

**BAB 2**  
**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1 Konsep HIV/AIDS**

2.1.1 Pengertian HIV/AIDS

HIV merupakan singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus*. Yaitu suatu virus yang menyerang system kekebalan tubuh (imunitas) manusia dan virus ini dapat menyebabkan penyakit AIDS. HIV menjangkiti sel-sel sistem kekebalan tubuh manusia terutama CD4+ dan *macrophages* komponen-komponen utama sistem kekebalan sel dan menghancurkan fungsinya. Sedangkan AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrom* adalah kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh *Human Immunodeficiency Virus*. Penyakit ini ditandai dengan gejala menurunnya sistem kekebalan tubuh. Penderita AIDS mudah diserang infeksi oportunistik (infeksi yang disebabkan oleh kuman yang pada keadaan system kekebalan tubuh normal tidak terjadi) (August *et.al*,2009 dalam Pradana 2017).

Virus HIV diklasifikasikan ke dalam golongan lentivirus atau retroviridae. Virus ini secara material genetik adalah virus RNA yang tergantung pada enzim *reverse transcriptase* untuk dapat menginfeksi sel mamalia, termasuk manusia, dan menimbulkan kelainan patologi secara lambat. Virus ini terdiri dari 2 grup, yaitu HIV-1 dan HIV-2. Masing-masing grup mempunyai lagi berbagai sub tipe, dan masing-masing sub tipe secara evolusi yang cepat mengalami mutasi. Diantara kedua grup tersebut, yang paling banyak menimbulkan kelainan dan lebih ganas di seluruh dunia adalah grup HIV-1 (Nasronudin, 2014).

Human Immunodeficiency virus adalah jenis virus yang dapat menurunkan kekebalan tubuh (BKKBN, 2007). Menurut Depkes RI (2008) menyatakan bahwa HIV adalah sejenis retrovirus-RNA yang menerang sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immunodeficiency Syndrome* suatu kumpulan gejala penyakit yang didapat akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh virus HIV. HIV/AIDS adalah suatu kumpulan kondisi klinis tertentu yang merupakan hasil akhir dari infeksi oleh HIV (Price & Wilson 2005).

AIDS atau sindrom kehilangan kekebalan tubuh adalah kehilangan kekebalan tubuh manusia sebuah sistem kekebalannya dirusak oleh virus HIV. Akibat kehilangan kekebalan tubuh, penderita AIDS mudah terkena berbagai jenis infeksi bakteri, jamur, parasit, dan virus tertentu yang bersifat oportunistik. Selain itu penderita AIDS sering sekali menderita keganasan, khususnya sarkoma kaposi dan limfoma yang hanya menyerang otak (Djuanda, 2007).

### 2.1.2 Etiologi HIV/AIDS

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dianggap sebagai virus penyebab AIDS. Virus ini termasuk dalam retrovirus anggota subfamili *lentivirinae*. Ciri khas morfologi yang unik dari HIV adalah adanya nukleoid yang berbentuk silindris dalam virion matur. Virus ini mengandung 3 gen yang dibutuhkan untuk replikasi retrovirus yaitu *gag*, *pol*, *env*. Terdapat lebih dari 6 gen tambahan pengatur ekspresi virus yang penting dalam patogenesis penyakit. Satu protein replikasi fase awal yaitu protein *Tat*, berfungsi dalam transaktivasi dimana produk gen virus terlibat dalam aktivasi transkripsional dari gen virus lainnya. Transaktivasi pada HIV sangat efisien untuk menentukan virulensi dari infeksi

HIV. Protein *Rev* dibutuhkan untuk ekspresi protein struktural virus. *Rev* membantu keluarnya transkrip virus yang terlepas dari nukleus. Protein *Nef* menginduksi produksi khemokin oleh makrofag, yang dapat menginfeksi sel yang lain (Jawetz *et al* 2011).

HIV secara morfologi terdiri atas dua bagian besar yaitu bagian inti (*core*) dan bagian selubung (*envelop*). Bagian inti berbentuk silindris terdiri atas dua untaian RNA. Enzim *reverse transcriptase* dan beberapa jenis protein, bagian selubung terdiri atas lipid dan glikoprotein yang berhubungan dengan sel limfosit T4, karena bagian luar virus tidak tahan panas dan bahan kimia, maka HIV termasuk virus yang sensitif terhadap pengaruh lingkungan luar seperti air mendidih, sinar matahari, dan mudah dimatikan dengan berbagai desinfektan seperti eter, aseton, alkohol, dan sebagainya, tetapi relatif resisten terhadap radiasi dan sinar ultraviolet. Virus HIV ditemukan dalam darah, saliva, semen, airmata, dan mudah mati diluar tubuh. HIV juga ditemukan dalam sel monosit, makrofag, dan sel ganglia jaringan otak (Kementrian Kesehatan RI 2014).

Sejarah tentang HIV/AIDS dimulai ketika tahun 1979 di Amerika Serikat ditemukan seorang gay muda dengan *Pneumocystis carinii* dan dua orang gay muda dengan Sarcoma Kaposi. Pada tahun 1981 ditemukan seorang gay muda dengan kerusakan sistem kekebalan tubuh. AIDS disebabkan oleh Virus yang disebut HIV, Virus ini ditemukan oleh Luc Montagnier, seorang ilmuwan Perancis di Institute Pasteur Paris pada tahun 1983 yang mengisolasi virus dari seorang penderita dengan gejala Limfadenopati, sehingga pada waktu itu dinamakan *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV). Gallo (*National Institute of health*,

USA 1984) menemukan virus HTL-III (*Human T Lymphotropic Virus*) yang juga adalah penyebab AIDS. Pada penelitian lebih lanjut dibuktikan bahwa kedua virus ini sama, sehingga berdasarkan hasil pertemuan International Committee on Taxonomy of Viruses (1986) WHO memberikan nama resmi HIV (Widoyono, 2005).

HIV cenderung menyerang jenis sel tertentu, yaitu sel-sel yang mempunyai antigen permukaan CD4, terutama sekali limfosit T4 yang memegang peranan penting dalam mengatur dan mempertahankan system kekebalan tubuh. Selain limfosit T4, virus juga dapat menginfeksi sel monosit dan makrofag, sel Langerhans pada kulit, sel dendrite folikuler pada kelenjar limfe, makrofag pada alveoli paru, sel retina, sel serviks uteri dan sel-sel microglia otak. Virus yang masuk ke dalam limfosit T4 selanjutnya mengadakan replikasi sehingga menjadi banyak dan akhirnya menghancurkan sel limfosit itu sendiri. HIV tergolong retrovirus yang mempunyai materi genetik RNA. Bilamana virus masuk ke dalam tubuh penderita (sel hospes), maka RNA virus diubah menjadi DNA oleh enzim reverse transcriptase yang dimiliki oleh HIV. DNA pro-virus tersebut kemudian diintegrasikan ke dalam sel hospes dan selanjutnya diprogramkan untuk membentuk gen virus (Daili, Indriatmi & Zubier 2009).

Virus memasuki tubuh terutama menginfeksi sel yang mempunyai molekul protein CD4. Kelompok sel terbesar yang mempunyai molekul CD4 adalah limfosit T. sel target lain adalah monosit, makrofag, sel dendrite, sel langerhans, dan sel microglia (Price & Wilson 2005). HIV yang masuk ke dalam tubuh akan ditangkap oleh sel dendrit pada membran mukosa dan kulit 24 jam

pertama setelah paparan. Sel yang terinfeksi akan membuat jalur ke nodus limfa dan pembuluh darah perifer selama 5 hari setelah paparan, replikasi virus semakin cepat. Siklus hidup HIV dibagi menjadi 5 fase yaitu; masuk kemudian mengikat, *reverse transcriptase*, replikasi, *budding*, dan maturasi. Replikasi HIV di dalam sel CD4 menurut Ardhiyanti *et al* (2015) terjadi melalui 7 tahap sebagai berikut:

1. HIV melekatkan diri pada permukaan sel penjamu atau ke sel inang yaitu sel CD4;
2. RNA HIV, *reverse transcriptase*, *integrase*, dan komponen protein lain masuk ke dalam sel penjamu atau sel inang(CD4);
3. Enzim *reverse transcriptase* membentuk DNAvirus;
4. DNA virus bergerak menuju nukleus sel CD4 dan mengintegrasikan diri terhadap DNA sel penjamu atau sel inang (CD4) dengan bantuan enzim *integrase*;
5. Virus RNA baru digunakan sebagai genomik RNA dan untuk membuat beberapa virusprotein;
6. Virus RNA baru dan beberapa protein bergerak menuju permukaan sel dan membentuk virus HIV baru yang belum matur;dan
7. Virus-virus yang sudah matur melepaskan protein HIV melalui enzim protease dan siap memasuki sel CD4 lainnya.

### 2.1.3 Diagnosis HIV/AIDS

Terdapat dua macam pendekatan untuk tes HIV:

1. Konseling dan tes HIV sukarela KTS/VCT (*Voluntery Counselling & Testing*)

## 2. Konseling dan tes atas inisiatif petugas kesehatan KTIP/PITC (*Provider-Initiated Testing and Counseling*)

Pemanfaatan tes HIV melalui VCT masih jauh dari harapan, sehingga dikembangkan pelaksanaan tes HIV melalui KTIP/PITC (*Provider-Initiated Testing and Counseling*). KTIP/PITC merupakan kebijakan pemerintah untuk dilaksanakan di layanan kesehatan, oleh sebab itu semua petugas kesehatan harus menganjurkan tes HIV setidaknya pada ibu hamil, pasien TB, pasien yang menunjukkan gejala dan tanda klinis diduga terinfeksi HIV, pasien dari kelompok pasien beresiko (penasun, PSK, homoseksual, pasien PMS, dan seluruh pasangan seksual). Anjuran tes HIV perlu disesuaikan dengan prinsip bahwa pasien sudah mendapatkan informasi cukup dan menyetujui tes HIV serta semua pihak menjaga kerahasiaan (prinsip 3C : *counseling, consent, confidentiality*) (Sofro & Anurogi 2015).

### 2.1.4 Epidemiologi

Sejarah tentang HIV/AIDS dimulai ketika tahun 1979 di Amerika Serikat ditemukan seorang gay muda dengan *Pneumocystis Carinii* dan dua orang gay muda dengan *Sarcoma Kaposi*. Pada tahun 1981 ditemukan seorang gay muda dengan kerusakan sistem kekebalan tubuh.

Negara Amerika Utara dan Inggris, epidemik pertama terjadi pada kelompok laki-laki homoseksual, selanjutnya pada saat ini epidemik terjadi juga pada pengguna obat suntikan dan pada populasi heteroseksual. Seks tanpa kondom adalah modus utama penularan HIV di Karibia. Survey menunjukkan persentase prevalensi HIV pada beberapa kelompok yaitu : 80-90% PSK, 30%

kelompok laki-laki konsumennya, 30% pada kelompok mereka yang datang berobat di klinik penyakit menular seksual, 10% pada pendonor darah dan 10% pada kelompok wanita yang diperiksa di klinik perawatan antenatal. Sampai dengan tahun 2010 jumlah penderita HIV di seluruh dunia sebanyak 34 juta orang (UNAIDS, 2011).

Indonesia merupakan negara penyandang HIV pertama kali dilaporkan di Bali pada bulan April 1987, terjadi pada orang berkebangsaan Belanda. Sejak pertama kali ditemukan sampai dengan tahun 2016, kasus AIDS di Indonesia sejak tahun 1987 sampai 2016 secara kumulatif sebanyak 191.073 pada penderita HIV dan 77,947 pada penderita AIDS (Kemenkes RI, 2016).

#### 2.1.5 Stadium HIV/AIDS

Individu dinyatakan terinfeksi HIV setelah dilakukan pemeriksaan dan dinyatakan positif terinfeksi, antara lain 30-70% mereka mengalami gejala seperti demam, sakit tenggorokan, keringat malam, pembengkakan kelenjar getah bening, nyeri otot, dan ruam merah di seluruh tubuh. Gejala ini berlangsung selama 2-6 minggu dan akan menghilang dengan sendirinya. Menurut WHO *South-East Asia Regional Office* (SEARO) tahun 2014 dalam pedoman nasional tatalaksana klinis HIV dan terapi Antiretroviral pada orang dewasa (Kementerian Kesehatan RI 2011)

Menurut (Nursalam *et al.*, 2018) pembagian stadium HIV menjadi AIDS ada empat stadium yaitu:

##### 1. Stadium pertama HIV

Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologi ketika antibody terhadap virus tersebut berubah dari negatif menjadi

positif. Rentan waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibody terhadap HIV menjadi positif disebut *window period*. Lama *window period* satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang berlangsung sampai enam bulan.

## 2. Stadium kedua *asymptomatic* (tanpa gejala)

Asimtomatik berarti bahwa didalam organ tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung selama 5-10 tahun. Pasien yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada oranglain.

## 3. Stadium ketiga pembesaran kelenjar limfe

Pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung selama satu bulan.

## 4. Stadium keempat AIDS

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit antara lain penyakit syaraf, infeksi sekunder dan lain-lain.

### 2.1.6 Cara Penularan HIV/AIDS

Penularan HIV dapat terjadi melalui berbagai cara, yaitu; kontak seksual, kontak dengan darah atau secret yang infeksius, ibu ke anak selama masa kehamilan, persalinan, dan pemberian ASI. HIV berada terutama dalam cairan tubuh manusia. Cairan yang berpotensi mengandung HIV adalah darah, cairan sperma, cairan vagina, dan ASI (Komisi Penanggulangan AIDS 2014)

Menurut Purwaningsih(2014) dalam (Pradana, 2017)HIV hanya bisa hidup dalam cairan tubuh manusia seperti darah, air mani (semen), cairan vagina, air susu ibu, dan cairan dalam otak. Virus dalam jumlah kecil terdapat pada air kencing, air mata, dan air keringat sehingga tidak berpotensi menularkan HIV,



sehingga penularan HIV dapat melalui aktivitas sebagai berikut:

1. Hubungan seksual dengan orang yang mengidap HIV dan AIDS, berhubungan seks dengan pasangan yang berganti-ganti dan tidak menggunakan alat pelindung kondom
2. Kontak darah/luka dan transfusi darah yang tercemar virus HIV
3. Penggunaan jarum suntik atau jarum tindik secara bersama atau bergantian dengan orang yang terinfeksi HIV
4. Ibu hamil yang terinfeksi HIV kepada bayi yang sedang dikandung.

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2014) dalam buku pedoman program pencegahan ibu ke anak HIV, HIV tidak dapat ditularkan melalui aktivitas berikut:

1. Bersalaman
2. Berpelukan
3. Bersentuhan atau berciuman
4. Penggunaan toilet umum, kolam renang, alat makan atau minum secara bersama
5. Gigitan serangga seperti nyamuk.

#### 2.1.7 Kriteria Diagnostik

Untuk keperluan surveilans AIDS di Indonesia, digunakan definisi kasus AIDS yang disusun oleh *US Center for Disease Control (CDC)* dan disetujui oleh WHO. Berdasarkan diagnosis tersebut, AIDS ditetapkan bila terdapat dua gejala mayor dan satu gejala minor serta tidak ada sebab-sebab immunosupresi yang diketahui seperti kanker, malnutrisi berat dan etiologi lainnya.

Gejala mayor:

1. Demam berkepanjangan lebih dari 3 bulan;
2. Diare kronis lebih dari 1 bulan, baik berulang maupun terus menerus; dan
3. Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam 3 bulan.

Gejala minor:

1. Batuk kronis selama lebih dari 1 bulan;
2. Infeksi pada mulut dan tenggorokan yang disebabkan oleh jamur *Candida albicans*;
3. Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap diseluruh tubuh;
4. Munculnya *Herpes zoster* berulang; dan
5. Bercak-bercak gatal seluruh tubuh.

#### 2.1.8 Pencegahan

Dalam upaya menurunkan resiko terinfeksi HIV, berbagai organisasi kesehatan menganjurkan untuk memakai pendekatan ABCD, yaitu:

1. A atau *Abstinence*, yaitu menunda kegiatan seksual sebelum menikah;
2. B atau *Be faithful*, yaitu setia dengan pasangan setelah menikah;
3. C atau *Condom*, yaitu gunakan kondom bagi orang yang melakukan perilaku seks yang beresiko; dan
4. D atau *Drug*, yaitu tidak menggunakan narkoba terutama yang menggunakan jarum suntik secara bergantian.

Upaya pencegahan penularan HIV juga dilakukan dengan memberikan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) tentang HIV dan AIDS pada masyarakat terutama kepada para PSK.

### 2.1.9 Penatalaksanaan

*Antiretroviral* (ARV) adalah obat yang bekerja untuk menghambat replikasi virus HIV. Terapi menggunakan ARV adalah terapi yang paling berhasil sampai saat ini. Tujuan pemberian terapi ARV adalah untuk menekan replikasi HIV secara maksimum, meningkatkan limfosit CD4 dan memperbaiki kualitas hidup penderita.

Dibagi menjadi 3 golongan utama ARV (Depkes RI 2006), yaitu:

1. Penghambat masuknya virus; *enfuvirtid*
2. Penghambat *reverse transcriptase* enzyme
  - 1) *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI):  
obat ini terkena sebagai analog nukleosida yang menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA. Yang termasuk obat golongan NRTI termasuk zidovudine (ZDV/AZT), lamivudine (3DT) dan didanosine (ddl)
  - 2) *Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI): obat ini berbeda dengan NRTI walaupun kerjanya sama yaitu menghambat proses perubahan RNA menjadi DNA. Yang termasuk obat NNRTI termasuk *nevirapin* (NVP) dan *efavirenz* (EFV).
  - 3) Penghambat *zimprotease* (PI) *ritonavir* (RTV) obat yang termasuk *saquinavir* (SQV), *indinavir* (IDV) dan *Nelvinafir* (NFV).

### 2.1.10 Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS

Upaya pencegahan suatu penyakit dan virus, termasuk pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS selama ini sudah banyak dilakukan oleh organisasi pemerintah maupun non pemerintah. Upaya yang dilakukan antara lain dalam

bentuk seminar, workshop, penyuluhan, pelatihan, penerbitan buku, bahkan pamlet atau stiker tentang bahaya HIV/AIDS dan cara-cara pencegahannya.

Berkaitan dengan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Pemerintah Kesehatan (PERMENKES) No.21 Tahun 2013 tentang penanggulangan HIV/AIDS. Di mana secara rinci tertuang pada bab 1 Ketentuan Umum Pasal 1, No.1 yang menjelaskan bahwasanya Penanggulangan adalah segala upaya yang meliputi beberapa pelayanan yaitu:

1. Promotif (fungsi pemahaman): yaitu fungsi bimbingan dan konseling yang membantu konseling atau klien agar memiliki pemahaman terhadap dirinya (potensinya), dan lingkungannya (pendidikan, pekerjaan, dan norma agama). Berdasarkan pemahaman ini, klien diharapkan mampu mengembangkan potensi dirinya secara optimal, dan menyesuaikan dirinya dengan lingkungan secara dinamis dan konstruktif.
2. Preventif (fungsi pencegahan): yaitu membantu individu menjaga atau mencegah timbulnya masalah bagi dirinya.
3. Kuratif: yaitu membantu individu memecahkan masalah yang sedang dihadapi atau dialami.
4. Rehabilitatif: layanan ini ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan, angka kematian, mengatasi penularan serta penyebaran penyakit agar wabah tidak meluas ke daerah lain serta mengurangi dampak negative yang ditimbulkannya.

Mengacu pada PERMENKES NO. 21 tahun 2013 mengenai penanggulangan HIV/AIDS di atas, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) saat ini

juga tengah berupaya untuk menanggulangi kasus HIV/AIDS di Indonesia. Usaha yang dilakukan untuk mencegah penularan akan dimulai dari pengendalian populasi kunci, yaitu kelompok yang berisiko atau rentan terkena infeksi, lalu baru melangkah pada populasi jembatan, yaitu orang-orang yang berhubungan seksual dengan banyak pasangan seperti para WPS.

Selain itu untuk upaya mencegah penularan HIV/AIDS, Kementerian Kesehatan juga menerapkan beberapa strategi di antaranya:

1. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan HIV dan AIDS melalui kerjasama nasional, regional, dan global dalam aspek legal, organisasi, pembiayaan, fasilitas pelayanan kesehatan dan sumber daya manusia;
2. Memprioritaskan komitmen nasional dan internasional;
3. Meningkatkan advokasi, sosialisasi, dan mengembangkan kapasitas;
4. Meningkatkan upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang merata, terjangkau, bermutu, dan berkeadilan serta berbasis bukti, dengan mengutamakan pada upaya preventif dan promotif;
5. Meningkatkan jangkauan pelayanan pada kelompok masyarakat berisiko tinggi, daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan serta bermasalah kesehatan;
6. Meningkatkan pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS;
7. Meningkatkan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia yang merata dan bermutu dalam penanggulangan HIV dan AIDS;

8. Meningkatkan ketersediaan, dan keterjangkauan pengobatan, pemeriksaan penunjang HIV dan AIDS serta menjamin keamanan, kemanfaatan, dan mutu sediaan obat dan bahan/alat yang diperlukan dalam penanggulangan HIV dan AIDS; dan
9. Meningkatkan manajemen penanggulangan HIV dan AIDS yang akuntabel, transparan, berdaya guna dan berhasil guna.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa upaya pencegahan dan penularan HIV/AIDS adalah usaha yang dilakukan untuk mencegah yang dimulai dari pengendalian populasi kunci, kelompok yang berisiko atau rentan terkena infeksi, lalu melangkah pada orang-orang yang berhubungan seksual dengan banyak pasangan, dan mencegah penularan pada masyarakat umum dan bayi, serta memberdayakan sumber daya manusia yang merata dan bermutu dalam penanggulangan HIV dan AIDS.

## **2.2 Konsep Pekerja Seks Komersial**

Pekerja Seks Komersial (PSK) adalah wanita-wanita yang bekerja menjual atau menyewakan tubuhnya untuk kenikmatan orang lain dengan mengharapkan suatu imbalan atau upah (Ninik, Nugraha & Riyanti 2012). Prostitue adalah pelacur dikenal pula dengan istilah wanita tuna susila (WTS) atau pekerja seks komersial(Kartono, 2011). Pelacuran atau prostitusi merupakan salah satu bentuk penyakit masyarakat yang harus dihentikan penyebarannya, tanpa mengabaikan usaha pencegahan dan perbaikan. Pelacuran berasal dari bahasa latin pro-stituere atau pro-stauree, yang membiarkan diri berbuat zina, melakukan persundalan, percabulan, dan pergendakan (Kadir, 2007 dalam Kurdi 2016).

Pelacuran merupakan profesi yang sangat tua usianya, setua usia kehidupan manusia itu sendiri (Kartono, 2011). Banyak negara melarang pelacuran dan bahkan dikenakan hukuman, karena dianggap sebagai perbuatan hina oleh segenap anggota masyarakat. Pelacuran adalah salah satu bentuk dari zina, maka agama pun melarang keras tentang itu. Akan tetapi, sejak adanya masyarakat manusia pertama sehingga dunia akan kiamat nanti, mata pencaharian pelacuran ini akan tetap ada, sukar, bahkan hampir-hampir tidak mungkin diberantas dari muka bumi, selama masih ada nafsu-nafsu seks yang lepas dari kendali kemauan dan hati nurani. Maka timbulnya masalah pelacuran sebagai gejala patologis yaitu sejak adanya penataan relasi seks dan diberlakukannya norma-norma perkawinan (Kartono, 2011).

Dalam bukunya *Patologi Sosial*, Kartono (2011) menuliskan bahwa pekerja seks komersial merupakan peristiwa penjualan diri baik perempuan maupun laki-laki dengan jalan memperjualbelikan badan, kehormatan dan kepribadian kepada banyak orang untuk memuaskan nafsu-nafsu seks dengan imbalan pembayaran. Definisi tersebut sejalan dengan (Koentjoro, 2004), yang menjelaskan bahwa pekerja seks komersial merupakan bagian dari kegiatan seks di luar nikah yang ditandai oleh kepuasan dari bermacam-macam orang yang melibatkan beberapa pria dilakukan demi uang dan dijadikan sebagai sumber pendapatan. Helen Buckingham dalam (Sutrisno, 2007), mengatakan bahwa perempuan menghargai dirinya sendiri dan menolong dirinya sendiri dengan bekerja untuk dirinya sendiri, nampak pada profesinya sebagai pelacur. Sebagai pelacur merupakan tempat untuk pertama kalinya seorang perempuan

memperoleh penghasilan yang modalnya adalah tubuhnya sendiri, menjual dirinya sendiri dalam kedudukan ekonomi yang sulit. Lanjut dikatakan pula bahwa perempuan memanfaatkan tubuhnya untuk meraup lembaran uang, sehingga mendapatkan julukan penjaja seks oleh masyarakat. Predikat yang dimiliki perempuan sebagai penjaja seks tidak semakin membatasi ruang gerak privat dari perempuan, bahkan semakin mantap melangkah menekuni pekerjaan sebagai penjaja seks.

Berdasar beberapa pengertian di atas dapat diketahui bahwa pekerja seks komersial adalah orang yang melakukan kegiatan seks di luar nikah, dengan jalan memperjual belikan badan, kehormatan dan kepribadian kepada banyak orang untuk memuaskan nafsu-nafsu seks, dilakukan demi uang dan dijadikan sebagai sumber pendapatan.

### **2.3 Konsep Lokalisasi**

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, lokalisasi adalah pembatasan pada suatu tempat atau lingkungan. Lokalisasi dapat di definisikan sebagai bentuk usaha mengumpulkan segala macam aktivitas / kegiatan pelacuran dalam suatu wadah, dan kemudian menjadi kebijakan melokalisasi pelacuran (Soedjono, 1973). Menurut Siregar tahun 1985 lokalisasi adalah melokalisir suatu kegiatan atau mengumpulkan suatu aktivitas di suatu tempat yang di dalamnya sering terjadi pelanggaran terhadap norma-norma sosial yang di anut masyarakat dan yang selama ini diajarkan oleh keluarga.

Terjadi pro dan kontra dalam masyarakat merupakan dampak adanya gagasan lokalisasi. Bagi yang mendukung atau pro, dengan adanya lokalisasi mereka menganggap sebagai solusi yang ideal dan tujuannya adalah bisa



mengontrol dan mengawasi adanya praktek-praktek prostitusi, maka efek negative yang ditimbulkan dapat ditekan antara lain penyebaran penyakit kelamin dan HIV/AIDS. Keresahan sosial dapat di hindari bila pelaku prostitusi yang beredar di jalan bisa di lakukan dalam satu lokalisasi, dan menjadi pengendali karena di yakini akan mampu meminimalisir praktek prostitusi baik secara kuantitatif maupun kualitatif (Kurdi, 2016).

Lokalisasi Klubuk bukan hanya ada tempat-tempat hiburan saja, tetapi dilokalisasi tersebut ada Mushola yang sering digunakan untuk berbagai kegiatan keagamaan salah satu contohnya pada saat memperingati hari besar Islam. Hadirnya berbagai kegiatan positif di lokalisasi mengurangi sedikit pandangan tentang kehidupan di lokalisasi, namun lokalisasi masih menjadi suatu hal yang meresahkan masyarakat karena secara tanpa disadari adanya lokalisasi termasuk dari legalitas dari pemerintah yang tidak dapat dihilangkan(Kurdi, 2016).

Pelacuran merupakan peristiwa penjualan diri dengan memperjual belikan badan, kehormatan dan kepribadian kepada banyak orang untuk memuaskan nafsu-nafsu seks, dengan imbalan pembayaran. Pelacuran adalah perilaku menyimpang dengan tujuan komersial. Pelacuran merupakan penyakit sosial yang sangat parah dan sampai sekarang sangat sulit untuk dihilangkan. Munculnya berbagai macam penyakit kelamin yang mematikan seperti HIV/AIDS adalah akibat buruk dari praktek-praktek pelacuran tersebut(Kurdi, 2016).

#### **2.4 Konsep Kondom**

Kondom merupakan selubung atau sarung karet sebagai salah satu alat untuk mencegah kehamilan dan atau penularan penyakit kelamin pada saat berhubungan seks. Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel

telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak masuk kedalam saluran reproduksi perempuan, selain itu kondom dapat mencegah penularan penyakit, khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil (BKKBN, 2015).

Kondom adalah merupakan selubung karet yang bisa terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (*vinil*) atau bahan alami (produk dari hewani) yang di pasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis berbentuk silinder dengan pinggiran muaranya tebal apabila digulung akan berbentuk seperti puting susu (Depkes RI, 2003).

Kondom selain sebagai alat kontrasepsi atau pencegah kehamilan juga sebagai alat untuk mencegah penularan penyakit kelamin apabila dalam pemakaiannya dilakukan dengan benar pada setiap kali berhubungan seksual. Apabila dipakai secara konsisten kondom bisa berguna untuk hal tersebut diatas, akan tetapi jika tidak dipergunakan secara konsisten maka pencegahan agar tidak terkena penyakit kelamin akan tidak efektif (Syarifudin, 2003).

Penggunaan kondom yang benar menjamin seseorang tidak tertular HIV. Dengan menggunakan kondom yang baik dan benar akan bisa melindungi, apabila kondom terbuat dari karet serta mutunya juga baik. Kemungkinan tertular masih ada dan bisa terjadi bila kondom yang digunakan tidak baik mutunya atau sudah rusak, misal terkena panas dan cara menggunakannya tidak benar. Kondom terbuat dari karet tipis yang tidak dapat ditembus oleh virus HIV. Apabila dalam menggunakan kondom dilakukan dengan benar selain sperma tidak bisa kontak langsung dengan liang sanggama, juga darah atau cairan liang sanggama tidak bisa

kontak langsung dengan alat kelamin pasangannya (Depkes RI, 1996).

Kondom adalah salah satu alat yang dapat dipakai oleh PSK dan pelanggannya untuk pencegahan penyakit menular seksual. Tetapi banyak pelanggan menolak menggunakan kondom karena mereka merasa tidak nyaman dan mengurangi kenikmatan hubungan seksual (Bukit, 2017).

Cara menggunakan kondom dengan baik dan benar:

- a. Periksa tanggal kadaluwarsa dan kemasan kondom, apabila kondom melewati tanggal kadaluwarsa atau kemasan rusak sebaiknya kondom dibuang dan tidak digunakan.
- b. Tekan kemasan kondom, cek udara didalam kemasan. Kondom yang baik harus terdapat udara didalam kemasan
- c. Buka kemasan dengan tangan jangan sampai terkena kuku ataupun membuka kondom dengan benda tajam, hal itu akan menyebabkan kondom robek
- d. Jika belum disunat, tarik kebelakang kulit yang menutupi kepala penis
- e. Pasangkan kondom saat penis ereksi, jepit ujung kondom bagian atas kemudian tempelkan pada gland penis dan tempatkan bagian penampung sperma pada ujung uretra, lepaskan gulungan karetnya
- f. Kondom dilepas saat penis dalam keadaan ereksi.

Manfaat kondom secara kontrasepsi, efektif mencegah kehamilan bila digunakan dengan benar tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, murah dan dapat dibeli secara umum, tidak perlu resep dokter atau

pemeriksaan kesehatan khusus, metode kontrasepsi sementara bila metode IUD harus ditunda. Sedangkan manfaat kondom non kontrasepsi yaitu dapat membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks), mencegah penularan IMS, HIV, memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB, mencegah ejakulasi dini, saling berinteraksi sesama pasangan, mencegah faktor kekebalan tubuh yang menyebabkan ketidaksuburan (imuno infertilitas).

Penggunaan kondom pada kelompok resiko merupakan issue penting dalam kebijakan penanggulangan PMS dan HIV/AIDS. Program penggunaan kondom 100% pada kelompok resiko (*condom use 100%*) merupakan kebijakan nasional yang harus dilaksanakan terutama di lokasi-lokasi transaksi seksual dengan banyak pasangan beresiko (KPAN, 2010). Hal ini merupakan tindakan untuk menjaga kesehatan reproduksi pelaku maupun pasangannya.

## **2.5 Konsep Teori Perilaku**

### 2.5.1 Precede – Proceed Model

Green, LW (2005) Menjelaskan bahwa kesehatan manusia dipengaruhi oleh dua faktor utama yakni faktor perilaku (*behavioural causes*) dan diluar perilaku (*non behavioural causes*). Perilaku manusia dipengaruhi oleh *PROCEED* dan *PRECEDE* dimana *Proceed* (*Policy, Regulatory, Organizational Construct in educational and Enviromental Development*) adalah sebuah arahan dalam merencanakan, implementasi, dan evaluasi pengetahuan. Sedangkan *Precede* (*Predisposing, Enabling, Reinforcing Cause in Educational Diagnosis and*

*Evaluation*) adalah arahan dalam menganalisa serta mengevaluasi perilaku intervensi.

Apabila diuraikan akan didapatkan pernyataan bahwa perilaku terbentuk dari tiga faktor (Notoatmojo 2012) yaitu;

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor yang mempercepat timbulnya perilaku, berasal dari dalam diri setiap individu termasuk

1) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang

2) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat.

3) Sikap

Sikap adalah sebuah kecenderungan untuk merespon secara suka atau tidak kepada sebuah objek.

4) Kepercayaan

Kepercayaan adalah sikap yang ditunjukkan oleh seseorang saat ia merasa cukup tahu dan menyimpulkan bahwa dirinya telah mencapai kebenaran.

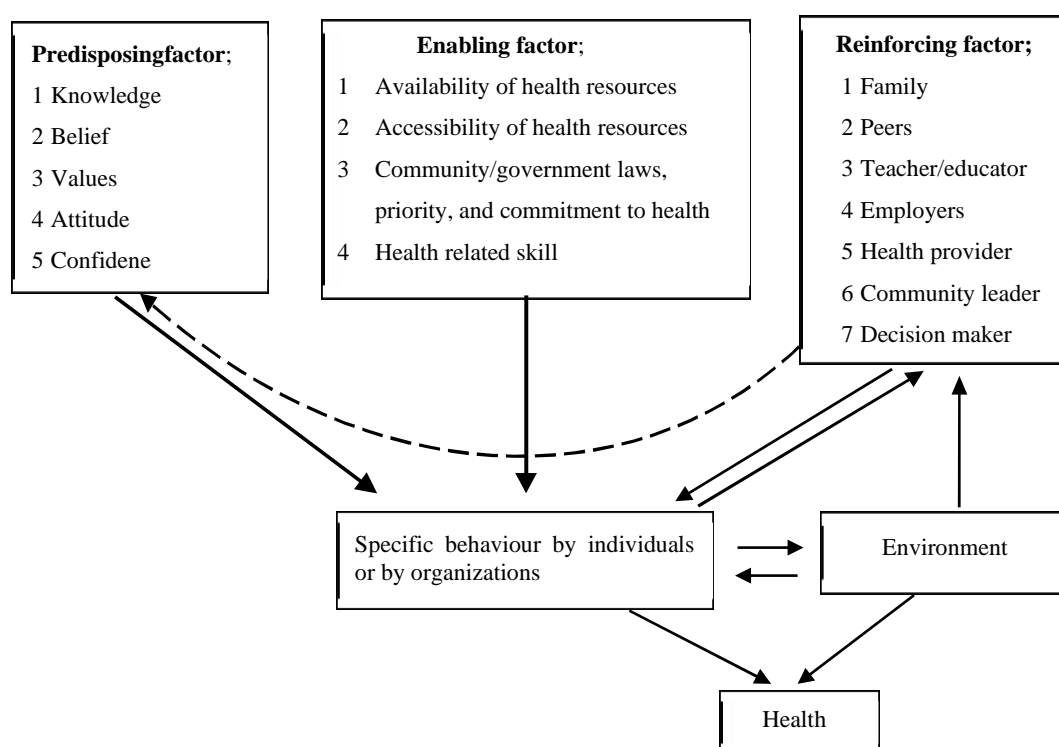
2. Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor yang bisa saja membentuk perilaku kesehatan apabila terdapat

sumber atau material yang memungkinkan untuk timbulnya perilaku kesehatan.

### 3. Faktor pendukung/pendorong (*reinforcing factor*)

Faktor pendorong berfungsi untuk memperkuat terbentuknya perilaku. Dukungan fasilitas saja tidak cukup untuk mendorong seseorang agar berperilaku sehat. Dibutuhkan sebuah *role model* yang benar-benar mampu



mengubah dan memotivasi.

Gambar 2.1 Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan berdasarkan Teori Perilaku Kesehatan (Green L & Kreuter M 1991).

Faktor-faktor di atas akan berpengaruh pada perubahan perilaku (adopsi perilaku baru). Menurut Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2007), adopsi

perilaku diawali dengan beberapa tahapan secara berurutan, yakni:

1. Kesadaran (*Awareness*) yakni seseorang akan menyadari stimulus dalam artian telah mengetahui objek terlebih dahulu.
2. Ketertarikan (*Interest*) yakni seseorang mulai tertarik kepada stimulus, mencari informasi lebih lanjut pada orang lain yang dianggap tahu, membaca atau mendengarkan dari sumber yang dianggap tahu.
3. Menimbang-nimbang (*Evaluation*) pada tahap ini seseorang akan mengevaluasi stimulus yang dianggap baik atau tidak bagi dirinya. Hal ini menunjukkan bahwa sikap dari responden sudah lebih baik lagi.
4. Mencoba (*Trial*) hal ini berarti bahwa seseorang mulai mencoba melakukan perilkubaru.
5. Adopsi (*Adoption*) yaitu subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, sikap dan kesadaran terhadap stimulus.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan melalui dua cara, secara langsung yaitu dengan pengamatan (*observasi*), atau secara tidak langsung yaitu menggunakan metode mengingat kembali (*recall*). Metode *recall* dilakukan melalui pertanyaan yang diberikan kepada subjek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan objek tertentu (Notoatmodjo,2007).

### 2.5.2 Pengetahuan

Pengetahuan dari hasil tidak tahu, ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan pada suatu objek tertentu dan adanya stimulus. Pengindraan pada terjadi melalui panca indra manusia yakni indra penciuman, penglihatan, pendengaran, perasaan dan perabaan. Sebagian besar pengindraan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007 dalam Asiadi 2017)).

Pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang dan untuk merubah pengetahuan, sikap dan perilaku adalah dengan pendidikan dan latihan. Menurut Verner dan Davison yang dikutip oleh Notoatmodjo mengatakan bahwa usia mempengaruhi proses belajar, karena dengan bertambahnya usia, titik dekat penglihatan mulai bergerak makin jauh. Dengan bertambahnya usia, kemampuan menerima sesuatu makin berkurang sehingga pembicaraan orang lain terlalu cepat sukar ditangkapnya. Dengan kata lain, makin bertambahnya usia maka kemampuan menerima stimulus makin berkurang.

Pengetahuan secara kognitif mempunyai 6 tingkatan menurut teori Bloom (1956) dalam (Notoatmodjo, 2007) yaitu :

1. Tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahu merupakan tingkat pengetahuan paling rendah
2. Memahami (*comprehention*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginpresentasikan materi tersebut secara benar.
3. Aplikasi (*application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.
4. Analisis (*analysis*) analisis adalah suatu kemampuan menjabarkan suatu keseluruhan materi/ suatu kemampuan untuk menghubungkan bagianbagian dalam bentuk keseluruhan yang baru. Dengan katalain sinskripsi adalah kemampuan untuk formasi baru dan kaitannya satu sama lain.
5. Sinskripsi (*synskripsi*) merupakan suatu kemampuan untuk menghubungkan



bagian-bagian dalambe ntuk keseluruhan yangbaru. Dengan kata lain sinkripsi adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu obyek atau materi.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan adalah pendidikan, umur, pengalaman, status sosial, ekonomi, budaya dan kondisi kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka tingkat pengetahuannya akan semakin bertambah, pengalaman seseorang akan menambah wacana dan meningkatkan pengetahuannya, semakin tinggi status sosial, ekonomi, budaya dan kondisi kesehatan seseorang maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya. (Notoatmodjo,2007).

### 2.5.3 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulasi atau obyek, manifestasi sikap itu tidak langsung dapat dilihat,tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilakuyang tertutup. Sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan plaksana motif tertentu, dapat diartikan juga sikap adalah kecendrungan bertindak, berfikir, berpersepsi, dan merasa dalam menghadapi objek, ide, situasi, atau nilai. Sikap bukanlah perilaku, tetapi merupakan kecendrungan untuk berperilaku dengan cara tertentu terhadap obyek sikap. Sikap relatif menetap atau jarang mangalami perubahan Notoatmodjo (2007), Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2007), sikap mempunyai 3 komponen pokok, yakni:

1. Kepercayaan (Keyakinan) ide, dan konsep terhadapobjek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.

### 3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Seperti halnya pengetahuan sikap terdiri dari berbagai tingkatan, yakni:

#### 1. Menerima (*receiving*).

Menerima diartikan bahwa subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan(objek).

#### 2. Merespon(*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

#### 3. Menghargai (*valing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

#### 4. Bertanggung jawab (*responsible*).

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap paling tinggi.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pertanyaan responden terhadap suatu objek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pertanyaan-pertanyaan hipokripsi, kemudian ditanyakan pendapat responden (sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju) (Notoatmodjo,2007).

#### 2.5.4 Tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Misalnya Sikap ibu yang positif terhadap imunisasi harus mendapat konfirmasi dari suaminya, dan ada fasilitas imunisasi yang mudah dicapai, agar ibu tersebut mengimunitasikan anaknya. Di samping itu juga ada faktor dukungan (*support*) dari pihak lain, seperti orang tua atau mertua dan lainnya. Praktik atau tindakan juga memiliki beberapa tingkatan:

##### 1) Respons terpinpin

Dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh merupakan indikator praktik tingkat pertama. Misalnya, seseorang ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotong-motongnya, lamanya memasak, menutup pancinya dan sebagainya.

##### 2) Mekanisme

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka seseorang tersebut sudah mencapai praktik tingkat kedua. Misalnya seorang ibu yang sudah mengimunitasikan anaknya pada umur-umur tertentu, tanpa menunggu perintah atau ajakan dari orang lain.

##### 3) Adopsi

Adopsi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan tersebut sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Misalnya ibu dapat memilih dan memasak

makanan yang bergizi tinggi berdasarkan bahan-bahan yang mudah dan sederhana. Setelah seseorang mengetahui stimulus dan mengadakan penilaian terhadap apa yang diketahui, proses berikutnya diharapkan melaksanakan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut dengan praktik kesehatan, atau perilaku kesehatan (*overt behavior*).

Program pembangunan kesehatan diupayakan untuk memperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan. WHO dalam (Notoatmodjo, 2012) mengungkapkan ada tiga strategi dalam mengubah perubahan perilaku:

1. Menggunakan Kekuatan atau Kekuasaan atau Dorongan

Perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan perilaku yang diharapkan. Misalnya dengan cara diterbitkannya undang-undang atau peraturan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini dapat menghasilkan perilaku yang cepat namun perilaku tersebut tidak akan berlangsung lama karena tidak didasari oleh kesadaran diri.

2. Pemberian Informasi

Pemberian informasi tentang cara hidup bersih sehat, memelihara kesehatan, cara menghindari penyakit, akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan akan menimbulkan kesadaran dirinya untuk mengubah perilaku sesuai pengetahuan yang dimiliki dan perubahan perilaku tersebut akan menjadi langgeng.

3. Diskusi Partisipasi

Cara ini dilakukan sebagai peningkatan dari cara kedua, yang mana dalam pemberian informasi tidak bersifat searah saja, melainkan dua arah. Diskusi

partisipasi adalah salah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi dan pesan kesehatan (Notoatmodjo,2012)

## **2.6 Konsep promosikesehatan**

### 2.6.1 Pengertian

Promosi kesehatan adalah upaya memberdayakan perorangan, kelompok, dan masyarakat agar memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan serta mengembangkan iklim yang mendukung, dilakukan dari, oleh dan untuk masyarakat sesuai dengan faktor budaya setempat (Makhfudli & Efendi, 2009)

### 2.6.2 Tujuan

Perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat (Blum, 1974). Olehsebabitu,maka upaya promosi kesehatan sangat tepat dilakukan dalam rangka membina dan meningkatkan kesehatan masyarakat. (Notoatmodjo, 2010).

### 2.6.3 Upaya promosi kesehatan

#### 1. Paksaan(*Coertion*)

Upaya agar masyarakat mengubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara-cara tekanan, paksaan atau *coertion*. Upaya ini bisa secara tidak langsung dalam bentuk undang-undang atau peraturan, instruksi, dan secara langsung melalui tekanan (fisik maupun mental), sanksi-sanksi dan sebagainya. Cara ini biasanya cepat menimbulkan dampak perubahan perilaku, namun perubahan itu tidak langgeng (*sustainable*), karena perilaku tersebut tidak didasari oleh pengertian dan kesadaran yang tinggi terhadap tujuan perilaku tersebut dilaksanakan.

## 2. Pendidikan (Education)

Upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, imbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, dan sebagainya, melalui kegiatan yang disebut pendidikan atau promosi kesehatan. Dampak dari cara ini akan memakan waktu lama, namun apabila teradopsi oleh masyarakat, maka akan langgeng selama hidup dilakukan. Dapat disimpulkan bahwa pendidikan atau promosi kesehatan adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan agar terjadi perilaku yang kondusif untuk kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

### 2.6.4 Peran promosi kesehatan dalam perubahan perilaku

Promosi kesehatan dalam arti pendidikan adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok maupun masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan atau promosi kesehatan. Unsur-unsur promosi kesehatan dimulai dari *input* yang terdiri dari individu, kelompok, masyarakat, dan pelaku pendidik. *Porses* berupa upaya yang dilakukan untuk mempengaruhi perilaku orang lain. *Output* sasaran dapat melakukan apa yang diharapkan.

Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif mengandung berbagai dimensi antara lain :

#### 1. Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan menjadi perilaku yang sesuai, atau perilaku negatif ke perilaku yang positif. Contoh perilaku yang merugikan kesehatan dan perlu diubah.

## 2. Pembinaan Perilaku

Pembinaan perilaku terutama ditujukan kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar tetap mempertahankan kesehatannya. Misalnya olahraga teratur, makan dengan menu seimbang, menguras bak mandi secara teratur, membuang sampah pada tempatnya dan lain-lain.

## 3. Pengembangan Perilaku

Pengembangan perilaku sehat ditujukan untuk membiasakan hidup sehat bagi anak-anak. Perilaku sehat bagi anak sebaiknya dimulai sejak dini, karena kebiasaan perawatan anak, termasuk kesehatan yang diberikan oleh orang tua, akan berpengaruh pada perilaku sehat anak selanjutnya. Sesuai dengan teori (Green, 1980) bahwa ada tiga faktor penyebab terbentuknya perilaku kesehatan, maka sebaiknya kegiatan pendidikan kesehatan juga ditujukan kepada tiga faktor tersebut yaitu :

### 1) Promosi Kesehatan dalam faktor-faktor *predisposisi*

Promosi kesehatan yang ditujukan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan baik bagi diri, keluarga maupun masyarakat. Di samping itu, konteks promosi kesehatan juga memberikan pengertian tentang tradisi, kepercayaan masyarakat, dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan kesehatan.

### 2) Promosi Kesehatan dalam faktor-faktor *enabling*

Bentuk pendidikan kesehatan untuk faktor *enabling* adalah memberdayakan masyarakat agar mereka mampu mengadakan sarana dan prasarana

kesehatan bagi mereka. Hal ini bukan berarti memberikansaran adan prasarana kesehatan dengan Cuma-cuma melainkan memberikan kemampuan dengan bantuan teknik berupa pelatihan, bimbingan, memberikan arahan, dan cara-cara bagaimana mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana.

Bentuk pelatihannya seperti Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat (PPM), upaya peningkatan pendapatan keluarga bimbingan koperasi, yang memungkinkan tersedianya polindes, pos obat desa, danasehat.

### 3) Promosi Kesehatan dalam faktor-faktor *reinforcing*.

Faktor *reinforcing* berhubungan dengan sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma, dan tokoh agama (toga), serta petugas kesehatan, kegiatan promosi kesehatan yang paling tepat dalam bentuk pelatihan untuk toma, toga dan petugas kesehatan itu sendiri, supaya sikap dan perilaku yang muncul dapat menjadi contoh dan acuan bagi masyarakat tentang berperilaku hidup bersih dan sehat. Di sampingi itu upaya-upaya agar pemerintah baik pusat maupun daerah (provinsi, kabupaten, kecamatan, kelurahan) mengeluarkan undang-undang atau peraturan yang dapat menunjang perilaku hidup sehat bagimasyarakat.

## 2.6.5 Metode dan Media Pendidikan Kesehatan

### 1. Metode Pendidikan kesehatan

#### 1) Metode Individual (perorangan)

Pendidikan kesehatan dengan pendekatan secara individu adalah setiap orang mempunyai masalah yang berbeda sehubungan dengan



penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta dapat membantunya maka perlu menggunakan metode atau cara ini :

(1) Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance & Counseling*)

Metode ini memungkinkan kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut.

(2) Wawancara

Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa seseorang tidak atau belum menerima perubahan, sampai dengan seseorang dapat mengubah perilaku baru.

2) Metode Kelompok

Pada saat pemilihan kelompok harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal. Efektivitas suatu metode akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan :

(1) Kelompok Besar

Kelompok besar adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok ini adalah metode ceramah dan seminar.

(2) Kelompok Kecil

Kelompok kecil apabila peserta kurang dari 15 orang. Metode yang cocok antara lain diskusi kelompok, curah pendapat (*brain storming*), bolasalju (*snowballing*), kelompok-kelompok kecil (*buzz group*), bermain peran (*role play*), permainan simulasi (*simulation*).

### (3) Metode *Snowball Throwing*

#### a. Pengertian

Metode pembelajaran *snowball throwing* merupakan salah satu model pembelajaran aktif atau *student active learning* (Suprijono, 2009). Secara etimologi masing-masing, *snowball* yaitu bolasalju dan *throwing* adalah melempar. *Snowball throwing* berarti melempar bola salju. Metode pembelajaran ini diawali dengan pembentukan kelompok dan dipilih salah satu anggota menjadi ketua kelompok, kemudian ketua kelompok mendapat tugas untuk menjelaskan materi yang sudah disampaikan oleh pendidik sebelumnya, setelah itu masing-masing anggota membuat pertanyaan pada kertas dan dibentuk seperti bola, kertas tersebut dilempar ke anggota kelompok lain dan yang mendapat bola menjawab pertanyaan dari kertas tersebut.

### (4) Metode Massa

Metode pendekatan massa cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat.

Contohnya antara lain ceramah umum (*public speaking*), berbincang-bincang (*talk show*), simulasi yang ditayangkan di media massa, sinetron, tulisan di majalah maupun koran, *billboard* yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster, dan lain-lain.

## 2. Media Promosi Kesehatan

### 1) Pengertian

Alat bantu pendidikan adalah alat yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan, materi atau pesan kesehatan. Alat bantu disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui pancaindra. Semakin banyak indra yang menerima semakin jelas pula ilmu pengetahuan yang diperoleh.

### 2) Manfaat

- (1) Menimbulkan minat sasaran pendidikan
- (2) Mencapai sasaran yang lebih banyak
- (3) Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman
- (4) Menstimulasi sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
- (5) Mempermudah penyampaian bahan atau informasi kesehatan
- (6) Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran atau masyarakat.
- (7) Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami dan akhirnya mendapatkan pengetahuan yang lebih baik
- (8) Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

## 3) Jenis media promosi kesehatan

(1) Alat peraga atau media yang rumit, seperti film, *film strip*, *slide*, dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor

(2) Alat peraga yang sederhana, yang mudah dibuat sendiri dengan bahan-bahan setempat yang mudah diperoleh seperti bambu, karton, kaleng bekas, kertas koran, dan lain sebagainya. Contoh alat peraga sederhana yang bisa dipergunakan di rumah tangga seperti *leaflet*, buku bergambar, benda-benda yang nyata seperti buah dan sayuran. Contoh alat peraga yang digunakan di masyarakat umum antar lain poster, spanduk, *leaflet*, *flanel graph*, boneka wayang, dan lain sebagainya.

## 4) Macam-macam media promosi kesehatan

## (1) Media Cetak

a. *Booklet*, suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.

b. *Leaflet*, bentuk penyampaian informasi kesehatan melalui lembar yang dilipat.

c. *Flyer*, berbentuk seperti *leaflet* tapi tidak bergambar.

d. *Flip chart*, media penyampaian pesan informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan

dengan gambar.

- e. Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal yang berkaitan.
- f. Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat- tempat umum, atau di kendaraan umum.
- g. Foto yang mengandung pesan kesehatan

## (2)Media Elektronik

### a. Televisi

Penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), kuis, dan sebagainya.

### b. Radio

Penyampaian informasi atau pesan kesehatan dalam bentuk obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012)

### c. Video

Media proyeksi bergerak berupa media visual yang memproyeksikan pesan melalui sebuah alat yang mampu memproyeksikan berbagai pesan dalam bentuk video, film, maupun gabungan secara keseluruhan. Media ini dapat menampilkan materi yang dapat bergerak jika digerakkan ataupun diamsesuai pengaturan. Media ini disambungkan

dengan LCD (*Liquid Crystal Display*) yang sering digunakan saat ini. (Cahaya, 2015)

d. *Slide*

Media *slide* adalah media visual yang di proyeksikan melalui alat yang disebut proyektor *slide* (Cahaya, 2015).

e. *Film Strip*

*Film strip* atau film rangkai atau film gelang ialah media visual proyeksi diam, yang pada dasarnya hampir sama dengan media *slide* hanya saja *film strip* ini terdiri atas beberapa film yang merupakan satu kesatuan seperti halnya gelang, di manaujung yang lainnya bersatu membentuk rangkaian (Cahaya,2015)

(3)Media Papan(*Billboard*)

Papan(*Billboard*) yang dipasang ditempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (Notoatmodjo,2012).

## 2.6.6 Bimbingan dan Konseling

### 1. Pengertian

Bimbingan dan konseling merupakan terjemahan dari kata *guidance* dan *counseling* dalam bahasa Inggris. Arti dari kedua istilah itu baru dapat ditangkap dengan tepat, bila ditinjau apa yang dimaksudkan

dengan kedua kata asli dalam bahasa Inggris. Dalam kamus bahasa Inggris *Guidance* dikaitkan dengan kata dasar *guide*, yang artinya: menunjukkan jalan, memimpin, menuntun, memberikan petunjuk, mengatur dan mengarahkan, atau memberikan nasihat. Bimbingan dan konseling yaitu suatu bantuan yang diberikan oleh konselor kepada konseli agar konseli mampu menyelesaikan masalah yang dihadapinya dan juga mampu mengembangkan potensi yang dimilikinya.

## 2. Manfaat

- a. Bimbingan konseling akan membuat diri kita merasa lebih baik, merasa lebih bahagia, tenang dan nyaman karena bimbingan konseling tersebut membantu kita untuk menerima setiap sisi yang ada di dalam diri kita.
- b. Bimbingan konseling juga membantu menurunkan bahkan menghilangkan tingkat stress dan depresi yang kita alami karena kita dibantu untuk mencari sumber stress tersebut serta dibantu pula mencari cara penyelesaian terbaik dari permasalahan yang belum terselesaikan itu.
- c. Bimbingan konseling membantu kita untuk dapat memahami dan menerima diri sendiri dan orang lain sehingga akan meningkatkan hubungan yang efektif dengan orang lain serta dapat berdamai dengan diri sendiri.
- d. Perkembangan personal akan meningkat secara positif karena adanya bimbingan konseling.

## 3. Prinsip

Setelah memahami tentang pengertian Bimbingan dan Konseling, maka sangat penting dan perlu dipahami pula mengenai prinsip-prinsip dasar Bimbingan dan Konseling. Karena prinsip merupakan paduan hasil kajian teoritik dan telaah lapangan yang digunakan sebagai pedoman pelaksanaan sesuatu yang dimaksudkan. Prinsip-prinsip yang akan dibahas adalah prinsip secara umum dan prinsip secara khusus. Prinsip-prinsip khusus adalah prinsip-prinsip bimbingan yang berkenaan dengan sasaran layanan, prinsip yang berkenaan dengan permasalahan individu, prinsip yang berkenaan dengan program layanan, dan prinsip-prinsip bimbingan dan konseling yang berkenaan dengan pelaksanaan pelayanan.

a. Prinsip Umum

- 1) Karena bimbingan itu berhubungan dengan sikap dan tingkah laku individu, perlulah diingat bahwa sikap dan tingkah laku individu itu terbentuk dari segala aspek kepribadian yang unik dan ruwet.
- 2) Perlu dikenal dan dipahami perbedaan individual daripada individu-individu yang dibimbing, ialah untuk memberikan bimbingan yang tepat sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh individu yang bersangkutan.
- 3) Bimbingan harus berpusat pada individu yang dibimbing.
- 4) Masalah yang tidak dapat diselesaikan di sekolah harus diserahkan kepada individu atau lembaga yang mampu dan berwenang melakukannya.
- 5) Bimbingan harus dimulai dengan identifikasi kebutuhan yang dirasakan oleh individu yang dibimbing.



- 6) Bimbingan harus fleksibel sesuai dengan kebutuhan individu dan masyarakat
- 7) Program bimbingan harus sesuai dengan program pendidikan di sekolah yang bersangkutan.
- 8) Pelaksanaan program bimbingan harus dipimpin oleh seorang petugas yang memiliki keahlian dalam bidang bimbingan dan sanggup bekerjasama dengan para pembantunya serta dapat dan bersedia mempergunakan sumber-sumber yang berguna diluar sekolah.
- 9) Terdapat program bimbingan harus senantiasa diadakan penilaian teratur untuk mengetahui sampai dimana hasil dan manfaat yang diperoleh serta penyesuaian antara pelaksanaan dan rencana yang dirumuskan terdahulu.

b. Prinsip Khusus

- 1) Prinsip yang berkenaan dengan sasaran layanan, yaitu:
  - a) Bimbingan dan konseling melayani semua individu tanpa memandang umur, jenis kelamin, suku, agama, dan status sosial ekonomi.
  - b) Bimbingan dan konseling berurusan dengan pribadi dan tingkah laku individu yang unik dan dinamis.
  - c) Bimbingan dan konseling memperhatikan sepenuhnya tahap dan berbagai aspek perkembangan individu
  - d) Bimbingan dan konseling memberikan perhatian utama kepada perbedaan individual yang menjadi orientasi pokok pelayanannya.
- 2) Prinsip-prinsip yang berkenaan dengan permasalahan individu, yaitu:

- a) Bimbingan dan konseling berurusan dengan hal-hal yang menyangkut pengaruh kondisi mental/ fisik individu terhadap penyesuaian dirinya di rumah, di sekolah serta dalam kaitannya dengan kontak sosial dan pekerjaan, dan sebaliknya pengaruh lingkungan terhadap kondisi mental dan fisik individu.
  - b) Kesenjangan sosial, ekonomi, dan kebudayaan merupakan faktor timbulnya masalah pada individu dan kesemuanya menjadi perhatian utama pelayanan bimbingan.
- 3) Prinsip-prinsip yang berkenaan dengan program layanan, yaitu:
- a) Bimbingan dan konseling merupakan bagian integral dari pendidikan dan pengembangan individu; karena itu program bimbingan harus disesuaikan dan dipadukan dengan program pendidikan serta pengembangan peserta didik.
  - b) Program bimbingan dan konseling harus fleksibel, disesuaikan dengan kebutuhan individu, masyarakat dan kondisi lembaga.
  - c) Program bimbingan dan konseling disusun secara berkelanjutan dari jenjang pendidikan yang terendah sampai yang tertinggi.
  - d) Terhadap isi dan pelaksanaan program bimbingan dan konseling perlu adanya penilaian yang teratur dan terarah.
- 4) Prinsip-prinsip yang berkenaan dengan pelaksanaan pelayanan, yaitu:
- a) Bimbingan dan konseling harus diarahkan untuk pengembangan individu yang akhirnya mampu membimbing diri sendiri dalam menghadapi permasalahan.

- b) Dalam proses bimbingan dan konseling keputusan yang diambil dan hendak dilakukan oleh individu hendaknya atas kemauan individu itu sendiri, bukan karena kemauan atas desakan dari pembimbing atau pihak lain.
  - c) Permasalahan individu harus ditangani oleh tenaga ahli dalam bidang yang relevan dengan permasalahan yang dihadapi.
  - d) Kerjasama antara pembimbing, guru dan orangtua amat menentukan hasil pelayanan bimbingan.
  - e) Pengembangan program pelayanan bimbingan dan konseling ditempuh melalui pemanfaatan yang maksimal dari hasil pengukuran dan penilaian terhadap individu yang terlihat dalam proses pelayanan dan program bimbingan dan konseling itu sendiri.
4. Asas
- a. Asas Kerahasiaan (confidential); yaitu asas yang menuntut dirahasiakannya segenap data dan keterangan klien yang menjadi sasaran layanan, yaitu data atau keterangan yang tidak boleh dan tidak layak diketahui orang lain. Dalam hal ini, konselor berkewajiban memelihara dan menjaga semua data dan keterangan itu sehingga kerahasiaanya benar-benar terjamin,
  - b. Asas Kesukarelaan; yaitu asas yang menghendaki adanya kesukaan dan kerelaan klien mengikuti/ menjalani layanan/kegiatan yang diperuntukkan baginya. Konselor berkewajiban membina dan mengembangkan kesukarelaan seperti itu.

## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

- c. Asas Keterbukaan; yaitu asas yang menghendaki agar klien yang menjadi sasaran layanan/kegiatan bersikap terbuka dan tidak berpura-pura, baik dalam memberikan keterangan tentang dirinya sendiri maupun dalam menerima berbagai informasi dan materi dari luar yang berguna bagi pengembangan dirinya. Konselor berkewajiban mengembangkan keterbukaan klien. Agar klien mau terbuka, konselor terlebih dahulu bersikap terbuka dan tidak berpura-pura. Asas keterbukaan ini bertalian erat dengan asas kerahasiaan dan dan kekepercayaan.
- d. Asas Kegiatan; yaitu asas yang menghendaki agar klien yang menjadisasaran layanan dapat berpartisipasi aktif di dalam penyelenggaraan/kegiatan bimbingan. Konselor perlu mendorong dan memotivasi klien untuk dapat aktif dalam setiap layanan/kegiatan yang diberikan kepadanya.
- e. Asas Kemandirian; yaitu asas yang menunjukkan pada tujuan umum bimbingan dan konseling; yaitu klien sebagai sasaran layanan/kegiatan bimbingan dan konseling diharapkan menjadi individu-individu yang mandiri, dengan ciri-ciri mengenal diri sendiri dan lingkungannya, mampu mengambil keputusan, mengarahkan, serta mewujudkan diri sendiri. Konselor hendaknya mampu mengarahkan segenap layanan bimbingan dan konseling bagi berkembangnya kemandirian klien.
- f. Asas Kekinian; yaitu asas yang menghendaki agar obyek sasaran layanan bimbingan dan konseling yakni permasalahan yang dihadapi klien dalam kondisi sekarang. Kondisi masa lampau dan masa depan dilihat

## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

sebagai dampak dan memiliki keterkaitan dengan apa yang ada dan diperbuat klien pada saat sekarang.

- g. Asas Kedinamisan; yaitu asas yang menghendaki agar isi layanan terhadap sasaran layanan (klien) hendaknya selalu bergerak maju, tidak monoton, dan terus berkembang serta berkelanjutan sesuai dengan kebutuhan dan tahap perkembangannya dari waktu ke waktu.
- h. Asas Keterpaduan; yaitu asas yang menghendaki agar berbagai layanan dan kegiatan bimbingan dan konseling, baik yang dilakukan oleh konselor maupun pihak lain, saling menunjang, harmonis dan terpadukan. Dalam hal ini, kerja sama dan koordinasi dengan berbagai pihak yang terkait dengan bimbingan dan konseling menjadi amat penting dan harus dilaksanakan sebaik-baiknya.
- i. Asas Kenormatifan; yaitu asas yang menghendaki agar segenap layanan dan kegiatan bimbingan dan konseling didasarkan pada norma-norma, baik norma agama, hukum, peraturan, adat istiadat, ilmu pengetahuan, dan kebiasaan – kebiasaan yang berlaku. Bahkan lebih jauh lagi, melalui segenap layanan/kegiatan bimbingan dan konseling ini harus dapat meningkatkan kemampuan klien dalam memahami, menghayati dan mengamalkan norma-norma tersebut.
- j. Asas Alih Tangan Kasus; yaitu asas yang menghendaki agar pihak-pihak yang tidak mampu menyelenggarakan layanan bimbingan dan konseling secara tepat dan tuntas atas suatu permasalahan klien kiranya dapat mengalih-tanggalkan kepada pihak yang lebih ahli.

- k. Asas Tut Wuri Handayani; yaitu asas yang menghendaki agar pelayanan bimbingan dan konseling secara keseluruhan dapat menciptakan suasana mengayomi (memberikan rasa aman), mengembangkan keteladanan, dan memberikan rangsangan dan dorongan, serta kesempatan yang seluas-luasnya kepada klien untuk maju.

## **2.7 Teori Bargaining Power**

### **2.7.1 Definisi *Bargaining Power***

*Bargaining power* adalah kekuatan relative para pihak dalam sebuah situasi untuk saling mempengaruhi satu sama lain. Jika kedua belah pihak memiliki kedudukan yang sama dalam suatu debat, maka mereka akan memiliki kedudukan yang sama (Bacharach, 1981). *Bargaining power* atau kemampuan tawar menawar atau negosiasi adalah suatu upaya yang dilakukan antara pihak-pihak yang berkonflik dengan maksud untuk mencari jalan keluar untuk menyelesaikan pertentangan yang sesuai kesepakatan bersama. Negosiasi sebenarnya melibatkan tiga hal pokok yang kami sebut sebagai Negotiation Triangle, yaitu terdiri dari:

1. HEART (yaitu karakter atau apa yang ada di dalam kita yang menjadi dasar dalam kita melakukan negosiasi).
2. HEAD (yaitu metoda atau teknik-teknik yang kita gunakan dalam melakukan negosiasi).
3. HANDS (yaitu kebiasaan-kebiasaan dan perilaku kita dalam melakukan negosiasi yang semakin menunjukkan jam terbang kita menuju keunggulan atau keahlian dalam bernegosiasi).

### 2.7.2 Teknik dan Strategi *Bargaining Power* dalam konsistensi penggunaan kondom

Teknik-teknik Bernegosiasi adalah sebuah kemampuan yang sangat penting, baik untuk kehidupan pribadi maupun bisnis. Semua orang sebenarnya bisa menjadi negosiator ulung. Yang perlukan hanyalah kemampuan untuk mengetahui kapan sebuah situasi siap untuk dinegosiasikan, siapa dari pihak lawan yang punya kekuasaan untuk mengambil keputusan, dan tahu teknik-teknik negosiasi.

*Bargaining power* dalam negosiasi penggunaan kondom dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya adalah pengetahuan, kemampuan bernegosiasi, sikap PSK dalam menggunakan kondom secara konsisten, persepsi tentang sehat, watak dari pasangan, perlawanan dari pasangan, persaingan dengan PSK yang lain dan faktor ekonomi (East L, et all 2011).

Ketidakkonsistenan dalam menawarkan dan menggunakan kondom mungkin dikarenakan *bargaining power* dan kemampuan negosiasi para PSK yang lemah. Pengetahuan tentang infeksi menular seksual dan kondom sangat penting sebelum seseorang memutuskan untuk melakukan tindakan kesehatan tertentu, dalam hal ini adalah dengan memakai kondom selama hubungan seksual. Namun, perilaku ini mungkin terjadi jika pengetahuan yang diperoleh tidak cukup kuat untuk memotivasi seseorang untuk melakukan perilaku tersebut. Hal lain adalah tingkat pengetahuan baru saja pada tahap pemahaman, belum mencapai tahap penerapan, analisis, inskripsi dan evaluasi. Pengetahuan tentang penularan HIV yang tepat sangat penting bagi kelompok risiko dan sebagai salah satu modal

dasar sehingga mereka ingin mengurangi perilaku berisiko atau penggunaan alat pencegahan seperti kondom. Pengetahuan yang tepat tentang bagaimana penularan HIV benar-benar penting untuk kelompok risiko dan itu adalah salah satu dasar sehingga mereka ingin mengurangi perilaku berisiko atau menggunakan alat pencegahan seperti kondom (Bukit, 2016). Contoh strategi yang dapat digunakan untuk merayu pelanggan untuk mau memakai kondom antara lain (Bukit, 2017):

1. Mengatakan kepada pelanggan bahwa menggunakan kondom akan membuat hubungan seks tahan lama, lebih nyaman, aman untuk keluarga dan orang lain
2. Menjelaskan kepada pelanggan berhubungan seks tanpa menggunakan kondom dapat menularkan hiv/aids
3. Menjelaskan kepada pelanggan jika tertular hiv/aids dapat menyebabkan kematian kepada pelanggan dan diri mereka
4. Mengatakan kepada pelanggan jika mau memakai kondom akan mendapatkan banyak kenikmatan dan rangsangan
5. Mengatakan kepada pelanggan jika kondom sangat elastis dan tidak mudah robek bila pelanggan menganggap kondom mudah robek
6. Mengatakan kepada pelanggan jika memakai kondom akan melindungi keduanya dari infeksi hiv/aids
7. Mengatakan kepada pelanggan jika PSK telah terinfeksi HIV, jika pelanggan tidak menggunakan kondom maka akan terinfeksi



Keputusan penggunaan kondom 47% variannya dipengaruhi oleh keberdayaan wanita (Greig and Koopman, 2003). Penelitian yang dilakukan oleh Blanc and Wolff di Uganda melaporkan bahwa wanita yang relatif mempunyai control terhadap kehidupan seksual dan kesuburan mereka ikut berpengaruh terhadap penggunaan kondom (Papoola, 2009).

Menurut Yustina (2010) bahwa kemampuan tawar PSK dalam penggunaan kondom dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pengetahuan, sikap yang termasuk dalam *predisposing factors*, tingkat kerumitan, kenyamanan pelanggan yang termasuk dalam *enabling factors* dan peranan LSM yang termasuk *reinforcing factors*.

Meskipun PSK telah membuat kesepakatan dengan pelanggan untuk menggunakan kondom dengan berbagai cara dan mereka tahu tentang cara penularan infeksi menular seksual, tetapi tidak mampu untuk bernegosiasi menggunakan kondom secara konsisten. Penelitian dan intervensi lebih lanjut masih diperlukan untuk meningkatkan ketrampilan negosiasi penggunaan kondom PSK serta mengidentifikasi kebutuhan mereka dalam meningkatkan kemampuan negosiasi penggunaan kondom untuk mencegah penularan HIV (Sharma *et al*, 2016). Pemberdayaan PSK perlu dilakukan tidak hanya kemampuan untuk menolak seks yang tidak aman tetapi juga kemampuan untuk memotivasi dan meyakinkan pelanggan yang tidak mau menggunakan kondom. Selain berfokus pada promosi penggunaan kondom, intervensi harus ditujukan kepada faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan negosiasi menggunakan kondom (Bharat *et al.*, 2013).

## 2.8 Keaslian Penelitian

Tabel 2. 1 Keaslian Penelitian

No	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Metode	Hasil
1.	Gambaran tingkat pengetahuan pekerja seks komersial tentang infeksi menular seksual. (Pangaribuan & Mardiah 2018)	<p><b>Desain:</b> Deskriptif kuantitatif</p> <p><b>Sampel:</b> 85 orang</p> <p><b>Variabel:</b> a. Independen: tingkat pengetahuan wanita pekerja seks komersial</p> <p>b. Dependen: infeksi menular seksual</p> <p><b>Instrumen:</b> Kuesioner</p> <p><b>Analisis:</b> Analisa data deskriptif</p>	<p>51% memiliki pengetahuan yang cukup,</p> <p>37% memiliki pengetahuan yang baik,</p> <p>10% memiliki pengetahuan kurang dan menunjukkan sebagian besar para WPS belum memiliki pengetahuan tentang IMS secara komperhensif.</p>
2.	Correlates of HIV and Inconsistent condom use among female sex workers in Ukraine. (Iakunchykova & Burlaka 2017)	<p><b>Desain:</b> Analisis crosssectional</p> <p><b>Sampel:</b> 4806 FMS</p> <p><b>Variabel:</b> a. Independen: HIV</p> <p>b. Dependen: Penggunaan kondom yang tidak konsisten</p> <p><b>Instrumen:</b> Interview &amp; CITOTEST HIV</p> <p><b>Analisis:</b> RDSAT</p>	<p>Sebanyak 34,5% WPS tidak konsisten dalam menggunakan kondom. Penggunaan kondom yang tidak konsisten terkait usia yang lebih muda, penggunaan alcohol, memiliki sedikit pelanggan, dan memiliki pengalaman kekerasan.</p>
3.	Social support and condom use among	<p><b>Desain:</b> Survey cross-sectional</p>	<p>Teman, rekan kerja dan pelanggan tetap adalah</p>

No	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Metode	Hasil
	female sex worker in china. (Qiao, Li, & Zhang 2015)	<p><b>Sampel:</b> 1022 WPS</p> <p><b>Variabel:</b></p> <p>a. Independen: Dukungan sosial</p> <p>b. Dependen: Penggunaan kondom pada PSK</p> <p><b>Instrumen:</b> Kuesioner</p> <p><b>Analisis:</b> ANOVA SPSS 16</p>	<p>bentuk dukungan sosial WPS. Pemerintah perlu membuat kebijakan tentang dukungan sosial pada WPS dan menciptakan lingkungan yang mendukung bagi WPS untuk melindungi diri dari resiko HIV</p>
4.	Prevalence of HIV infection and risk factors among female sex workers in southeast province of Vietnam. (Nguyen <i>et al.</i> , 2017)	<p><b>Desain:</b> Study cross- sectional</p> <p><b>Sampel:</b> 420 PSK</p> <p><b>Variabel:</b></p> <p>a. Independen Prevalensi HIV</p> <p>b. Dependen Infeksi HIV dan factor resiko</p> <p><b>Instrumen:</b> Interview dengan kuesioner terstruktur dan sampel biologis</p> <p><b>Analisis:</b> Analisis bivariate dan univariat SPSS 21</p>	<p>2,6% WPS ditemukan positif HIV.</p> <p>Infeksi HIV secara signifikan lebih tinggi pada WPS yang berpenghasilan rendah, seks anal, berhubungan seks dengan narkoba suntik, dan memiliki tingkat pengetahuan yang rendah tentang HIV.</p>
5.	Consistent condom use by female sex workers in Kolkata, India: testing theories of economic insecurity, behavior change, life course	<p><b>Desain:</b> Analisis Cross-sectional</p> <p><b>Sampel:</b> 200 PSK</p> <p><b>Variabel:</b></p> <p>a. Independen</p>	<p>Penggunaan kondom secara konsisten secara signifikan terkait dengan resiko HIV yang dirasakan, banyaknya komunikasi dengan</p>

No	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Metode	Hasil
	vulnerability and empowerment. (Fehrenbacher <i>et al.</i> , 2016)	Demografi, perilaku dan keamanan ekonomi. b. Dependen Penggunaan kondom secara konsisten <b>Instrumen:</b> Interview <b>Analisis:</b> Hosmer-Lemeshow goodness of fit Chi square test.	masyarakat dan lebih banyak pelanggan. Adanya hubungan terjadinya resiko penularan HIV terhadap para WPS yang memiliki ketidakamanan secara ekonomi (utang, jumlah tabungan sedikit, jumlah pendapatan yang sedikit, dan tempat tinggal). Intervensi pada WPS harus memprioritaskan keamanan ekonomi dan akses perlindungan sosial karena dapat merusak keefektifan strategi intervensi penggunaan kondom secara tepat.
6.	Kemampuan tawar pekerja seks komersial dalam penggunaan kondom untuk mencegah penularan HIV/AIDS di jalan lintas sumatera kabupaten langkat Propinsi Sumatera Utara. (Yustina, 2010)	<b>Desain:</b> Survey <i>explanatory</i> <b>Sampel:</b> 104 PSK <b>Variabel:</b> a. Independen: Kemampuan tawar PSK b. Dependen: Penggunaan kondom <b>Instrumen:</b> Wawancara <b>Analisis:</b> Regresi linier berganda.	Sebanyak 70,2% WPS mempunyai daya tawar yang lemah factor yang mempengaruhi kemampuan tawar dalam penggunaan kondom adalah predisposing (pengetahuan dan sikap), enabling (tingkat kerumitan, kenyamanan pelanggan), dan reinforcing (peranan LSM).
7.	Understanding the experiences and needs of female commercial sex	<b>Desain:</b> Kualitatif Study <i>explanatory</i> fenomenology	Intervensi yang diperlukan para WPS adalah meningkatkan kesehatan,

No	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Metode	Hasil
	workers in Kathmandu, Nepal. (Kaufman, Harman and Menger, 2016)	<b>Sampel:</b> 6 PSK <b>Variabel:</b> Pengalaman PSK dan kebutuhan PSK <b>Instrumen:</b> Indept interview <b>Analisis:</b> Atlas.ti qualitative analysis software	Pemberdayaan dan kesejahteraan. Perlunya program pencegahan HIV dimasa depan di fokuskan dan dipandu oleh pengalaman hidup WPS.
8.	The use of structural equation modelling and behavioural theory to target priority interventions to increase condom use the intimate partners of sex workers in French Guiana. (Parriault <i>et al.</i> , 2016)	<b>Desain:</b> Kuantitatif <b>Sampel:</b> 477 PSK <b>Variabel:</b> a. Independen Structural equation modelling dan behavioural theory b. Dependen Peningkatan penggunaan kondom <b>Instrumen:</b> Kuesioner dan Interview <b>Analisis:</b> STATA 13	Self efficacy pada WPS adalah factor penting dalam penggunaan kondom. Intervensi pencegahan untuk WPS adalah harus menekankan pemberdayaan mereka.
9.	A community-based qualitative study on the experience and understandings of intimate partner violence and HIV vulnerability from the perspectives of female sex workers and male intimate partners in	<b>Desain:</b> <b>Kualitatif</b> <b>Sampel:</b> <b>38 responden; 10 pasangan, 13 PSK, 5 gay</b> <b>Variabel:</b> pengalaman kekerasan pada WPS&pemahaman kekerasan dari pelanggan	Kerentanan kekerasan dan HIV harus diatasi tidak hanya pada tingkat individu untuk menyelesaikan pemicu kekerasan dan kurangnya penggunaan kondom yang relevan tetapi juga tingkat masyarakat untuk

No	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Metode	Hasil
	North Karnataka State, India. (Blanchard <i>et al.</i> , 2018)	pada WPS <b>Instrumen:</b> <b>Interview</b> <b>Analisis:</b> NVivo 10.0	mengatasi norma dan kendala sosial ekonomi di kalangan WPS dan pasangannya.
10.	Konsistensi penggunaan kondom untuk pencegahan PMS dan HIV pada wanita pekerja seksual. (Arjianti and Santik, 2017)	<b>Desain:</b> Kuantitatif cross sectional <b>Sampel:</b> 86 PSK <b>Variabel:</b> a. Independen Pengetahuan tentang PMS dan HIV, ketersediaan kondom, dukungan mucikari, dukungan petugas kesehatan, akses informasi tentang PMS dan HIV, motivasi menggunakan kondom, lama kerja, usia, tingkat pendidikan, pendapatan. b. Dependen Konsistensi penggunaan kondom <b>Instrumen:</b> Kuesioner <b>Analisis:</b> Chi square	Faktor yang berhubungan dengan konsistensi penggunaan kondom antara lain sikap, dukungan mucikari, akses informasi, motivasi dan pendapatan. Factor yang tidak berhubungan dengan konsistensi pemakaian kondom antara lain pengetahuan, kesediaan kondom, dukungan petugas kesehatan, lama kerja WPS, usia WPS, dan tingkat pendidikan WPS.