puskesmas Perak Timur, hal ini dikarenakan adanya tingkat kepercayaan yang tinggi terkait kerahasiaan dan kenyamanan dalam melakukan pemeriksaan VCT di Puskesmas Perak Timur. Selain itu, Puskesmas Perak Timur juga sering memberikan penyuluhan terkait HIV/AIDS kepada LSL di wilayah Hotspot Pataya melalui *mobile clinic* dengan mendatangi langsung Hotspot Pataya dan memberikan layanan VCT, sehingga LSL merasa nyaman dan tidak asing dengan petugas dari puskesmas perak timur, dan tertarik untuk memanfaatkan layanan VCT di Puskesmas Perak Timur. Keberadaan LSL di taman Pataya tidak begitu menjadi hal yang awam ataupun hal yang perlu disoroti oleh masyarakat umum karena pada umumnya LSL berpenampilan seperti laki-laki sewajarnya dan

tidak melakukan hal yang memancing rasa penasaran dari masyarakat yang mengunjungi taman lalu lintas.

5.1.2 Karakteristik demografi

Data karakteristik demografi responden ini menguraikan tentang karakteristik responden yang diteliti dengan jumlah 43 orang. Data yang dibahas meliputi usia sekarang, jarak rumah dengan pelayanan kesehatan terdekat, pendidikan terakhir, jenis pekerjaan, dan penghasilan perbulan serta pernah melakukan VCT atau tidak

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Demografi Responden Pemeriksaan VCT oleh LSL di Hotspot Pataya tanggal 25-27 Mei 2018

No.	Karakteristik Responden	F	%
1.	Usia		
	21-30 tahun	23	53
	31-40 tahun	15	35
	41-49 tahun	5	15
	Total	43	100
2.	Jarak rumah dengan pelayanan kesehatan		
	< 1 km	20	47
	1 km-3km	13	30
	> 3 km	10	23
	Total	43	100
3.	Pendidikan Terakhir		
	Tidak tamat SD	1	2
	Tamat SD/MI/ Sederajat	1	2
	Tamat SMP/Sederajat	9	21
	Tamat SMA/Sederajat	27	63
	Perguruan Tinggi	5	12
	Total	43	100
4.	Jenis Pekerjaan		
	Pelajar/mahasiswa	1	2
	Wiraswasta	14	33
	Swasta	26	60
	Buruh	1	2
	Lain-lain	1	2
	Total	43	100
5.	Penghasilan Perbulan		
	< Rp 3. 583. 321	24	56
	> Rp 3. 583. 321	19	44
	Total	43	100

No.	Karakteristik Responden	F	%
6.	Pernah Melakukan pemeriksaan VCT		
	Ya	33	77
	Tidak	10	23
	Total	43	100

Berdasarkan tabel 5. 1 tentang karakteristik responden, dari jumlah 43 LSL yang menjadi responden penelitian terlihat bahwa usia responden terbanyak usia 21-30 tahun sebanyak 23 orang (53%). Jarak rumah responden dengan pusat layanan kesehatan paling banyak yaitu < 1 km dengan jumlah 20 orang (47%). Pendidikan terakhir responden paling banyak adalah tamat SMA dengan jumlah 27 orang (63%). Jenis pekerjaan yang terbanyak adalah swasta sejumlah 26 orang (60%). Penghasilan responden mayoritas kurang dari UMR. Responden yang berjumlah 43 orang tersebut mayoritas sudah melakukan pemanfaatan VCT sebanyak 33 orang (77%).

5.1.3 Variabel yang diukur

Pada penelitian ini variabel yang diukur adalah *percieved susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, dan *cues to action* dengan pemanfaatan VCT oleh LSL, berikut adalah uraian masing-masing Variabel dalam bentuk tabel:

1. Data *perceived susceptibility*

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan *perceived susceptibility* di Hotspot Pataya Surabaya 25-27 Mei 2018

Parameter	Pertanyaan	\bar{X}
Peluang HIV/AIDS	1	2,55
	2	2,79
	3	2,67
Risiko HIV/AIDS	4	3,13
Kemungkinan Diagnosa	5	2,65

Pada *perceived susceptibility* dengan jumlah 5 item pertanyaan jika dihubungkan dengan parameter pada definisi operasional, parameter 2 terkait risiko terkena

HIV/AIDS *item* pertanyaan nomor 4 “Saya mengkhawatirkan semua hal tentang HIV/AIDS” menjadi penyumbang skor *perceived susceptibility* terbanyak, karena responden mayoritas merupakan kelompok yang beresiko tinggi terkena HIV/AIDS dan merasa memiliki kerentanan yang tinggi terhadap penyakit HIV/AIDS.

2. Data *perceived seriousness*

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan *perceived seriousness* di Hotspot Pataya Surabaya 25-27 Mei 2018

Parameter	Pertanyaan	\bar{X}	
Tingkat keparahan HIV/AIDS	11	2,60	
	Perasaan terancam	1	3,05
		3	3,27
		5	2,72
		7	3,34
Dampak sosial dan keluarga	2	2,69	
	4	3,06	
	6	2,90	
	8	2,81	
	10	2,65	

Pada *perceived seriousness* dengan jumlah 10 *item* pertanyaan jika dihubungkan dengan parameter pada definisi operasional. Parameter 3 terkait dampak HIV dalam hubungan keluarga, pekerjaan dan hubungan sosial *item* pertanyaan nomor 4 “hubungan keluarga akan terancam jika saya terkena HIV/AIDS” menjadi penyumbang skor *perceived seriousness* terbanyak, karena mayoritas responden merupakan kelompok resiko yang merasa kurang mendapatkan dukungan dari keluarga sehingga, responden takut jika mengetahui status HIV/AIDS akan membuat hubungan dengan keluarga akan semakin rengang karena pada prinsipnya keluarga banyak yang menentang perilaku yang dilakukan LSL ditambah jika LSL terdiagnosa HIV/AIDS, selain itu lingkungan sosial juga akan mengucilkan LSL jika terdiagnosa HIV/AIDS.

3. Data *perceived benefit*Tabel 5.4 Distribusi responden berdasarkan *perceived benefits* di Hotspot Pataya Surabaya 25-27 Mei 2018

Parameter	Pertanyaan	\bar{X}
Tindakan menurunkan resiko	1	2,79
	3	3,02
	4	3,04
Keuntungan VCT	2	3,09
	5	2,93

Pada *perceived benefits* dengan jumlah 5 *item* pertanyaan jika dihubungkan dengan parameter pada definisi operasional. Parameter 2 terkait keuntungan melakukan pemanfaatan layanan VCT pertanyaan nomor 2 “saya mendapat manfaat banyak dengan melakukan pemeriksaan *Voluntary Counseling and Testing*” menjadi penyumbang skor *perceived benefits* tinggi terbanyak karena mayoritas responden merupakan kelompok yang beresiko tinggi terkena HIV/AIDS yang memiliki motivasi tinggi untuk memanfaatkan layanan VCT sehingga dapat merasakan keuntungan besar ketika memanfaatkan layanan VCT dan merasa lebih percaya diri dalam menjalankan kehidupan sehari – hari setelah memanfaatkan layanan VCT

4. Data *perceived barrier*Tabel 5.5 Distribusi responden berdasarkan *perceived barrier* di Hotspot Pataya Surabaya 25-27 Mei 2018

Parameter	Pertanyaan	\bar{X}	
Menghabiskan waktu	5	2,39	
	Dampak psikologi	1	2,67
		2	2,79
		3	2,55
Pendamping VCT	4	2,65	
	6	2,67	

Pada *perceived barrier* dengan jumlah 6 *item* pertanyaan jika dihubungkan dengan parameter pada definisi operasional. Parameter 2 terkait dampak psikologi *item* pertanyaan nomor 2 “saya tidak sanggup menerima hasil

pemeriksaan *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*” menjadi penyumbang skor *perceived barrier* tinggi terbanyak karena penyakit HIV/AIDS merupakan penyakit yang menyerang sistem imunitas tubuh manusia dan tidak ada harapan untuk sembuh, sehingga kebanyakan responden merasa tidak sanggup untuk menerima hasil tes HIV yang dilakukan melalui VCT.

5. Data *cues to action*

Tabel 5.6 Distribusi responden berdasarkan *cues to action* di Hotspot Pataya Surabaya 25-27 Mei 2018

Parameter	Pertanyaan	\bar{X}
Motivasi diri	1	3,97
	3	3,86
	4	4,06
Informasi	5	3,95
	2	4,06
Saran orang lain	6	4,11

Pada *cues to action* dengan jumlah 6 *item* pertanyaan jika dihubungkan dengan parameter pada definisi operasional. Parameter 1 terkait motivasi diri *item* pertanyaan nomor 4 “saya menanyakan keuntungan dan kerugian terkait pemeriksaan *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* kepada petugas kesehatan” menjadi penyumbang skor *cues to action* tinggi terbanyak karena mayoritas responden mendapatkan motivasi untuk melakukan pemanfaatan VCT dari petugas kesehatan maupun petugas LSM sehingga responden tidak sungkan menanyakan terkait keuntungan dan kerugian melakukan pemeriksaan VCT, informasi dapat ditanyakan kepada petugas melalui bertatap muka secara langsung dengan petugas kesehatan atau pengawas lapangan LSM maupun via *chat online* jika responden malu untuk bertanya langsung, sehingga LSL akan dimudahkan dan yakin mengikuti layanan VCT.

6. Hubungan *perceived susceptibility* dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSLTabel 5. 7 Hubungan *Perceived Susceptibility* dengan pemanfaatan VCT oleh LSL di Hotspot Pataya 25-27 Mei 2018

<i>Perceived susceptibility</i> (Persepsi Kerentanan)	Total	(%)	Pemanfaatan VCT			
			Ya		Tidak	
			f	%	f	%
Rendah	14	33	8	57	6	43
Tinggi	29	67	25	86	4	14
Total	43	100	33	77	10	23

Uji *Chi Square* p = 0. 035 koefisien kontingensi (C) = 0, 307

Berdasarkan tabel 5. 7 menunjukkan 29 responden merasa rentan terkena HIV/AIDS mayoritas (86%) memanfaatkan layanan VCT. Namun, terdapat juga responden yang tidak memanfaatkan VCT meskipun dirinya memiliki *perceived seceptibility* yang tinggi, dikarenakan faktor kesibukan bekerja dan jarak rumah dengan pusat layanan kesehatan yang dirasa terlalu jauh. Begitu pula dengan responden yang memiliki *perceived susceptibility* rendah, namun mau memanfaatkan layanan VCT, dikarenakan pengaruh usia dan pendidikan sehingga merasa perlu untuk tetap mengikuti pemanfaatan VCT.

Hasil statistik *chi square* diperoleh p = 0,035 ($\alpha \leq 0,05$) maka H1 diterima yang berarti ada hubungan antara *perceived susceptibility* dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSL. Pada koefisein kontingensi (C) didapatkan 0,307 yang berarti bahwa variabel *perceived susceptibility* dan variabel pemanfaatan VCT memiliki hubungan yang lemah.

7. Hubungan *perceived seriousness* dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSLTabel 5. 8 Hubungan *Perceived Seriousness* dengan pemanfaatan VCT oleh LSL di Hotspot Pataya 25-27 Mei 2018

<i>Perceived seriousness</i> (Persepsi Keseriusan)	Total	(%)	Pemanfaatan VCT			
			Ya		Tidak	
			f	%	f	%
Rendah	18	42	11	61	7	39
Tinggi	25	58	22	88	3	12
Total	43	100	33	77	10	23

Uji *Chi Square* p = 0. 039 koefisien kontingensi (C) = 0, 300

Berdasarkan tabel 5.8 25 responden merasa bahwa HIV/AIDS adalah penyakit yang serius, mayoritas (58%) memanfaatkan layanan VCT. Namun, terdapat responden yang tidak memanfaatkan layanan VCT meskipun *perceived seriousness* tinggi hal tersebut dikarenakan tingkat pendidikan rendah yang berpengaruh pada pengetahuan responden akan pentingnya memanfaatkan VCT dan jarak rumah dengan layanan kesehatan yang jauh (>3 km). Begitu pula dengan responden yang memiliki *perceived seriousness* rendah namun masih mau memanfaatkan layanan VCT dikarenakan tingkat pendidikan yang tinggi dan pengalaman terpapar dengan orang yang beresiko terkena HIV/AIDS sehingga dirinya merasa perlu untuk tetap patuh memanfaatkan layanan.

Hasil statistik *chi square* diperoleh $p = 0,039$ ($\alpha \leq 0,05$) maka H1 diterima yang berarti ada hubungan antara *perceived seriousness* dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSL. Pada koefisien kontingensi (C) didapatkan 0,300 yang berarti bahwa variabel *perceived seriousness* dan variabel pemanfaatan VCT memiliki hubungan yang lemah .

8. Hubungan *perceived benefits* dengan pemanfaatan VCT oleh LSLTabel 5.9 Hubungan *Perceived Benefits* dengan pemanfaatan VCT oleh LSL di Hotspot Pataya 25-27 Mei 2018

<i>Perceived Benefits</i> (Persepsi Keruntungan)	Total	(%)	Pemeriksaan VCT			
			Ya		Tidak	
			f	%	f	%
Rendah	13	30	7	54	4	13
Tinggi	30	70	26	87	6	46
Total	43	100	33	77	10	23

Uji *Chi Square* p = 0,019 koefisien kontingensi (C) = 0,335

Berdasarkan tabel 5.9 menunjukkan bahwa 30 responden merasa layanan VCT menguntungkan, mayoritas (70%) melakukan pemanfaatan VCT. Namun, terdapat responden yang menunjukkan tidak memanfaatkan layanan VCT meskipun memiliki *perceived benefits* yang tinggi. Hal tersebut dikarenakan pendidikan yang rendah berpengaruh terhadap pengetahuan VCT dan berdampak tidak memanfaatkan layanan VCT. Begitu juga dengan responden yang memiliki *perceived benefits* yang rendah namun masih memanfaatkan layanan VCT, dikarenakan faktor tingkat pendidikan yang tinggi yang pengalaman terpapar dengan orang yang beresiko terkena HIV/AIDS, sehingga merasa perlu memanfaatkan layanan VCT.

Hasil statistik *chi square* diperoleh p = 0,015 ($\alpha \leq 0,05$) maka H1 diterima yang berarti ada hubungan antara *perceived benefit* dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSL. Pada koefisien kontingensi (C) didapatkan 0,335 yang berarti bahwa variabel *perceived benefit* dan variabel pemanfaatan VCT memiliki hubungan yang lemah.

9. Hubungan *perceived barrier* dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSLTabel 5.10 Hubungan *Perceived Barierr* dengan pemanfaatan VCT oleh LSL di Hotspot Pataya 25-27 Mei 2018

<i>Perceived Barriers</i> (Persepsi Hambatan)	Total	(%)	Pemeriksaan VCT			
			Ya		Tidak	
			f	%	f	%
Rendah	28	65	25	89	3	11
Tinggi	15	35	8	53	7	47
Total	43	100	33	77	10	23

Uji *Chi Square* $p = 0,008$ koefisien kontingensi (C) = 0,376

Berdasarkan tabel 5.10 menunjukkan bahwa 28 responden merasa tidak ada hambatan dalam memanfaatkan VCT, mayoritas (65%) memanfaatkan layanan VCT. Namun, masih terdapat responden yang tidak memanfaatkan layanan VCT meskipun memiliki *perceived barriers* yang rendah dikarenakan tingkat pendidikan yang rendah. Begitu juga responden memiliki hambatan yang rendah, namun belum begitu memahami terkait pemanfaatan layanan VCT menjadi pendorong untuk tidak memanfaatkan layanan VCT. Responden yang memiliki *perceived barrier* rendah namun masih memanfaatkan layanan VCT dikarenakan aksesibilitas dengan layanan kesehatan yang dekat sehingga meskipun responden tersebut memiliki banyak hambatan namun karena tempat tinggal yang dengan dengan pelayanan kesehatan, maka akan dengan mudah memanfaatkan layanan VCT.

Hasil statistik *chi square* diperoleh $p = 0,008$ ($\alpha \leq 0,05$) maka H1 diterima yang berarti ada hubungan antara *perceived barrier* dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSL. Pada koefisien kontingensi (C) didapatkan 0,376 yang berarti bahwa variabel *perceived barrier* dan variabel pemanfaatan VCT memiliki hubungan yang lemah.

10. Hubungan *cues to action* dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSLTabel 5.11 Hasil Variabel *Cuess to Action* oleh LSL di Hotspot Pataya 25-27 Mei 2018

<i>Cues to Action</i> (stimulus)	Total	(%)	Pemeriksaan VCT			
			Ya		Tidak	
			f	%	f	%
Rendah	21	49	19	90	2	10
Tinggi	22	51	14	64	8	36
Total	43	100	33	77	10	23

Uji *Chi Square* $p = 0,037$ koefisein kontingensi (C) = 0,303

Berdasarkan tabel 5.11 menunjukkan bahwa 22 responden merasa memiliki stimulus yang tinggi, mayoritas (51%) memanfaatkan layanan VCT. Namun, terdapat responden yang tidak memanfaatkan layanan VCT meskipun memiliki *cues to action* yang tinggi dikarenakan faktor pendidikan yang rendah, meskipun mendapatkan dukungan dari luar kalau dari dalam namun responden tidak memiliki pemahaman yang kuat, maka seseorang tidak tergerak untuk melakukan tindakan memanfaatkan layanan VCT. Begitu juga dengan reponden yang memiliki *cues to action* rendah namun masih memanfaatkan layanan VCT, dikarenakan faktor aksestabilitas dengan layanan kesehatan yang dekat, tingkat pendidikan yang tinggi dan memiliki pengalaman terpapar dengan orang yang beresiko tinggi terkena HIV/AIDS. Meskipun responden tidak memiliki dukungan yang tinggi karena tempat tinggal yang dekat dengan pelayanan kesehatan, pemahaman yang tinggi dan pengalaman terpapar dengan orang yang beresiko tinggi terkena HIV/AIDS menjadikan responden cenderung untuk memanfaatkan layanan VCT.

Hasil statistik *chi square* diperoleh $p = 0,015$ ($\alpha \leq 0,05$) maka H1 diterima yang berarti ada hubungan antara *cues to action* dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSL. Pada koefisein kontingensi (C) didapatkan 0,303 yang berarti bahwa

variabel *cues to action* dan variabel pemanfaatan VCT memiliki hubungan yang lemah.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Hubungan *Perceived Susceptibility* dengan Pemeriksaan VCT oleh LSL

Penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan antara *perceived susceptibility* dengan pemeriksaan VCT di wilayah Surabaya. Responden yang memiliki persepsi kerentanan tinggi mayoritas melakukan pemeriksaan VCT. Semakin tinggi *perceived susceptibility*, LSL cenderung untuk memanfaatkan VCT dan semakin rendah *perceived susceptibility*, LSL cenderung tidak memanfaatkan VCT. Kosep struktur *Health Belief Model* yang dikemukakan oleh Notoadmodjo (2007) seseorang kemungkinan dapat dinyatakan memiliki kerentanan yang sangat kuat terhadap HIV/AIDS apabila ia memiliki keyakinan bahwa dirinya berisiko menderita HIV/AIDS, memiliki teman atau pasangan yang terinfeksi HIV/AIDS, atau memiliki riwayat perilaku yang berisiko untuk tertular HIV/AIDS. Persepsi kerentanan yang lemah terhadap HIV/AIDS terjadi apabila tidak memiliki keyakinan bahwa dirinya berisiko menderita HIV/AIDS, tidak memiliki teman atau pasangan yang terinfeksi, serta tidak memiliki riwayat perilaku yang berisiko (Purwaningsih, Misutarno and Imamah, 2011).

Mayoritas LSL yang memiliki *perceived susceptibility* tinggi memanfaatkan VCT dikarenakan beberapa faktor, diantaranya faktor usia, pengalaman terpapar dengan orang yang memiliki resiko tinggi terkena HIV/AIDS dan tingkat pendidikan. *Perceived susceptibility* dipengaruhi oleh variabel demografis yang terdiri dari usia, tingkat pendidikan dan pekerjaan (Notoatmodjo, 2007)

Terdapat 4 responden yang memiliki *perceived susceptibility* yang tinggi namun tidak melakukan VCT yaitu responden nomor 7, 10, 12 dan 40 disebabkan oleh jenis pekerjaan yaitu swasta dan wiraswasta. Berdasar wawancara, responden mengatakan memiliki sedikit waktu sehingga tidak sempat memanfaatkan layanan VCT. Teti Euis (2017) pelayanan VCT dilakukan saat jam kerja puskesmas yaitu pada hari kerja yang terbatas pagi atau sore saja. Sehingga tidak menutup kemungkinan kelompok resiko tinggi merasa kurang nyaman untuk melakukan karena bertabrakan dengan jam kerja mereka, sebagian besar responden memiliki pekerjaan yang tetap dan tidak memungkinkan untuk meninggalkan pekerjaannya, informan lebih memilih untuk menunda VCT. Selain memiliki pekerjaan (swasta dan wiraswasta), LSL memiliki pekerjaan sampingan sebagai Petugas Lapangan (PL) di LSM GAYa Nusantara dan sebagai relawan kesehatan dipusat layanan kesehatan terkait HIV/AIDS dan memiliki pekerjaan *freelance* lain yang lebih dipilih, sehingga LSL tidak sempat memikirkan untuk memanfaatkan layanan VCT karena kesibukan pekerjaan mereka.

Terdapat 8 responden dengan *perceived susceptibility* rendah namun memanfaatkan VCT yaitu pada responden nomor 3, 4, 5, 8, 21., 22, 36 dan 39 dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya faktor usia, tingkat pendidikan, dan pengalaman terpapar dengan orang yang memiliki resiko tinggi HIV/AIDS.

Responden nomor 8 dan 21 memiliki persepsi keseriusan rendah berada direntang usia 31-40 tahun. Usia tersebut tergolong usia dewasa tengah dengan kasus terbanyak HIV/AIDS (UNAIDS, 2017). Teori HBM menyatakan bahwa usia merupakan salah satu faktor pendukung untuk memperkuat faktor utama dari teori HBM (kerentanan, manfaat dan hambatan). Usia merupakan faktor

modifikasi yang memiliki pengaruh pada kepercayaan untuk melakukan perilaku kesehatan dan bukan merupakan faktor utama pembentuk perilaku (Glanz and B. K Viswanath K, 2008). Dapat diartikan semakin cukup umur, semakin matang pula usia seseorang, semakin banyak pula pengalaman dan wawasan yang didapat yang akan mempengaruhi persepsi seseorang, meskipun persepsi kerentanan rendah namun karena usia yang matang maka LSL mau memanfaatkan VCT.

Mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan terakhir SMA. Fatmala (2016) Semakin tinggi pendidikan yang dimiliki responden maka akan semakin tinggi pula tingkat pengetahuan terkait VCT, informan yang memiliki tingkat pendidikan rendah juga mempunyai pengetahuan yang baik mengenai hal-hal yang berkaitan dengan VCT, HIV dan AIDS. Pemanfaatan VCT disebabkan karena adanya pengetahuan yang cukup tentang VCT, merasa beresiko dan adanya pengaruh dan ajakan dari luar (Wang, 2011). Pendidikan dapat memberikan pengaruh tidak langsung terhadap perilaku LSL melalui persepsi, LSL dengan pendidikan tinggi akan lebih memperhatikan masalah kesehatan, meskipun memiliki persepsi yang rendah ketika LSL mengalami gangguan kesehatan maka akan segera mencari layanan kesehatan, namun selain tingkat pendidikan faktor lingkungan juga memberikan pengaruh yang mendorong responden untuk memanfaatkan layanan VCT, melalui ajakan teman dalam satu komunitas ataupun dari Pengawas Lapangan (PL). Dukungan dari petugas LSM dan petugas kesehatan dimana diselenggarakannya program VCT yang dilakukan oleh puskesmas.

Berdasarkan analisa data penulis menyimpulkan bahwa semakin tinggi persepsi kerentanan seseorang terhadap HIV/AIDS, maka semakin besar

kemungkinan seseorang memanfaatkan layanan VCT untuk mengantisipasi penularan HIV/AIDS. Namun meskipun seseorang memiliki persepsi kerentanan yang tinggi tidak mutlak membuat seseorang memanfaatkan layanan VCT, karena masih dipengaruhi beberapa faktor yang lain yang tidak dapat dipisahkan seperti, usia, pendidikan dan pekerjaan.

5.2.2 Hubungan *Perceived seriousness* dengan Pemeriksaan VCT oleh LSL

Penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan antara *perceived seriousness* dengan pemeriksaan VCT di wilayah Surabaya. Semakin tinggi *perceived seriousness* LSL cenderung untuk memanfaatkan VCT. Semakin rendah *perceived seriousness* LSL cenderung untuk tidak memanfaatkan VCT. Berdasarkan teori Becker (1974) dalam Notoadmodjo (2007), keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*) adalah tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat, sedangkan menurut pendapat Sarwono (2004) tentang keseriusan yaitu resiko kesulitan yang akan dirasakan individu terhadap suatu penyakit. Persepsi keseriusan yang dirasakan terhadap HIV/AIDS kemungkinan juga berbeda-beda pada setiap orang risiko tinggi, hal itu karena tiap orang yang beresiko tinggi memiliki pandangan yang subjektif terhadap keseriusan HIV/AIDS.

Terdapat 3 responden dengan *perceived seriousness* tinggi memilih tidak memanfaatkan layanan VCT yaitu responden nomor 10, 12 dan 40. Faktor yang mempengaruhi yaitu tingkat pendidikan, jarak rumah dengan layanan kesehatan, pekerjaan. Responden nomor 12 diketahui memiliki latar belakang pendidikan terakhir tamat SMP. Anggraeni (2018) faktor pengubah seperti tingkat pendidikan

dipercayai mempunyai pengaruh tidak langsung terhadap perilaku dengan cara mempengaruhi persepsi individu seperti persepsi terhadap keseriusan. Individu dengan pendidikan tinggi, cenderung memiliki perhatian yang besar terhadap kesehatannya sehingga jika individu tersebut mengalami gangguan kesehatan maka ia akan segera mencari pelayanan kesehatan.

Selain karena faktor pendidikan, jarak rumah dengan tempat pelayanan kesehatan juga dapat mempengaruhi. Responden nomor 10 bertempat tinggal dengan jarak >3 km dari tempat pelayanan kesehatan. Lawrence Green (1991) bahwa terdapat pendukung (*enabling factors*) untuk melakukan perilaku kesehatan salah satunya adalah *accessibility of health resouse*, dimana seseorang akan melakukan perilaku kesehatan jika terdapat kemudahan dalam mencapai akses tempat pelayanan kesehatan tersebut. Jarak rumah responden cukup jauh dengan tempat pelayanan kesehatan dibanding dengan responden lainnya membuat responden enggan memanfaatkan layanan VCT, meskipun persepsi keseriusan terhadap HIV/AIDS tinggi, hal tersebut tidak membuat responden tergugah untuk memanfaatkan layanan VCT. Faktor stimulus *cuess to action* yang rendah juga berpengaruh dalam melakukan pemanfaatan VCT meskipun persepsi keseriusan terhadap HIV tinggi, beberapa responden memiliki persepsi keseriusan yang tinggi namun tidak didukung oleh stimulus luar yang lain seperti keluarga, teman dan informasi dari media maupun petugas kesehatan dan petugas LSM.

Terdapat 11 responden dengan *perceived seriousness* (persepsi keseriusan) rendah memilih melakukan pemanfaatan VCT yaitu responden nomor 3, 4, 8, 11, 17, 20, 21, 22, 32, 36, dan 39. Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa hal tersebut dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, mayoritas responden tamat SMA,

seperti yang sudah dijelaskan di atas, bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan mendorong orang tersebut untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan termasuk pemeriksaan VCT. Meskipun responden nomor 3, 4, 8, dan 32 memiliki pendidikan terakhir SMP dan persepsi keseriusan yang rendah namun, masih memanfaatkan layanan VCT hal tersebut dipengaruhi oleh faktor lingkungan LSL berkumpul. Faktor lingkungan dapat menjadi salah satu faktor yang mendorong responden merasakan persepsi keseriusan sehingga termotivasi untuk memanfaatkan VCT (Purwaningsih, 2011). Ketika LSL berada di lingkungan orang yang memiliki pengetahuan dan pendidikan yang tinggi dan memiliki pengetahuan yang cukup tentang VCT maka dapat mendorong responden yang berlatar belakang pendidikan rendah namun tetap mau untuk memanfaatkan layanan VCT. Persepsi keseriusan yang dirasakan terhadap HIV/AIDS berbeda pada masing-masing individu. Hal tersebut dikarenakan setiap orang memiliki pandangan yang subjektif terkait penyakit HIV/AIDS.

Berdasarkan analisa data diketahui bahwa semakin tinggi persepsi keseriusan seseorang terhadap HIV/AIDS, maka seseorang akan memanfaatkan layanan VCT untuk mengantisipasi penyakit HIV/AIDS. Namun tidak semua orang yang memiliki persepsi keseriusan yang tinggi akan melakukan pemanfaatan VCT. Banyak faktor yang tidak lepas dari persepsi keseriusan seperti *modifying factor* yaitu faktor demografi seseorang yang meliputi pendidikan, jarak rumah dengan layanan kesehatan dan lingkungan LSL berkumpul serta bersosialisasi.

5.2.3 Hubungan *Perceived Benefit* dengan Pemeriksaan VCT oleh LSL

Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara persepsi keuntungan dengan pemanfaatan VCT oleh LSL. Hal ini dibuktikan dengan responden yang memiliki persepsi keuntungan tinggi mayoritas melakukan pemanfaatan VCT. Korelasi dalam penelitian ini memiliki hubungan yang lemah, artinya semakin tinggi persepsi keuntungan seseorang terhadap HIV/AIDS, tidak seluruhnya mau melakukan pemanfaatan layanan VCT, namun sebagian besar akan melakukan pemeriksaan

Sesuatu yang dianggap menguntungkan akan merangsang individu melakukan tindakan untuk memperoleh keuntungan (Notoadmodjo dalam Herwin 2015). Besarnya keuntungan atau manfaat yang didapat dari suatu tindakan pencegahan maka akan semakin besar peluang individu tersebut untuk menjalankan tindakan pencegahan penyakit, namun bila manfaat yang dirasakan kecil dari suatu tindakan pencegahan penyakit maka kemungkinan tindakan yang dilakukan untuk mencegah semakin kecil (Hall, 2012)

Terdapat 6 responden dengan *perceived benefits* (persepsi keuntungan) yang tinggi memilih tidak memanfaatkan VCT yaitu responden nomor 1, 6, 7, 27, 28, dan 40. Faktor hambatan yang mempengaruhi adalah pekerjaan yang mayoritas memiliki pekerjaan swasta dan wiraswasta. Pekerja dituntut untuk dapat memberikan waktu, tenaga, dan pikiran dalam mencapai hasil yang diinginkan oleh pekerjaan tersebut (Carmelita *et al.*, 2017). Dengan adanya tuntutan dalam pekerjaan, responden memiliki waktu yang terbatas untuk dapat dengan teratur melakukan VCT. Faktor dukungan yang rendah dari orang sekitar dan media

informasi juga ikut berpengaruh dalam penelitian ini, meskipun persepsi manfaat dalam memanfaatkan layanan VCT termasuk tinggi. Teori *model of mediator in health* menurut Rutter (1993) terdapat dua variabel yang berpengaruh yaitu jalur sosio emosional yang meliputi pengetahuan informasi yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan. Diketahui responden nomor 1,6, dan 27 memiliki stimulus informasi yang rendah sehingga tidak memanfaatkan layanan VCT karena kurang informasi yang didapat meskipun memiliki persepsi keuntungan yang tinggi. Kemudian responden dengan penghasilan kurang dari UMR juga tidak memanfaatkan layanan VCT meskipun tidak dipungut biaya dan persepsi manfaat dalam memanfaatkan layanan VCT tinggi. Seperti penelitian Theresia dkk (2015) menyatakan bahwa semakin rendah penghasilan seseorang yang didukung dengan pengetahuan yang kurang akan menghasilkan rendahnya minat seseorang untuk mendatangi pelayanan kesehatan. LSL cenderung tidak percaya tentang manfaat VCT sehingga memilih tidak memanfaatkan layanan VCT

Terdapat 7 responden dengan persepsi keuntungan rendah memilih memanfaatkan layanan VCT yaitu responden dengan nomor 3, 4, 5, 8, 9, 19, 26, dan 36. Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa hal tersebut dipengaruhi oleh adanya pemeriksaan VCT setelah dilakukan penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Mitikie (2015) faktor pendorong pemanfaatan VCT adalah responden yang merasakan adanya manfaat dalam melakukan VCT dan responden yang memiliki persepsi yang tinggi. Program VTC dapat memberikan keuntungan bagi klien dengan hasil tes positif maupun tes negatif dengan fokus pemberian obat ARV, dan dapat membantu mengurangi stigma masyarakat, serta dapat memudahkan akses keberbagai layanan kesehatan maupun layanan psikososial

yang dibutuhkan klien (Depkes RI, 2006). Manfaat yang didapat dari layanan VCT dapat digunakan LSL untuk mengatasi masalah kesehatannya, terutama masalah HIV.

Dari penjelasan sebelumnya diketahui bahwa semakin tinggi persepsi keuntungan seseorang terhadap pemanfaatan layanan VCT, maka seseorang akan semakin terpacu untuk melakukan pemanfaatan VCT. Namun persepsi manfaat yang tinggi tidak berarti membuat seseorang pasti memanfaatkan layanan VCT, hal ini tidak dapat dipisahkan dari variabel lain dan faktor demografi, seperti pekerjaan dan dukungan baik dari orang sekitar maupun dari media informasi.

5.2.4 Hubungan *Perceived Barrier* dengan Pemeriksaan VCT oleh LSL

Penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan antara persepsi individu dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSL. Hal ini dibuktikan dengan responden yang memiliki *perceived barriers* (persepsi hambatan) rendah mayoritas memanfaatkan layanan VCT. Sebaliknya, semakin tinggi *perceived barriers* LSL cenderung untuk tidak memanfaatkan layanan VCT. Menurut teori Health Belief Model (HBM) kemungkinan individu akan melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada hasil dari dua keyakinan atau penilaian kesehatan yaitu ancaman yang dirasakan dari sakit dan pertimbangan tentang keuntungan dan kerugian (Machfoedz, 2006). Resenstock (2004) dalam Champion & Skinner (2008) mengemukakan bahwa individu dalam mengadopsi perilaku baru, individu membutuhkan kepercayaan akan besarnya manfaat yang diperoleh dan kepercayaan akan adanya hambatan yang menghalangi adopsi perilaku. Pada umumnya, manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan

atau hambatan yang mungkin ditemukan. Seseorang mungkin merasakan manfaat terhadap suatu perilaku tertentu tetapi pada saat yang sama mereka juga mungkin merasakan hambatan untuk melakukannya. Korelasi dalam penelitian ini memiliki hubungan yang lemah, artinya semakin rendah persepsi hambatan seseorang terhadap HIV/AIDS, tidak seluruhnya memanfaatkan layanan VCT, namun sebagian besar akan memanfaatkan layanan VCT.

3 responden memiliki *perceived barrier* (persepsi hambatan) rendah namun tidak memanfaatkan layanan VCT, yaitu responden nomor 10, 34, dan 41. Responden ini tidak memanfaatkan VCT dikarenakan oleh *cues to action* (stimulus) yang rendah, yaitu tidak ada dukungan dari orang sekitar maupun keluarga serta kurang mendapat informasi. Menurut Friedmand (1988) menyatakan bahwa seseorang akan mencari pelayanan kesehatan apabila ia mencari nasihat dari keluarga atau teman-temannya. Dengan mendapat anjuran dan dukungan dari orang terdekat dapat merubah perilaku untuk memnfaatkan layanan VCT. Kurangnya informasi serta saran akan menghambat seseorang melakukan pemanfaatan layanan VCT meskipun memiliki persepsi hambatan yang rendah. Teori HBM memungkinkan seseorang untuk melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada hasil dari dua keyakinan atau penilaian kesehatan yaitu ancaman yang dirasakan dari sakit dan pertimbangan tentang keuntungan dan kerugian. Rintangan yang ditemukan dalam melakukan tindakan pencegahan akan mempengaruhi besar kecilnya usaha dari individu tersebut. Bila masalah yang dihadapi dalam tindakan pencegahan penyakit sangat besar maka perspesi untuk melakukan tindakan semakin kecil, namun bila masalah yang dihadapi kecil maka semakin besar bagi individu melaksanakan tindakan pencegahan.

Terdapat 8 responden dengan *perceived barrier* (persepsi hambatan) yang tinggi, memilih memanfaatkan layanan VCT yaitu responden nomor 3, 4, 5, 8, 9, 19, 26, dan 36. Mayoritas responden memiliki rumah yang dekat dengan tempat pelayanan kesehatan yaitu berkisar <1 km. Hal ini sejalan dengan penelitian Murniati (2007) bahwa keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan mempunyai hubungan terhadap kunjungan ke pusat layanan kesehatan. Sehingga kunjungan masyarakat yang bertempat tinggal lebih dekat dari tempat pelayanan kesehatan lebih banyak jika dibandingkan dengan masyarakat yang jaraknya jauh. Sulitnya pelayanan kesehatan dicapai secara fisik banyak menuntut pengorbanan sehingga akan menurunkan permintaan.

Sehingga diketahui bahwa semakin rendah hambatan seseorang dalam memanfaatkan layanan VCT maka akan semakin tinggi keinginan seseorang untuk dapat memanfaatkan layanan VCT. Namun, tidak menutup kemungkinan seseorang dengan persepsi hambatan yang rendah mereka akan memanfaatkan layanan VCT. hal tersebut tidak terlepas dari faktor lain yaitu demografi yang meliputi pekerjaan dan jarak rumah dengan layanan kesehatan. Faktor informasi yang didapat juga berpengaruh terhadap pemanfaatan layanan VCT

5.2.5 Hubungan *cues to action* dengan Pemeriksaan VCT oleh LSL

Penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan antara *cues to action* dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSL. Hal ini dibuktikan dengan responden yang memiliki *cues to action* (stimulus) tinggi mayoritas memanfaatkan layanan VCT. Sebaliknya, semakin rendah *cues to action* (stimulus) LSL cenderung untuk tidak memanfaatkan layanan VCT. Perilaku seseorang tergantung pada informasi yang

diterima selama melakukan interaksi sosial secara terus menerus. Jika informasi yang diterima benar, seseorang akan menjalaninya dengan benar demikian juga sebaliknya. Jadi dorongan dari lingkungan sosial memiliki peranan yang cukup tinggi dalam perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2007). Sebagian besar informan memiliki akses yang baik terhadap informasi tentang VCT baik akses langsung maupun melalui media. Responden menyatakan selama ini mendapat informasi VCT dari petugas puskesmas dan petugas lapangan saja, masih jarang mendapat informasi dari koran, televisi maupun radio. Dorongan dari PL yang didapatkan oleh informan melalui pemberian informasi menimbulkan pemahaman dan kesadaran LSL untuk melakukan VCT (Wahyunita Syahrir, et al, 2014). Informasi yang didapat dari petugas kesehatan, pengawas lapangan (PL) dan informasi dari media masa maupun online memiliki pengaruh yang sangat besar, terutama media online yang saat ini dapat dengan mudah diakses oleh semua kalangan.

8 Responden dengan stimulus yang tinggi memilih tidak memanfaatkan layanan VCT yaitu responden nomor 1, 6, 12, 27, 28, 34, 40, dan 41 karena faktor penghambat yang banyak seperti pekerjaan, jarak dengan akses puskesmas, dan didukung faktor persepsi manfaat yang rendah. Responden nomor 1, 6, 27, 28, dan 40 memiliki persepsi manfaat yang rendah karena merasa VCT sangat menyita waktu sedangkan responden nomor 6, 12, dan 27 mengatakan saat mendapatkan penyuluhan, responden kurang begitu memahami maksud dari penyuluhan yang dilakukan oleh petugas puskesmas dan pengawas lapangan, hal tersebut dipengaruhi oleh tingkat pendidikan responden yang rendah sehingga merasa informasi yang diberikan kurang memiliki manfaat. Carlson (2009) menggambarkan bahwa seseorang akan menaati sesuatu yang dianjurkan petugas

karena merasa ada manfaatnya. Tingginya manfaat yang dirasakan oleh individu akan mendorong seseorang untuk melakukan suatu bentuk perilaku untuk mendapatkan manfaat tersebut. Rosenstock (1982), dalam melakukan tindakan kesehatan terdapat faktor pencetus untuk memutuskan menerima atau menolak alternatif tindakan tersebut. Sehingga meskipun stimulus tinggi responden tetap tidak memanfaatkan layanan VCT karena didominasi oleh faktor penghambat. Menurut teori HBM, seseorang akan menerima isyarat untuk bertindak hal ini merupakan pemicu yang membuat orang tersebut merasa perlu untuk mengambil tindakan.

19 responden dengan stimulus yang rendah memilih memanfaatkan layanan VCT yaitu responden nomor 2, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 32, 33, 35 dan 43, karena LSL memiliki pengetahuan yang tinggi tentang HIV/AIDS dan mencari sumber informasi tambahan melalui internet terkait layanan VCT lebih cenderung berinisiatif untuk memanfaatkan VCT karena merasa memiliki peluang besar terkena HIV/AIDS. Fatmala (2016) Semakin tinggi pendidikan yang dimiliki responden maka akan semakin tinggi pula tingkat pengetahuan terkait VCT, informan yang memiliki tingkat pendidikan rendah juga mempunyai pengetahuan yang baik mengenai hal-hal yang berkaitan dengan VCT, HIV dan AIDS. Meskipun jarang mengikuti penyuluhan dan kurang mendapatkan dukungan dari kelompok ataupun informasi dari petugas kesehatan karena terhambat oleh pekerjaan, namun LSL dengan pengetahuan yang tinggi menggali informasi dari internet dan media *online* lainnya terkait VCT dan cara alternatif untuk mengakses layanan VCT disela-sela kesibukan bekerja, meskipun memiliki stimulus yang rendah LSL masih mau memanfaatkan layanan VCT

Sehingga diketahui bahwa seseorang dengan stimulus informasi baik dari keluarga, tetangga, rekan, atau petugas kesehatan yang tinggi dapat meyakini stimulus positif terkait pemeriksaan VCT, maka seseorang akan semakin yakin memanfaatkan VCT

5.2.6 Faktor dominan yang berhubungan dengan pemanfaatan VCT oleh LSL dengan pendekatan teori HBM

Health Belief Model (HBM) merupakan salah satu teori yang digunakan untuk meneliti perilaku (Jones and Bartlett, 2008) dan untuk mengevaluasi serta menjelaskan perbedaan individu dalam, perilaku preventif (Janz, et al, 2012). Perilaku pemanfaatan VCT oleh LSL di wilayah Surabaya selain dipengaruhi oleh variabel tersebut juga dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi yang meliputi usia, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, penghasilan dan jarak rumah.

Penelitian ini menyatakan *percieved susceptibility*, *percieved seriousness*, *percieved benefits*, *percieved barriers* dan *cuess to action* memiliki hubungan dengan perilaku pemanfaatan VCT oleh LSL, lima faktor tersebut secara bersama menentukan terbentuknya perilaku pemanfaatan layanan VCT. Setiap faktor yang diteliti memiliki nilai kerentanan hubungan dan hasil data koefisien kontingensi (C), semua variabel memiliki hubungan yang lemah terhadap pemanfaatan VCT oleh LSL.

Berdasarkan hasil analisa hasil penelitian bahwa tidak ada variabel dominan dalam penelitian ini semua variabel memiliki hubungan yang rendah. Sehingga upaya promosi kesehatan dari petugas kesehatan yang berisi ajakan persuasif masih dirasa kurang dan berpengaruh terhadap variabel yang lain. Pengetahuan

dari responden yang menjadi subjek penelitian yang sudah baik akibat dari penyuluhan yang diberikan namun belum sepenuhnya responden memahami makna terkait pemeriksaan VCT dan semua hal yang berkaitan dengan HIV/AIDS, memudahkan untuk meneliti persepsi dari masing-masing individu sesuai sudut pandangnya dan pengetahuan yang sama. Seluruh variabel yang lemah, diharapkan ditemukan solusi seperti mengatur jam pelayanan VCT yang dapat dilakukan dipuskesmas yang memiliki layanan VCT, sehingga hambatan seperti faktor pekerjaan, jarak akses yang jauh dapat diminimalkan.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini diuraikan mengenai kesimpulan dan saran hasil penelitian analisa faktor pemanfaatan VCT oleh LSL dengan pendekatan toeri *Health Belief Model* (HBM) di wilayah Surabaya

6.1 Kesimpulan

1. *Perceived susceptibility* memiliki hubungan dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSL, semakin kecil *perceived susceptibility* terhadap HIV/AIDS, maka kemungkinan LSL memanfaatkan layanan VCT semakin kecil pula.
2. *Perceived seriousness* memiliki hubungan dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSL, semakin kecil *perceived seriousness* terhadap HIV/AIDS, maka kemungkinan LSL untuk memanfaatkan layanan VCT semakin kecil pula.
3. *Perceived benefits* memiliki hubungan dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSL, semakin kecil *perceived benefits* terhadap HIV/AIDS, maka kemungkinan LSL untuk memanfaatkan layanan VCT semakin kecil pula
4. *Perceived barrier* memiliki hubungan dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSL, semakin tinggi *perceived barrier* terhadap HIV/AIDS, maka kemungkinan untuk memanfaatkan layanan VCT semakin kecil
5. *Cues to action* memiliki hubungan dengan pemanfaatan layanan VCT oleh LSL, berarti semakin sedikit sumber informasi yang didapatkan LSL terkait HIV maka kemungkinan memanfaatkan layanan VCT juga semakin kecil. Penyuluhan terkait VCT telah dilakukan petugas VCT dari puskesmas

maupun petugas lapangan LSM, namun masih terdapat LSL yang belum memanfaatkan layanan VCT

6. Semua variabel memiliki hubungan dalam penelitian ini. Tidak semua orang yang memiliki persepsi tinggi mau melakukan pemanfaatan layanan VCT karena variabel *perceived susceptibility*, *perceived seriousness*, *perceived benefits*, *perceived barriers* dan *cues to action* dalam pemanfaatan layanan VCT tidak terlepas dari faktor sosiodemografi LSL yang juga dapat memberi pengaruh terhadap persepsi masing-masing individu.

6.2 Saran

1. Bagi LSM GAYa Nusantara

Pengurus LSM GAYa Nusantara diharapkan lebih aktif dalam mendukung LSL terkait dengan pemanfaatan layanan VCT baik media *online* (facebook, instagram dan wibesite) maupun penyuluhan secara langsung yang digabungkan dengan layanan *mobile* VCT melalui kerjasama dengan puskesmas yang memiliki layanan VCT karena saat ini semua layanan terkait VCT telah dibuka. Pelaksanaan dilakukan setiap bulan dan dikhususkan untuk LSL yang belum memanfaatkan layanan VCT serta selalu mengevaluasi LSL yang telah memanfaatkan VCT dan yang belum memanfaatkan VCT dengan cara membuat list setiap bulannya.

2. Bagi responden

Diharapkan aktif mengikuti penyuluhan dan edukasi yang diberikan pihak puskesmas maupun pihak LSM GAYa Nusantara dan mencari informasi tambahan dari internet, petugas lapangan (PL) LSM GAYa Nusantara dan teman sekelompok atau orang yang dianggap penting terkait informasi

HIV/AIDS dan layanan VCT sehingga dapat meningkatkan persepsi untuk melakukan pemeriksaan VCT dan menanggulangi perasaan takut.

3. Penelitian selanjutnya

Penelitian selanjutnya diharapkan dapat meneliti meneliti lebih lanjut tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan VCT pada LSL dengan menggunakan sampel yang lebih besar dapat menganalisis mempertimbangkan lagi terkait data sosiodemografi dan variabel struktur yang dapat mempengaruhi lima variabel HBM, agar hasil tidak rancu dan penelitian tidak bias.

DAFTAR PUSTAKA

- AIDS, K. penanggulangan (2006) *Pelaksanaan akselerasi penanggulangan HIV/AIDS di 100 kabupaten /Kota*. Jakarta.
- Anggraeni, R. F., Riono, P. and Farid, M. N. (2018) 'Pengaruh Tahu status HIV terhadap Penggunaan Kondom Konsisten Pada Lelaki yang Seks dengan Lelaki di Yogyakarta dan Makasar (Analisis Data Serveilans Terpadu Biologi dan Perilaku Tahun 2013)', 3(1), pp. 7–15.
- Arifin, Z. (2011) *Acquired Immunodeficiency Syndrome (infeksi HIV, AIDS)*. Unair.
- Bastable B, S. (2002) *Perawat sebagai Pendidik: Prinsip- Prinsip Pengajaran dan Pembelajaran*. Jakarta: EGC.
- Becker, M. H. (1974) *The Health Belief Mosel and Six Role Behaviour , Helath Education Monographs Winte*.
- BKKBN (2006) 'Buku Saku Bagi Petugas Lapangan Program KB Nasional materi Konseling'.
- Calles, N. ., Evans, D. and Terlonge, D. (2010) *Pathophysiology of the Human Immunodeficiency Virus*. HIV Curriculum for Health Professional.
- Carmelita, P. D. *et al.* (2017) 'Analisis Faktor- Faktor yang berhubungan dengan Praktik Skrining IMS oleh Lelaki Seks Lelaki (LSL) sebagai Upaya Pencegahan Penularan HIV (Studi Kasus pada Semarang Gaya Community)', 5, pp. 486–495.
- David, H. W. (2017) *Fundamental of HIV Medecine*. USA: Oxford University Press.
- Demartoto, A. (2012) 'Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Berhubungan seks dengan laki-laki (LSL) dengan Kitanya HIV dan AIDS'. Available at: <http://argyo.staff.uns.ac.id/2012/12/15/pengetahuan-sikap-dan-perilaku-seksual-laki-laki-yang-berhubungan-seks-dengan-laki-laki-lsl-dalam-kaitannya-dengan-hiv-dan-aids/>.
- Fatmala, R. D. (2016) 'Faktor Predisposing, Enabling dan Reinforcing dalam Pemanfaatan VCT oleh Laki- Laki Seks dengan Laki- Laki', (September 2016), pp. 138–150. doi: 10.20473/jbe.v4i1.138-150.
- Frankenfield, K. M. (2009) 'Health belief model of breast cancer screening for female college students', p. 25. Available at: <http://commons.emich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1257&context=theses>.
- Glanz, K. R. and B.K Viswanath K (2008) *Health Behavior and Health education : Therory , Research and Practice*. United Satates of America: Jossey-Bass.
- Glanz, K. R., Rimer, B. K. and K, V. (2008) *Health Behaviour and Health Education*. America.
- GWL- INA (2016) *Buku Kesehatan dan Hak seksual serta Reproduksi Remaja GWL*. Available at: <http://www.gwl-ina.or.id/buku-kesehatan-dan-hak-seksual-serta-reproduksi-remaja-gwl/>.
- Hayden, J. (2017) *Introduction to Health Behavior Theory*. United Satates of America: Library of Congress Cataloging- In Publication Data.
- J, M. H. D. (2007) *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Pnerbit Buku Kedokteran. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=sDKnWExH6tQC&printsec=frontcover&dq=promosi+kesehatan&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwics9qF6Y3aAhWLPY8KHcc>

- wBpAQ6AEIJzAA#v=onepage&q=promosi kesehatan&f=false.
- Joseph.T.F, L. *et al.* (2013) 'Prevalence and Associated Factors of Intention to Participate in HIV Voluntary Counseling and Testing for the first Time Among Men Who Have Sex With Men in Hongkong, China', *Preventive Medicine*. Elsevier Inc., 57(6), pp. 813–818. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.09.005.
- Kemenkes RI (2012) 'Profil Kesehatan Indonesia'.
- Kemenkes RI (2014) 'Profil Kesehatan Indonesia 2014'. Jakarta: Kemenkes.
- Kemenkes RI (2017) 'Laporan Perkembangan HIV- AIDS & infeksi Penyakit Menular Seksual (IMS) Triwulan I'.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (2009) 'Situasi HIV dan AIDS di Indonesia'.
- Lestari, H. E. P. (2017) 'Dukungan Pasangan dengan Niat yang Melakukan Hubungan seksual dengan Laki-Laki (LSL) untuk Melakukan VCT di Kabupaten Madiun', pp. 1–6. Available at: <http://jurnal.bhmm.ac.id/index.php/jurkes/article/download/6/6>.
- Mayang, L. S. (2018) *Metodelogi Penelitian*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Nasional, K. penanggulangan A. (2009) *HIV dan Sekilah Pandang*. Jakarta.
- Notoatmodjo (2007) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam (2013) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam (2015) *Metode Logi Penelitian Ilmu Keperawatan :Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Omar, B. and Gene, P. D. (2017) *At Guide to AIDS*. NW: CRC press Taylor and Francies Group.
- Purwaningsih, Misutarno and Imamah, S. N. (2011) 'Analisis Faktor Pemanfaatan VCT pada Orang Risiko Tinggi HIV/ AIDS'.
- Sarafino, P. E. (2006) *Health Psychology: Biopsychological Interaction*.
- Sarwono (2011) *Psikologi Remaja*. Jakarta: PT. Raja Grafindo.
- Silvia, D. R., Joni, I. D. A. S. and Pascarani, N. K. D. (2017) 'Strategi Komunikasi Yayasan Gaya Dewata dalam Sosialisasi Layanan VCT di Kalangan Gay', pp. 1–14.
- Skinner and Champion, L. V (2008) *The Health Belief Model in : Health Behavior and Health Education : Theory , Reseach ,and Practice*. San Frasisco: Jossey-Bass.
- Soetjningsih (2010) *Pemahaman Seksualitas pada Remaja*. Jakarta.
- Teti, Euis, H. M. (2017) 'Analisis pemanfaatan Voluntary Counseling and Testing Berdasarkan Pendekatan Teori Health Beliefe Model pada Lelaki Suka Lelaki dan Waria di Kabupaten Ciamis', *Jurnal Mitra Kencana : Keperawatan dan Kebidanan*, 1(November), pp. 1–10.
- Umariyah, F. S. N. and Ayu, W. (2017) 'Kepatuhan Homoseksual (Gay) dalam Pemeriksaan VCT di Psukesmas Halmahera Kota Semarang Tahun 2017'.
- Wang, Y., Li, B., Pan, J., Sengupta, S., Emrick, C. B., Cohen, M. S., & Henderson, G. E. (2011) 'Factors associated with utilization of a free HIV VCT clinic by female sex workers in jinan city, northern china. *AIDS and Behavior*', 15(4), pp. 702–10. Available at: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-010-9703-2>.
- Weiss, K. M., Jonas, K. J. and Guadamuz, T. E. (2017) 'Playing and Never Testing : Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Infection Testing Among App-Using MSM in Southeast Asia', 44(7), pp. 406–411. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000624.

WHO (2012) 'Global AIDS Update'.

Yulrina, A., Novita, L. and Kiki, M. (2015) *Bahan Ajar AIDS pada Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Deeppublish Publisher.

*Lampiran 1***LEMBAR PERMITAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian Tugas Akhir di Program Studi Pendidikan Ners Universitas Airlangga Surabaya, maka saya:

Nama : Niken Ariska Prawesti

NIM :131411133002

Akan melakukan penelitian dengan judul “**Analisa Faktor Pemanfaatan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) oleh Lelaki suka dengan Lelaki (LSL) dengan pendekatan Teori *Health Belief Model* (HBM) di wilayah Surabaya**”.

Saya mohon kesediaan saudara untuk mengisi lembar kuesioner yang telah saya persiapkan sesuai dengan kondisi yang sebenarnya dan saya akan menjamin kerahasiaan pendapat yang telah saudara berikan. Informasi yang saudara berikan hanya akan digunakan dalam pengambilan Ilmu Keperawatan dan tidak digunakan untuk keperluan yang lain.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon saudara untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan. Partisipasi saudara mengisi formulir ini sangat saya hargai, dan atas perhatian serta kesediaan saudara saya mengucapkan terimakasih.

Surabaya,.....

Niiken Ariska Prawesti
131411133002

*Lampiran 2***INFORMED CONSENT****(PERNYATAAN PERSETUJUAN RESPONDEN PENELITIAN)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Pekerjaan :

Alamat :

Pernah/Tidak Pernah Mengikuti Penyuluhan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) *)

Telah mendapatkan keterangan secara rinci dan jelas mengenai:

1. Penelitian yang berjudul “ Analisa Faktor Pemanfaatan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) oleh Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) dengan Pendekatan Teori *Health Belief Model* (HBM) di wilayah Surabaya
2. Perlakuan yang akan di terapkan pada subjek
3. Manfaat ikut sebagai subjek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian

dan mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut karena itu **saya bersedia/ tidak bersedia** *) secara sukarela untuk menjadi subjek penelitian dengan penuh kesadaran tanpa paksaan

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Peneliti,

Surabaya,.....
Responden,

Niken Ariska Prawesti

Saksi

*) coret salah satu

*Lampiran 3***KUESIONER PENELITIAN**

ANALISIS FAKTOR PEMANFAATAN *VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING* (VCT) OLEH LELAKI SUKA DENGAN LELAKI (LSL) DENGAN PENDEKATAN *TEORI HEALTH BELIEF MODEL* (HBM) DI WILAYAH SURABAYA

LEMBAR KUESIONER PENELITIAN**A. Pergantar**

Berikut adalah pertanyaan berkaitan dengan “Faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan VCT oleh LSL di wilayah Surabaya” **BACALAH SETIAP PERTANYAAN DENGAN CERMAT SEBELUM MENJAWAB**, selanjutnya pilih jawaban yang anda rasa paling sesuai dengan pengetahuan anda pada lembar jawaban. Saya sangat menghargai kejujuran dan keterbukaan anda. Terimakasih

Kode responden :

Tanggal pengisian :

Petunjuk: berilah tanda (X) pada pilihan a, b, c dan seterusnya, sesuai dengan identitas responden. Jika pilihan terdapat tanda (*) tulis jawaban sesuai dnegan kondisi anda!

A. Data Umum Responden

1. Usia :
2. Alamat :
3. Jarak Rumah dengan pelayanan kesehatan terdekat
 - a. < 1 Km
 - b. 1 Km -3 Km
 - c. > 3Km
4. Pendidikan terkahir
 - a. Tidak taman SD
 - b. Tamat SD /MI/ Sederajat
 - c. Tamat SMP /Sederajat
 - d. Tamat SMA /Sederajat
 - e. Perguruan Tinggi
5. Jenis Pekerjaan
 - a. Pelajar
 - b. Wiraswasta
 - c. Swasta
 - d. Buruh :
 - e. Lain- lain..... (*sebutkan)
6. Penghasilan per bulan
 - a. Belum berpenghasilan
 - b. < Rp 3. 583. 312,
 - c. > Rp 3. 583. 312

Lampiran 4

Kuesioner *Health Belief Model* (HBM)**Petunjuk Pengisian Kuesioner:**

1. Berilah tanda (√) pada kolom jawaban/ penilaian yang ada di sebelah kanan pernyataan yang anda anggap benar dan sesuai dengan apa yang anda pikirkan/ rasakan
2. Pilihlah jawabnya sebagai berikut:
 SS : Sangat Setuju
 S : Setuju
 N : Netral
 TS : Tidak Setuju
 STS : Sangat Tidak Setuju

A. *Perceived Susceptibility* (Persepsi Kerentanan)

No	Pertanyaan	Pilih Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
1.	Saya memiliki peluang besar terkena HIV/AIDS					
2.	Saya merasa cukup beresiko terkena HIV/AIDS					
3.	Saya cukup memiliki kemungkinan untuk terkena HIV/AIDS					
4.	Saya mengkhawatirkan semua hal tentang HIV/AIDS					
5.	Saya bisa saja terkena HIV /AIDS					

B. *Perceived Seriousness* (Persepsi Keseriusan)

No	Pertanyaan	Pilih Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
1.	Saya berfikir penyakit HIV/ AIDS membuat saya takut					
2.	Saya akan kehilangan pekerjaan jika saya terkena penyakit HIV/ AIDS					
3.	Saya merasa berdebar- debar saat memikirkan penyakit HIV/ AIDS					
4.	Hubungan keluarga akan terancam jika saya terkena HIV/AIDS					
5.	HIV/ AIDS adalah penyakit yang tidak ada harapan untuk sembuh					

6.	Saya merasakan diri saya akan berubah jika saya terkena HIV/ AIDS					
7.	Saya merasa takut untuk mengingat HIV/ AIDS					
8.	Keuangan saya akan terancam jika terkena HIV/ AIDS					
9.	Masalah yang saya alami akibat HIV/ AIDS akan berakhir lama					
10.	Jika saya terkena HIV/ AIDS, kehidupan saya akan mengalami perubahan secara menyeluruh					

C. Perceived Benefits (Persepsi Keuntungan)

No	Pertanyaan	Pilih Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
1.	Pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT) dapat mencegah kejadian HIV yang mendatang pada saya					
2.	Saya mendapat manfaat yang banyak dengan melakukan pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT)					
3.	Pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT) dapat membantu saya untuk mendeteksi dini adanya gangguan dalam sistem imunitas saya					
4.	Jika mengikuti pemeriksasaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT) saya dapat menemukan tanda gangguan lebih awal sebelum ditemukan kondisi yang lebih parah					
5.	Saya tidak akan cemas mengingat HIV/ AIDS kalau saya mengikuti pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT)					

D. Perceived Barriers (Persepsi Hambatan)

No	Pertanyaan	Pilih Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
1.	Saya akan merasa malu jika saya melakukan pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT)					
2.	Saya tidak sanggup menerima hasil pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT)					
3.	Saya merasa pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT) menambah beban dalam diri saya					
4.	Keluarga/teman saya akan menertawakan saya jika saya mengikuti <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT)					
5.	Saya pikir pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT) sangat mengganggu aktivitas saya					
6.	Saya tidak ada yang mengantar dan mendampingi untuk melakukan pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT)					

E. Cues to Action (Stimulus)

No	Pertanyaan	Pilih Jawaban				
		SS	S	N	TS	STS
1.	Saya berinisiatif untuk melakukan pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT)					
2.	Saya mengikuti saran dari petugas kesehatan untuk melakukan pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT)					
3.	Kelompok saya banyak yang terena HIV/ AIDS maka saya melakukan pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT)					
4.	Saya menanyakan keuntungan dan kerugian terkait pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT) kepada petugas kesehatan					

5.	Saya mencari informasi yang berhubungan dengan imunitas dalam diri saya					
6.	Saya di sarankan oleh petugas lapangan dan petugas kesehatan untuk melakukan pemeriksaan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT)					

*****Terimakasih atas Kerjasamanya*****

Lampiran 5



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS AIRLANGGA
 FAKULTAS KEPERAWATAN
 Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
 Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 900 /UN3.1.13/PPd/2018
 Lampiran : -
 Perihal : **Permohonan Fasilitas**
Survey Pengambilan Data Awal

28 Maret 2018

Kepada Yth.: Kepala LSM GAYA Nusantara
 Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya survey pengambilan data awal bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk melakukan pengumpulan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian

Nama : Niken Ariska Prawesti
 NIM : 131411133002
 Judul Skripsi : Analisa Faktor Pemanfaatan *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* oleh Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) dengan Pendekatan Teori *Health Belief Model (HBM)* di Wilayah Surabaya

Pembimbing Ketua : Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
 Pembimbing : Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.



a.n. Dekan
 Wakil Dekan I

D. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 196808291989031002

Lampiran 6



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2 Surabaya - 60272, Tlp. 5312144 Paw. 112

Surabaya, 8 Maret 2018

Kepada

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Nomor : 070/1990/436.8.5/2018
 Lampiran : -
 Hal : Pengambilan Data

di -

SURABAYA

REKOMENDASI PENELITIAN

- Dasar** :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 8 Maret 2018 Nomor : 648/UN3.1.13/PPd/2018 Perihal : Permohonan Fasilitas Survey Pengambilan Data Awal

Pt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :

- a. Nama : Niken Ariska Prawesti
 b. Alamat : Da. Palur RT. 38 RW. 07 Kec. Kabonsari Kab. Madiun
 c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
 d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya
 e. Kewarganegaraan : Indonesia

Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :

- a. Judul / Tema : Analisa Faktor Dukungan Pasangan Dalam Pemeriksaan VCT Pada Ibu Hamil Dengan Pendekatan Theory Of Planned Behavior
 b. Tujuan : Pengambilan Data
 c. Bidang Penelitian : Kesehatan
 d. Penanggung Jawab : Ni Ketut Aik Armini, S.Kp., M.Kes
 e. Anggota Peserta :
 f. Waktu : 1 (Satu) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan
 g. Lokasi : Dinas Kesehatan (JPTD Puskesmas Perak Timur) Kota Surabaya

- Dengan persyaratan** :
1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mematuhi persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakuan Penelitian/survey/kegiatan;
 2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
 3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI;
 4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih.

a.n. Pt. KEPALA BADAN,
Pt. Sekretaris

It. Rr. Laksa Rini Saviani, M.Si
 Pembina Tk I
 NIP 19630918-190403 2 007

Lampiran 7



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : *184/UN3.1.13/PPd/2018* 18 Mei 2018
Lampiran : 1 (satu) eksemplar
Perihal : **Permohonan Fasilitas
Pengambilan Data Penelitian**

Kepada Yth.: Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Niken Ariska Prawesti
NIM : 131411133002
Judul Skripsi : *Analisa Faktor Pemanfaatan Voluntary Counseling and Testing (VCT) oleh Lelaki Suka dengan Lelaki (LSL) dengan Pendekatan Teori Health Belief Model (HBM) di wilayah Surabaya*

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
2. Kepala LSM GAYa Nusantara Surabaya

Lampiran 8



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2 Surabaya - 60272, Tlp. 5312144 Psw. 112

Surabaya, 21 Mei 2018

Kepada

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Nomor : 070/4184/436.6.5/2018
 Lampiran : -
 Hal : Pengambilan Data

di-

SURABAYA

REKOMENDASI PENELITIAN

- Dasar** :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.
- Memperhatikan** :
- Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 18 Mei 2018 Nomor : 1484/UN3.1.13/PPd/2018 Perihal : Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian
- Pt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :
- a. Nama : Niken Ariska Prawesti
 - b. Alamat : Ds. Palur RT. 38 RW. 07 Kel. Palur Kec. Kebonsari Kab. Madiun
 - c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
 - d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya
 - e. Kewarganegaraan : Indonesia
- Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :
- a. Judul / Thema : Analisa Faktor Pemanfaatan Voluntary Counseling And Testing (VCT) Oleh Lelaki Suka Dengan Lelaki (LSL) Dengan Pendekatan Teori Health Belief Model (HBM) Di Wilayah Surabaya
 - b. Tujuan : Pengambilan Data
 - c. Bidang Penelitian : Kesehatan
 - d. Penanggung Jawab : Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
 - e. Anggota Peserta : -
 - f. Waktu : 3 (Tiga) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan
 - g. Lokasi : Dinas Kesehatan Kota Surabaya
- Dengan persyaratan** :
1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mematuhi persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukan Penelitian/survey/kegiatan;
 2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
 3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI.
 4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih.



NIP 19671224 199412 1 001

Tembusan :
 Yth. 1. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Lampiran 9



Office Phone : 081381858707, E-mail gayanusantara@gmail.com Website www.gayanusantara.or.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 017/SK/S.Ket/GN/V/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rafael Hendrikus da Costa
Jabatan : Ketua Yayasan GAYa NUSANTARA
Alamat : Jl. Mulyorejo Utara No. 63 Surabaya

Dengan ini, menerangkan bahwa :

Nama : Niken Ariska Prawesti
NIM : 131411133002

Telah melakukan penelitian di LSM GAYa NUSANTARA Surabaya dengan judul skripsi:
"ANALISA FAKTOR PEMANFAATAN VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT) OLEH LELAKI SUKA LELAKI (LSL) DENGAN PENDEKATAN TEORI HEALTH BELIEF MODEL (HBM) DI WILAYAH SURABAYA"
Pada tanggal 25 – 27 Mei 2018.

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Atas perhatian serta kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Mengetahui,

R Hendrikus da Costa
Ketua Yayasan GAYa NUSANTARA

Lampiran 10



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
 No : 879-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“ANALISA FAKTOR PEMANFAATAN VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT) OLEH LELAKI SUKA DENGAN LELAKI (LSL) DENGAN PENDEKATAN TEORI HEALTH BELIEF MODEL (HBM)”

<u>Peneliti utama</u>	: Niken Ariska Prawesti
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Hotspot Pataya (Taman Lalu Lintas) Surabaya
<i>Setting of research</i>	

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Disidang.
And approved the above-mentioned protocol with Fullboard.

Surabaya, 18 Mei 2018
 Ketua (CHAIRMAN)



Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
 NIP. 4963 0608 1991 03 1002